

PLAN
FOR
LEGETJENESTEN
I
LUNNER KOMMUNE
2019 - 2023



22.07.2019.

- 1. BAKGRUNN**
- 2. SAMMENDRAG**
- 3. DEMOGRAFISKE FORHOLD**
- 4. OM LEGETJENESTER TIL PERSONER MED SAMMENSATTE BEHOV**
- 5. OPPGAVER I LEGETJENESTEN**
 - 5.1. Oversikt**
 - 5.2. Forvaltning av legetjenester**
 - 4.2.1 Oppgaver**
 - 4.2.2 Samhandling mellom forvaltningen og fastlegene**
 - 5.3. Samfunnsmedisinske oppgaver. Kommuneoverlegen.**
 - 5.3.1. Samfunnsmedisinske oppgaver**
 - 5.3.2. Kommuneoverlegen**
 - 5.4. Offentlige allmenntilleggsmedisinske oppgaver**
 - 5.4.1. Legearbeid i forebyggende og helsefremmende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten**
 - 5.4.1. Legearbeid i sykehjem**
 - 5.4.2. Legearbeid ved kommunal vaksinasjonsvirksomhet**
 - 5.4.3 Legearbeid i KAD (kommunal akutt døgnplass)**
 - 5.5. Fastlegeordningen**
 - 5.5.1. Ansvar. Utviklingstrekk**
 - 5.5.2. Status fastleger i kommunen**
 - 5.5.3. Videre utvikling**
 - 5.6. Legevakt**
 - 5.6.1. Daglegevakt**
 - 5.6.2. Legevakt ettermiddag – kveld**
 - 5.6.3. Nattlegevakt**
- 6. INTERKOMMUNALT SAMARBEID**
- 7. LOKALISERING OG ORGANISERING AV LEGETJENESTER**

8. ØKONOMISKE FORHOLD

- 8.1. Generelt**
- 8.2. Budsjett 2019/regnskap 2018**
- 8.3. Økonomiske konsekvenser**

9. HANDLINGSPLAN

1. BAKGRUNN.

Fastlegetjenesten i Lunner kommune er i dag preget av stabilitet med fastleger i alle 8 avtalehjemler og med høy kompetanse. 6 av fastlegene er godkjent spesialist i allmenntilleggsmedisin, og 2 er i utdanningsløp til slik spesialisering.

Det er videre utviklet et godt interkommunalt samarbeid om legetjenester som krever et større befolkningsgrunnlag, så som legevakt, nattlegevakt, kommunale akutte døgnplasser og miljørettet helsearbeid.

Legetjenesten i samfunnsmedisin, sykehjemsmedisin og i forebyggende helsearbeid er mer sårbart, og vil kreve forsterket oppmerksomhet fremover.

Legetjenesten i kommunene, inkl fastlegetjenesten, står imidlertid overfor store utfordringer i årene som kommer. Disse utfordringene blir belyst i planen.

I sak nr. 56/2018 «Legetjenesten i Lunner kommune – plan» ble det gjort slikt vedtak i kommunestyret:

«Legetjenesten i Lunner kommune - plan

Vedtak:

Legetjenesten i Lunner kommune har vært godt dekket i lang tid. Den nye fastlegeordningen og yngre legers forventninger til forutsigbare arbeidsforhold, vil imidlertid kreve nye løsninger. For å sikre fremtidig rekruttering av leger, bes Rådmannen om, i samarbeid med kommunens leger, å utarbeide plan for fremtidens legetjeneste i kommunen. Planen legges frem våren 2019.

Dersom det blir aktuelt å bygge nytt legesenter i Lunner nord, må det vurderes lagt til Frøystad».

Av saken fremgår bl.a.:

«Planen må skissere ulike modeller for å rekruttere og beholde leger, inkludert økonomiske konsekvenser for kommunen. Et planarbeid må også avdekke organisatoriske og praktiske forhold som vil ha betydning for fremtidig legetjeneste, herunder fysiske forhold og tilrettelegging for økt tverrfaglig samarbeid».

I saken blir det åpnet for å benytte ekstern kompetanse i prosjektet med å utvikle planen. Det ble satt som mål at planen skal legges frem for politisk behandling våren 2019.

I «Kommunedelplan Omsorg 2017 -2020» er behovet for samhandling mellom legetjenesten og omsorgstjenesten gjennomgått. Behovet for styrket samhandling og forbedret kommunikasjon mellom fastlegetjenesten og omsorgstjenesten blir framhevet, og blir sett på som et viktig element i utviklingen av mer integrert helse- og omsorgstjeneste.

Planarbeidet startet formelt den 26.09.18. Planarbeidet har vært ledet av kommunalsjef Solveig Olerud. Kommuneoverlege Jon Arne Ødegård deltok frem til årsskiftet 2018/19. Enhetsleder for forvaltning og aktivitet Nina Dahl Martinsen har deltatt i styringsgruppen fra

oktober 2018. Kommuneoverlege Are Løken og kommuneoverlege Jens Mørch har tiltrådt arbeidet som rådgivere fra februar 2019.

Tidligere kommuneoverlege Bjørn Martin Aasen har vært engasjert som ekstern rådgiver og sekretær.

Planens formål er å:

- ❖ fastsette overordnede mål for legetjenestene
- ❖ videreutvikle legetjenesten slik at kommunens oppgaver blir utført i samsvar med lov- og avtaleverk,
- ❖ legge til rette for rekruttering og stabilitet i kommunens legetjeneste,
- ❖ videreutvikle legetjenesten som en integrert del av helse- og omsorgstjenesten,
- ❖ forankre legetjenestene i den kommunale forvaltning med sikte på god overordnet politisk og administrativ styring,
- ❖ videreutvikle samhandling og kommunikasjon mellom legetjenesten og øvrige helse- og omsorgstjeneste,
- ❖ legge til rette for en god faglig utvikling av legetjenesten,
- ❖ legge grunnlaget for forutsigbarhet for legetjenesten.

Planarbeidet tar utgangspunkt i:

- lov- og avtaleverk som regulerer legetjenesten i kommunene,
- legetjenesten i kommunen i dag,
- sentrale myndigheters føringer for hvordan kommunene organiserer og utfører de faglige oppgaver i kommunehelsetjenesten,
- lokale forhold og preferanser for lokalisering av legetjenesten,
- etablert interkommunal samarbeid om legetjenesten,
- vedtatt etablering av desentralisert spesialisthelsetjeneste for Hadeland,
- sentrale politiske føringer for primærhelsetjenesten nedfelt i Stortingsmeldinger og Stortingets behandling av disse.

I planarbeidet er det gjennomført følgende samlinger/møter/osv.:

Møter i styringsgruppen: 26.09.18, 07.11.18, 29.11.18, 16.01.19, 03.04.19, 29.04.19,
Tillitsvalgt for fysioterapeutene (07.11.18)
Kommunefysioterapeut (07.11.18)
Ledende helsesøster (07.11.18)
Tillitsvalgt og varatillitsvalgt fastlegene (07.11.18)
Sykehjemslegen (29.11.18)
Fastlegene i Lunner (29.04.19)
Foreløpig presentasjon for Lunner kommunestyre 03.05.19
Høringsrunde avsluttet 15.07.19

Styringsgruppen avtalte møte med alle fastlegene den 29.11.18. Hensikten med møtet var å invitere legene med tidlig i planprosessen slik at de kunne være med å legge viktige premisser for planarbeidet. Dette møtet ble utsatt av fastlegene med den begrunnelse at det

ikke er noen avtale mellom fastlegene og kommunen om kompensasjon for slike møter. Møtet med fastlegene ble gjennomført 29.04.19.

2. SAMMENDRAG

Lunner kommunestyre vedtok i 2018 å utarbeide plan for legetjenesten.

Planen er utarbeidet i perioden fra september 2018 til juni 2019. Det er gjennomført omfattende høringsrunde avsluttet 15.07.19.

Styringsgruppen har lagt følgende hovedtrekk til grunn for sitt forslag:

- Legetjenesten i kommunene, og spesielt fastlegeordningen, gjennomgår en relativt omfattende forandring når det gjelder oppgaver, forventninger, krav til samhandling med øvrige helse- og omsorgstjenester og lov- og forskriftskrav.
- Fastlegeordningen, som ble etablert i 2001, gjennomgår et visst generasjonsskifte.
- Legenes preferanser forandres i retning av høyere prioritet av ordnet arbeids- og fritid og økonomisk trygghet.
- Økt behov for tydeligere forvaltning av, og kommunal overordnet ledelse av legetjenesten.
- Videreutvikling av interkommunalt samarbeid om legetjenester for å sikre stabilitet og kontinuitet, og å videreutvikle robuste fagmiljø,
- Økt behov for medisinsk kompetanse og kapasitet i kommunenes sykehjem.
- Høyere krav og forventning til legenes oppfølging av personer med sammensatte behov inklusive samhandling med øvrige helse- og omsorgstjeneste.
- Befolkningsutviklingen i kommunen med økning i antall eldre, økt antall personer med sammensatte behov, og reduksjon av antall yngre i planperioden.
- Forskriftsfestede krav til kommunenes ansvar for legenes spesialisering.

Stilling for kommuneoverlege er vakant.

Det foreslås å utvide stilling som sykehjemslege fra 50% til 80% fra 01.01.2020.

Stillingene for kommuneoverlege og sykehjemslege er spesielt sårbare (bare 1 person i hver stilling). Sårbarheten kan og bør reduseres gjennom utvikling av interkommunalt samarbeid innenfor samfunnsmedisin, legearbeid i helsestasjon og skolehelsetjeneste og sykehjemsmedisin.

Kommunen må rekruttere minst 2 fastleger i planperioden 2019 – 2023.

Rekruttering av fastleger til ledige hjemler skal primært følge dagens avtalte retningslinjer om overdragelse av fastlegehjemler.

Kommunen må likevel forberede seg på at slik rekruttering kan bli krevende. Kommunen må også forberede seg på at nye leger kan ønske andre tilknytningsformer (fastlønnstilling) enn de legene som nå arbeider i kommunen.

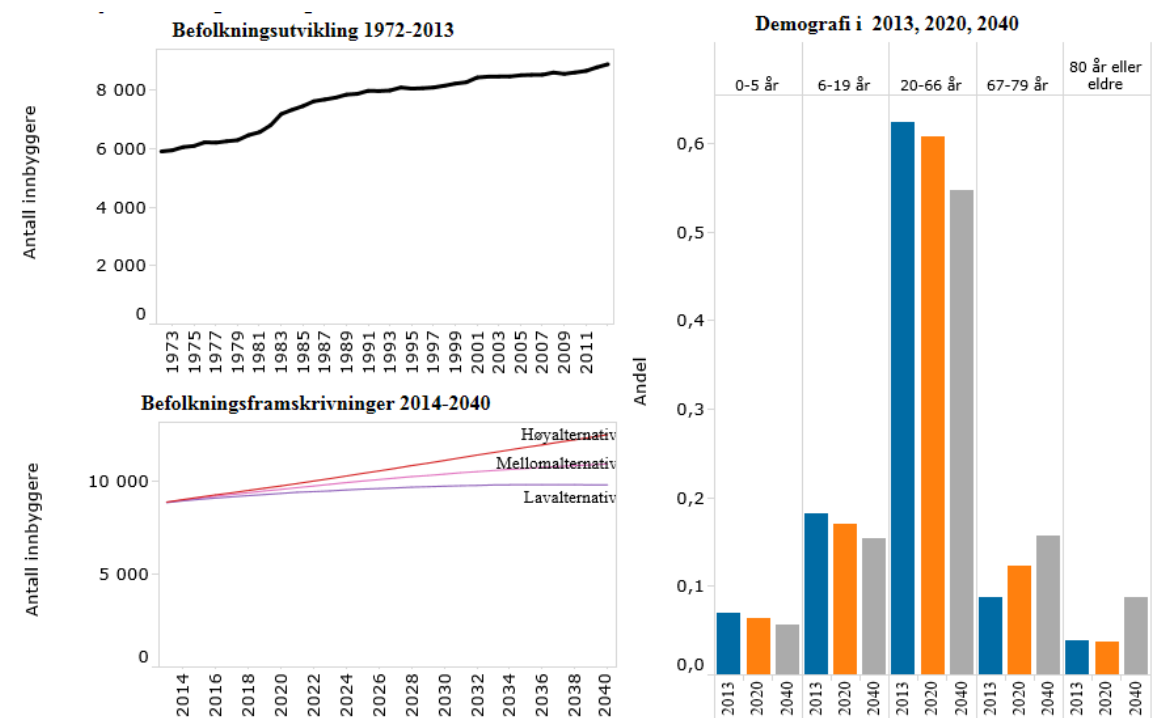
Spørsmål som etablering av kommunalt legesenter, utvikling av integrert helsesenter, oppretting av flere legehjemler/-stillinger og systematisk utvikling av samhandling mellom legene og helse- og omsorgstjenesten, må avklares i planperioden.

