



ULSTEIN KOMMUNE

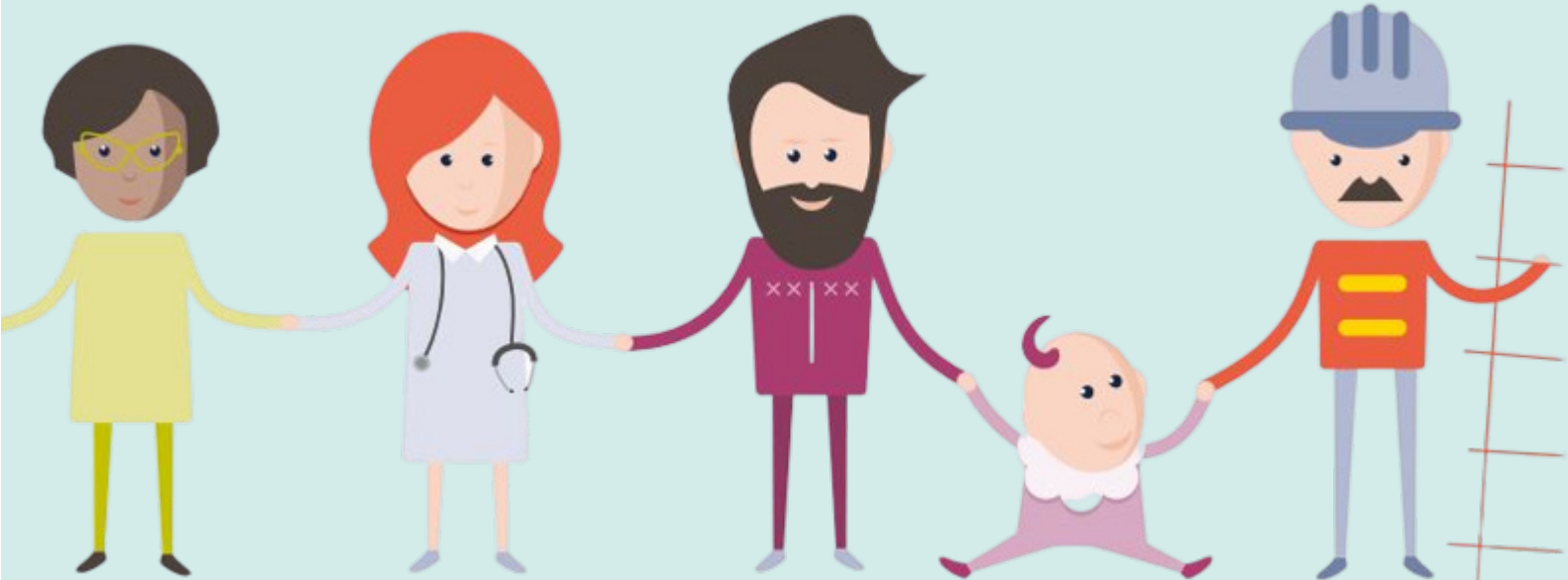


PLAN FOR LEGETENESTA I ULSTEIN 2022–2026



ULSTEIN
– der baug bryt bære

Ulstein kommune har ansvar for å sikre innbyggjarane forsvarlege og gode helse- og omsorgstenester gjennom heile livet. Plan for legetenesta er ein del av dette arbeidet, og skildrar legetenesta i 2022. Samtidig peikar planen framover for å finne gode lokale løysingar på dei utfordringane fastlegeordninga i Noreg har. Vi må også sørge for å stette behova for kompetent og tilstrekkeleg samfunnsmedisinsk legeteneste. Ei velfungerande legeteneste er grunnlaget for ei god helse- og omsorgsteneste i vid forstand – både hos unge og eldre.



INNHALD

OVERORDNA

Hovudmål, strategiar og tiltaksplan 2022- 20264 –5

SAMANDRAG

Kva skal planen vere.....6

BAKGRUNN

Bakgrunn for planarbeidet.....6

FØRINGAR

Statlege og kommunale føringar.....7

ORGANISERING

Organisering av legetenesta i Ulstein.....8 –9

FASTLEGETENESTA

Den nasjonale fastlegeordninga.....10

UTFORDRINGAR

Utfordringar for fastlegetenesta i Ulstein.....11

DRIFTSFORMER

Aktuelle driftsformer vidare.....12 –13

KOMMUNEOVERLEGEN

Vidareutvikling av kommunelegefunksjonen.....14 –15

LEGEOPPGÅVER

Offentlege allmenntedisinske legeoppgåver.....16–17

UTDANNING

Utdanning av nye legar: Kompetansekrav og spesialiseringsløp.....18–19

LEGEVAKT

Legevakt dag, kveld, natt og helg.....20–21

SAMHANDLING

Samhandling og bruk av teknologi.....22–23

OVERORDNA

Nesten alle kapitla i planen har vurderingar med råd. På bakgrunn av dette er det utarbeidd eit hovudmål med tilhøyrande strategiar. I tillegg er det utarbeidd ein tiltaksplan.

Hovudmål

Legetenesta i Ulstein kommune skal vere framtidsretta og fagleg sterk.

Strategiar

1. Ulstein kommune skal arbeide for å sikre nok kapasitet og rekruttering til legetenesta.

2. Ulstein kommune skal arbeide med kvalitetsutvikling og tenesteutvikling av legetenesta.

3. Ulstein kommune skal ha eit godt samarbeid med helseføretaket for å sikre gode legetenester.

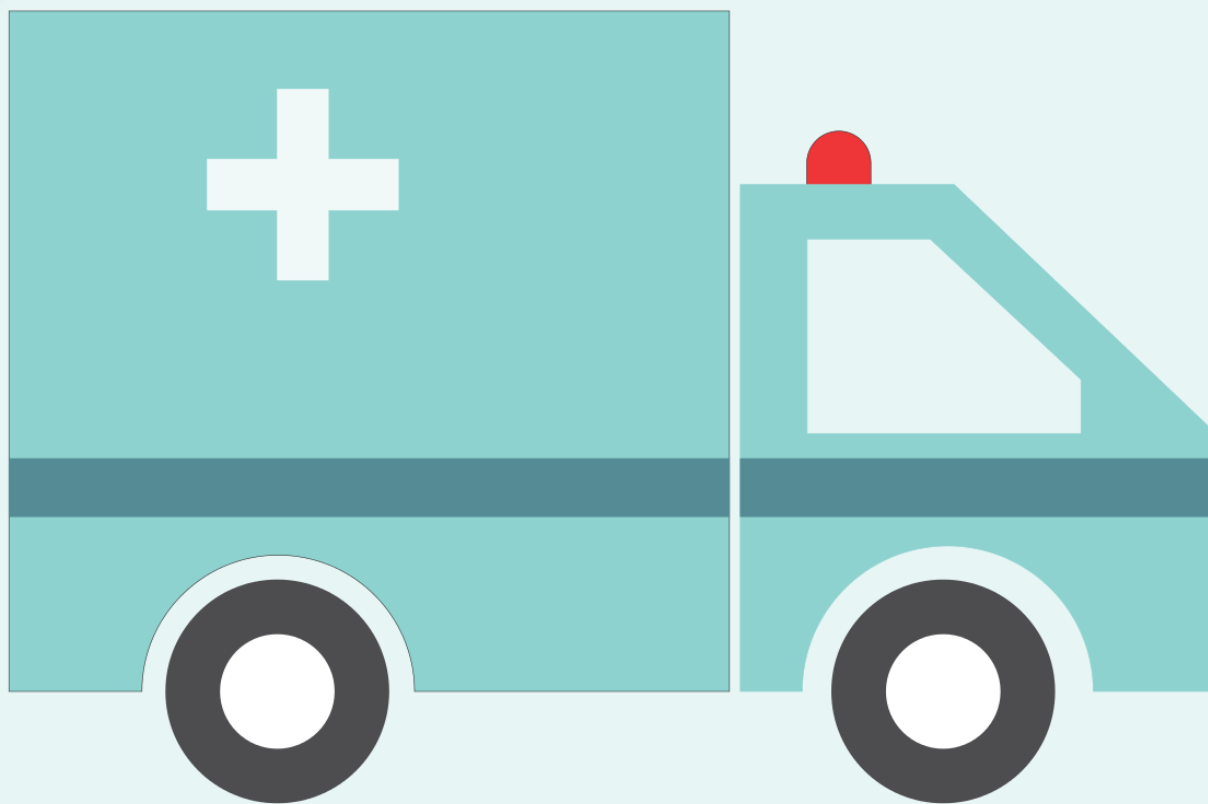
4. Ulstein kommune skal halde fram med samarbeidet i sju-stjerna .

5. Ulstein kommune skal fortsette med – og vidareutvikle–samarbeidet med Hareid.

Føringar/tiltak

1. Legetenesta skal ligge under kommunalsjef helse og omsorg.

2. Kommuneoverlegeressursen bør aukast til 120 prosent, delt mellom 100 prosent kommuneoverlege og 20 prosent assisterande kommuneoverlege. Det er ein fordel om assisterande kommuneoverlege jobbar ved legesenteret og har ansvar for smittevern. Auken vert då på 10 prosent i forhold til noverande



ressurs. Kommuneoverlegen er ansvarleg for legetenesta og er medisinfagleg ansvarleg for alle område av helsetenesta. Det er ønskeleg at kommuneoverlegen får ei sentral plassering i kommuneorganisasjonen med tanke på samfunnsmedisinrolla, særleg folkehelseperspektivet og samfunnsplanlegging.

3. Kommunale offentlege legetenester for flyktning, helsestasjon, legevakt og sjukeheim bør haldast på same nivå som no. Totalt har vi 143 prosent offentlig stillingsressurs. Vi meiner at deltidstillingar der fastlegane deler på desse oppgåvene er det mest tenlege og gir det beste samarbeidet mellom kommunen og fastlegane.
4. Ulstein bør ha eit stort legesenter. Det er mest ønskeleg at dette held fram som eit privatdrive aksjeselskap.
5. Ulstein kommune må forhandle fram ny avtale med Ulstein legesenter for støtte av drifta. Denne må utarbeidast innan 01. Januar 2024. Støtta til drifta kan anten vere med eit fast månadleg beløp, eller alternativt etter liknande mal som Tromsømodellen (vedlegg 5). Uansett val, bør storleiken på støtta vere på nivå med Tromsøavtalen, noko som vil gi ein viss auke i forhold til den avtalen som er i dag. Avtalen mellom legane og Legesenteret AS er utanfor kommunen sitt ansvarsområde.
6. Kommunen bør halde fram med ei godtgjersle til dagleiar for legane ved Ulstein legesenter. For tida utgjør dette ei 10 prosent stilling. Denne ressursen skal sikre samarbeidet mellom kommu-

nen og legesenteret. På sikt må det verte vurdert å auke ressursen til 20 prosent.

7. Ei 100 prosent stilling for fastlege skal i Ulstein i utgangspunktet definerast til 1 000 listepasientar. Denne må justerast om det kjem nye sentrale retningslinjer. Måsetinga i Ulstein er å ha minst 10 prosent fleire listeplassar enn vi har innbyggjarar
8. Kommunen skal forhandle med lege som sluttar, med tanke på kjøp av goodwill, dersom ny lege ikkje ønsker å overta denne. Kommunen bør legge til grunn tidlegare saker og sentrale føringar som kan kome for dette.
9. Daglegevakt vert regulert etter sentral avtale og bør fortsette som no.
10. Legevakta bør framleis vere interkommunal med Hareid på ettermiddag/kveld og helg. Det må vere eit mål å gradvis utvide timetalet for hjelpepersonell på denne vakta. Dagens avtale om delvis fastlønn kombinert med næringsinntekt på legevakt bør verte vidareført.
11. Nattlegevakta og legevaktformidlinga (LVS) held fram som no ved Søre Sunnmøre interkommunale legevakt.
12. Ulstein kommune må jobbe kontinuerleg med rekruttering av fastlegar. Kommunen skal tilby ALIS-avtalar til alle nye legar som ikkje er ferdige spesialistar, og sørge for å søke sentrale midlar til desse utgiftene. Vi har godkjent utdanningsplan og godkjente rettleiarar. Det er mest gunstig at ALIS jobbar på næringsdrift med støtte, alter-

nativ gi fastlønnsavtale i to år etter mal av Tromsømodellen.

13. Ulstein kommune bør opprette godkjent utdanningsplan for samfunnsmedisin (LISA). Det må også verte gjort avtale med godkjent rettleiar til denne utdanninga.
14. Ulstein legesenter skal til ei kvar tid ha minst ein LIS 1 lege (turnuslege) Det er eit viktig rekrutteringstiltak.
15. Det bør utarbeidast ein formalisert avtale med Hareid kommune/Hareid legesenter om gjensidig samarbeid. Vi må tydeleggjere ansvar og omfang av samarbeid i avtalen.
16. Helseplattformen. Ulstein kommune støttar målet om éin pasient – éin journal. Dersom legane ved Ulstein legesenter etter kvart finn at helseplattforma er føremålstenleg, må kommunen støtte innføringa av denne, om naudsynt også økonomisk.

Tiltak som har økonomiske konsekvensar bør behandlast saman med kommunen sin budsjett- og økonomiplan, slik at vi kan tilpasse ambisjonsnivået til den økonomiske situasjonen.

SAMANDRAG

Plan for legetenesta i Ulstein skal vere eit grunnlagsdokument for å sikre at legetenestene i omfang og innhald er i samsvar med fastsette lover, forskrifter og politiske vedtak.