De forskjellige økonomiske ordningene i legetjenesten gjennomgås i kap 8. De økonomiske konsekvensene av forslag i planen er så lang mulig gjort rede for.

Planen omhandler de utfordringene kommunen står overfor, og munner ut i et forslag til prioritert handlingsplan for legetjenesten for perioden 2019 – 2024 slik det fremgår av kapittel 7.

3. DEMOGRAFISKE FORHOLD.

Prognoser for befolkningsutviklingen i Lunner viser for tidsperioden fram til 2040:



Av disse framgår:

- Langsom vekst i samlet folketall til ca. 10.000 i år 2035 og deretter avflating.
- Fall i antall innbyggere i alle aldersgrupper fra 0 – 66 år.
- Vekst i antall innbyggere i aldergruppen 67 -79 år.
- Mer enn doubling av antall innbyggere 80 år og eldre fra 2020 til 2040.

Utviklingsplan for kommunen viser størst vekst i boligbygging i Harestua-området

4. OM LEGETJENESTER TIL PERSONER MED SAMMENSATTE BEHOV.

Personer med sammensatte behov er fe. personer med alvorlig psykisk sykdom, rusproblem evtl i kombinasjon med alvorlig psykisk sykdom, langt kommet alvorlig kreftsykdom, evtl. annen kronisk sykdom som medfører behov for sammensatte tjenester ved rehabilitering, pleie- og omsorg i hjemmet, barn med medfødte alvorlige funksjonshemminger eller utviklingsforstyrrelser.

Regjeringen og Stortinget har gjennom tre stortingsmeldinger lagt klare føringer for utvikling av verdier og kvalitet i kommunehelsetjenesten:

Meld. St. 15 (2017–2018) - Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre

Meld. St. 34 (2015–2016) - Verdier i pasientens helsetjeneste. Melding om prioritering

Meld. St. 26 (2014-2015) - Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet

Fastlegene har en sentral rolle i legetjenesten til personer med sammensatte behov, og har er særlig ansvar for samordning av de medisinske tjenestene lokalt samt være en viktig samarbeidspart for de øvrige lokale helse- og omsorgstjenestene.

Fastlegeforskriften slår fast følgende:

§ 19. Medisinskfaglig koordinering og samarbeid

Fastlegen skal ivareta en medisinskfaglig koordineringsrolle og samarbeide med andre relevante tjenesteytere om egne listeinnbyggere.

Dersom en innbygger på listen har behov for langvarige og koordinerte tjenester, plikter fastlegen å informere om, og medvirke til utarbeidelse av, individuell plan og koordinator i kommunen, jf. forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.

Av «Kommunedelplan Omsorg 2017 – 2020» fremgår det:

Visjonen til helse – og omsorgstjenesten i Lunner kommune er:

SAMMEN FOR Å SKAPE DE GODE DAGENE!

Hovedmålet for helse- og omsorgstjenesten i Lunner er:

«Å tilby trygge, helhetlige og koordinerte omsorgstjenester, og å legge til rette for størst mulig deltakelse til tross for sykdom og funksjonstap, slik at brukere og pasienter oppnår best mulig livskvalitet»

«Allmennlegetjenesten» er i Kommunedelplan Omsorg 2017 – 2020 (kap. 2.3) oppført som et av flere områder for satsing og omstilling.

I kap. 2.3.2 står:

Organisering av en felles Fag- og utviklingsenhet er et tiltak for å styrke den interne tverrfaglige innsatsen i helse- og omsorgstjenestene i Lunner. Det er behov for å styrke samarbeidet og samhandlingen med fastlegene.

I kap. 2.3.3 står:

Det er en ny forskrift om fastlegeordningen, der det legges et større ansvar på kommunene for integrering av fastlegene i den øvrige helsetjenesten. Dette arbeidet er igangsatt.

Samfunnets prioritering av forsterkede tjenester overfor personer med sammensatte behov, vil påvirke de faglige krav og hvilke prioriteringer legetjenesten må gjennomføre i planperioden.

Noen viktige lokale utviklingstrekk i planperioden vil påvirke fastlegens arbeidsmetoder, tidsbruk og prioriteringer:

- Antall eldre i kommunen øker, antall barn blir redusert
- Kommunen reduserer antall sykehjemsplasser (fra 54 til 48) og øker antall omsorgsboliger med til dels heldøgns bemanning/tjenester.
- De sykeste og de med sterkt redusert funksjonsevne blir boende lenger hjemme i egen bolig/omsorgsbolig med økende behov for sammensatte tjenester inkludert legetjenester,
- Økende behov for koordinering mellom flere tjenester inkludert legetjenesten knyttet til
 - Funksjonshemmede og/eller kronisk syke barn,
 - Voksne med fysiske/psykiske funksjonshemminger
 - Personer med alvorlig psykisk sykdom og/eller rusproblem
- Flere oppgaver vil overføres fra sykehus til kommunene, og mer komplekse medisinske problemstillinger vil falle på fastleger og sykehjemsleger

Utviklingen av legetjenesten er bl. a. preget av:

- Økte kunnskapskrav til fastlegen inkludert formalisering av kompetansekrav,
- Flere legebesøk i hjemmet med behov for mer tid til den enkelte,
- Utvikling av strukturert samhandling inkludert samarbeidsmøter med øvrige helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten ved oppfølging av kronisk syke og ved palliasjon (lindring ved livets slutt) i hjemmet
- Tettere oppfølging av alvorlig syke pasienter til ukurante tider på døgnet,
- Utvikling av samhandlingsverktøy
 - Elektronisk informasjonsutvikling
 - Fysiske møter inkludert felles sykebesøk,
 - Ansvarsgrupper

Det er behov nærmere konkretisering av hvilke konsekvenser dette vil få for utviklingen av behovet for legetjenester, av forandringer i arbeidsmetodene og -rutinene i legetjenesten, for videre utvikling av elektronisk meldingsrutiner og elektronisk kommunikasjon mellom legetjenesten, øvrige helse- og omsorgstjenester inkludert spesialisthelsetjenesten, og av økende og forandrede kompetansekrav til legetjenesten.

Når listelengde, behov for nye legehjemler/stillinger og tilknytningsform mellom legen og kommunen, skal vurderes, må denne utviklingen legges til grunn.

Mål:

- ❖ Fastlegetjenesten har god medisinsk kompetanse om medfødte og ervervede funksjonshemminger, geriatri, rus og psykiatri samt palliasjon,
- ❖ Fastlegetjenesten skal være dimensjonert slik at det kan settes av tid til å delta i tverrfaglig oppfølging av personer med sammensatte behov
- ❖ Fastlegetjenesten inngår som en naturlig faglig del av de samlede tjenester for personer med sammensatte behov slik det fremgår av Fastlegeforskriften og Kommunedelplan Omsorg 2017-2020.

Tiltak:

- ❖ Det skal utarbeides strukturerte og omforente samhandlingsrutiner mellom fastlegetjenesten og øvrige helse- og omsorgstjeneste. Dette omfatter også bruk av verktøy for elektronisk meldingsutveksling innad i kommunens helse- og omsorgstjeneste og med spesialisthelsetjenesten.
- ❖ Samhandling mellom fastlegetjenesten og øvrige helse- og omsorgstjeneste tydeliggjøres i de individuelle fastlegeavtalene

5. OPPGAVER I LEGETJENESTEN.

5.1 Oversikt

I dette kapittel gjennomgås kommunens oppgaver i legetjenesten, hvordan de er organisert i kommunen i dag, sentrale føringer og utviklingstrekk samt forslag til fremtidige løsninger på det aktuelle området. Hvert kapittel oppsummeres med forslag til mål for den aktuelle tjenesten og tiltak for å nå målene i planperioden.

Kommunens ansvar for legetjenesten i kommunen er regulert i «Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester» (helse- og omsorgstjenesteloven) av 24.06.11, iverksett 01.01.2012., med tilhørende forskrifter.

En rekke andre lover, forskrifter og sentrale avtaler regulerer kommunens og legens oppgaver, samt forholdet mellom kommunen og legen. (Vedlegg)
Det blir i planen gitt referanse til lov- og avtaleverk der det er relevant.

En rekke forhold i lov- og avtaleverket, i den løpende faglige utvikling, samt i oppgavefordelingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, er førende for organisering og dimensjonering av legetjenesten i kommunen.

De viktigste er:

1. Både myndighetene og partene (KS og DNLF) beregner at en fastlegeliste på 1500 listeførte personer representerer et årsverk. Det er i september 2018 inngått en avtale mellom Helsedepartementet og Legeforeningen om en gjennomgang av fastlegens oppgaver sett i lys av bl. a Samhandlingsreformen og utviklingen i oppgavefordelingen mellom helse- og omsorgstjenesten i kommunene og spesialisthelsetjeneste. I denne sammenheng skal det vurderes en kortere listelengde som grunnlag for årsverksberegningen. Det regnes med at resultatet av denne prosessen vil komme i løpet av høsten 2019.

2. Regjeringen har varslet en handlingsplan for allmennlegetjenesten i 2020 som tidligst vil kunne få budsjettmessige konsekvenser i 2021.
3. Forskrift om fastlegeordningen i kommunene regulerer kommunen og fastlegene sine juridiske rettigheter og plikter i fastlegeordningen.
4. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (Akuttmedisinforskriften) regulerer kommunen og regionale helseforetak sine akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.
5. Forskrift om kompetansekrav i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (fra 01.07.2017) fastsetter kompetansekrav til leger «*som tiltrer en fastlegehemmel, stilling ved kommunal legevakt eller annen stilling med oppgave om å yte helsehjelp i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven*».
6. Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning av leger og tannleger (spesialistforskriften) fra 01.03.17 og 01.03.19, regulerer kommunenes oppgaver i utdanningen av allmennleger.
7. De avtalerettslige forhold mellom kommunen og fastlegene/kommunelegene er regulert i sentrale avtaler SFS 2305 (kommunelegeavtalen) og ASA 4310 (rammeavtalen). Videre er disse forhold også regulert i en individuell fastlegeavtale mellom kommunen og fastlegen. Ved et ansettelsesforhold (fast lønn) er disse forhold regulert i ansettelsesavtalen.
8. Kommunen kan tilplikte hver fastlege inntil 7,5 t/v off. allmennmedisinsk legearbeid. Legen på sin side har rett til tilsvarende reduksjon av listelengde. (Fastlegeforskriften §12.)
9. Samfunnsmedisinsk arbeid kan ikke pålegges gjennom fastlegeavtalen, men må avtales gjennom egen frivillig arbeidsavtale.
10. Alle fastleger er pliktig å delta i kommunal legevakt på dagtid og utenom arbeidstid. Denne plikten er regulert gjennom lov- og avtalefestede regler om fri etter vakt og fritak fra deltakelse i legevakt. (Fastlegeforskriften §13).
11. Den lovfestede samarbeidsavtalen mellom Lunner kommune og helseforetaket (Sykehuset Innlandet HF) har tjenesteavtaler og tilhørende rutiner av betydning for fastlegenes arbeid og samhandlingen med sykehusene

Rapport om «Fastlegers tidsbruk», utarbeidet av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, for Helsedirektoratet februar 2018, viser:

Totalarbeidstiden for de fleste fastlegene er svært lang, og har økt mye sammenlignet med tidligere undersøkelser til tross for at gjennomsnittlig listestørrelse er noe redusert. Dette viser at arbeidsmengden per listeinnbygger er blitt større.

Over 80 prosent av fastlegene arbeider mer enn arbeidsmiljølovens bestemmelse om arbeidstid på maks 40 timer i løpet av 7 dager. Fastleger som deltar i legevakt har størst totalarbeidstid.

Fastlegers arbeid dekker et stort spekter av ulike aldersgrupper og problemstillinger. Fastlegene bruker i gjennomsnitt mer enn en arbeidsdag i uken på pasienter med store og sammensatte behov.

5.2 Forvaltning av legetjenester.

5.2.1 Oppgaver.

For å ivareta sitt ansvar må kommunen ha en enhetlig forvaltning av legetjenesten.