Første del av planen viser til dette lovverket, i tillegg til kommunale plandokument. Planen skal sikre at tenestene

gir likeverdige og fagleg gode legetenester til alle innbyggjarane i kommunen. Ei god fastlegeteneste er grunnlaget for all helse- og omsorgsteneste.

Koronapandemien har også vist oss kor viktig det samfunnsmedisinske arbeidet er.

Planen tek derfor for seg både fastlegetenesta, offentlege legeoppgåver, samfunnsmedisinske

oppgåver og legevakt. For kvar teneste vert no-situasjonen og utfordringsbildet skissert, og ut frå dette kan vi sjå føre oss legetenesta i framtida. Det gjeld både kva vi vil vidareføre av det vi har, og kva nye tiltak som er ønskelege.

Hovudpunkta er samla fremst i planen under hovudmål, strategiar og tiltak.

BAKGRUNN

Ulstein kommune har hatt ei velfungerande legeteneste over lang tid.

På landsbasis er fastlegekrise mykje omtalt og rammar store delar av landet.

Helsedirektoratet jobbar med løysingar, men så langt har ikkje verkemidla hatt synleg effekt.

Kommunedirektøren utarbeidde i mai 2022 eit mandat for arbeidet med legeplan for Ulstein kommune 2022–2026 (vedlegg 1).

Planen skal sikre at Ulstein kommune oppfyller behova innbyggjarane har for primærhelse-tenester og samfunnsmedisinske tenester.

Referansegruppe for planarbeidet:

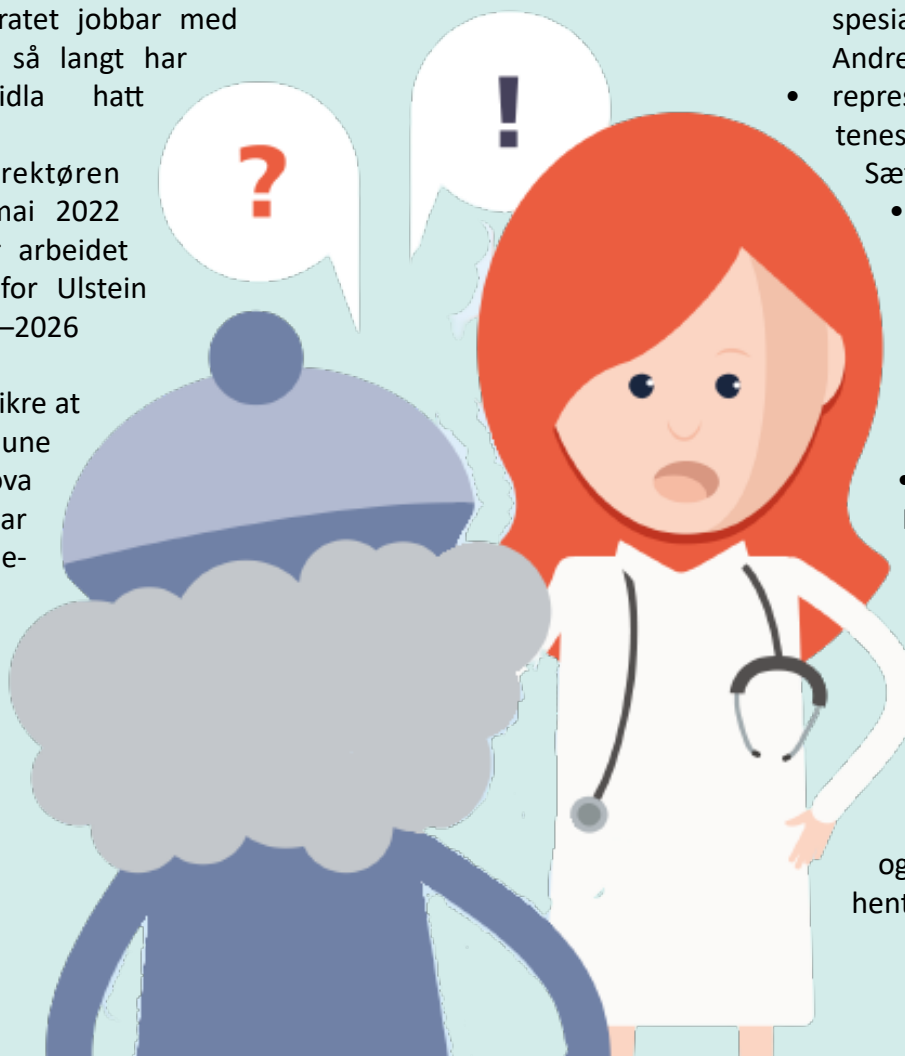
- kommunalsjef helse og omsorg, Marit Botnen (leiar)

- leiar for legesenteret, spesialist i allmenntillegemedisin Michael Flindt Dahl
- tillitsvalt for legane, spesialist i allmenntillegemedisin, Stian Endresen
- representant for legevakta, spesialist i allmenntillegemedisin, Andreas Lunde
- representant frå omsorgstenesta, einingsleiar Gunn Sætre
 - representant for helsestasjon/skulehelseteneste, leiande helsesjukepleiar Kristin Meli

Sekretariat:

- kommuneoverlege Norunn Kirkebø Elde
- personalleiar Kari Riise

Planen skal vere forankra i allmenntillegutvalet i kommunen, der det også undervegs vert henta innspel.



FØRINGAR

Statlege, kommunale og andre føringar for legeplanen.

Det er kommunen sitt ansvar å sørge for gode og forsvarlege helse- og omsorgstenester til alle som bur eller oppheld seg i kommunen. Staten har ansvaret for å sikre like vilkår gjennom regelverk og økonomiske rammer.

STATLEGE FØRINGAR

I mai 2020 presenterte Helse- og omsorgsdepartementet [Handlingsplan for allmennlegetjenesten. Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert 2020-2024.](#)

Handlingsplanen er i samsvar med overordna føringar i stortingsmelding nummer 26 (2014-2015) [Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.](#)

Også stortingsmelding nummer 15 (2017-2018) [Leve heile livet – en kvalitetsreform for eldre.](#)

Det vart gjennomført ei nasjonal evaluering av fastlegeordninga i 2018-2019, og handlingsplanen har tiltak basert på denne evalueringa.

I første fase av handlingsplanen er det hovudfokus på stabilisering og rekruttering. Målet er at det skal verte fleire legar, kortare lister og redusert arbeidsbelastning. For å nå dette målet vil regjeringa styrke basisfinansieringa. Der er avsett 1,6 milliardar friske midlar til åra 2021-2024. Det er seinare løyvd nokre ekstra midlar i tillegg. Dei første tiltaka vart sett i verk frå 1. mai 2020.

Ved utgangen av 2021 kom det ein rapport om oppfølging av planen. Rapporten viser at det i perioden frå 1. kvartal 2020–4. kvartal 2021 vart netto 59 nye fastlegar. 513 legar slutta i den perioden og om lag halvparten var under 50 år. 579 nye starta.

Grunna folketalsvekst var det ikkje noko betring i legedekninga og fleire enn før stod utan fastlege ved inngangen til 2022. [Les rapporten her.](#)

KOMMUNALE FØRINGAR

Sjå samfunnsdelen til kommuneplanen (vedlegg 5).

Konkrete målsettingar som er aktuelle i ein plan for legeteneste vil vere å:

- ha eit særleg fokus på barn i førskulealder og skulealder og deira familiar med sikte på tidleg oppdaging av vanskar.
- legge til rette for at eldre, sjuke og funksjonshemma får høve til å bu lengst mogleg i eigen heim, eller i ein tilpassa bustad
- bidra til tidleg oppdaging av demens med tilrettelegging av individuelt retta tiltak til den demente og dei pårørande.
- legge folkehelseperspektivet og universell utforming til grunn i all planlegging og ved gjennomføring av tiltak

Leve heile livet

Ulstein kommune vedtok i 2020 å vere eit aldersvennleg samfunn i tråd med «leve heile livet», ei kvalitetsreform for eldre. Her vert det også lagt vekt på å legge til rette for at eldre skal bu heime så lenge som råd. Dette krev ei god fastlegeteneste.

Levekårsplan

I 2021 vedtok kommunestyret [Levekårsplan for Ulstein 2020–2032](#), som ein del av kommuneplanen.

Målområde 1: God helse i alt vi gjer.

Målområde 2: Gode oppvekstvilkår for barn og unge.

Midlene i opptrappingsplanen vil gå til:

1. Endret og styrket basisfinansiering
 - Det innføres et grunntilskudd tidsbegrenset til 2 år. Grunntilskuddet innføres fra og med 1. mai 2020 og skal tilsvare basistilskuddet ved 500 innbyggere på listen. Fastleger med en listelengde på under 500 vil ha krav på dette grunntilskuddet i inntil to år dersom de har et listetak på 500 innbyggere eller flere.
 - Det innføres et knekkpunkt i basistilskuddet svarende til 1000 pasienter fra 1. mai 2020. Per capitasatsen vil være høyere under enn over knekkpunktet.
2. Økt antall ALIS-avtaler og økt veiledning
3. Introduksjonsavtaler
4. Kvalitetssystem i allmennlegetjenesten
5. Lederutdanning
6. En teambasert tjeneste
7. Modernisering av arbeidsmetode og arbeidsmetodikk
8. Gjennomføring og evaluering av planen

Frå side 5 i *Handlingsplan for allmennlegetjenesten. Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert 2020–2024, frå Helse- og omsorgsdepartementet.*

ORGANISERING

Legetenestene i Ulstein er organisert under helse- og omsorgsetaten med kommuneoverlegen som ansvarleg leiar for legetenesta.

Legetenesta har desse ansvarsområda:

Fastlegetenesta

Ulstein har i 2022 ti fastlegeheimlar som alle er lokaliserte ved Ulstein legesenter. Legesenteret er eit privatdrive aksjeselskap men mottok ei årleg støtte frå Ulstein kommune. Kvar einskild lege er næringsdrivande og er leigetakar ved legesenteret. Alle som har ein fastlegeheimel kan kjøpe seg inn i aksjeselskapet etter ein avtalt periode i jobb.

I tillegg har vi til ei kvar tid 1-2 LIS 1. Dette er legar under utdanning som har seks månader praksis i kommunehelsetenesta

som del av utdanninga si (tidlegare kalla turnuslegar). Desse er fastlønna av kommunen. Vi får eit øyremerka tilskot per LIS 1.

Vi har også senterleiar, ei 10 prosent fastlønna legestilling, som er ein viktig samarbeidspartnar for kommunen.

Interkommunal legevakt

Saman med Hareid på ettermiddag og kveld frå klokka 15.00–22.00, og også i helg frå 08.00–22.00. Legevakta alternerer mellom å vere på Hareid legesenter eller Ulstein legesenter.

Fastlegane i Hareid og Ulstein dekkjer denne som del av avtalen sin. Lønna her er kombinasjon av noko fastlønn + lønn for utført arbeid (refusjonar frå HELFO + eigendelar frå pasientane). Lege-sekretær til stades i deler av vakt-ta. Kommunane refunderer kostnaden.

Legevaktleiar i 20 prosent stilling, for tida delt på to legar, fastlønna.

Interkommunal nattlegevakt i sju-stjerna (unntatt Vanlylven)

Lokalisert i Hovdebygda. Volda er vertskommune. Våre fastlegar pliktar å jobbe her. Fastlønn etter tariff (sf 2305 Særavtalen).

Interkommunal legevakt-formidling (heile sju-stjerna)

Samordna med legevakta i Hovdebygda. Volda er vertskommune. Døgnavtale. Telefon 116 117.

Daglegevakt ved Ulstein legesenter

Organisert av legesenteret sjølv. Yter tenester til alle personar som til ei kvar tid oppheld seg i kommunen og har bruk for akutt og nødvendig helsehjelp. Legevakt-telefon 116 117 vert handsama av

1516 Ulstein	2022	2023	2024	2025	2026
0–9 år	983	980	980	970	953
10–19 år	1188	1158	1136	1117	1104
20–29 år	944	965	969	972	978
30–39 år	1030	1044	1057	1046	1062
40–49 år	1173	1145	1104	1098	1085
50–59 år	1240	1256	1284	1302	1281
60–69 år	911	919	925	945	977
70–79 år	707	730	751	764	773
80–89 år	314	325	342	355	391
90 år og eldre	65	67	71	70	63
Samla folketal	8555	8528	8619	8639	8667

Framskrivning av folketalet gir oss grunnlag for å planlegge talet på legeheimlar og andre legetenester. Vi ser at talet på eldre over 60 år vil auke gradvis, medan barnetalet går tilsvarande ned. Aldersgruppa 20–60 er forventa å vere ganske stabil dei neste fire åra.

Søre Sunnmøre LVS i Hovdebygda, men dei fleste pasientar ringer legesenteret direkte.

AMK

Knytt til Ålesund. Statleg avtale. Telefon 113.

Tilsynslegar ved sjukeheim

80 prosent stilling, fastlønna, inkludert 13 prosent for KAD-plass. Delt på to legar. LIS 1 har delteneste her i tillegg.

Skulehelseteneste/helsestasjon for barn og for ungdom

33,33 prosent stilling delt på to legar. Ei 20 prosent stilling og ei

13,3 prosent stilling. Fastlønna. LIS 1 har delteneste her i tillegg.

Smittevernlege

10 prosent stilling. Fastlønna.