Hovedoppgavene er:

- Fortløpende oppfølging av kommunens lovpålagt og avtalefestet ansvar i legetjenesten,
- forberedelse og gjennomføring av politiske vedtak,
- personalansvar for legetjenesten, (fastlønnede leger, oppfølging av avtaler med avtaleleger, oppfølging av videre- og etterutdanning av/for leger mm., legevikarer, rekruttering av leger)
- oppfølging av interkommunale avtaler i legetjenesten (legevakt osv.)
- plan-, budsjett- og økonomiansvar.

Forvaltningen av legetjenesten bør organiseres slik at det legges til rette for og stimulerer til en sterkere integrering mellom legetjenestene og øvrige helse- og omsorgstjenester.

Det er derfor naturlig at det overordnende ansvar for, og ressursene til, forvaltningen av legetjenesten blir tydeligere forankret hos kommunalsjefen for helse og velferd.

En forutsetning for god forvaltning av legetjenesten og samarbeid med legegruppen, er at både kommunen og legenes tillitsvalgte prioriterer samarbeidet. Dette forutsetter både kunnskap og innsikt i lov- og avtaleverk og i det medisinske fagområdet hos begge parter. Erfaring fra sammenlignbare kommuner tilsier at det er behov for omlag 1 årsverk til den samlede forvaltningen av legetjenesten og oppfølging av det interkommunale samarbeidet i legetjenesten.

Kommuneoverlegen har i dag ingen formell rolle i forvaltningen utover å være medisinsk faglig rådgiver.

Kommuneoverlegens rådgivende rolle blir derfor sentral i forvaltningen av legetjenesten uten at kommuneoverlegen tillegges formell forvaltningsmyndighet.

En rekke kommuner, inkl. Lunner, har hatt kommuneoverlege i kombinasjonsstilling med fastlegeavtale. Etter hvert som kommunens oppgaver i legetjenesten er blitt utvidet, er det blitt tydeligere at det kan oppstå habilitetskonflikter når en stilling skal ivareta både kommunens og fastlegenes interesser. Slik rolleblanding bør unngås i fremtiden.

Kommunen har i dag følgende legestillinger/avtaler:

- Kommuneoverlege 100% (herav 2/3 samfunnsmedisin og 1/3 helsestasjons-og skolelegestilling)
- Sykehjemslege 50%
- Turnuslege/LIS 1 100%
- Fastlegeavtaler 8.

I tillegg kjøper kommunen legetjeneste fra andre:

- Interkommunal legevakt for Gran og Lunner,
- Nattlegevakt Gjøvik interkommunale legevakt (nattlegevakt)
- Interkommunale KAD-plasser Gran kommune.

- Helsestasjon for ungdom Gran kommune.

All legetjeneste inkludert interkommunale legevakter og andre legetjenester bør forankres i samme budsjettkapittel. Det medfører at forvaltningen av legetjenesten lettere kan sees i sammenheng. Det åpner også for lettere å kunne omdisponere ressurser i spesielle situasjoner.

5.2.2 Samhandling mellom forvaltningen og fastlegene.

Fastlegenes tilknytning til kommunen er enten som fast tilsatt i fastlønnet stilling eller gjennom en fastlegeavtale (selvstendig næringsdrivende), eller en kombinasjon av disse.

Forholdet mellom kommunen og fastlegene er regulert i Fastlegeforskriften, i avtalene ASA4310 (rammeavtalen), SFS 2305 (kommunelegeavtalen) og i lokal individuell fastlegeavtale.

Fastlegeforskriften:

§ 8. Kommunens ansvar for å tilrettelegge for samarbeid

Kommunen skal legge til rette for samarbeid mellom kommunen og fastlegene.

Kommunen skal legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og andre tjenesteytere og sikre en hensiktsmessig og god integrering av fastlegeordningen i kommunens øvrige helse- og omsorgstjenestetilbud.

Kommunen skal legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten.

ASA 4310:

§4.1: Allmennlegeutvalg.

Allmennlegeutvalget skal bidra til nødvendig samarbeid mellom legene i kommunene for å ivareta legenes oppgaver i fastlegeordningen.

Kommunen skal ta initiativ til at det blir opprettet et allmennlegeutvalg der alle allmennleger er deltakere.

Allmennlegeutvalget er altså legenes arena, og som de styrer selv. De økonomiske forhold knyttet til Allmennlegeutvalgets arbeid er kommunen uvedkommende.

ASA 4310:

§4.2 Samarbeidsutvalg.

Samarbeidsutvalget skal legge til rette for at driften av allmennlegetjenesten skjer på en hensiktsmessig måte gjennom samarbeid mellom kommunen og allmennlegene. Allmennlegene skal sikres innflytelse over drift og organisering av egen praksis og eget listeansvar.

Kommunen skal ta initiativ til at det blir opprettet et samarbeidsutvalg.

Utvalget skal ha møte minst halvårlig og for øvrig etter behov.

Det kan opprettes felles samarbeidsutvalg for flere kommuner. Utvalget skal ha like mange representanter fra allmennlegene som fra kommunen.

Samarbeidsutvalget kan opprettes med 2 eller flere representanter fra hver av partene og like mange varamedlemmer.

Samarbeidsutvalget konstituerer seg selv og velger leder, hvor partene har ledelsen vekselvis ett år hver. Kommunen skal stille møtelokaler til disposisjon. Det tilstås møtegodtgjøring etter kommunens satser. Funksjonstiden er 2 år.

Kommuneoverlegen eller dennes stedfortreder har møteplikt i samarbeidsutvalget og er ansvarlig for å tilrettelegge møtene og følge opp saker hvor det er nødvendig.

§10.5: Samarbeid med kommunen

Legen må minst en gang per år delta i møte med kommunen med det formål å drøfte legens virksomhet i forhold til kommunale mål, retningslinjer, planer og vedtak.

Legene i kommunen har egen tillitsvalgt med vararepresentant.

Det er viktig å strukturere det formelle samarbeidet mellom fastlegene, legeforeningens lokale tillitsvalgte og kommunens forvaltning av legetjenester. Dette krever at både kommunen og legene gjennom prosess utvikler en felles forståelse av hvilke oppgaver som bare kan løses gjennom et strukturert samarbeid. Både lov- og avtaleverk pålegger kommunen og legene plikter i denne sammenheng. Dette inkluderer også det systematiske planarbeidet inkludert gjennomføring av vedtatte planer og rullering av planer. Kommunen og legene bør derfor systematisk utvikle Samarbeidsutvalget som den formelle arena der konkrete utfordringer, gjennomføring av planer og utvikling av planer blir forankret.

Det er viktig for framtidig planarbeid at rammevilkår for fastlegenes/avtalelegenes deltagelse i kommunens plan- og utviklingsbeid er avklart. Fastlegenes/avtalelegenes honorar for slik deltagelse bør være samsvar med honorarsatsen i ASA 4310. Denne satsen er fastsatt gjennom sentrale forhandlinger mellom KS og DNLF

Lønn og honorar til fastlegene blir fastsatt gjennom både sentrale og lokale forhandlinger:

- Lokal lønnsdannelse gjennom årlige forhandlinger etter Hovedavtalens §5 for fastlønnede hel- eller deltidstilsatte leger i kommunen,
- Sentralt forhandlet kompensasjon for legevakt, praksiskompensasjon, veiledning og honorar for selvstendig næringsdrivende fastsatt i ASA 4310 og SFS 2305.
- Sentralt forhandlet «Normaltariff for fastleger og legevakt».

Mål:

Forvaltning av legetjenestene skal organiseres slik at:

- ❖ lov- og avtaleverk blir ivaretatt,
- ❖ kommunen blir en tydelig arbeidsgiver og/eller avtalepart for legene,
- ❖ legetjenestene blir en integrert del av hele helse- og omsorgstjenesten i kommunen,
- ❖ forvaltningen av legetjenesten har en tydelig uavhengighet til den avtalebaserte eller fastlønnede legetjenesten,
- ❖ samarbeid mellom kommunen og legene bygger på en felles forståelse av de oppgaver som skal løses, og forankres i samarbeidsutvalget.
- ❖ Allmennlegeutvalget og Dnlf sin lokale tillitsvalgte kan ivareta sine funksjoner,
- ❖ tjenesten blir utført innenfor politisk fastsatte rammer.

Tiltak:

- ❖ Forvaltningsansvaret for legetjenesten videreføres under kommunalsjef for helse og omsorg,
- ❖ Behov for forvaltningsressurser styrkes med 0,3 årsverk fra 2020,
- ❖ Det opprettes eget budsjettkapittel for den samlede legetjenesten,
- ❖ Samarbeidet mellom kommunen og fastlegene følger de reguleringer som er fastsatt i ASA 4310, § 4,
- ❖ Det utarbeides halvårlige møteplaner for Samarbeidsutvalget,
- ❖ Kompensasjon for fastlegenes/avtalelegenes deltakelse i planarbeid følger honorarsatsen i ASA 4310

5.3 Samfunnsmedisinske oppgaver. Kommuneoverlegen.

Lovgivingen pålegger kommunen en rekke oppgaver definert som «samfunnsmedisinske oppgaver». Kommunene velger ofte forskjellige måter å ivareta disse oppgavene på. Lokale forhold er oftest bestemmende for de løsninger som blir valgt.

Det er en økende forståelse for at hver kommunen ikke vil kunne ha nok kompetanse eller kapasitet selv, og derfor er det utviklet flere interkommunale ordninger innenfor bl. a miljørettet helsevern og smittevern. Lunner kommune er fra 01.04.2019 medlem av Miljørettet Helsevern IKS (tidl. Gjøvikregionens helse- og miljøtilsyn IKS (GHMT)). Deler av kommunens oppgaver etter Folkehelseloven, Smittevernloven og Tobakkskadeloven blir da ivaretatt gjennom dette selskapet.

Dette har betydning for hvordan kommuneoverlegen kan ivareta sine oppgaver.

5.3.1 Samfunnsmedisinske oppgaver.

Samfunnsmedisinske oppgaver er forankret i en rekke lover med tilhørende forskrifter. Disse er:

- Helse- og omsorgstjenesteloven
- Helsepersonelloven
- Helseberedskapsloven
- Folkehelseloven
- Smittevernloven
- Tobakkskadeloven

Samfunnsmedisinske oppgaver kan inndeles i slike hovedområder:

1. Smittevern
 - a) Planarbeid
 - b) Overvåking av smittesituasjon
 - c) Forebyggende smittevern
 - d) Tiltak ved smittevernsituasjoner

2. Miljørettet helsevern
 - a) Forurensing, plan, tiltak
 - b) Barnehager, skoler, andre off. og private tiltak/bygg
 - c) Drikkevann

3. Medisinsk faglig rådgiving
 - a) Til politiske organ
 - b) Til kommunal forvaltning
 - c) Til øvrige helse- og omsorgstjenester
 - d) Til innbyggere, grupper eller enkeltpersoner
 - e) I samfunnsplanlegging
 - f) I planlegging av helsetjenester

4. Kommunal beredskap ved krig, katastrofer og ulykker
 - a) Deltaking i planarbeid
 - b) Deltaking i kommunal krisestab
 - c) Deltaking ved konkrete katastrofer og ulykker

5. Psykososial beredskapsgruppe
 - a) Plan
 - b) Deltaking i psykososial beredskapsgruppe

6. Uttale ved klagebehandling
 - a) Etter Pasientrettighetsloven
 - b) Etter helsepersonelloven.

Samfunnsmedisin er en egen godkjent legespesialitet. De samfunnsmedisinske oppgavene krever spesialistkompetanse. I tillegg kreves utstrakt og tverrfaglig samarbeid mellom flere yrkesgrupper og profesjoner.

5.3.2 Kommuneoverlegen.

Lunner kommune har i januar 2019 lyst ut en 100%-stilling for kommuneoverlege som også omfatter legetjeneste i det forebyggende arbeid i helsestasjon- og skolehelsetjeneste.

Kommuneoverlegens samfunnsmedisinske oppgaver er av en slik karakter at den/de ansvarlige må ha fleksibilitet i utførelsen av arbeidet (ulykker, katastrofer, akutte forurensinger, psykososial kriseberedskap, akutte smittevernsituasjoner), samtidig som deltakelse i møter på ukurant arbeidstid også er forventet.