Smittevernlege for flyktingar 10 prosent stilling. Oppretta i 2022 i samband med Ukrainakrigen.

Kommuneoverlege

100 prosent stilling. Ansvar for samfunnsmedisinsk arbeid, folkehelse, medisinskfagleg rådgiving, miljøretta helsevern, helsetenester som omfattar fysioterapi, legetenesta, den interkommunale legevakta med Hareid og veterinærtenesta.

Medisinskfagleg ansvarleg

I samband med koronapandemien vart det også etablert ein del tilleggstenester. Dette dreide seg om kommunal teststasjon, rådgivingstelefon, vaksinasjons-senter, infeksjonsklinikk og smittesporingsteam. Frå mai 2022 er dei fleste av desse tenestene innarbeidd i det ordinære helsetilbodet ved legesenteret og helsestasjonen med ein viss beredskap utover normaldrift utifrå sentrale retningslinjer.



FASTLEGETENESTA

Fastlegeordninga vart innført i Noreg 1. juni 2001. Formålet var å betre kvaliteten i legetenesta ved at alle som ønskte det skulle ha ein fast allmennlege.

Fastlegeordninga skulle gi innbyggjarane større tryggleik gjennom betre tilgang til allmennlegetenesta. Reforma skulle bidra til kontinuitet i lege-pasient-forholdet, noko som vart peikt på som spesielt viktig for personar med kroniske sjukdommar og psykiske lidingar, og også for personar med funksjonshemming og pasientar under rehabilitering. Reforma skulle også bidra til ei meir rasjonell utnytting av samla legeressursar i landet.



«Ei stabil fastlegeteneste er det viktigaste folkehelseiltaket vi kan ha»

PLIKT

Helse- og omsorgstenestelova gir kommunen plikt til å sørge for at personar som oppheld seg i kommunen får tilbod om nødvendige helse- og omsorgstenester.

Fastlegeforskrifta gir kommunen ansvaret med å organisere fastlegeordninga, og sørge for at personar som ønsker det, får tilbod om plass på ei fastlegeliste. Kommunen skal sørge for at nok legar deltek i fastlegeordninga, og kan velje om dei tilset legar i kommunal stilling eller inngår avtale der legen er sjølvstendig næringsdrivande.

Fastlegane er ansvarlege for pasientane på si liste og må ta vakter på legevakt utanom kontortid. I tillegg kan fastlegane verte pålagde 7,5 timer i veka med kommunale oppgåver, som til dømes å vere lege ved sjukeheim, helsestasjonslege, smittevernlege, ha ansvar for flyktingar, legevakt eller rettleiar for legar i spesialisering.

10

Helse- og omsorgstenestelova inneheld krav til forsvarlege tenester og kvalitet. Kommunen skal mellom anna legge til rette for at personell som utfører tenestene vert i stand til å overhalde sine lovpålagde plikter, og sikre at der er nok fagkompetanse i tenestene.

Alle fastlegar må ha ein individuell fastlegeavtale med kommunen. Kommunen og fastlegen sine plikter og rettar går fram av den lokale individuelle avtalen som igjen vert regulert av lov, forskrift, og tre sentrale avtalar (vedlegg 2).

FOLKEHELSE

Forsking har vist at ei stabil fastlegeteneste er det viktigaste folkehelseiltaket vi kan ha. Det å ha same fastlege i minst 15 år gir 25 prosent lågare dødsrisiko, 28 prosent reduksjon i innleggingar i sjukehus og 30 prosent mindre bruk av legevakt.

Sentrale styresmakter jobbar for å berge fastlegeordninga. Hausten 2022 manglar omkring 200 000

pasientar i Noreg fastlege, og 100 kommunar står utan ledige fastlisteplassar.

Fastlegar har over år meldt om auka arbeidsbelastning og dårlegare økonomiske vilkår. Det er fleire årsaker til auka mengd arbeid. Ei viktig årsak er at talet på eldre aukar, og ved høg alder er det meir vanleg å få ein eller fleiresjukdommar. Mange eldre bur heime eller i omsorgsbustad og vert følgt opp av fastlegen sin.

Ei anna årsak er ei rekke medisinske nyvinningar og behandlingmetodar som har kome til sidan fastlegeordninga vart innført i 2001. Pasientane vert derfor oftare behandla av fastlegen sin enn på sjukehus. Langt fleire får til dømes kreftoppfølging av fastlegen i dag enn i 2001.

Samhandlingsreforma har også ført til at stadig nye oppgåver vert overført frå sjukehusa til fastlegane. Trenden er ønska, men påverkar i aller høgste grad arbeidsvolumet.

UTFORDRINGSBILDE

Fastlegeheimlar, kapasitet og listelengde i Ulstein.

Det er per i dag ti fastlegeheimlar ved Ulstein legesenter. I tillegg har vi 1-2 stillingar for LIS 1 lege (lege under utdanning).

Fastlegekrisa er merka over fleire år i vårt område, då fleire av nabokommunane har hatt problem med rekruttering. Det gjer at Ulstein har tilsig av pasientar frå mange nærliggande kommunar. Det er fritt val av fastlege over kommunegrensar.

Summen av dette er at vi hausten 2022 manglar ledige fastlisteplassar.

Vi har lovmessig plikt til å ha ledige listeplassar til innbyggjarane våre. Til no er problemet løyst ved at dei som står på venteliste for fastlege i Ulstein og er busette i Ulstein får legetime hos LIS 1 legen.

REDUSERT LISTE

I starten på fastlegeordninga var det lagt opp til at ein lege skulle handtere ca. 300 listepasientar per vekedag dei jobba pasientretta. I praksis var det slik at ein lege med ein kommunal arbeidsdag (til dømes sjukeheim/helsestasjon) skulle ha 1 200 pasientar på lista si. Etter kvart som meir og meir arbeid er overført til fastlegane har dette vist seg å verte altfor mykje. Ein gjennomsnittleg fastlege arbeider om lag 55 timar pr veke. Unge legar ønsker seg normal arbeidstid med tid til familieliv. Ulstein kommune la alt frå starten av opp til at legane sjølve kunne velje listelengde. Mange starta på 1 200 men har redusert etter kvart ved naturleg avgang. No ligg dei fleste listene på 700–1 100 pasientar.

Ulstein har 9 710 listeplassar hos fastlegar per 31. august 2022, og på same tid 8 745 innbyggjarar.

Hausten 2022 er det om lag 500 på venteliste for fastlege i kommunen.

Ulstein har altså om lag 1 000 plassar meir enn det er innbyggjarar i kommunen, men har likevel lang venteliste.

Legeforeininga meiner at ei normal liste for eit legeårsverk utan kommunal bistilling, ligg på 1 000 pasientar.

Mange kommunar har valt dette eller enda kortare lister for å tiltrekke seg legar.

Ulstein har elles sidan 1980-talet hatt samarbeid med Hareid innanfor fastlegeteneste, legevakt og samfunnsmedisinske tenester.

DRIFTSFORMER I DAG

Ulstein legesenter vert drive som eit aksjeselskap som har arbeidsgivaransvar for dei tilsette, og der kvar einskild lege er næringsdrivande og leiger lokale/personell med aksjeselskapet.

Ulstein kommune yter per i dag ca. 3 millionar kroner til drifta ved Ulstein legesenter per år. Denne avtalen varer til utgangen av 2023. I kostnaden Ulstein kommune har, ligg også husleige og drift av legevaktslokalet på både dag- og kveldstid, i tillegg til kostnader til forbruksmateriell på vakt.

Inkludert er også personell og husleige til 1-2 fastlønna LIS 1-legar.

Det er vanskeleg å få oversikt over kor mykje samanliknbare kommunar gir i støtte til legetenesta si. Mange har store kostnader til vikarordningar. Ulstein kommune har til no hatt svært moderate kostnader til legetene-

sta.

Vi ser at fleire og fleire kommunar tilbyr fastlønnsavtalar eller at kommunen tek kostnaden med drifta av legesenter mot å få basistilskotet + ei lita månadleg leige frå kvar lege (såkalla 8:2-avtale). Begge desse løysingane er meir kostbare enn den modellen som er i Ulstein i dag. Næringsdrift med støtte frå kommunen er per i dag den mest økonomisk lønnsame ordninga sett frå kommunen si side. Forsking viser dessutan at fastlønn fører til lågare produksjon per lege (20–40 prosent reduksjon).

Viss ikkje staten etterkvart gjer endringar med finansieringa av fastlegetenesta, er det svært sannsynleg at kommunane i Noreg får stadig større utgifter til drift av fastlegetenesta si.

FASTLØNN

Det ser ut som mange unge legar ikkje ønsker å ta på seg utgiftene ved å kjøpe ein heimel og drive som næringsdrivande.

Mange ønsker fastlønn for å sikre dei sosiale rettane som fastlønn gir. Særleg gjeld dette unge kvinnelege legar som står føre svangerskap og permisjonar.

Nokre kommunar har ein kombinasjon av ordningar, til dømes bykommunar som Ålesund (sjå neste side).

DRIFTSFORMER

Aktuelle driftsformer vidare.

1. Privat praksis har vore hovudmodellen i fastlegeordninga. Fastlegane er då sjølvstendig næringsdrivande og driv eige kontor med ansvar for mellom anna drift av lokale, medisinsk-teknisk utstyr, datasystem, og elektronisk pasientjournal. Vidare er dei arbeids-givar for hjelpepersonell.

Fastlegeordninga der legane er sjølvstendig næringsdrivande vert i hovudsak finansiert gjennom:

- basistilskot (kronebeløp per listepasient)
- aktivitetsbasert tilskot (refusjon frå Helfo)
- eigendel frå pasientane

Dei økonomiske vilkåra knytt til pasientlister/listetilskot har med unntak av dei siste to siste åra hatt liten vekst. Dette gjer at mange

næringsdrivande legar har fått redusert inntekt siste åra, og svært mange kommunar har sett seg nøydde til å gjere lokale avtalar om økonomiske støtteordningar for å behalde legane sine eller rekruttere nye. Ulstein legesenter vert drive slik i dag, med eit kommunalt tilskot.

2. Fastlønn. Kommunen kan alternativt velje å tilby fastlegane tilsetjing med fastlønn på eit kommunalt drifta legekantor eller at kommunen inngår leigeavtale med Ulstein legesenter som eit privatdrive kontor og betaler husleige her. Dette er det som vert gjort i dag for LIS 1. Ein variant her er fastlønn + prosentvis del av inntekter. Legen har då fastlønn og får i tillegg ein prosentvis del av dei inntektene hen genererer.

Mest vanleg er 15-20 prosent av inntekter frå eigendelar og refusjonar.

KS og nokre kommunar har rekna ut at ein fastlønna lege kostar kommunen 800 000–1 000 000 kroner ekstra per år.

3. Sjølvstendig næringsdrivande med såkalla 8–2-avtale.

Kommunen driftar då kontoret og har ein leigeavtale med legane. Kommunen er arbeidsgivar for hjelpepersonell og ansvarleg for lokale, utstyr, datasystem og elektronisk journal. Legane betaler inn basistilskotet sitt til kommunen og betaler ei relativt låg leige i tillegg. Legane beheld eigendelar og refusjonar frå Helfo, såkalla 8–2-ordning med modifikasjonar.

ØNSKE

I «Handlingsplan for allmennlegetjenesten» er det eit ønske om å styrke fastlegetenesta, og ønsket er i hovudsak at legane skal vere sjølvstendig næringsdrivande. Privat næringsdrift har

VURDERING:

- Ulstein kommune bør ha berre eit legesenter.
- Ulstein kommune bør som hovudregel føretrekkje å ha privat praksis med næringsdrivande legar. Kommunen må vurdere ulike støtteordningar fram til det kjem nye sentrale ordningar. Dette kan vere ei fast årleg støtte slik vi har i dag, eller ein prosentvis auke av basistilskotet. Viser her til Tromsømodellen (vedlegg 6). Spesielt tiltaka i tiltakspakke 1 og 2 kan vere utgangspunkt for endringar hos oss.
- Ulstein kommune bør som eit rekrutteringstiltak kunne tilby fastlønn til nyttilsette legar, med overgang til næringsdrift etter ei viss tid. Viser igjen til Tromsømodellen der legar får fastlønn i to år om dei ønsker det, for så å gå over til næringsdrift med tilskot.
- Ulstein kommune bør kjøpe ut ledige lister som goodwill (godtgjersle for opparbeida praksis) dersom ny lege ikkje ønsker å investere i dette. Fastlegeavtalen til ny lege må då ha eit punkt om at den nye legen ikkje kan bygge seg opp goodwill i denne heimelen.
- Listelengde for ei heil stilling/full kurativ veke, bør vere 1 000 pasientar.
- Ulstein kommune tek sikte på å ha 10 prosent fleire fastlegelisteplassar enn vi har innbyggjarar.
- Ved mangel på fastlisteplassar for eigne innbyg-

vore den vanlegaste driftsforma for fastlegepraksisar i byar og i større kommunar. I kommunar med færre innbyggjarar og lange reiseavstandar, har det vore eit behov for mange legar for å klare å dekke opp legevakt, noko som har ført til at det «ikkje var pasientar nok» til å drive som sjølvstendig næringsdrivande fastlege, og det vart ofte då tilbod om fastløn.

TREND

Stadig fleire kommunar rapporterer om at det er vanskeleg for privatpraktiserande fastlegar å få overdratt sine praksisar til nye legar. Den klare trenden i Noreg er at nye fastlegar, også i store kommunar, vil verte tilsett med fastløn eller arbeide som sjølvstendig næringsdrivande med leigeavtale med kommunen.