Kommuneoverlegen har vesentlige oppgaver, til dels i samarbeid med Miljørettet Helsevern IKS ved behov for både akutt og planlagt intervensjon ved f.eks.:

- akutt vannforurensning, kloakkutslipp, etc. som medfører stor smittefare for befolkningen,
- smittevern ved akutt og alvorlig smittefarlig sykdom (eks hjernehinnebetennelse, meslinger, tuberkulose osv.)
- medisinsk ansvarlig for all vaksinasjonsvirksomhet i kommunal regi,
- akutt matforgiftning inkludert oppfølging overfor Mattilsynet.
- psykososialt kriseteam (planlegging og deltagelse).
- kommunens krisestab blir satt ved øvelser, katastrofer, større ulykker osv.,
- som fagleder Helse ved ulykker og ved øvelser i tunneller, etc. med brann, redning, politi, akuttmedisinske tjenester.
- Medisinsk-faglig rådgiver ved tverrfaglige drøftinger med spesialisthelsetjenesten i psykiatri, med nødetatene som brann, redning, politi, legevakt, AMK.

Ved rekruttering av ny kommuneoverlege bør det kreves enten spesialitet i samfunnsmedisin eller at vedkommende som blir tilsatt forplikter seg til å gjennomføre spesialisering i samfunnsmedisin innen et visst tidsrom. Ved behov for tilrettelegging for spesialisering bør kommunen gi fri med lønn for deltaking i obligatoriske kurs. Kursavgifter til obligatoriske kurs som ikke blir dekket av Legeforeningens fond blir dekket av kommunen. Det gis permisjon uten lønn ved behov for annen tjeneste for å oppnå spesialistgodkjenning. Bindingstid i stillingen kan da kreves, f eks to år etter ferdig spesialistgodkjenning

Kommuneoverlegens rådgivende rolle i forvaltningen er gjennomgått i kap 5.2 ovenfor.

Kommuneoverlegens stillingsstørrelse må fastsettes ut fra oppgavene. Lunner har nå valgt å opprette 100% stilling der de samfunnsmedisinske oppgavene inkl rådgiverfunksjon for forvaltningen kombineres med 36% stilling som lege i forebyggende og helsefremmende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Mange kommuner opplever utfordring med å rekruttere god kompetanse til kommuneoverleigestillinger. Noen kommuner har derfor utviklet samarbeid om denne funksjonen.

Dersom kommunen kommer i en slik situasjon, bør interkommunalt samarbeid om felles kommuneoverlegefunksjon utredes.

Mål:

De samfunnsmedisinske oppgavene skal organiseres slik at:

- ❖ oppgavene blir ivaretatt i samsvar med lov og regelverk,
- ❖ de blir en integrert del av kommunen sin samfunnsplanlegging, folkehelsearbeid og beredskapsplaner.

Tiltak:

- ❖ kommunen er fra 01.01.2019 medlem i Miljørettet Helsevern IKS (tidl. Gjøvikregionens helse- og miljøtilsyn IKS (GHMT).
- ❖ kommuneoverlegestillingen er satt til 100%-stilling fra 01.02.2019,
- ❖ kommuneoverlegen dekker de samfunnsmedisinske oppgaver slik de fremgår av lov og forskrift,
- ❖ kommuneoverlegen er fortsatt underlagt kommunalsjef for helse og omsorg,
- ❖ spørsmålet om interkommunalt samarbeid om felles kommuneoverlegefunksjon utredes med henblikk på redusert sårbarhet og økt samlet fagkompetanse

5.4 Offentlige allmenntilleggs oppgaver.

Offentlig allmenntilleggs oppgaver er legearbeid i forebyggende og helsefremmende arbeid i helstasjons- og skolehelsetjenesten, i sykehjem, ved akutte døgnplasser (KAD) og i fengsel.

Fastlegens deltakelse i disse oppgavene er regulert i Fastlegeforskriften §12

§ 12. Fastlegens deltakelse i andre allmenntilleggs oppgaver i kommunen

Fastlege i fulltidspraksis kan pålegges å delta inntil 7,5 timer per uke i andre allmenntilleggs oppgaver i kommunen, for eksempel i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, sykehjem og fengsler. Før pålegg gis skal kommunen søke å inngå frivillige avtaler om utføring av disse oppgavene. Fastlegens deltakelse i administrative møter med kommunen skal iberegnes i de 7,5 timene.

Fastlegen og kommunen kan inngå avtale om andre oppgaver som skal inngå i de 7,5 timene, jf. første ledd.

Lunner kommune har valgt å omgjøre små deltidsstillinger for sykehjemsleger til en deltidsstilling på 50%, og legetjenesten i helsestasjon og skole er lagt til kommuneoverlegestillingen.

Dette samsvarer med utviklingen i mange andre kommuner. Det fører til bedre kontinuitet og større faglighet i legearbeidet.

En slik ordning er likevel sårbar for sykefravær, fravær ved kurs, ferier, utdannings- og velferdspermisjoner og vakanser. Legetjenesten både i sykehjem og helsestasjon og skole, må være kontinuerlig. Kommunen må derfor etablere en ordning som sikrer legetjeneste ved fravær i disse legestillingene.

Det allerede etablerte Interkommunalt samarbeid bør videreutvikles til også å omfatte ~~om~~ både inndekking ved fravær og kompetanseutvikling med sikte på redusert sårbarhet.

I Fastlegeforskriften §12 fremgår det at alle fastleger, under visse forutsetninger, kan pålegges å delta inntil 7,5 timer per uke i andre allmenntilleggs oppgaver i kommunen, for eksempel i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, sykehjem og fengsler.

I tillegg til å videreutvikle interkommunalt samarbeid for å sikre legetjenesten i sykehjem og helsestasjon-skolehelsetjenesten ved fravær ved kurs, ferier, permisjoner og vakanser, bør kommunen og fastlegene, innenfor rammen av Fastlegeforskriftens §12, utarbeide lokal avtale hvordan også fastlegene i spesielle situasjoner skal delta i slik inndekking. Honorar for slikt legearbeid inngår i sentral avtale ASA 4310.

Det er naturlig at en slik lokal avtale også tas inn i den enkeltes fastlegeavtale.

Ved en slik ordning slipper både legene og kommunen den uro som kan følge av at det med jevne mellomrom må finnes ad-hoc-løsninger på legedekningen i disse funksjoner.

5.4.1. Legearbeid i forebyggende og helsefremmende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Kommunens forebyggende og helsefremmende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten er regulert i forskrift av 01.11.2018.

Av denne §3 fremgår at:

Kommunen skal tilby:

- a) svangerskaps- og barselomsorg ved helsestasjon,*
- b) helsestasjons- og skolehelsetjeneste til barn og ungdom 0–20 år.*

Hovedoppgavene er nedfelt i forskriftens §§ 6 og 7, bl. a.:

- *forebygge og avdekke vold, overgrep og annen traumatisering av barn,*
- *avdekke funksjonshemminger hos barn, iverksette både forebyggings- og habiliteringstiltak i tett samarbeide med andre relevante faginstanser som fastlege og spesialisthelsetjenesten.*

Dette nevnes fordi slik oppfølging vil omfatte barnets fastlege og spesialisthelsetjenesten, noe som forutsetter gode kommunikasjons- og henvisningsrutiner samt god samhandling mellom helsestasjon, fastlege og spesialisthelsetjenesten, jfr. kap. 3 og kap. 4.4.

Nasjonale helsemyndigheter har i 2017 utarbeidet «*Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom*». I denne fremgår det at «*Tjenesten skal videre være tverrfaglig, og bemanningen skal bestå av helsesøster og lege*».

Godt legearbeid i helsestasjon og skolehelsetjenesten er karakterisert ved:

- Kontinuitet – same lege over tid
- Ingen andre samtidige legeoppgaver
- Systematisk kompetanseutvikling
- Nok tid til hvert barn, ungdom og familie
- God kommunikasjon og samhandling med fastlege, helsesøster, jordmor, barnehage, skole, barnevern, PPT, spesialisthelsetjenesten og familie

Den demografiske utvikling, jfr. kap. 2., viser for aldersgruppen 0-19 år (etter SSB hovedalternativet):

2020: 2.260 innbyggere

2025: 2.011
2030: 2.322
2040: 2.373

Det vil altså komme en reduksjon på 250 personer (11 %) i aldersgruppen 0 - 19 år i planperioden frem til 2025.

Den nye forskriften og den nye faglige retningslinje pålegger kommunen klare og konkrete oppgaver innenfor det forebyggende og helsefremmende arbeid overfor barn og ungdom. Den kapasiteten som blir frigjort gjennom en reduksjon på 11% i denne befolkningsgruppen i planperioden, bør benyttes til å forsterke legearbeidet i dette forebyggende og helsefremmende arbeidet. Spesielt bør det legges vekt på å utvikle gode og formaliserte samhandlingsrutiner med fastlegene, noe som også vil kreve at det tas i bruk elektronisk kommunikasjon.

Jfr. kap. 4.3.1 når det gjelder inndekking av legetjeneste ved vakanser og annet fravær.

Med bakgrunn i ny forskrift og i «Ny nasjonal faglig retningslinje» bør det utarbeides egen plan for det forebyggende og helsefremmende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Mål:

Legearbeid i det forebyggende og helsefremmende arbeidet i helsestasjon og skolehelsetjenesten skal organiseres slik at:

- ❖ hvert barn, familie og ungdom får et forsvarlig faglig tilbud slik det fremgår av forskrift og nasjonal retningslinje,
- ❖ legen får nok tid til å samarbeide med relevante samarbeidsparter,
- ❖ det kan gjennomføres systematisk fagutvikling sammen med helsesøster, jordmor og andre relevante lokale og regionale samarbeidsparter,

Tiltak:

- ❖ Legearbeid i det forebyggende og helsefremmende arbeidet i helsestasjon og skolehelsetjenesten slås sammen til en stilling og settes samlet til 36% deltidsstilling som er lagt til stillingen som kommuneoverlege,
- ❖ Det utarbeides innen utgangen av 2020 egen plan for det forebyggende og helsefremmende arbeidet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten,
- ❖ Det utvikles interkommunalt samarbeid om legearbeidet,
- ❖ Innenfor rammene av Fastlegeforskriften §12 inngås lokal avtale med fastlegene om inndekking av legestillingen i helsestasjons- og skolehelsetjenesten ved ferier, fravær eller vakanser.

5.4.2. Legearbeid i sykehjem

Godt sykehjemslegearbeid er karakterisert av:

- Kontinuitet – samme lege over lenger tid,
- Tilgjengelighet – fast legetilsyn ved avdeling minst to dager pr. uke eller mer,
- Fast system for års- og halvårskontroller for langtidspasienter,

- God journalføring og god medisinsk dokumentasjon som faglig fundament for legevaktens arbeid i sykehjem
- God elektronisk kommunikasjon/meldingstjeneste med øvrige helse- og omsorgstjeneste, fastlegen og spesialisthelsetjenesten,
- Deltaking i etterutdanning av helsepersonell ved avdelingen/sykehjemmet.
- Systematisk utvikling av skriftlige kvalitetsrutiner,
- Tett faglig samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Sykehjemslegearbeidet i flere kommuner har tidligere vært lavt prioritert. Oftest har dette arbeidet kommet som tilleggsarbeid for en fastlege, og den måten konkurrert med akuttmedisinen om oppmerksomhet og tid.

På dette grunnlag har Lunner kommune de siste par årene valgt å tilsette egen sykehjemslege i deltid.

Den norske legeforening har fastsatt egne «Regler for godkjenning av kompetanseområde i alders- og sykehjemsmedisin». Reglene sikrer at de leger som arbeider med alders- og sykehjemsmedisin har den nødvendige kompetanse og ferdigheter for å arbeide selvstendig i dette fagfeltet. Helsemyndighetene har de senere år satset systematisk på utvikling av standardiserte faglige rutiner i eldreomsorgen som fe. start-stop-kriterier ved medikamentvurdering, interaksjonsanalyser (kontroll av hvordan medikament påvirker hverandre), pakkeforløp ved bestemte diagnoser/sykdommer, systematisk infeksjonsforebygging og rapportering, vurdering av personers samtykkekompetanse, for å nevne noen.

Norsk geriatrisk forening har utarbeidet en rekke faglige veiledere som er viktig blir tatt i bruk i alders- og sykehjemsmedisinen.

For å implementere den systematiserte kunnskap som slike veiledere representerer, er det viktig at sykehjemslegen(e) har tid nok til både å systematiserer sitt arbeide, å utarbeide faglige prosedyrer i samarbeide med øvrig personell og å ha regelmessig faglig kontakt med andre sykehjemsleger/geriater.

Kommunen har i dag 54 sykehjems plasser lokalisert på Roa. Fra 2019 reduseres antall plasser til 48 lokalisert ved nytt omsorgssenter på Harestua.

Disse 48 plassene omfatter:

- Langtidsopphold,
- Korttids- og/eller rehabiliteringsopphold
- Skjermet opphold

Kommunen har tilsatt en sykehjemslege i 50% stilling (18,75 t/uke). Med 48 sengeplasser blir dette 0,37 t/uke/plass fra 2019.

En tabellarisk oversikt viser legetjenesten i sykehjem i sammenlignbare kommuner.

Legetjeneste sykehjem 2017

Kommune	Norge	Oppland	Lunner	Gran	Ø-Toten	V-Toten	Jevnaker
Legetimer/beboer/uke	0,55	0,65	0,35	0,35	1,04	0,91	0,41

I 2017 rapporterte Lunner kommune 0,35 legetimer/beboer/uke i sykehjem. Dette er den tredje dårligste dekningen i fylket. I Oppland fylke var gjennomsnittet 0,65 timer/beboer/uke og landsgjennomsnittet var 0,55 timer/beboer/uke.

Helsemyndighetene legger til grunn at det er en antatt sammenheng mellom antall legetimer/beboer/uke og kvaliteten på legetjenesten til den enkelte beboer.

Med 48 sykehjems plasser må Lunner kommune ha 26,4 legetimer/uke for å nå landsgjennomsnittet, og 31,2 legetimer /uke for å nå gjennomsnittet i Oppland fylke, en økning fra 18,75 timer/uke.

Ordningen med en fast sykehjemslege er en klar faglig forbedring av legetjenesten i sykehjem i forhold til oppsplitting i flere 20%-stillinger. Imidlertid medfører den at legetjenesten med bare en deltidsstilling er sårbar ved uforutsett eller planlagt fravær.

Jfr. kap. 4.3.1 når det gjelder inndekking av legetjeneste ved vakanser og annet fravær.

Stilling for sykehjemslege bør trappes opp til gjennomsnitt for Oppland fylke fra 01.01.2020. Det bør stilles krav om at legen enten har godkjent kompetanse i alders- og sykehjemsmedisin, eller er under utdanning til slik kompetanse.

Ved behov for tilrettelegging for slik utdanning bør kommunen gi fri med lønn for deltagelse i obligatoriske kurs. Kursavgifter til obligatoriske kurs som ikke blir dekket av Legeföreningens fond bør dekkes av kommunen. Det bør gis permisjon uten lønn ved behov for annen tjeneste for å oppnå slik godkjenning. Bindingstid i stillingen kan da kreves, f eks to år etter ferdig spesialistgodkjenning.

Det er fremkommet en del kritikk mot det journalsystem som blir brukt ved sykehjemmet. Det er behov for en gjennomgang av journal- og dokumentasjonssystemet inkludert elektronisk meldesystem mellom sykehjem og øvrige helse- og omsorgstjeneste. Det er naturlig at dette gjøres i forbindelse med innflytting i nytt sykehjem i 2019.

Mål:

Sykehjemslegetjenesten skal organiseres slik at:

- ❖ personer med opphold i sykehjem får god og kontinuerlig legetjeneste,
- ❖ sykehjemslegetjenesten dimensjoneres på nivå av gjennomsnittet av kommunene i Oppland fylke.
- ❖ dokumentasjon av det medisinske arbeidet og de medisinske vurderingene skal være i samsvar med gjeldende lovkrav, og være en integrert del av sykehjemmets journalsystem,

- ❖ elektroniske kommunikasjonsverktøy mot øvrige helse- og omsorgstjeneste er tilgjengelig,
- ❖ det faglige utviklingsarbeid i avdelingene også omfatter medisinske tiltak og prosedyrer
- ❖ sykehjemslegen(e) skal minst ha «kompetanse som sykehjemslege».

Tiltak:

- ❖ Stilling som sykehjemslege trappes opp til 80% legestilling fra 01.01.2020.
- ❖ Det utvikles interkommunalt samarbeid om sykehjemslegearbeidet,
- ❖ Innenfor rammene av Fastlegeforskriften §12 inngås lokal avtale med fastlegene om inndekking av sykehjemslegestillingen ved ferier, fravær eller vakanser.
- ❖ Det utarbeides en beskrivelse av innhold og kvalitet i sykehjemslegetjenesten innen utgangen av 2019, som legges til grunn ved opptrapping av stillingen til 80%,
- ❖ I forbindelse med bygging av nytt sykehjem gjennomføres det før innflytting, en konkret vurdering av de kravspesifikasjoner som må settes til sykehjemmets journalsystem og elektroniske meldingstjeneste,
- ❖ Ved behov for tilrettelegging for å oppnå «kompetanse som sykehjemslege» blir det gitt fri med lønn for deltaking i obligatoriske kurs. Kursavgifter til obligatoriske kurs som ikke blir dekket av Legeforeningens fond blir dekket av kommunen. Det gies permisjon uten lønn ved behov for annen tjeneste for å oppnå slik kompetanse. Bindingstid i stillingen kan da kreves, f eks to etter ferdig spesialistgodkjenning

5.4.3 Legearbeid i KAD (kommunal akutt døgnplass)

Kommunen har inngått avtale med Gran kommune om KAD. Lunner disponerer én av tre senger i enheten. Gran kommune organiserer tjenesten i sin helhet.

5.4.4 Legearbeid ved kommunal vaksinasjonsvirksomhet.

Det overordnede medisinske ansvaret for all vaksinasjonsvirksomhet som gjøres i kommunal regi er tillagt kommuneoverlegen.

5.5 Fastlegeordningen.

5.5.1 Ansvar. Generelle utviklingstrekk.

Kommunens ansvar for fastlegeordningen er fastsatt i Helse- og omsorgstjenesteloven. Den er videre regulert i en rekke forskrifter der de viktigste er:

- Forskrift om fastlegeordning i kommunene,
- Akuttmedisinforskriften
- Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjeneste.

Sentrale avtaler mellom KS og Legeforeningen regulerer tjenesten og forholdet mellom fastlegene og kommunen som avtalepart/arbeidsgiver ytterligere:

- ASA 4310 Rammeavtalen,
- SFS 2305 Kommuneavtalen.

Det vises også til innledningen kap. 5.1.

Kommunene og sentrale myndigheter har til nå lagt til grunn at en listelengde på 1500 personer tilsvarer et fastlegeårsverk.

Det er i september 2018 inngått en avtale mellom Helsedepartementet og Legeforeningen om en gjennomgang av fastlegens oppgaver sett i lys av bl. a Samhandlingsreformen. I denne sammenheng skal det vurderes en kortere listelengde som grunnlag for årsverksberegningen. Det regnes med at resultatet av denne prosessen vil komme i løpet av høsten 2019.

Regjeringen har varslet en handlingsplan for allmennlegetjenesten i 2020 som tidligst vil kunne få budsjettmessige konsekvenser i 2021.

Utviklingen i mange kommuner viser at den gjennomsnittlige listelengden for fastlegene er blitt gradvis redusert som en automatisk tilpassing til de økende oppgaver som fastlegene har fått over tid. Samtidig har fastlegens arbeidstid økt, og 80% av landets fastleger arbeider mer enn 40 t/uke.

Utviklingen av og oppgavene og samlet arbeidstid for fastlegene i Lunner kan påregnes å være det samme som for landet for øvrig.

Utviklingen i fastlegens oppgaver er preget av:

- Økende antall eldre personer,
- mer sammensatte medisinske problemstillinger knyttet til hver pasient,
- overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten innenfor psykisk helsevern for både voksne og barn, kreftbehandling, lindrende behandling, utvikling av medisinsk kunnskap, befolkningens forventninger, sentralt fastsatte behandlingsprotokoller og faglige veiledere,
- økte krav til attestasjoner ved førerkort, skolefravær, sykefraværsoppfølging og erklæringer til NAV,
- krav til medisinsk dokumentasjon fra forsikringselskap,
- forskriftsfestede kompetansekrav som medfører mer tid til videre- og etterutdanning samt veiledning av leger under utdanning.

Også forbedringer i samfunnets velferdsordninger og forandringer i sammensetting av legegruppen som helhet medfører endrede preferanser ved jobsøking:

- ca. 2/3 av nyutdannede leger er kvinner
- likestilling i familien med preferanse av fritid og fellestid, oppfølging av syke barn osv.
- forventninger og krav til trygg inntekt, sikkerhet ved sykdom og god pensjonsordning
- høye etableringskostnader til familie som avgrenser mulighet for investering i fastlegehjemmel

Dette er noen av de forhold kommunen må ta i betraktning ved planlegging av fremtidens fastlegetjeneste.

Som et ledd i utvikling av andre typer avtaleforhold mellom kommune og fastlege, blir det bl a gjennomført et forsøksprosjekt, ALIS Vest, der 12 fastleger inngår tidsavgrenset (5 år) avtale om fastlønnen stilling som omfatter ansvar for en definert liste samt opplegg for spesialisering i allmennmedisin inkludert obligatorisk veiledning og kurs.

Forsøksprosjektet viser så langt vesentlig bedre søkertall til disse fastlønnede utdanningsstillingene enn til ordinære, ledige fastlegehjemler både i byer og i landkommuner.

Tilknytningsformer mellom kommunene og fastlegene følger i hovedsak to hovedmodeller:

- fastlegen(e) eier/leier bygg og driver eget legesenter (personell og utstyr) privat (denne modell brukes både på Harestua medisinske senter og Roa legefelleskap).
- fastlege med fast lønn i kommunalt drevet legesenter.

I noen kommuner som over tid har hatt rekrutteringsvansker er det etablert en mellomløsning:

- fastlegen(e) leier legekantor inkludert drift av kommunen (personell og utstyr kommunalt) (såkalt §8.2 ordning som noen kommunen bruker som rekrutterings- og stabiliseringstiltak).

Av Fastlegeforskriften §32 fremgår det at en fastlegeavtale automatisk blir avsluttet ved legens fylte 70 år dersom ikke annet er avtalt mellom partene.

5.5.2 Status fastleger i kommunen.

Fastlegetjenesten i Lunner kommune er i dag preget av stabilitet med fastleger i alle 8 avtalehjemler og med høy kompetanse. 6 av fastlegene er godkjent spesialist i allmennmedisin, og 2 er i utdanningsløp til slik spesialisering. 5 av fastlegene er over 63 år.

Fastlegenes tillitsvalgte rapporterer at arbeidsmengden og arbeidspresset på fastlegene har øket over tid, en utvikling som er lik den en ser i de fleste kommunene, jfr. også kap. 5.1.

Lunner kommune har i dag 8 fastleger/hjemler fordelt på to legesenter:

Harestua Medisinske Senter, privat eid og drevet:

4 fastleger med slik listelengde (mai 2019): 2000+1100+524+ 975 =	4599 personer
Ledige listeplasser:	751 plasser
Gjennomsnitt pr liste:	1150 plasser

Aldersfordelingen blant legene (i 2019) her er: 64, 63, 41, 31. (2 menn, 2 kvinner)

En liste (2000 personer, alder lege 63, kvinne) er deleliste, dvs at det arbeider to leger på listen, der en lege (alder 47, mann) skal ta over listen i 2019.

Roa Legefelleskap, privat eid og drevet:

1 LIS1 lege (turnuslege, fastlønnet).	
4 fastleger med slik listelengde (mai 2019): 1130+ 872+780+1197 =	4279 personer
Ledige listeplasser:	301 plasser
Gjennomsnitt pr liste:	1067 plasser

Aldersfordelingen blant legene (i 2019) er: 70, 66, 64, 35 (3 menn, 1 kvinne).

En lege har fått innvilget søknad om forlenget avtale i 2,5 år fra fylte 70 år.

Kommunen har 9092 innbyggere. Ca. 200 innbyggere har fastlege i annen kommune eller har valgt å stå utenfor ordningen.

Gjennomsnittlig listelengde i Lunner kommune er 1110, med en relativt stor variasjonsbredde, fra 2000 til 524.

Det er tilsammen 1052 ledige listeplasser, mens 30 personer står på venteliste.

Legehjemler i Lunner og nærliggende kommuner:

Kommune	Antall fastlegehjemler	Gjennomsnitt antall personer pr hjemmel
Lunner	8	1110
Gran	13	1060
Jevnaker	6	966
Østre Toten	16	824
Vestre Toten	14 (1 ledig)	884

Gjennomsnittlig listelengde er høyest i Lunner sammenliknet med nabokommunene. Ved vurdering av gjennomsnittlig listelengde må det tas hensyn til hvilke øvrige legeoppgaver fastlegene har.

Videre viser all erfaring at eldre leger som har arbeidet lenge på samme fastlegeliste i samme kommune oftest har en relativt større del av den eldre befolkning på sine lister, og følgelig er der flere personer med kroniske sykdommer og sammensatte behov på disse listene. Tilsvarende er erfaringen at yngre leger med nyere lister, spesielt nyetablerte lister, oftest har en overvekt av yngre personer med andre medisinske behov på sine lister.