Lange arbeidsveker med for dårleg inntening har vore sterkt medverkande til denne

utviklinga. Yngre legar i etableringsfasen har også andre ønske enn det som det eldre og etablerte legekorpset hadde for snart 20 år sidan.

Krav som stillast til ansvarlege for næringsverksemdar i Noreg, har på mange område også auka. Stadig fleire nye fastlegar ønsker sosial tryggleik med lønn under sjukdom, ved barns sjukdom og ved foreldrepermisjon, og også under vidareutdanning som ofte krev fråvær frå praksis over tid.

BEREKRAFTIG

Det beste for å oppretthalde ei berekraftig ordning vil uansett vere å legge til rette for private næringsdrivande legar, og det bør vere hovudprioritet. Det bør vere lønnsamt å jobbe som sjølvstendig næringsdrivande.

Vi må vurdere kva støtteordningar vi ønsker for å få fastlegenesta attraktiv og oppe-

gåande. Mange kommunar gjer det, og [Tromsømodellen](#) (vedlegg 6) har siste året fått mykje omtale. Her tilbyr kommunen ein periode med fastløn, auka basistilskot og støtte til kjøp av lister med meir.

Andre kommunar har valt å utbetale tilskot til legar/legekontor for å stimulere til heilprivat drift. Det same gjeld å kjøpe ut lister med grunnlag i arbeidet som er lagt ned for pasientane på lista, såkalla «goodwill», når ein lege sluttar. Dette har vi sett i mange nabokommunar, inklusiv Ålesund, som har kjøpt ut om lag ti lister dei siste åra. Ulstein gjorde dette for første gang i 2022.

I arbeidet med ny rekruttering av legar kan vi velje å gi tilbod om ulike modellar.

garar får desse time hos daglegevakta eller hos LIS1, som får utvida rettleiing ved behov.

- Ulstein kommune bør formalisere samarbeidet med Hareid kommune om legetenesta. Samarbeidet må strukturerast og formaliserast slik at det er avklart kva vi skal samarbeide om og i kva omfang.



KOMMUNEOVERLEGEN

Det vert frå sentralt hald arbeid med vidareutvikling av kommunelegefunksjonen.

Koronaandemien har vist oss at dette er ein sær sårbar ressurs i kommunane. Mange av legane som jobbar som kommuneoverlegar manglar dessutan samfunnsmedisinsk utdanning, slik at kapasiteten og tilgangen på denne også må styrkast.

Helse- og omsorgsdepartementet bad i 2022 Helsedirektoratet levere eit innspel om kommuneoverlegen med utgangspunkt i oppgåver i funksjonen, kompetanse, tilgjenge og kapasitet.

Innspelet vart levert i mai 2022 og er ute til høyring (vedlegg 7). Dei brukte koronakommisjonen sin rapport i tillegg til andre innspel.

Det viktige vi kan trekke ut av denne rapporten er at vi må ha tilstrekkeleg ressurs. Dei foreslår konkret at kommunar i storleiken til Ulstein (5 000–10 000 innbyggjarar) bør ha ein kommunelegeressurs på minst 100 prosent. Denne ressursen bør vere slik i

organisasjonen at alle sektorar i kommunen får tilgang på medisin fagleg rådgiving og kompetanse. I tillegg må vi vurdere dette med vaktordning, til dømes ein ressurs til assisterande kommuneoverlege, alternativt eit samarbeid på tvers av kommunar.

UTFORDRINGSBILDE

Medisinfagleg rådgiving

Kommuneoverlegen er med i kommunalsjefen si leiargruppe innan omsorg og samarbeider tett med einingsleiarane i omsorg når det gjeld medisinske problemstillingar.

Samfunnsmedisinsk legearbeid

Dei viktigaste arbeidsoppgåvene innan samfunnsmedisin er:

- overvaking og analyse av helsetilstanden i innbyggjarane, og faktorar som kan påverke helsetilstanden positivt og negativt.
- overvaking og analyse av helsetenesta på alle forvaltningsnivå.
- planlegging, gjennomføring, evaluering og kvalitetssikring av tiltak i eigen og andre sekto-

rar for å betre helsetilstanden og førebygge sjukdom.

Folkehelse og miljøretta helsevern

Folkehelselova er overordna og skal bidra til ei samfunnsutvikling som fremjar folkehelse og utjamnar sosiale helseforskjellar.

Folkehelsearbeidet skal fremje innbyggjarane si helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å førebygge psykisk og somatisk sjukdom, skade og lidning.

Det er forskrift om miljøretta helsevern med tilhøyrande rett-leiarar som primært styrer dette arbeidet.

Kommuneoverlegen er høyringsinstans i ei rekke saker relatert til planarbeid og byggesaker og skal kome med råd. Det skal førast tilsyn med vassforsyning og avløp, og det skal vere søkelys på andre typar forureining, mellom anna frå industri. Frå 2020 fekk også kommunen ansvar for støy etter forureiningslova.

Mange av dei faktorene som påverkar folkehelsa ligg utanfor ansvarsområdet til helsesektoren. Kommuneoverlegen bør derfor i

VURDERING:

- Kommuneoverlegen bør vere plassert slik i organisasjonen at alle kommunale område får tilgang til funksjonen (sjå forslag frå Helsedirektoratet)
- Ulstein kommune har i dag ein smittevernlege i 10 prosent stilling som jobbar som fastlege i tillegg. Dette har vore ei ordning som har fungert svært godt. Denne funksjonen bør vi halde på.
- Det bør vere ein stedfortredar for kommuneoverlegen ved fråvær. Det er behov for ein assisterande kommuneoverlege. Kommunen bør vurdere å slå dette saman med smittevernlege og auke stillinga opp til 20 prosent.
- Ulstein har folkehelsekoordinator. Det bør vurderast om denne funksjonen skal knytast nært opp til kommuneoverlegen.
- Ulstein kommune må også sjå på korleis ta i vare miljøretta helsevern. Det er tidlegare foreslått å samarbeide om ei stilling for ein miljøhygienikar i justjerna.
- Vaktordning utanom ordinær arbeidstid. Dette kan best løysast med ei ordning lokalt med assisterande kommuneoverlege. Alternativet er eit samarbeid mellom fleire kommunar, men dette er meir komplisert og fører til meir bunden arbeidstid. Kommunen bør kompensere

større grad enn før be om helsekonsekvensutgreiing relatert til utbyggingsaker.

Kommunen skal ha tilsyn med ei rekke verksemdar. Kommuneoverlegen skal godkjenne skular og barnehagar etter «forskrift om miljøretta helsevern i barnehager og skoler m.v.» Kommunen skal også ha tilsyn etter «Forskrift om hygienekrav for frisør-, hudpleie-, tatoverings- og hulltakingsvirksomhet m.v.». Per i dag har kommuneoverlegen ansvar for forhold som gjeld ein heil del andre lover også. Det har vore oppe som sak i Sjustjerna helse og omsorg at ein felles ressurs i form av ein miljøhygienikar er ønskeleg.

Smittevern

Kommunen skal kontinuerleg ha oversikt over den epidemiologiske situasjonen. Kommunen skal kartlegge førekomst av smittsame sjukdommar og spesielt allmennfarlege og smittsame sjukdommar, og treffe tiltak for å avgrense spreiding av desse. Kommunen skal ha oppdatert smittevernplan, pandemiplan og plan for massevaksinasjon.

Koronapandemien er eit godt døme på kor viktig smittevernet er. Kommuneoverlegen skal arbeide med førebyggjande tiltak som

hindrar smittespreiing, sørge for isolering av sjuke og gjennomføring av vaksinasjon. Dette krev god samhandling med helsetenestene.

I pandemien har sentrale stillingar innan helsetenestene hatt ei veldig stor arbeidsmengd, og kommuneoverlegen har truleg vore den mest belasta. Kommunen bør ha avtalar/planar som sikrar gode beredskapsordningar. Dette for å sikre god kontinuitet i arbeidet, og for å sikre at tilsette klarer å stå i arbeidet over tid.

Rådgiving og organisering av arbeidet

Kommuneoverlegen er kommunen sin medisinfaglege rådgjevar, og skal bidra med råd til kommunen sine ulike einingar i medisinfaglege spørsmål.

Kommuneoverlegen burde i større grad vere høyringsinstans i ei rekke faglege tema som krev medisinfagleg kompetanse.

Psykisk helsevern

Kommuneoverlegen har ei rolle som rådgivar for saker som gjeld lov om psykisk helsevern, og har vedtaksmynde når det er behov for tvungen legeundersøking. Det er laga delegasjon på dette når kommuneoverlegen ikkje er tilgjengeleg. Kommuneoverlegen er

også fagleg ansvarleg for bruk av tvang på sjukeheimane og innan HVPU.

Ansvar for legetenesta

Kommuneoverlegen har ansvar for legetenesta, at tenesta fungerer og held fagleg standard. I dette inngår også ansvar for den interkommunale legevakta med Hareid. I tillegg kjem administrering av rettleiing for LIS1- og LIS3-legar, oppfølging av fastlegar, avvikshandtering og behandling av klagesaker.

Psykososial kriseteam

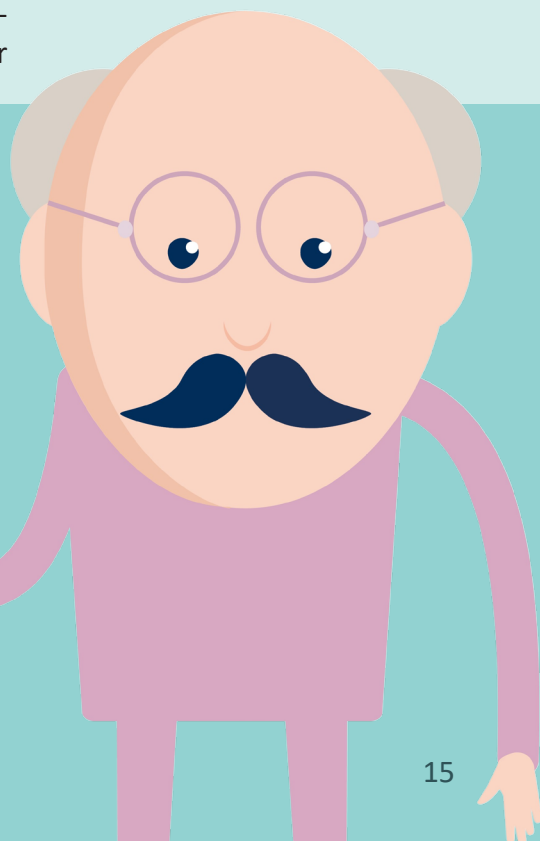
Kommuneoverlegen sit som fast medlem i psykososialt kriseteam

Samhandling

Kommuneoverlegen bør ha ei rolle inn mot Helsefellesskapet. Det er vanleg at kommuneoverlegen sit i eit eller fleire av samhandlingsutvala og er med på dei storesamhandlingsmøtamedhelseføretaket

Vidare er kommuneoverlegen sentral i interkommunalt samarbeid, for vår del vesentleg i sjustjerna.

- økonomisk for ei vaktordning.
- Kommuneoverlegen bør framleis ha ansvar for legetenesta, inklusive den interkommunale legevakta med Hareid. Ulstein kommune må vurdere i kva grad kommuneoverlegen skal ha personalansvar og økonomiansvar for tilsette i desse tenestene.
- Veterinærtjenesta bør ikkje lengre vere eit ansvar for kommuneoverlegen.



LEGEOPPGÅVER

Offentlege allmenmedisinske legeoppgåver: helsestasjonsteneste, skulehelseteneste, flyktningar, sjukeheim, rettleiing.

Det er kommunen sitt ansvar å yte desse tenestene. Det er kommunen sitt val om dei vil tilsette eigne fastlønna legar til heile eller deler av desse oppgåvene, eller om dei vil nytte seg av fastlegane si plikt til å delta i utføringa av desse, eventuelteinkombinasjon av begge deler.

Fastlegen si deltaking i desse oppgåvene er regulert i fastlegeforskrifta §12. Modellen med små deltidsstillingar for fastlegane innanfor desse felta har både fordelar og ulemper.

Små stillingar er sårbare for sjukefråvær, fråvær ved kurs, feriar, utdannings- og velferdspermisjo-

nar og vakansar dersom det ikkje er lagt opp til faste vikarordningar. Fordelen er god kommunikasjon mellom desse tenestene og fastlegane.

Vidare vil to små stillingar i ei teneste gjere drifta meir fleksibel, og legedekninga vil vere sikra til ei kvar tid.

Større stillingar gir betre fagleg kontinuitet og større fokus på fagleg utvikling innanfor det spesifikke fagområdet. Samtidig vil små kommunar ikkje ha nok til å fylle ei heil stilling, samtidig som det vil verte ein svært einsam jobb som også kan gjere at vi får problem med fagleg utvikling og støtte.

Legetenesta både i sjukeheim og førebyggjande helsearbeid for barn og unge, må vere «kontinuerleg». Kommunen må difor

etablere ei ordning som sikrar legeteneste ved fråvær.

HELSESTASJON OG SKULEHELSETENESTE

Helsestasjonstenesta er eit gratis lågterskeltilbod for gravide, barn og ungdom. Helsestasjonen har som målsetting å bidra til best mogleg helse, trivsel og utvikling hos barn og unge, gi god svangerskapsomsorg og stimulere til eit godt samspel mellom foreldre og barn.