Antall pasienter (fastlege og legevakt) pr 1000 innbyggere (2017) . Linje 1.

Antall kontakter (fastlege/legevakt) pr innbygger (2017). Linje 2.

	Norge	Lunner	Gran	Østre Toten	Vestre Toten
Antall pasienter-	725	738	756	754	782
Antall kontakter-	5,76	5,44	6,93	6,48	7,14

Tabellen viser at antall personer/1000 innbyggere som benytter seg av fastlege/legevakt er noe lavere enn i nabokommunene, og litt over landsgjennomsnittet.

Vider viser den at innbyggerne i Lunner har klart lavere antall kontakter med fastlege/legevakt pr år enn i nabokommuner, og litt lavere enn landsgjennomsnittet.

Alders- og kjønnsfordelingen mellom fastlegene i kommunen er nå (2019): 70, 66, 64, 64, 63, 41, 35, 31. (3 kvinner og 5 menn)

Fra 2020 vil alders- og kjønnsfordelingen (uten utskiftinger) være: 71, 67, 65, 64, 48, 42, 36, 32 (2 kvinner og 6 menn).

Tar en utgangspunkt i at hver lege går av ved forskriftsfestet aldersgrense 70 år, og at en lege har fått forlenget avtale med 2,5 år etter fylte 70 år, vil kommunens rekrutteringsbehov, under forutsetning av uendret antall hjemler/stillinger, være:

I planperioden:

2022: 1 fastlege/avtalehjemmel (Roa legefelleskap)

2023: 1 fastlege/avtalehjemmel (Roa legefelleskap)

Etter planperioden:

2025: 1 fastlege/avtalehjemmel (Harestua Medisinske Senter)

2026: 1 fastlege/avtalehjemmel (Roa legefelleskap)

I tillegg kommer at fastleger kan si opp sin avtale av andre grunner enn alder.

Fastlegeforskriften åpner for at det kan avtales mellom legen og kommunen en tidsavgrenset forlengelse av fastlegeavtalen i inntil 5 år. (Fastlegeforskriften §32, 1 ledd).

5.5.3 Videre utvikling.

Lunner kommune har noe høyere gjennomsnittlig listelengde enn nabokommunene. Videre er det en skjevfordeling av listeplasser mellom listene med en spredning i listelengde fra 2000 til 467.

Det er litt høyere gjennomsnittlig listelengde ved Harestua medisinske senter enn ved Roa legefelleskap. Samtidig har Roa legefelleskap fastlønnet turnuslege (LIS 1) som også deltar i fastlegenes arbeid. Legesenter som har LIS 1 lege har også fast veiledningsplikt med 3 t/uke.

Samtidig er det 1459 ledige listeplasser på 5 av de etablerte listene slik at samlet listekapasitet i kommunen er 10 300 plasser. (omtrent fordelt likt mellom Roa og Harestua). Ledig kapasitet på flere lister gir et reelt legevalg for befolkningen.

Det må ved vurdering av behov for antall fastlegehjemler i planperioden fram til 2023 også taes hensyn til de faktorer som går fram av kap. 5.1 Innledning og kap 5.5.1.

Et viktig moment vil være hvilken listelengde Helsedepartementet og Legeforeningen blir enige om skal representere et fastlegeårsverk, og hvilke økonomiske følger dette får for legens inndekking av investeringer og driftsutgifter.

Det må også tas hensyn til den omfattende forandring i og økning av, oppgaver som er tilført fastlegeordningen de siste årene, en utvikling som overveiende sannsynlig vil fortsette også i planperioden. Dette innebærer at en også må ta hensyn til utvikling av samlet arbeidstid for fastlegene i kommunen. Fastlegenes tillitsvalgte rapporterte i møte at fastlegene hadde arbeidstid godt utover normal arbeidstid. Dette samsvarer godt med rapport omtalt i pkt. 5.1 ovenfor.

Også den demografiske utvikling med økning i antall eldre innbyggere og dermed flere med sammensatte behov må tas med i vurderingen. Dette gjelder også økning i oppgavene innenfor rus og psykiatri.

Ved avtale om den enkelte leges listelengde bør det også tas hensyn til hvilke øvrige legeoppgaver legen skal utføre, inkludert deltaking i legevakt utenom kontortid, deltaking i bakvaktordning for og veiledning av leger under utdanning.

Kommunen har som følge av legenes alder, et rekrutteringsbehov på 2 fastleger ved Roa legefelleskap i 2022 og 2023 i planperioden. I tillegg kommer behovet for redusert arbeidsbelastning for dagens fastleger. Kommunen har derfor behov for å rekruttere minst to fastleger i perioden.

Dertil kommer noe økt sårbarhet av legetjenesten som følge av et høyt antall leger som er > 63 år, lange pasientlister og mulig fravær av leger under utdanning medfører. Dette medfører at kommunen også i perioder må rekruttere vikarer i legestillinger der legen gjennomfører sin spesialisering.

Det er kommunen som har ansvar for utlysning av ledige hjemler. Det er fastsatt nærmere regler i forskrift og avtaleverk for den prosedyre som skal følges.

Overdragelse av ledig avtalehjemmel er regulert i ASA 4310 §§ 5.6 og 5.6a.

Fratredende lege har rett til å kreve overdratt praksis til overtagende lege. Til praksis regnes relevant utstyr og inventar, husleieavtaler og kompensasjon for opparbeidet praksis. Overdragelsesbetingelsene avtales mellom fratredende og overtagende lege. Kommunen er ikke part i denne avtalen.

Blir fratredende og overtagende lege ikke enige om overdragelsesbeløpet innen 5 uker etter at kommunens tilbud er mottatt, fastsettes prisen av nasjonal nemnd (voldgift) oppnevnt av Legeforeningen. Nærmere retningslinjer for nemndsbehandlingen utarbeides av Legeforeningen etter drøftinger med KS. Begge leger plikter å medvirke til nemndsbehandling. Fratredende lege som ikke medvirker til nemndsbehandling, mister retten til overdragelse av praksis etter denne avtalen. Overtakende lege som ikke medvirker til nemndsbehandling, skal anses å ha trukket seg fra tildelingen.

Utgifter og tilrettelegging i forbindelse med nemndsbehandling er kommunen uvedkommende, kommunen skal likevel gjøre partene oppmerksom på relevante avtalebestemmelser slik at prosessen mellom berørte leger kommer i gang og gjennomføres på en hensiktsmessig måte.

Dersom kommunens tilbud ikke aksepteres innen 5 uker etter at tilbud er gitt, kan kommunen trekke tilbudet tilbake og behandle saken på nytt.

Frist for oppstart av praksis avtales mellom legen og kommunen. Dette skal ikke ha konsekvenser for tidligere avtaleinnehavers rett til oppgjør for inventar, utstyr og kompensasjon for opparbeidet praksis.

Dnlf (Legeforeningen) har, med bakgrunn i ASA 4310, utarbeidet egen «Dreiebok for overdragelse av allmennpraksis» som både kommuner og fastleger følger ved slik overdragelse.

Kommunen må følge de avtaler og prosedyrer som fremgår av ASA 4310 ved utlysning av ledig avtalehjemmel.

Dette bør også være kommunens primære modell ved utlysning av ledig avtalehjemmel. Dersom det ved utlysning av ledig hjemmel etter de ovenfor nevnte prosedyrer, viser seg at rekruttering av ny lege i ledig hjemmel ikke er mulig, bør kommunen vurdere om omgjøring til fastlønnet fastlegestilling kan være et rekrutteringstiltak. Kommunen bør forberede seg på at en slik situasjon kan oppstå.

En omgjøring av en ledig fastlegehjemmel i et privat eid og drevet legesenter er krevende både økonomisk og avtalemessig, og de økonomiske konsekvensene for kommunen er vanskelig å belyse før den konkrete situasjonen har oppstått, jfr. kap 8.

Ved oppretting av ny legehjemmel/stilling velger kommunen fritt om de vil lyse ut avtale eller fastlønnet stilling.

For å kunne tilby fastlønnet stilling må kommunen ha en arbeidsplass for legen tilgjengelig. Denne kan etableres enten ved at kommunen leier arbeidsplass i et privat drevet legesenter (krevende både avtalemessig og evtl økonomisk), eller ved at kommunen eier og driver legesenter selv.

I planperioden blir to fastlegehjemler ved Roa legefelleskap ledige (2021 og 2023). Det er først ved utlysning en får klarhet i om det oppstår rekrutteringsvanskeligheter. Dersom så skjer kan kommunen, som eier bygningen ved Roa legefelleskap, vurdere å inngå forhandlinger med felleskapet om å overta driften (personell, utstyr osv.) ved senteret, for på den måten legge grunnlaget for å kunne rekruttere bredest mulig.

Det må selvsagt samtidig inngås leieavtale mellom kommunen og de andre avtalelegene ved legesenteret som ønsker å holde fram med avtalepraksis. Leieavtalen må dekke de faktiske kostnadene samtidig som legene forplikter seg til å leie.

Kommunen kan også vurdere andre rekrutteringstiltak i tillegg til vanlig utlysning:

- tilby dekning av kostnader til obligatoriske kurs som ikke blir dekket av legeforeningens fond,
- tilby å dekke vikarkostnader ved spesialisering,
- kreve bindingstid som motytelse

I planperioden bør det legges til rette for at:

- de hjemler som blir ledige i planperioden lyses ut som ledige hjemler i samsvar med de prosedyrer som er fastsatt i ASA 4310.
- ved rekrutteringsvanskeligheter til ledige hjemler etter ordinære utlysingsrunder, vurderes etablert kommunalt legesenter med fastlønnede fastleger, fe ved overtakelse av driften ved Roa legefelleskap,
- fastlegenes individuelle arbeidstid pr uke kan reduseres i planperioden,
- gjennomsnittlig listelengde reduseres i planperioden til ca. 1000 personer,
- det i samarbeid med fastlegene vurderes å få til noe jevnere fordeling av innbyggere mellom listene. Fordelingen må sees i sammenheng med de øvrige legeoppgavene den enkelte lege har, og om den enkelte lege ønsker et fullt årsverk eller redusert stilling,
- kommunen gjennomfører en prosess der det blir vurdert om kommunen skal eie og drive et legesenter,

- det kan opprettes en ny legehjemmel/ legestilling i løpet av planperioden,
- ved søknad om forlenging av fastlegeavtale etter fylte 70 år, kan kommunen innvilge søknad etter særskilt vurdering av hver søknad, slik forskriften åpner for.

Fastlegeordningen videreutvikles slik:

- ❖ at Lunner kommune ivaretar sine lovpålagte oppgaver innenfor fastlegeordningen,
- ❖ at listelengde og øvrige oppgaver legen har ansvar for gjennom sitt avtale- og tilsetningsforhold tilsammen utgjør et årsverk dersom ikke legen ønsker redusert arbeidstid,
- ❖ at en ved rekruttering tilstreber likest mulig fordeling av kvinner og menn i fastlegehjemlene/legestillingene,
- ❖ at Lunner kommune har legeavtaler/legestillinger som kan rekruttere leger bredest mulig,
- ❖ at befolkningen til enhver tid har reell valgfrihet mellom fastlegene,
- ❖ at samhandling mellom fastlegetjenesten og øvrige helse- og omsorgstjeneste videreutvikles.

Tiltak:

- ❖ Fastleger som søker om å forlenge sin fastlegeavtale utover fylte 70 år får innvilget søknaden for inntil 2 år av gangen når vilkår som fremgår av lov- og avtaleverk er oppfylt
- ❖ Etablerte fastlegehjemler som blir ledige i planperioden lyses ut i samsvar med prosedyrer som fremgår av Fastlegeforskriften og ASA 4310,
- Ved rekrutteringsvanskeligheter til ledige hjemler i planperioden vurderes etablert kommunalt legesenter med fastlønnede fastleger, fe ved overtakelse av driften ved Roa legefelleskap,
- ❖ Det settes i verk egen utredning for å avklare om kommunen skal eie og drive et legesenter i kommunen,
- ❖ I samarbeid med fastlegene vurderes tiltak for å få til noe jevnere fordeling av innbyggere mellom listene.
- ❖ Det skal innen utgangen av 2020 vurderes om oppretting av ny legehjemmel er et av tiltakene som bør iverksettes for å sikre fastlegene reduksjon i arbeidstid og gjennomsnittlig listelengde svarende til sammenlignbare kommuner.