Det førebyggjande og helsefremmande arbeidet på helsestasjon og skulehelseteneste er heimla i ei ny forskrift som kom i 2018:

§ 1. Formål

skal bidra til å:

- fremme psykisk og fysisk helse,
- fremme gode sosiale og miljømessige forhold
- forebygge sykdom og skader,
- utjevne sosiale helseforskjeller og
- forebygge, avdekke og avverge vold, overgrep og omsorgssvikt.

Ulstein har i mange år satsa på å ha eit godt tilbod for barn og ungdom. Vi har innført BTS-modellen (betre tverrfagleg samhandling) og Trygg start som no går inn i Barneplikksatsinga.

Helsestasjonen har eit stort og godt samarbeid med oppvekstetaten, både ute på skulane og i barnehagane. Tenesta skal vere tverrfagleg.

I Ulstein har vi ein godt utbygd helsestasjon der vi også har helsestasjon for ungdom.

Vi har stabile fastlegar som jobbar på helsestasjonen, i skulehelsetenesta og på helsestasjon for ungdom. Totalt har vi per i dag 33,33 prosent stilling delt på to



legar. I tillegg har LIS 1-legane tenestetid på helsestasjonen. Totalt sett fungerer dette godt. Sidan helsestasjonslegane også er fastlegar, er det lett å få til eit nært samarbeid med legesenteret for barn og unge som treng ekstra oppfølging/behandling.

LEGETENESTE I SJUKEHEIM/ OMSORGSTENESTE

Ulstein kommune har satsa på omsorgsbustader, både bemanna og ubemanna, og har færre institusjonsplassar enn samanliknbare kommunar. Vi har totalt 80 prosent stilling for legar i institusjon. Dette er per no delt på to legar med 40 prosent stilling til kvar, der den eine er sjukeheimsoverlege. I tillegg har LIS 1 arbeidstid på sjukeheimen som ledd i utdanninga.

Når det gjeld legetimar per bebuar i institusjon ligg vi litt over landsgjennomsnittet. Når det gjeld timar per 10 000 innbyggjarar ligg vi godt under landsgjennomsnittet med 0,8 årsverk mot 1,1 i

landet. Dette kjem av at vi har få institusjonsplassar.

Få plassar og stor turnover av pasientar gjer at tenesta krev meir legearbeid. I tillegg kom kravet om kommunal akutt døgnplass som del av samhandlingsreforma. Ulstein har ein slik KAD-plass. Denne åleine krev god tilgang på legeteneste, dimensjonert til minimum fem timar per veke utifrå retningslinjene om KAD. I omsorgsbustader er det fastlegane som har ansvar for sine listepasientar, også når det gjeld oppfølging av komplekse samansette sjukdomsbilde og terminal pleie/kreftbehandling med meir. Dette betyr at pasient/Helfo dekker utgiftene, men fører til at fastlegane har fleire tidkrevjande oppgåver og må ha kortare lister enn før.

LEGETENESTE FOR FLYKTINGAR/ASYLANTAR

I samband med krigen i Ukraina vart det oppretta eit akuttmottak

for flyktingar i Ulstein i regi av LINK. I tillegg har vi busett fleire flyktingar enn i normalår.

Kommunen er forplikta til å stille med helsetenester både når det gjeld smittesporing, helse-tenester for somatisk- og psykisk helse og elles etter behov.

Med ein smittevernlege i 10 prosent stilling var det ingen kapasitet for dette i ein periode der det også var pandemi. Vi fekk opprette ei legestilling på 10 prosent ved bruk av vertskommunemidlar, vesentleg for å ta seg av lovpålagt smittesporing, i tillegg til rådgiving til andre kommunale tenester som jobbar opp mot flyktingar.

Hausten 2022 vart det overgang til ordinært mottak i første omgang for tre år framover.

I tillegg bruker vi LIS1 i arbeidet med helsehjelp til flyktingar i ventetid på å få ein fastlege. I utgangspunktet har alle flyktingar som er busette eller bur på eit asylmottak rett på fastlege.

VURDERING:

HELSESTASJON OG SKULEHELSETENESTE

- Dimensjonering av legetenesta ved helsestasjon/skulehelsetenesta opplevast som tilstrekkeleg. Vi ligg også nært opp mot landsgjennomsnittet i følge KOSTRA.
- Det er gunstig for tenesta at det er to fastlegar som deler på dette, både med tanke på fråvær og kompetanse.
- For LIS 1 er helsestasjonen ein god læringsarena.
- Tenesta bør halde fram som no. Det er forholdsvis små endringar i barnetalet framover.
-

SJUKEHEIM OG OMSORGSTENESTE

- Det er gunstig at minst to legar deler på arbeidet ved sjukeheimen. Det er då lettare å dekke opp ved fråvær.
- Det er gunstig å fortsette med ein sjukeheimsoverlege som tek litt ansvar for rutinar, prosedyrar, utviklingsarbeid og liknande.
- LIS 1 skal ha teneste her som del av utdanninga og utgjer ein ekstra ressurs.
- Det er ein fordel at sjukeheimslegane også er fastlegar. Det gjer at samarbeid mellom omsorg og legeteneste fungerer godt.

FLYKTINGAR OG ASYLANTAR

- Ulstein kommune bør halde fram med 10 prosent legeressurs for flyktingar for å vareta lovpålagte oppgåver, og også for å vere rådgivar for andre kommunale instansar som jobbar med flyktingar og asylantar.
- LIS1 skal ha arbeid med flyktingar som ein del av tenesta si.

UTDANNING

Utdanning av nye legar: Kompetansekrav og spesialiseringssløp.

BAKGRUNN

Frå 1. mars 2017 vart det er eit krav at alle nye fastlegar skal vere under spesialisering eller ferdig spesialist i allmenntidleg medisin, sjå § 3 i [«forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten»](#).

Frå 1. mars 2019 gjeld nye reglar for spesialistutdanninga, der lege i spesialisering vert vurdert etter oppnådde læringsmål. Legar som startar ei spesialistutdan-

ning i allmenntidleg medisin før 1. mars 2019, kan sjølv velje om dei vil ta utdanninga si etter gamal eller ny ordning.

Kommunane fekk gjennom det nye regelverket nye oppgåver og eit større ansvar for tilrettelegginga for LIS-legar i allmenntidleg medisin. Kommunen skal til dømes vere registrert som utdanningsverksemd, og ha ansvaret for at legane får ei kontinuerleg vurdering og dokumentasjon på oppnådde læringsmål.

Utdanningsverksemda (kommunen) har ansvar for at det vert utarbeidd utdanningsplan

for den enkelte spesialitet, og ein individuell plan for den enkelte LIS-lege for heile løpet i spesialistutdanninga. Forskrifta stiller tydelege krav til systematisk og tydeleg rettleiing og supervision, og også krav til rettleiarkompetanse.

Spesialisering i allmenntidleg medisin er slik:

LIS1

Læringsmål del 1 som erstattar tidlegare turnustjeneste i kommunen.

LIS3

Hovudspesialisering. Denne vert gjennomført i fastlegeheimel



som kommunalt tilsett eller som næringsdrivande, eller i klinisk legestilling i kommunen utanom fastlegeordninga. Nokre av læringsmåla må i dag gjennomførast i spesialisthelsetenesta («sjukehussteneste»).

ALIS

ALIS står for lege i spesialisering i allmenntilleggsmedisin, og ein ALIS-avtale er ein avtale mellom kommune og lege i spesialisering i allmenntilleggsmedisin (LIS3 allmenntilleggsmedisin) Avtalen har ein fast del og det er i tillegg mogleg å avtale ekstra gode for å auke den økonomiske tryggleiken i tida under spesialistutdanning. Dette kan for eksempel vere avtale om meir rettleiing enn kravet i forskrifta tilseier, gjennomføring av læringsaktivitetar, nettverkssamlingar for legar i spesialisering, kursdekning, inntektsgaranti og/eller kompensasjon for kortare lister i ein periode, få kompensert ved sjukdom osv.

LISA

Spesialisering i samfunnsmedisin. Her er det no også krav om ein godkjent plan

Det er ALIS-kontor fordelt geografisk i heile landet, med ansvar for å gi råd til kommunane om rekrutteringstiltak i ALIS-

avtalar, utforming av avtalar med meir. Ulstein kommune høyrer til ALIS-kontoret som ligg i Trondheim. Når det gjeld utdanning i samfunnsmedisin er det eit ALIS-kontor som har ansvar for heile landet, ALIS Øst.

Kommunen kan søke Helse- direktoratet om tilskot til ALIS-avtalar anten legen er på fastlønn eller på næringsdrift. Til LIS1 kjem det eit fast statleg tilskot.

Rettleiar/supervisor

Kommunen har ei plikt til å sørge for at det vert oppnemnt ein rettleiar og ein eller fleire supervisorar til den enkelte lege under spesialisering.

I individuell rettleiing inngår refleksjon, råd, oppfølging av fagleg progresjon og arbeid i vurderinga av legar i spesialisering. Rettleiing inneber planlagde og regelmessige samtalar mellom lege i spesialisering og rettleiar. Som hjelp i arbeidet med vurdering av legar i spesialisering er det utarbeidd ein nasjonal rettleiar. Denne gir praktiske råd om organisering og gjennomføring av vurderingar, og ulike former for vurderingar. Ein rettleiar for LIS3 skal vere spesialist i faget. Ein LIS3-lege som har kome langt i sitt spesialiseringssløp, kan vere rettleiar for ein LIS1-lege.

LIS3 har rett på fire timar rettleiing per månad. LIS1 har rett på tre timar rettleiing per veke. Supervision i spesialistutdanninga er å yte hjelp og støtte, gi råd og vurdere LIS-legar i konkrete arbeidssituasjonar i det daglege arbeidet. Ein supervisor skal vere ein erfaren lege eller annan relevant fagperson.

Kommunen kan søke Helse- direktoratet om kompensasjon for kostnader til rettleiing av LIS3-legar i ny ordning.

UTFORDRINGSBILDE

Ulstein kommune har i dag ni spesialistar i allmenntilleggsmedisin og ein lege under utdanning. Alle desse kan vere rettleiarar og supervisorar både for LIS1 (turnuslegar) og LIS3. To legar har teke spesiell utdanning som rettleiarar, og desse har ansvaret for LIS3 og vanlegvis også for LIS1. Vi har derfor svært god kompetanse i legegruppa til dette arbeidet.

Ulstein kommune har godkjent utdanningsplan for LIS1 og LIS3, men ikkje for utdanning i samfunnsmedisin.

Ulstein kommune samarbeidar med NTNU om legestudentar som har praksis ved legesenteret vårt.

VURDERING:

- Ulstein kommune skal tilby ALIS-avtale for legar det er aktuelt for. Gjerne etter mønster av Tromsømodellen (vedlegg 6).
- Ulstein kommune skal søke Helse- direktoratet om tilskot til ALIS-avtalar når det er aktuelt, og tilby komplett utdanningsløp (utanom sjukehussteneste i seks månader som er del i utdanninga).
- Ulstein kommune skal tilby dekning av kurs for dei som skal vere rettleiarar.
- Ulstein kommune tilbyr det timetalet rettleiing som det er krav om når det gjeld spesialistutdanning. I ny ordning vert dette refundert.
- Ulstein kommune bør også søke om å verte godkjent utdanningsinstitusjon for samfunnsmedisin og ha eigen utdanningsplan for dette.
- Ulstein kommune skal halde fram med samarbeidet med NTNU med tanke på utdanning av nye legar.

LEGEVAKT

Legevakt dag, kveld, natt og helg.

For å rekruttere fastlegar er det viktig med trygge og gode arbeidsforhold – eit ope og inkluderande kollegium, tilstrekkeleg med legar for å få ein overkomeleg arbeids-situasjon, og ei nettoinntekt som står i forhold til arbeidsinnsatsen.

Her kjem legevaksordninga inn som ein av dei avgjerande faktorene. Ho må opplevast som trygg og overkomeleg, og er noko av det første aktuelle nye legar sjekkar ut. Legevakta er ein av grunn-pilarane som vi har i lokalsamfunna våre, og svært viktig for både innbyggjarar, andre kommunale helse- og omsorgstenester, og for dei som jobbar på legevakta.

Kommunen har plikt til å sikre ei legevakt gjennom heile døgnet. Denne skal gi legeteneste til alle som oppheld seg i kommunen og har bruk for akutt legehjelp.

UTFORDRINGSBILDE

Daglegevakt

I kontortida er det daglegevakt ved Ulstein legesenter, og denne inkluderer radiovakt for AMK-utkall. Daglegevakta er organisert slik at det kvar dag er ein lege ved legesenteret som dekker denne funksjonen. Det vert kompensert etter ein sentral avtale.

Ordninga fungerer svært godt, mellom anna fordi Ulstein berre har eitt legesenter. Denne vakta tek seg også ofte av pasientar som bur i Ulstein og ikkje har fått seg fastlege her.

Interkommunal legevakt mellom Hareid og Ulstein på ettermiddag/kveld/helg

Hareid og Ulstein starta alt i 1994 opp med eit formalisert

samarbeid om legevakt utanom kontortid. Avtalen vart fornya og oppfriska i 2014 i samband med ny akuttmedisinfor-skrift. Ulstein er vertskommune for den interkommunale legevakta Hareid/Ulstein. Vakta strekker seg frå klokka 15.00–22.00 på kvardagar, og frå klokka 08.00–22.00 i helg og høgtid. Ordninga har fungert godt i mange år, og fungerer framleis godt. Ordninga gir stor nærleik til brukarane og betre service enn større legevakter, ikkje minst med tanke på omsorgstenestene. Innbyggjarane møter kjende legar som har god oversikt, og omsorgstenestene får lettare hjelp/legebesøk.