5.6 Legevakt.

Kommunen ansvar for døgntkontinuerlige akuttmedisinske tjenester er fastsatt i Helse- og omsorgstjenesteloven og i Akuttmedisinforskriften. Det er satt klare krav til organisering, kompetanse og kvalitet i de kommunale akuttmedisinske tjenester

Hovedelementene i disse er:

1. Fastlegen eller denne sin stedfortreder har ansvar for akuttmedisinske tjenester til sine listepasienter i kontorets åpningstid.
2. Kommunen skal ha en daglegevakt som dekker nødsituasjoner som oppstår i kommunen (vanligvis kl 0800 – 1600 hverdager). Denne daglegevakten skal være

kommunikasjonsmessig operativ i det nasjonale nødnettet i vaktperioden. Fastlege plikter å delta i kommunens daglegevakt.

3. Kommunen skal ha en legevakt på ettermiddag, kveld og natt som dekker befolkningen sitt behov for legehjelp som ikke kan vente til neste dag, samt ved nødsituasjoner, Denne legevakten skal være kommunikasjonsmessig operativ i det nasjonale nødnettet i vaktperioden. Fastlegene plikter å delta i kommunens legevakt.
4. Kommunen har ansvar for at kompetansekravene i Akuttmedisinforskriften §7 er oppfylt. Kommunen plikter å etablere bakvaktordninger for leger som ikke tilfredsstillt kompetansekravene i forskriften.
5. Kommunen skal ha ett legevaktnummer (116 117, nasjonalt nummer) som er bemannet hele døgnet,
6. Det nasjonale nødnummer 113 gjelder ved behov for akutt helsehjelp og ulykker.

5.6.1 Daglegevakt.

Daglegevakten i Lunner gjelder for perioden 0800 -1500 alle hverdager. Det er etablerte en geografisk funksjonsfordeling mellom Roa legefelleskap og Harestua Medisinske Senter som dekker alle akuttmedisinske tilfeller som blir meldt AMK-sentralen. Lunner kommune betaler vaktkompensasjon i samsvar med SFS 2305.

I tillegg dekker fastlegen øhj-funksjon for sine listeførte personer.

Det er ikke grunnlag for å gjøre forandringer i denne.

5.6.2 Legevakt ettermiddag – kveld.

Lunner og Gran kommuner har etablerte en felles legevakt for ettermiddag kveld for tidsperiodene kl 1500 – 2300 hverdager og 0800 – 2300 lørdager og søndager samt helgedager. Legevakten er bemannet med hjelpepersonell. Legevakten for Gran og Lunner er samlokalisert med Brann og redning, Ambulanse og Politi i Nødetatsbygget på Gran. Den er administrert av Gran kommune.

Det er etablert interkommunal legevaktformidling (116 117).

Alle fastlegene i Lunner som ikke er fritatt fra legevakt deltar i denne etter forskrift og avtaler. Også leger i Lunner som kunne vært fritatt fra legevakt etter alder, deltar aktivt i legevaktordningen

5.6.3 Nattlegevakt.

Nattlegevakter er lokalisert til Gjøvik og er et samarbeid mellom flere kommuner. Den dekker tidsrommet 2300 – 0800 alle dager. Legevakten er bemannet med hjelpepersonell. Fastlegene i Lunner kommune deltar i legevaktordningen innenfor rammene av lov- og avtaleverk. Ordningen gir en gunstig vaktdeling for deltakende leger. Akuttmedisinske tjenester blir for øvrig dekket av Ambulansetjenesten og Brann- og redning.

Mål:

Legevakten skal organiseres slik:

- ❖ at befolkningen til enhver tid får de akuttmedisinske tjenester som er fastsatt i lov og forskrift, og den faglige standard som til enhver tid gjelder,

- ❖ at kommunens sine fastleger deltar i legevaktordningene slik det går frem av lov- og avtaleverk.

Tiltak:

- ❖ Daglegevakt videreføres som nå.
- ❖ Legevakt ettermiddag-kveld og nattlegevakt videreføres i planperioden som nå.
- ❖ Interkommunal legevaktformidling videreføres som nå.

6. LOKALISERING OG ORGANISERING AV LEGETJENESTER.

I 1992 var det 5 leger fordelt på 4 legekantor i kommunen. Nå er det 8 legehjemler fordelt på to legesenter. Denne utviklingen er drevet fram av forandringer i lovgiving, i rammebetingelsene for legetjenesten, og den faglige utvikling i allmenmedisinen og primærhelsetjenesten. Se også kap. 4.

Lokaliseringen av de to legesentrene i kommunen er naturlig ut fra geografiske og befolkningsmessige forhold.

Begge legesentrene er privat eid og drevet. Det betyr det er de legene som arbeider ved sentrene som dekker investerings- og driftskostnader selv gjennom en internt avtalt fordeling eller leieavtale som er kommunen uvedkommende. Begge legesentrene har gode lokaler og er godt utstyrt.

Harestua Medisinske Senter har samlokalisering mellom fastlegene, fysioterapeuter og kiropraktor.

Roa Legefelleskap er et rent legesenter.

Kommunen bør holde fast på to legesentre med samme lokalisasjon som nå.

Utviklingen i helse- og omsorgstjenesten generelt tilsier at samhandling mellom fastlegene og øvrige helse- og omsorgstjeneste må videreutvikles og systematiseres. Samlokalisering og systematisk elektronisk meldingsutveksling, er viktige virkemidler for å fremme samhandlingen.

I planperioden bør det gjennomføres en utredning som belyser spørsmålet om utvikling av integrert helsesenter med plass til f eks fastleger, jordmor, helsestasjon, fysioterapi, ergoterapi evl andre relevante helse- og omsorgstjenester, vil være et virkemiddel for å styrke samhandlingen i helse- og omsorgstjenesten.

Mål:

Lokalisering og organisering av legesenter skal legge grunnlaget for at:

- ❖ et robust og inkluderende fagmiljø for legetjenester videreutvikles,
- ❖ at fastlegeordningen videreutvikles lokalisert på Roa og Harestua som nå,

- ❖ at integrasjonen mellom legetjenesten og øvrige helse- og omsorgstjenester blir videreutviklet ved hjelp av systematiserte samhandlingsrutiner inkludert elektronisk meldingsutveksling, og evl samlokalisering av tjenester.

Tiltak:

- ❖ Rutiner for samhandling internt i fastlegetjenesten og mellom fastlegetjenesten og øvrige helse- og omsorgstjenester gjennomgås og systematiseres innen utgangen av 2020,
- ❖ Det iverksettes en utredning som belyser spørsmålet om utvikling av integrert helsesenter med plass til f eks fastleger, jordmor, helsestasjon, fysioterapi, ergoterapi evl andre relevante helse- og omsorgstjenester, vil være et virkemiddel for å styrke samhandlingen i helse- og omsorgstjenesten.

6. INTERKOMMUNALT SAMARBEID.

Lunner kommune har deltatt i utvikling av et godt interkommunalt og regionalt samarbeid om legetjenester. Det er nødvendig at kommunen videreutvikler og forsterker dette samarbeidet. Dette er også viktig når det gjelder samarbeid med helseforetaket. Kommunen må, både som følge av nye lovpålagte oppgaver, faglig utvikling og befolkningens og legenes forventninger, videreutvikle sin legetjeneste både faglig og kapasitetsmessig. Flere av disse oppgaven vil kunne finne sin naturlige løsning innenfor rammen av interkommunalt og regionalt samarbeid.

Interkommunalt samarbeid om legetjenester har over tid utviklet seg til en nødvendighet og et viktig virkemiddel for mange kommuner for å løse lovpålagte oppgaver. Det er flere grunner til det:

- Krav om døgnkontinuerlig beredskap
- Økt krav til veiledning, undervisning og kompetanseutvikling
- Stor sårbarhet ved vakanser og fravær i mindre kommuner med få leger
- Økte krav til regulert arbeids- og vakttid for legene
- Økte faglige krav i sykehjemsmedisin og samfunnsmedisin
- Legetjenestens komplekse lov- og avtaleverk
- Økt behov for kommunal ledelse og samordning med øvrige helse- og omsorgstjeneste

Lunner kommune samarbeider om legetjenesten med andre kommuner på følgende områder:

- Legevakt ettermiddag/kveld og helg (Gran kommune)
- Nattlegevakt (Gjøvikregionen)
- Miljørettet Helsevern IKS (tidl. Gjøvikregionens helse- og miljøtilsyn IKS (GHMT))
- Kommunal akutt døgnplass (Gran kommune)
- Helsestasjon for ungdom (Gran kommune)
- Legevaktformidling (116 117)

Dette interkommunale samarbeidet bør videreføres og evtl utvikles for nye områder i legetjenesten. Det gir en stabilitet og forutsigbarhet både for befolkningen og legene.

Som følge av sårbarhet i tjenestene bør kommunen videreutvikle interkommunalt samarbeid innenfor områdene samfunnsmedisin/ kommuneoverlege og sykehjemsmedisin. Det bør også vurderes om interkommunalt samarbeid knyttet til veiledning av leger og oppfølging av kommunens oppgaver i spesialistutdanningen, er nødvendig både for å klare å løse disse oppgavene, men også for å bidra til god rekruttering og stabilitet i legetjenesten kombinert med god faglig utvikling.

Gjensidig bistand ved uforutsette vakanser bør og vurderes i et interkommunalt samarbeidsperspektiv.

Det er allerede etablert en interkommunalt samarbeidsavtale om samfunnsmedisinske funksjoner innenfor rammen av Gjøvikregionens helse- og miljøtilsyn. Avtalens overskrift lyder:

«Avtale om stedfortrederansvar for kommuneoverlegen i xxxx kommune og kommuneoverleger tilsluttet Gjøvikregionens Helse- og Miljøtilsyn (GHMT)»

Lunner kommune kan som medlem av GHMT fra 01.04.2019, inngå en slik avtale.

Lunner kommune har opprettet egen stilling for sykehjemslege. I planen blir den foreslått trappet opp til 80% stilling. Slike enkeltstående stillinger er svært sårbare ved fravær som følge av sykdom, kurs eller vakanser. Også denne funksjonen egner seg godt for et interkommunalt samarbeid. Selv om kommunens fastleger gjennom en lokal avtale og gjennom legevaktordningen kan dekke opp det mest nødvendige arbeidet ved kortvarig fravær, er dette ikke noen god løsning ved fravær utover et fåtall dager. Det medisinske arbeid ved sykehjem krever kontinuitet og stabilitet. Dette kan sikres ved at det bli utvikles en avtale om interkommunalt samarbeid også om sykehjemsmedisin.

Mål:

Interkommunalt samarbeid om legetjenester videreutvikles for å:

- ❖ sikre stabilitet og kontinuitet i legetjenestene,
- ❖ utvikle sterkere og mer robuste fagmiljø.
- ❖ løse oppgaver i legetjenesten som krever en større organisasjon enn kommunen har,

Tiltak:

- ❖ Det inngås avtale om stedfortrederansvar for kommuneoverlegen innenfor rammen av Miljørettet Helsevern IKS,
- ❖ Det iverksettes utredning om interkommunalt samarbeid innenfor sykehjemsmedisinen kan etableres,
- ❖ Spørsmålet om interkommunalt samarbeid om veiledning av leger i spesialisering i allmennmedisin og oppfølging av kommunens oppgaver i spesialistutdanningen av allmennleger, tas opp i samarbeidsutvalget mellom fastlegene og kommunen (SU)

7. LOKALISERING OG ORGANISERING AV LEGETJENESTER.

I 1992 var det 5 leger fordelt på 4 legekantor i kommunen. Nå er det 8 legehjemler fordelt på to legesenter. Denne utviklingen er drevet fram av forandringer i lovgiving, i rammebetingelsene for legetjenesten, og den faglige utvikling i allmennmedisinen og primærhelsetjenesten. Se også kap. 4.

Lokaliseringen av de to legesentrene i kommunen er naturlig ut fra geografiske og befolkningsmessige forhold.

Begge legesentrene er privat eid og drevet. Det betyr det er de legene som arbeider ved sentrene som dekker investerings- og driftskostnader selv gjennom en internt avtalt fordeling eller leieavtale som er kommunen uvedkommende.

Begge legesentrene har gode lokaler og er godt utstyrt.

Harestua Medisinske Senter har samlokalisering mellom fastlegene, fysioterapeuter og kiropraktor.

Roa Legefelleskap er et rent legesenter.

Kommunen bør holde fast på to legesentre med samme lokalisasjon som nå.

I den videre utvikling av legesentrene bør det tas hensyn til den lokale befolkningsutvikling i sentrenes naturlige nedslagsfelt.