Vi har hatt nok stabile fastlegar til å dekke denne vakta. Kvar lege har i gjennomsnitt 2-3 vakter i månaden, nokre vel å ta litt fleire, andre færre. Alle må ta del i vakta. Det er fritak på slutten av svangerskap og ved alder over 60 år, viss dei ønsker fritak, og også ved sjukdom. Legane organiserer og tilpassar vakta sjølve.

Vakta er overkomeleg når det gjeld arbeidsmengde slik at vi kan gi gode tenester til folk. Fastlegane vert godt kjende og det er då lettare å vurdere vanskelege situasjonar og sjukdomstilstandar. Vert det for lenge mellom vaktene vil ein lege få for lite trening og erfaring, og belastninga psykisk kan verte stor for nye og uerfarne legar. Det er ikkje til stades-plikt for legane. Legevakta er delvis bemanna med hjelpepersonell. Det er legesekretærene på dei to legesentera som jobbar på legevakta. På kvardagar er det personell frå klokka 17.00–21.00 og i helg frå klokka 10.00–15.00 (laurdag) 11.00–16.00 (søndag).

Det har vore gjort tiltak for å

auke sikkerheita på legevakta. Nokre unge legar opplever det tøft å vere på vakt aleine utan hjelpepersonell. Det er såleis eit ønske frå ein del av legevakslegane om større dekning av hjelpepersonell.

Dette er eit økonomisk spørsmål, men mest av alt eit spørsmål om å klare å skaffe meir utdanna personell på ukurant arbeidstid. Det er legesentera som står for organisering av hjelpepersonellet, kommunane refunderer. På grunn av personellmangel vert det ein del overtid. Dersom vi klarer å rekruttere nytt personale på legesentera – der dei har inkludert arbeid på legevakt i turnusen– ville det sikre medarbeidarressursen og også føre til at vi kan utvide timetalet utan særleg ekstra kostnader.

Elles er det nye lokale både på Hareid og i Ulstein, noko som aukar sikkerheita for dei som jobbar der. Legevaktkontoret i Ulstein er etter utbygginga av nye lokale i sokkeletasjen, sikra med låste dører, kameraovervaking, skotsikkert glas i resepsjonen, naudutgang, eigen inngang for ambulanse med meir.

Uniformert legebil med GPS og direkte kontakt med AMK, vart leasa då pandemien kom i 2020. I første omgang vart dette gjort som eit smitteverntiltak for legane. Dei brukte tidlegare eigen bil under legevaktbesøk og utrykking. Eigen legevaktbil både på dag og kveld er svært nyttig også for å verte sett i trafikken, ved ulykker, for å finne fram til folk, og for kommunikasjon med AMK.

Under pandemien har vi hatt ein avtale om noko fastlønn for legane, i staden for beredskapslønn, som er ei næringsinntekt. I tillegg til fastlønna beheld legane næringsinntekta på vakt.

Dei har i dag ikkje noko krav om å vere til stades i legevaktlokalet heile vakta. Kommunane har nytte av denne avtalen, som då vi under pandemien fekk til at legane tok koronatest, viss behov på vakt.

Legane har også avtalt å ha låg terskel for besøk på sjukeheimane/ omsorgsbustadane etter ønske frå personalet, eller ta vurderingar/ heimebesøk som omsorgstenesta ber om.

Sidan dei har kombinert ordning med fastlønn og refusjonar frå Helfo utifrå innsats, er dette også stimulerande til å ta på seg problemstillingar der og då, som det elles er lett å skyve over til neste dag. Dette gjeld ikkje minst rus, psykiatri, eldre og funksjonshemma med samansette behov. Summen er at ordninga har vore vellykka for alle involverte.

Ordninga vart forlenga i forhandlingar i 2022, i første omgang for eit år:

- Ho er sterkt ønskt frå legane.
- Legane er sikra ei lita sjukelønn om dei vert sjuke.
- Legane er sikra pensjon.
- Kommunane kan lettare be legane om spesielle oppgåver, som nemnt tidlegare (besøk på sjukeheim, koronatesting, oppfølging av psykiatri).

- Viktigast av alt er ei god legevakt eit rekrutteringsiltak for nye fastlegar. Det vil gi ei betre fastlegeteneste.

Viss kommunane går tilbake til ei ordning med beredskapslønn, fryktar vi det vil svekke rekrutteringa. Både legane og kommunane er i dag samde om at ei mindre lokal legevakt som er lett tilgjengeleg er det beste for alle. Dersom vi får auka fastlegemangel vil dette fort snu, og legane vil ønske og krevje ei større legevakt med færre vakter. På dei store legevaktene er det oftast meir hjelpepersonell og mindre legedekning i forhold til innbyggartalet.

Vi er heldige som har fastlegar som er villige til å gå vaktene her, og vi har lenge vore den lokale legevakta i vårt område som har minst bruk av vikarar. Alternativet vårt er å slutte oss til Søre Sunnmøre legevakt i Hovdebygda, noko vi har ståande tilbod om.

Slik legevaktene vert drivne i dag, vil det gi ein stipulert kostnadsauke i området 600 000–700 000 kroner meir årleg for Ulstein sin del. I tillegg kjem det også inn eit moment om at ein stor del pasientar som ved behov for akutt sjukehusinnlegging eller spesialisttilsyn,

skal til Ålesund og ikkje til Volda.

Helseføretaket har også signalisert at ein del avdelingar vil vere feriestengt framover, og aktivitetar vert då sentralisert til Ålesund. I alle desse situasjonane vil Søre Sunnmøre legevakt i Hovdebygda vere ein omveg for innbyggjarar i Hareid og Ulstein.

Interkommunal nattlegevakt

Frå 2009 har det vore felles interkommunal nattlegevakt med kommunane Ørsta, Volda, Hareid og Ulstein i Hovdebygda, frå klokka 22.00–08.00 neste dag. Volda er vertskommune.

Seinare har også Sande og Herøy vorte med. Dei fire kommunane Volda, Ørsta, Herøy og Sande har i tillegg felles interkommunal legevakt også på ettermiddag, kveld og helg. Heile sjustjerna har felles legevaktformidling.

Vi har fått tilbakemelding om auka belastning på legar i Ulstein og Hareid i nattlegevakta. I samarbeidsområdet er det mange legar utan legevaktskompetanse, og desse skal ha bakvakt når dei har legevakt, og får det normalt frå eigen kommune.

Nokre har ytra ønske om å ta også nattevakta tilbake til Ulstein og Hareid, men det betyr åleinevakt og fleire nattevakter, noko mange kvir seg for.

VURDERING:

- Daglegevakt bør halde fram som no.
- Den interkommunale ettermiddag/kveld og helgevakta saman med Hareid bør halde fram så lenge vi klarer å ha nok legar og personell
- Vi bør fornye avtalen som gjeld lønn på legevakt, der legane får noko fastlønn kombinert med at dei beheld næringsinntekta og utan krav om til stades-vakt
- Vi bør auke gradvis opp timetalet med hjelpe-

personell på vakt, kanskje vurdere behovsprøving sett i lys av erfaring og kompetanse hos legevaktslegen

- Vi bør i første omgang satse på å tilby nye legar ekstra timar hjelpepersonell på vakt
- Utviding av timetalet bør skje utan at det vert meir overtid på hjelpepersonellet
- Nattlegevakta bør halde fram som no ved Søre Sunnmøre legevakt

SAMHANDLING

Samhandling og bruk av teknologi

Legane samhandlar med mange ulike instansar, som Nav, politi og Helse Møre og Romsdal, i tillegg til kommunale instansar.

Det er gjort undersøkingar mellom anna i Ålesund, som viser at storparten av legane der er interessert i, og ser kor viktig det er, med tverrfagleg samarbeid, men det krevst at dei får tid og rom for dette.

Allmennlegeutvalet og legane sitt lokale samarbeidsutval, LSU, er viktige fora for samarbeid mellom legane og kommunen. I Ulstein er det eit godt samarbeidsklima både på legesenteret og mellom legane og Ulstein kommune.

Allmennlegeutvalet (ALU) er fastlegane sitt eige møte, og er regulert i rammeavtalen ASA 4310. Utvalet skal ha møte minimum to gongar per år. Allmennlegeutvalet skal bidra til samarbeid mellom legane i kommunen for å vareta legane sine oppgåver i fastlegeordninga. Det er møteplikt, med mindre legen har gyldig forfall. Legane vel sjølve om kommunen skal delta i møta. Ulstein kommune har berre eitt legesenter der alle legane jobbar, slik at enkle problemstillingar ofte vert rydda opp i straks dei dukkar opp. I tillegg vert legesenteret drive som eit AS, med eit formelt styre som har regelmessige møte.

Lokalt samarbeidsutval (LSU) skal legge til rette for at drifta av allmennlegetenesta skjer på ein føremålstenleg måte, gjennom samarbeid mellom kommunen og allmennlegane. Utvalet skal bidra til styrking av samarbeidet, og informasjonsflyt mellom kommunen og fastlegane. LSU skal ha møte minimum to gong-

gar per år. Her skal det møte minst to representantar for legane og to frå kommunen.

Ulstein har her valt sin eigen modell der kommuneoverlegen og kommunalsjefen møter alle legane i eit møte ein gong per måned, i praksis om lag fire gongar vår og fire gongar haust. Det er frivillig fram-møte, men likevel stor oppslutnad. Der tek vi opp ulike tema, spesielt samarbeid mellom legetenesta og andre helse- og omsorgstenester.

Ved formelle forhandingar vel legane sine representantar avhengig av kva det gjeld. Leiar for legesenteret og tillitsvald er oftast med + eventuelt 1-2 som representerer det aktuelle området.

Kommunen vel sine aktuelle frå administrasjonen, normalt kommunalsjef og kommuneoverlege + ved behov nokon frå personal- eller økonomiavdelinga. Ved ønske eller behov kan politisk avdeling også vere representert. Samarbeidet mellom fastlegane og Ulstein kommune fungerer godt.

Arbeidsoppgåver og samhandling med andre

Norske legekantor har mindre av «anna personell» på sine kontor enn i andre land. Dette betyr at allmennlegar i Noreg gjer oppgåver som i andre land vert utført av anna personell. I Ulstein er legesenteret drive som eit aksjeselskap og det er stort sett valt å satse på legesekretærer og bioingeniørar.

I Handlingsplan for allmennlegetenesta (mai 2020) er det fleire tiltak som går på å sjå på legane sine arbeidsoppgåver.

Det står mellom anna:



«Regjeringen vil regulere i en egen bestemmelse i fastlegeforskriften hvilke attester og erklæringer fastlegene skal være forpliktet til å utstede. Øvrige attester og erklæringer skal fastlegene fortsatt kunne utstede, men listeinnbyggerne eller andre kan ikke kreve slike attester eller erklæringer» (side 32).

I handlingsplanen vert det også vist til at fastlegane vert brukt til administrativt arbeid som naturleg høyrer til sjukehusa (side 31).

Ei tydeleg ansvarsfordeling vil kunne lette arbeidskvardagen til fastlegane. Det vert no arbeid med dette på sentralt hald og gjennom samhandlingsavtalen i Helsefelleskapet.

Teamorganisering og kompetanse på legekantor

I april 2018 starta Helsedirektoratet eit treårig pilotprosjekt der det vert testa primærhelseteam/teamorganisering i fastlegepraksisar. Målet med teamorganiserte fastlege-

praksisar er betre oppfølging av brukarar med kroniske sjukdomar og samansette behov. I teama er det fastlege, sjukepleiar og helsesekretær. Dette prosjektet er no rulla ut til fleire kontor, og dei fleste som er med er fornøgde.

Det er framleis ikkje avklart kven som skal dekke kostnader for dette prosjektet, mellom anna lønn til sjukepleiar i teamet.

Mange legar er skeptiske til meirarbeid som kan kome i slike prosjekt – der arbeid og ansvar vert dårleg økonomisk kompensert.

I vår kommune har vi over år arbeidd fram eit godt samarbeid med omsorgstenesta. Vi har samarbeid mellom fastlegane og sjukepleiarar innan rus, psykiatri og heimesjukepleie, kreftsjukepleiar og demenssjukepleiar. Ved behov vert det avtalt felles heimebesøk. Denne modellen fungerer på eit vis som primærhelseteam, men sjukepleietenesta er då knytt til omsorgstenesta i kommunen, og ikkje til legekantoret.

Sentrale utformignar, mellom anna med tanke på økonomi, vil vere avgjerande for Ulstein sine val vidare.

Teknologi, digitalisering, e-helse

Fastlegane bruker no System X til elektronisk pasientjournal. Dette journalsystemet er ikkje nett-

basert og vil verte fasa ut. System X vert også nytta på legevakta i Ulstein. I Hareid er det skifta til eit nytt nettbasert journalsystem (Hove Total). Norsk Helsenett og dei nasjonale e-helseløysingane kjernejournal, e-resept og helsenorge.no er verktøy for samhandling og pasientinvolvering, og vert i stor grad nytta av legane.

Dei nasjonale e-helseløysingane vert viktige for å kunne realisere dei langsiktige måla om «éin innbyggjar – éin journal» (til dømes Helseplattformen).

Løysing for videokonsultasjon (Confrere) var i liten grad i bruk før mars 2020. Då koronapandemien gjorde at vi måtte arbeide på andre måtar enn tidlegare, vart videokonsultasjon ei løysing på dei fleste legekantar. Alle legane i Ulstein har tilgang til dette, også i samband med legevakt. LVS har dessutan ei eiga videoløysing som kan brukast.

Elektronisk samhandling med helseføretaket fungerer per i dag ganske godt. Det same gjeld dialogmeldingar mellom legesenteret og helsestasjon/omsorgsteneste.

Helseplattformen

Helseplattformen er ei felles digital plattform for samhandling mellom sjukehus og kommunal helse- og omsorgsteneste, fastlegar

inkludert. Region Midt-Noreg arbeider med utvikling av Helseplattformen, der også alle kommunane i sjustjerna er med. Ulstein har vedteke at dei førebels skal vere med på dette. Oppstart er planlagt i 2024.

Helseplattformen har oppretta eit eige prosjekt for å varetta fastlegane sine behov. For at dei skal lykkast, må datasystemet vere like godt fungerande som andre tilgjengelege journalsystem. Kostnad ved innkjøp og drift vert i tillegg viktig for å klare å få fastlegane med på prosjektet. Viss ikkje det lykkast, er mykje av intensjonen med éin pasient – éin journal borte. Kommunane må derfor rekne med at kostnaden for utviklinga for det meste må dekkast av dei, slik at prisspørsmålet ikkje vert avgjerande for valet til fastlegane.

Medisinsk avstandsoppfølging

Det vert i ulike delar av landet testa ut medisinsk avstandsoppfølging av kronisk sjuke gjennom eit prosjekt i regi av Helsedirektoratet. Sjustjerna har sitt eige prosjekt innan velferdsteknologi, og vi har vore langt framme her. Omsorgstenestene har vore drivrarar. Det er uklart korleis dette skal organiserast på lang sikt og om fastlegane skal involverast og kva rolle dei i så fall skal ha.

VURDERING:

- Samhandlingsarenaene mellom kommune og legar bør fortsette som i dag.
- Det må vere tett dialog med helseføretaket om kva oppgåver spesialisthelsetenesta skal gjere, og kva oppgåver fastlegane skal gjere. Dette for å unngå at oppgåver som spesialisthelsetenesta skal gjere, vert flytta over til fastlegane. Kommunane må engasjere seg i samarbeidsutvala i Helsefellesskapet for å kunne få innverknad på området om oppgåvefordeling.
- Kommunen er positiv til auka bruk av videokonsultasjon, og at det vert lagt til rette for dette.
- Det må gjerast avklaringar knytt til fastlegane og Helseplattformen (bruk og kostnad). Det er viktig for den kommunale helsetenesta at fastlegekontora vert med, så sant legane opplever det som føremålstenleg i arbeidet sitt.



ULSTEIN KOMMUNE

Postboks 143

6067 Ulsteinvik

Tlf. 70 01 75 00

www.ulstein.kommune.no

facebook.com/ulsteinkommune

instagram.com/ulsteinkommune

Illustrasjonar: Tegneren (side 2, 6,
13, 15, 16 og 22) Elles: pixabay.com

VEDLEGG

LITTERATURLISTE

EY, Vista Analyse (2019): «Evaluering av fastlegeordningen»

Finansdepartementet (2021): «Perspektivmeldingen». Meld.St. 14 (200-2021).

Folkehelseinstituttet (2019): «Pasienterfaringer med fastlegen og fastlegekontoret i 2018/2019. Brukeropplevd kvalitet.» PASOPP-RAPPORT NR 2019:1.

Helse- og omsorgsdepartementet (2020): «Handlingsplan for allmennlegetjenesten. Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert. 2020-2024».

Helse- og omsorgsdepartementet (2015): «Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020».

Helse- og omsorgsdepartementet (2014): Stortingsmelding nr 26 (2014-2015) «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet»

Helse- og omsorgsdepartementet (2017): Stortingsmelding nr 15 (2017-2018) «Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre».

Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2020): «Det handler om Norge – Utredning om konsekvenser av demografiutfordringer i distriktene». NOU 2020:15.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Reserach Helse, Bergen (2018): Fastlegers tidsbruk. Rapport til Helsedirektoratet».

VEDLEGG 1

Mandat – utarbeiding av plan for legetenesta i Ulstein kommune 2022-2026

Godkjent av kommunedirektøren 12.06.2022

Bakgrunn

Ulstein kommune har hatt ei velfungerande legeteneste over lang tid. I samband med at ein fastlege går av med pensjon i 2022 fekk vi ingen nye søkjarar ved første gongs utlysing av stillinga. På landsbasis er fastlegekrisa mykje omtalt og rammar store deler av landet. Helsedirektoratet jobbar med løysingar, men så langt har ikkje verkemidla hatt synleg effekt. Med bakgrunn i dette vart det frå administrativ og politisk leiing i kommunen sett fram eit ønske om å sjå på legetenesta. Planen skal sikre at Ulstein kommune oppfyller dei behov innbyggjarane har for legetenester totalt sett.

Planen skal ta utgangspunkt i:

- lov- og avtaleverk som til ei kvar tid regulerer legetenesta i kommunane .
- sentrale styresmakter sine føringar for korleis kommunane organiserer og utfører faglege oppgåver i kommunehelsetenesta, mellom anna Handlingplan for allmennlegetenesta frå mai 2020
- legetenesta slik ho no er organisert i Ulstein.

Følgande referansegruppe vart oppretta av kommunedirektøren for planarbeidet:

- Kommunalsjef helse og omsorg, Marit Botnen (leiar)
- Leiar for legesenteret, Michael Flindt Dahl
- Tillitsvalt for legane, Stian Endresen
- Representant for legevakta, Andreas Lunde
- Representant frå omsorg, Gunn Sætre
- Representant for helsestasjon/skulehelsetenesta, Kristin Meli

Arbeidsgruppe:

- Kari Riise – personalleiar
- Norunn Kirkebø Elde – kommuneoverlege/ekretær

Andre aktuelle fagpersonar/ressurspersonar kan verte innkalla etter behov. Til dømes kan dette gjelde behov for støtte frå økonomi/personalavdelinga i kommunen.

Planen skal forankrast i allmennlegeutvalet i kommunen der det også undervegs vil verte henta innspel.

Planen skal behandlast i alle aktuelle politiske organ som fellesråd, levekårsutval, formannskap og til slutt godkjennast i kommunestyret hausten 2022.

Planen skal:

- sikre at legetenestene i omfang og innhald er i samsvar med fastsette lover, forskrifter og politiske vedtak
- sikre at tenestene gir likeverdige og fagleg gode legeteneste for alle

Tema som skal med i planen

1) Fastlegetenesta:

- Rekrutteringstiltak
- Kompetanseutvikling / utdanning/ ALIS avtalar
- Dimensjonering av tenesta. Talet på heimlar og storleik på desse. Lokalisering
- Driftsform

2) Legevakt

3) Legetenester sjukeheim/eventuelt andre omsorgsinstitusjonar/KAD

4) Legeteneste helsestasjon/skulehelseteneste

5) Legeteneste flyktningar

6) Samfunnmedisinske legetenester

7) Organisering av legetenesta, samhandling kommunalt/interkommunalt

Planen skal ha ein status- og kartleggingsdel. Han skal skildre utfordringsbildet i dag, men også ha ein handlingsdel og strategidel der vi også tek med økonomiske konsekvensar.

Planen skal ha eit langsiktig og framtidretta perspektiv.

VEDLEGG 2

Lovgrunnlag og forskrifter:

HELSE- OG OMSORGSTJENESTELOVEN

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=Helse%20og%20omsorgstjenesteloven>

SMITTEVERNLOVEN

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1994-08-05-55?q=smittevernloven>

HELSEPERSONELLOVEN

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=Helsepersonellov>

FOLKEHELSELOVEN

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>

PSYKISK HELSEVERNLOVEN

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=Psykisk%20helsevern%20loven>

FORSKRIFT OM MILJØRETTA HELSEVERN

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-04-25-486>

FORSKRIFT OM MILJØRETTA HELSEVERN I BARNEHAGER OG SKOLER

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1995-12-01-928>

FORSKRIFT OM HYGIENEKRAV FOR FRISØR, TATOVERING- OG HULLTAKINGSVIRKSOMHET

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1998-05-06-581>

AKUTT MEDISINFORSKRIFTEN

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-03-20-231>

FASTLEGEFORSKRIFTEN

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>

KOMPETANSEKRAV FOR LEGER

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-02-17-192>

FORSKRIFT OM LEDELSE OG KVALITETSFORBEDRING

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250>

SPESIALISTFORSKRIFTEN

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-08-1482>

FORSKRIFT OM KOMMUNENS HELSEFREMMEDE OG FOREBYGGENDE ARBEID I HELSESTASJON OG SKOLE

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-10-19-1584>

FORSKRIFT OM KOMMUNAL HELSE- OG OMSORGSINSTITUSJON

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1254>

FORSKRIFT OM PASIENT OG BRUKERRETTIGHETER I FASTLEGEORDNINGEN:

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-843?q=fastlege>

Sentrale avtaler

LEGEAVTALAR

<https://www.ks.no/fagomrader/lonn-og-tariff/legeavtaler/>

ASA 4310 RAMMEAVTALEN

<https://www.ks.no/fagomrader/lonn-og-tariff/legeavtaler/rammeavtalen-om-fastlegeordningen-asa-4310/>

SFS 2305 KOMMUNEAVTALEN. SÆRAVTALEN

<https://www.legeforeningen.no/jus-og-arbeidsliv/avtaler-for/leger-ansatt-i-kommunen/KS-leger-ansatt-i-kommunen/sentrale-avtaler/sfs-2305-Saeravtalen/>

ASA 4301 STATSAVTALEN

<https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/alis-avtaler-for-naeringsdrivende-fastle>

ALIS-AVTALAR

<https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/alis-avtaler-for-naeringsdrivende-fastleger>

VEDLEGG 3

HANDLINGSPLAN FOR ALMENNLEGETJENESTEN 2020-2024

<https://www.regjeringen.no/contentassets/96f6581333ee48559cdabf23c8772294/handlingsplan-for-allmennleger.pdf>

Ved utgangen av 2021 kom det ein rapport om oppfølging av planen. Rapporten viser at det i perioden frå 1. kvartal 2020 – 4. kvartal 2021 vart netto 59 nye fastlegar. 513 legar slutta i perioden og om lag halvparten var under 50 år. 579 nye starta. På grunn av folketalsauke var det ikkje noko betring i legedekninga, og fleire enn før stod utan fastlege ved inngangen til 2022.

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/oppfolging-av-handlingsplan-for-allmennlegetjenesten-2020-2024-kvartalsrapport-4.kvartal-2021>

Helsedirektoratet følgjer no utviklinga i fastlegetenesta nøye og det vil kome oppdateringar regelmessig framover.

Fortsatt dårleg kapasitet i legetenesta: <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/fortsatt-for-darlig-kapasitet-i-fastlegeordningen>

Rapportar og statistikk for allmennlegetenesta: <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/handlingsplan-for-allmennlegetjenesten-2020-2024/rapporter-og-statistikk-om-allmennlegetjenesten>

VEDLEGG 4

På oppdrag frå Helsedirektoratet leverte EY og Vista Analyse i 2019 ei evaluering av fastlegeordninga. Evalueringa viste mellom anna at:

- Eit stort fleirtal av innbyggjarane er fornøgdde med fastlegeordninga.
- Legedekninga i landet er god. Men det har vorte vanskelegare å rekruttere nye legar inn i ordninga. Samtidig sluttar fleire fastlegar enn før.
- Legar informerer om at små faglege miljø og lite fagleg nettverk er viktige årsaker til at dei ikkje vel å vere fastlege.

<https://www.vista-analyse.no/no/publikasjoner/evaluering-av-fastlegeordningen/>

«Hovedinntrykket fra våre undersøkelser er at fastlegeordningen vurderes som en formålstjenlig institusjon. Viktig nøkkelkarakteristikk ved fastlegeordningen, slik som listesystemet og grunnlaget dette gir for stabile, vedvarende lege/pasientforhold, portvaktrollen fastlegen har mot spesialisthelsetjenesten, helhetsansvaret for pasienten samt koordinatorrollen fastlegen har i helse- og omsorgssektoren er viktige faktorer både fastlegene, kommunene og fastlegenes samarbeidspartnere jevnt over setter pris på. Idealer om kontinuitet og stabilitet i lege-pasientforholdet trekkes jevnt over frem som den viktigste enkeltfaktoren for høy kvalitet i allmennlegetjenesten».

Vidare at: «Presset på fastlegeordningen er reell. Våre undersøkelser viser at fastlegene har opplevd en vesentlig økning i arbeidsbelastning de siste årene. Mange fastlege opplever nå arbeidssituasjonen som uhandterbar. Høy arbeidsbelastning påvirker fastlegenes livskvalitet samt muligheten til å holde ønsket kvalitet i pasientbehandlingen. Årsakene til økningen i arbeidsbelastning er sammensatte. Både tilførsel av nye oppgaver og volumøkning på etablerte oppgaver synes å være utslagsgivende. Medisinfaglig og teknologisk utvikling går raskere enn før og medfører at både i spesialisthelsetjenesten og blant allmennleger øker mulighetsrommet for behandling. Prosedyrer som tidligere krevde sykehusinnleggelse gjøres nå poliklinisk eller hos fastlegen. I tråd med LEON-prinsippet forskyves oppgaver til fastlegene. Noe må da prioriteres bort, såfremt kapasiteten blant allmennlegekorpset ikke øker.»