Utviklingen i helse- og omsorgstjenesten generelt tilsier at samhandling mellom fastlegene og øvrige helse- og omsorgstjeneste må videreutvikles og systematiseres. Samlokalisering og systematisk elektronisk meldingsutveksling, er viktige virkemidler for å fremme samhandlingen.

I planperioden bør det gjennomføres en utredning som belyser spørsmålet om utvikling av integrert helsesenter med plass til f eks fastleger, jordmor, helsestasjon, fysioterapi, ergoterapi evl andre relevante helse- og omsorgstjenester, vil være et virkemiddel for å styrke samhandlingen i helse- og omsorgstjenesten.

Mål:

Lokalisering og organisering av legesenter skal legge grunnlaget for at:

- ❖ et robust og inkluderende fagmiljø for legetjenester videreutvikles,
- ❖ at fastlegeordningen videreutvikles lokalisert på Roa og Harestua som nå,
- ❖ at integrasjonen mellom legetjenesten og øvrige helse- og omsorgstjenester blir videreutviklet ved hjelp av systematiserte samhandlingsrutiner inkludert elektronisk meldingsutveksling, og evl samlokalisering av tjenester.

Tiltak:

- ❖ Rutiner for samhandling internt i fastlegetjenesten og mellom fastlegetjenesten og øvrige helse- og omsorgstjenester gjennomgås og systematiseres innen utgangen av 2020,

- ❖ Det iverksettes en utredning som belyser spørsmålet om utvikling av integrert helsesenter med plass til f eks fastleger, jordmor, helsestasjon, fysioterapi, ergoterapi evl andre relevante helse- og omsorgstjenester, vil være et virkemiddel for å styrke samhandlingen i helse- og omsorgstjenesten.

8. ØKONOMISKE FORHOLD.

8.1 Generelt

De økonomiske ordningene og avtalene i den kommunale legetjenesten er kompliserte og til dels uoversiktlige. Lunner kommune har så langt ikke satt egne stillingsressurser til forvaltningen av disse.

De er regulert av sentralt forhandlede avtaler mellom partene, av statlig fastsatte overføringer til kommunene, av lokal lønnsdannelse og av privatrettslige forhold som er kommunen uvedkommende.

Hovedelementene i finansieringen av/utgifter til legetjenesten i Lunner kommune i dag, er:

- Kommuneoverlege, sykehjemslege, lege i helsestasjon og skolehelsetjeneste er fastlønnede stillinger. Lønn blir fastsatt i årlige lokale forhandlinger etter Hovedtariffavtalen §5.
- Fastlegene finansierer sin virksomhet slik:
 - mottar basistilskudd fra kommunen, pt kr. 486 pr listeført person/år. (Kommunen får overført tilsvarende beløp fra HELFO)
 - egenbetaling fra pasienter, honorar fra forsikringsselskap, NAV osv.
 - refusjon fra HELFO for dokumentert utført pasientrelatert legearbeid etter «Normaltariffen for fastleger og legevakt».
- Turnuslege/LIS 1 kommunalt ansatt med sentralt avtalt lønn (avtales 3 år av gangen, ASA 4310, §11),
 - Statlig tilskudd til kommuner med LIS 1 stilling, kr. 270.000/år.
 - Refusjon fra HELFO for dokumentert utført pasientrelatert legearbeid etter «Normaltariffen for fastleger og legevakt», går til kommunen (variabel inntekt): Ca kr. 550.000/år
 - Kommunen dekker kontor og personellkostnader for stillingen, egen leieavtale med Roa legefelleskap.
- Legevakt ettermiddag/kveld: samarbeidsavtale med Gran kommune som har driftsansvar for ordningen.
 - Årlig kostnad (2018) for Lunner kommune: kr. 2.281.000
- Legevakt natt: Samarbeidsavtale med flere kommuner i regionen om nattlegevakt på Gjøvik.
 - Årlig kostnad (2018) for Lunner kommune: kr. 1.650.547
- Kommunal akutt døgnplass, KAD.
 - I samarbeid med Gran kommune som er driftsansvarlig.
 - Årlig kostnad for Lunner kommune: kr. 1.727.784
- Tilskudd Norsk pasientskadeerstatning (NPE): Kr. 260.000

8.2 Regnskap 2018/budsjett 2019.

Regnskap 2018/budsjett 2019 viser slike utgifter til legetjenesten i Lunner kommune:

	2018	2019
Kommuneoverlege	Kr. 431.000	Kr. 450.000
Fastlegetilskudd	Kr. 3.842.350	Kr. 4.000.000
Sykehjemslege 50%	Kr. 571.240	Kr. 571.240
Legevakt ettermiddag/kveld	Kr. 2.281.000	Kr. 2.400.000
Legevakt natt, Gjøvik	Kr. 1.650.574	Kr. 1.750.000
Kom. akutt døgnplass (KAD)	Kr. 1.727.784	Kr. 1.800.000
Tilskudd Norsk		
Pasientskadeerstatning	Kr. 260.000	Kr. 270.000
Turnuslege (LIS1) netto utg.	Kr. 860.000	Kr. 860.000

Stilling for turnuslege (LIS1) har en netto årlig kostnadsramme på kr. 860.000. LIS1 er en utdanningsstilling, og kommunens motivasjon for å ha denne stillingen har vært rekruttering, bidrag til utdanning av leger og avlastning av fastlegene. Kostnaden er uforholdsmessig høy i forhold til nytten.

Det er nasjonalt mangel på turnusplasser (LIS1) i kommunehelsetjenesten. Staten kan pålegge kommunene å opprette LIS1 – stillinger.

Det bør vurderes om stillingen skal inndras eller omgjøres. Denne vurderingen bør gjennomføres i 2020.

8.3 Økonomiske konsekvenser.

Å beregne nøyaktige nok økonomiske konsekvenser av de tiltak som fremgår av handlingsplanen har vært utfordrende. Flere av forslagene innebærer mer detaljert utredning som må være gjennomført før de økonomiske konsekvensene kan beregnes.

Det kan likevel anføres en del konkrete tall samt erfaringstall som er nyttige når nye tiltak skal vurderes. Det presiseres at noen av tallene (lokalt forhandlet lønn, kontorkostnader, overdragelseskostnader, inntekt) er usikre, mens andre tall er korrekte (sentralt forhandlet lønn, statlige tilskudd).

- Fastlønnen fastlege/utdanningsstilling/ALIS, i full stilling:
 - Lønn inkl sosiale kostnader: Kr. + 1.050.000
 - Kontorkostnader: Kr. + 780.000
 - Basistilskudd liste 1000 personer Kr. - 486.000
 - Inntekt, refusjoner Kr. - 600.000
 - Evtl investeringskostnader

- Turnuslege LIS 1
 - Lønn inkl sosiale kostnader: Kr. + 720.000

- Kontorkostnader: Kr. + 502.542
 - Lønn veileder/lege 3 t/uke Kr. + 134.000
 - Statlig tilskudd Kr. - 270.000
 - Inntekt Kr. - 226.000
- Sykehjemslege 100% stilling
 - Lønn inkl sosiale kostnader Kr. 1.150.000
 - Overdragelse fastlegehjemmel:
 - Inventar, utstyr osv. (konkret verdifastsetting) kr. 200.000 – 300.000
 - Kompensasjon opparbeidet praksis (goodwill), kr. 0 – 800.000

(Begge disse kostnadene bygger på en privatrettslig avtale mellom avtroppende og påtroppende fastlege, og er kommunen uvedkommende. En slik avtale forhandles mellom partene etter at kommunen har gitt et tilbud om å overta ledig hjemmel. Legeforeningen har utarbeidet eget «Dreibok for overføring av allmennpraksis» med fagforeningens retningslinjer for de prosedyrer som skal følges. Dette er hovedprosedyren ved overføring av ledig hjemmel til ny fastlege som følges av alle kommunene i dag.)

- Veiledning leger i spesialisering:
 - Lønn/honorar sentral avtale kr. 857/time
- Opprettelse ny legehjemmel/fastlegeavtale:
 - Ingen kostnad for kommunen. Legen som blir tildelt hjemmelen må selv sørge for kontor, utstyr, personell osv. ved f eks å leie seg inn i etablert legesenter eller etablere egen praksis.

9. HANDLINGSPLAN.

Med utgangspunkt i foreliggende utredning og høringsrunde blir det foreslått slik handlingsplan for planperioden 2019 - 2024 i prioritert rekkefølge:

1. Forvaltningsansvaret for alle legeoppgaver, legehjemler og legestillinger legges til kommunalsjef for helse og omsorg.
2. Det opprettes 30% stilling fra 01.01.20 for oppfølging av handlingsplan og styrket forvaltning av legetjenesten.
3. Det iverksettes utredning om interkommunalt samarbeid innenfor samfunnsmedisin/kommuneoverlege og sykehjemsmedisin.
4. Innenfor rammen av Fastlegeforskriften §12 og ASA 4310 § 12, utarbeides det innen utgangen av 2019 lokal avtale mellom kommunen og fastlegene for inndekking av vakanser og fravær i den offentlig allmennmedisinske legetjeneste.

5. Stilling som sykehjemslege økes fra 50% til 80% legestilling fra 01.01.2020.
6. Fastlegenes/avtalelegenes honorar for deltagelse i framtidig rullering og gjennomføring av plan for legetjenesten settes i samsvar med honorarsatsen i ASA 4310. Det settes av inntil kr. 50.000 i budsjett 2020 til dette formål.
7. Det utarbeides en beskrivelse av innhold og kvalitet i sykehjemslegetjenesten innen utgangen av 2019, som legges til grunn ved opptrapping av sykehjemslegestillingen til 80%.
8. I forbindelse med bygging av nytt sykehjem gjennomføres det før innflytting, en konkret vurdering av de kravspesifikasjoner som må settes til sykehjemmets journalsystem og elektroniske meldingstjeneste. Det skal vurderes om dagens system dekker de spesifikasjonene som kreves.
9. Rutiner for samhandling internt i fastlegetjenesten og mellom fastlegetjenesten og øvrige helse- og omsorgstjenester gjennomgås og systematiseres innen utgangen av 2020.
10. I tilslutning til kommunestyrets vedtak av legeplan gjennomføres en gjennomgang og evt. oppdatering av de individuelle fastlegeavtalene i kommunen.
11. Det utarbeides innen utgangen av 2020 egen plan for det forebyggende og helsefremmende arbeidet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.
12. Det gjennomføres innen utgangen av 2020 egen prosess for å avklare om kommunen skal eie og drive et legesenter i kommunen.
13. I planperioden lyses ledige fastlegehjemler ut slik det fremgår av regel- og avtaleverk.
14. Det iverksettes arbeid for å forberede alternative tilsetningsforhold for fastlege dersom det oppstår rekrutteringsvanskeligheter til ledige hjemler i planperioden. Bl a skal det vurderes etablert kommunalt legesenter med fastlønnede fastleger, fe ved overtakelse av driften ved Roa legefelleskap,
15. I samarbeid med fastlegene vurderes tiltak med sikte på noe jevnere fordeling av innbyggere mellom listene. Gjennomføres innen utgangen av 2020.
16. Innen utgangen av 2020 skal det vurderes om stilling for turnuslege/LIS 1 skal inndras eller omgjøres.
17. Innen utgangen av 2020 vurderes om oppretting av ny legehjemmel er et tiltak som bør iverksettes for å sikre fastlegene reduksjon i arbeidstid og gjennomsnittlig listelengde svarende til sammenlignbare kommuner.

18. Det iverksettes en utredning som belyser spørsmålet om utvikling av integrert helsesenter med plass til f eks fastleger, jordmor, helsestasjon, fysioterapi, ergoterapi evl andre relevante helse- og omsorgstjenester, vil være et virkemiddel for å styrke samhandlingen i helse- og omsorgstjenesten. Utredning skal være avsluttet innen utgangen av 2021.
19. Spørsmålet om interkommunalt samarbeid om veiledning av leger i spesialisering i allmennmedisin og oppfølging av kommunens oppgaver i spesialistutdanningen, taes opp i samarbeidsutvalget mellom fastlegene og kommunen (SU).

REFERANSER

Lover

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

Lov om vern mot smittsomme sykdommer [smittevernloven]

Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)

Forskrifter

Forskrift om fastlegeordning i kommunene

Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften)

Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie

Forskrift om kommunenes plikt til å sørge for øyeblikkelig hjelp døgntilbud

Forskrift om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon

Avtaler

ASA 4310 - Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene

SFS 2305 - Sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Den norske legeforening om vilkår for leger og turnusleger i kommunehelsetjenesten med arbeidsavtale, herunder leger i fastlegeordningen