VEDLEGG 5

<https://www.ulstein.kommune.no/tenester/bygg-eigedom-og-plan/kommuneplanen/samfunnsdelen-av-kommuneplanen-2017-2029/>

Vedteken i Ulstein kommunestyre i 2017. Planen er gjeldande for perioden 2017–2029. Planen er tufta på kommunen sine kjerneverdier: nyskaping–omsorg–rausheit og mangfald. Kommuneplanen ser på desse NORM-verdiane som ei berande plattform for vår overordna strategi. Folkehelse er nært knytt til samfunnsutvikling. Målet er å utvikle samfunnet vårt for å gi auka livskvalitet for alle. God helse er eit mål i seg sjølv, og samfunnet sin viktigaste ressurs for å nå andre mål.

VEDLEGG 6 – TROMSØMODELLEN

Tiltakspakke 1: Rekrutteringstiltak

1. Oppstartsavtale med en av følgende:

- Fast kommunal lønn i inntil 2 år
- 0-avtale i inntil 2 år

Deretter overgang til tiltakspakke 2:

2. Etableringstilskudd til oppkjøp av hjemmel på 300 000 kroner, og til oppstart av 0-hjemmel på 150 000 kroner.

3. Garantere for ALIS-tilskudd for dekning av utdanningskostnader, for hjemmelsinnehaver og vikar med avtale på over 1 år. Pr. i dag utgjør ALIS-tilskuddet kr. 300 000 totalt og kommunens andel er på 20%. Overskytende midler utover utdanningskostnader brukes til å dekke de øvrige beskrevne tiltak for den enkelte ALIS-kandidat. Kommunen søker på de tilskuddsordningene som Helsedirektoratet utlyser.

4. «Kommunal sykeforsikring» i form av 60% av praksiskompensasjon for eget eller barns sykefravær, inntil 10 dager i året, frem til SOP (sykeavbruddsforsikring) overtar. Dette gjelder for hjemmelsinnehavere.

Forutsetning for å motta rekrutteringstilskudd er oppkjøp av etablert hjemmel eller oppstart av 0- hjemmel. Det må utformes en avtale mellom kommunen og fastlegen, der vilkår for avtalen fastsettes. For vikarer med avtale under 1 år vil tiltak behandles individuelt.

Rekrutteringstiltakene gjelder fra 1.7.2021 til 30.6.2025. Evaluering gjøres i januar 2023 og 2025.

Tiltakspakke 2: Stabiliseringstiltak

Det er behov for å stabilisere fastlegeordningen i Tromsø, så fastlegene klarer å stå i jobben mens man venter på at rekrutteringstiltak skal gi effekt, og deretter gi rom for å redusere listestørrelsen slik at arbeidsmengden blir overkommelig. Stabiliseringstilskudd tilbys til alle selvstendig næringsdrivende fastleger.

Forsterket basistilskudd med 60% økning pr pasient opptil 1000 pasienter pr liste. Basistilskuddet reguleres i takt med nasjonale tilskudd som kommer etter 1.3.2021, dvs at det kommunale basistilskuddet reduseres tilsvarende økningen av nasjonale tilskudd jmf. Handlingsplan for Allmennlegetjenesten.

For å sikre at listestørrelsen reduseres i takt med økningen av nye hjemler, vil det legges inn en klausul i avtalen som beskriver hvordan dette skal gjøres. Det settes en nedre grense på 1000 pasienter; kommunen vil ikke kreve at fastlegene reduserer listen til under 1000 pasienter.

Stabiliseringstilskuddene gis fra 1.7.2021 til 30.6.2025. Evaluering gjøres i januar 2023 og 2025.

Tiltakspakke 3: Samhandlingstiltak

Samhandlingen mellom fastlegene og kommunen må forbedres, slik at man sammen kan jobbe med utviklings- og kvalitetsarbeid på både faglig og administrativt nivå.

Følgende tiltak gjøres for å forbedre samhandlingen:

- Det opprettes en 5% samhandlingsstilling tilknyttet hvert legekantor (tilsvarende 7,5 timers arbeidstid pr måned). Fastlekantoret oppnevner en lege i kontorfellesskapet som skal inneha denne stillingen. Stillingene brukes til samhandlings- og kvalitetsarbeid, og samhandler med overlege/medisinskfaglig rådgiver, en stilling som lyses ut i Enhet for Helsetjenester. Stillingene deltar i en planlagt opprettet møtearena «Kvalitetsutvalg for legetjenesten» 2 ganger/halvår, og dialogmøte med ledelsen i Helse- og omsorg to ganger i året. Disse blir også viktige deltakere i arbeidet med utarbeidelse av Plan for legetjenesten i Tromsø kommune.
- Opprettelse av et ALIS-team som jobber med utdanningsplaner for å avlaste ledere og overleger som har ansvaret for dette. Styrkingen av administrative ressurser i Enhet for Helsetjenester som foreslås i tiltakspakke 4, er bl.a. tiltenkt å inngå i dette.
- Kommunen har ansvar for å legge til rette for Allmennlegeutvalget (ALU) i hht særavtalen. ALU har hatt lav deltakelse de senere årene. I samråd med fastlegene vil kommunen tilstrebe å finne et tidspunkt for ALU som legger bedre til rette for deltakelse blant unge fastleger. For å skape nærmere tilknytning til kommunens ledelse og administrasjon vil kommunen se på muligheter for å flytte ALU til et kommunalt lokale.

Tiltakspakke 4: Interne tiltak i kommunen

For å forbedre legetjenesten i Tromsø er det også behov for styrking av flere kommunale roller og avdelinger. Dette gjelder spesielt Kommuneoverlegene og Enhet for Helsetjenesten inkl. Legevakta. Behovet er utfyllende beskrevet i saksutredningen.

Følgende interne tiltak anbefales:

- Enhet for Helsetjenester flyttes opp et nivå i organisasjonskartet, og legges direkte under Avdelingsdirektør for Helse og omsorg. Enhet for Helsetjenester må fortsatt inneholde både Fastlegetjenesten, Legetjenesten og Legevakta, som er integrerte tjenester.
- Enhet for Helsetjenester trenger å øke bemanningen med 1x 50% stilling overlege/medisinskfaglig rådgiver og 2x 100% merkantilt personale.
- Kommuneoverlegene trenger å øke bemanningen med 150% stilling
- Sette i gang arbeidet med å utarbeide en Plan for legetjenesten i Tromsø kommune
- Opprette et samarbeid mellom Enhet for Helsetjenester og Helsehuset for samkjøring av ALIS-forløpene.

Tiltakspakke 5: Opprettelse av 1-2 nye legekantor med privatpraktiserende leger

For å oppnå målet med å sette ned listestørrelsen, er det behov for 12 nye fastlegehjemler. Det er ikke tilstrekkelig ledige kontorlokaler på de eksisterende fastlekantorene. I hht utredningen av fastlegetjenesten er det både økonomisk fordelaktig, og ønskelig fra både kommunen og de tillitsvalgte fastlegene, å ha privat drift av fastlekantorene. Kommunen ønsker derfor å legge til rette for åpning av 1-2 nye fastlekantor med privatpraktiserende leger. Kostnader knyttet til opprettelse av nye fastlegehjemler er tatt med i tiltakspakke 1, og tas derfor ikke inn her. Utredningen viser at det er lavere leiekostnader for fastlekantor i kommunale bygg. Kommunen vil derfor tilby nye kontorer mulighet for å leie arealer i kommunale bygg.

Kommunen ønsker å samarbeide med fastlegene om utviklingsprosjekter, og vil gjerne opprette et samarbeid med ett fastlekantor, som en fast arena for utprøving av ulike kvalitets- og utviklingsprosjekter. Etablering av et nytt legekantor kan være en god anledning til å starte et slik samarbeid allerede i oppstartsfasen. Dette vil vurderes i planleggingen. Det legges inn kostnader til å opprette kommunale bistillinger for kvalitets- og utviklingsarbeid på totalt 40%.

VEDKEGG 7

Notat frå HOD om kommunelege/overlegefunksjonen:

https://www.statsforvalteren.no/contentassets/cb92abdea3b14206bc7e224194ab8cbd/nasjonal_kartlegging_av_kommunelegefunksjonen_-_sammenfatning_av_alle_fylkesrapporter.pdf

Helsedirektoratet –samandrag av innspel om kommunelegefunksjonen:

Kommunelegefunksjonen er sårbar

Kommunelegefunksjonen er viktig for kommunenes helsefremmende arbeide med folkehelsen, smittevernet, beredskapsarbeidet, kvaliteten i tjenestene, ledelsen av fastleger og samhandlingen med helseforetak, helsefelleskap, nabokommuner, frivillige organisasjoner og statsforvalter.

Utredninger av kommunelegefunksjonen i 2002 og 2008, tilsyn av Riksrevisjonen og Helsetilsynet om folkehelseoppgavene i 2014, Helsedirektorat kartlegginger av funksjonen i 2020/21 og Korona-kommisjonens vurderinger, konkluderer alle med at oppgavene enten ikke utføres godt nok eller at funksjonen har en sårbar organisering, tilgjengelighet og kapasitet.

Våre kartlegginger av funksjonen i 2020 og 2021 viste at 50 % av kommunene ikke kontinuitets planlegger for funksjonen, bare en person som kommunelege uten stedfortreder og ikke har noe interkommunalt samarbeide/vaktordning om funksjonen. Vi vurderer at mangler ved kommunenes planlegging og organisering av kommunelegefunksjonen, kan gi svikt i funksjonen og må utbedres.

Våre råd for å styrke og videreutvikle kommunelegefunksjonen er at

- Kommunene evaluerer sin organisering av kommunelegefunksjonen mht. risiko for svikt i oppgaveutføring, kompetansen og tilgjengelighet og kapasitet i funksjonen
 - Kommunene kontinuitets planlegger for kommunelegefunksjonens oppgaver, kompetanse, tilgjengelighet og kapasitet slik at oppgavene kan utføres forsvarlig også i kriser over tid uten å overbelaste kommunelegene
 - Kommunene kontinuitets planlegger på kommunalt nivå mht.;
1. Plasseringen av funksjonen i kommuneorganisasjonen for tilstrekkelig nærhet til beslutningstagere i organisasjonen
 2. Hvilke oppgaver som må være kommunelegefunksjonens ansvar, og hvilke oppgaver som kan utføres av annen kompetanse innen kommunens områder for folkehelse, smittevern, beredskap, samhandling og ledelse mm.
 3. Om kommunelegefunksjonens oppgaver innen folkehelse, smittevern, beredskap, psykisk helse, ledelse og samhandling mm., kan fordeles på flere assisterende kommuneleger slik at kommunen får flere personer i funksjonen
 4. Får flere personer inn i funksjonen, har stillingsprosenten over vår tilrådde minstenorm, utpeker stedfortredere, og i økt grad etablerer interkommunalt samarbeide om stedfortredere og vaktordninger
 5. Kommunelegene gis gode merkantile og faglige støttefunksjoner i kommunen
- Kommunene kontinuitets planlegger på interkommunalt nivå for egnede modeller for interkommunalt samarbeide via nettbaserte møter, vaktordninger mm., og lærer av hverandres erfaringer om interkommunale samhandlingsmodeller
 - At myndighetene støtter opp om tiltak ved å utdanne flere spesialister i samfunns-medisin, videreutvikle elektroniske smittesporing verktøy og utarbeide veiledere for oppgavene som kan gis kommunelegen og om modeller for interkommunalt samarbeide
 - At våre råd vurderes forskriftsfestet

VEDLEGG 8

Gjesteinnbyggerliste

Frå andre kommunar per
12.10.2022:

Giske	11
Hareid	611
Herøy	607
Sande	226
Sula	10
Vanylven	42
Volda	31
Ørsta	31
Ålesund	103
Bergen	52
Oslo	63
Trondheim	11
Andre	169
Total	1967

Til andre kommunar, per
12.10.2022:

Giske	2
Hareid	286
Herøy	174
Sande	45
Sula	5
Vanylven	5
Volda	46
Ørsta	26
Ålesund	60
Bergen	30
Oslo	33
Trondheim	21
Andre	129
Total	862

VEDLEGG 9

Legeplankostnader

Stilling	Stillingsstorleik i dag	Kostnad	Foreslått endring	Auke i kostnad	Totalkostnad 2023	Ulstein sin del av auke	Merknader
Ass. kommuneoverlege/ smittevernlege	10 %	170 000	Auke til 20 %	170 000	340 000	340 000	Lønn + praksiskompensasjon til fastlege
Fastlønn legevakt	63 timar per veke	1430 000	Ingen frå 2022	900 000	1 430 000	567 000	Forskjellen er ei lita fastlønn for beredskapslønn. Dette er ei vidareføring av pandemiavtalen. Skal delast med Hareid.
Auke personell på legevakt	30 timar	1 000 000	25 % auke	250 000	1 250 000	157 500	Delt med Hareid etter folketal
Ny avtale med Ulstein legesenter		3 000 000	4 000 000	1 000 000	4 000 000	1 000 000	Ny avtale med Ulstein legesenter etter modell frå Tromsøavtalen. Frå 1. januar 2024.

