



LINDESNES
KOMMUNE

PLAN FOR LEGETJENESTER

Planperiode 2022 - 2024





Innhold

Sammendrag.....	5
1.0 Innledning.....	6
2.0 Organisering av planarbeidet	7
3.0 Om fastlegeordningen	8
4.0 Formål og bakgrunn.....	9
4.1 Utviklingstrekk nasjonalt	9
4.2 Status i Lindesnes kommune	11
4.2.1 Helse og levekår	11
4.2.2 Fastlegeordningen.....	12
4.2.3 Organisering av fastlegesenter og kommunal bistand til drift.....	12
4.2.4 Legevakt.....	13
4.2.5 Samfunnsmedisin	14
4.2.6 Andre kommunale legetjenester.....	14
4.2.7 Utdanning.....	15
4.3 Utfordringsbildet i Lindesnes kommune	15
4.3.1 Fastlegenes opplevelse av utfordringsbildet.....	15
4.3.2 Samhandling, kvalitet og utvikling av fastlegetjenesten	16
4.3.3 Rekruttering til fastleghejemler og pasientlister.....	16
4.3.4 Økonomi	16
5.0 Medvirkningsprosess	18
6.0 Mål, strategi og tiltak.....	20
6.1 Mål.....	20
6.2 Strategi	20
6.3 Aktuelle tiltak og vurdering	20
6.3.1 Tiltak knyttet til selvstendig næringsdrivende fastleger	20
6.3.2 Tiltak knyttet til fast ansatte fastleger	23
6.3.3 Generelle tiltak	23
7.0 Anbefaling.....	26
Vedlegg	27
Vedlegg 1: Lover, forskrifter, avtaler og nasjonale føringer.....	27
Vedlegg 2: Ordforklaring	29

Vedlegg 3: Fakta tabell om fastlegeordningen i Lindesnes kommune	31
--	----

Sammendrag

Lindesnes kommune har hatt stadig økende utfordringer med rekruttering av leger de siste årene. Det er flere årsaker til dette. Ulike tiltak i omkringliggende kommuner har økt konkurransen. Dette sammen med at nasjonale myndigheter ikke har fulgt opp med tilstrekkelige tiltak har ført til en økende rekrutteringssvikt i kommunene, og en økende tendens hvor flere leger velger bort allmennlegepraksis.

I arbeidet med Plan for legetjenester har det blitt vurdert ulike tiltak for kommunens legetjenester. I denne planperioden anbefales det å iverksette tiltak som kan stabilisere situasjonen og styrke rekrutteringen til fastlegeordningen i Lindesnes kommune. Følgende tiltak er prioritert:

Selvstendig næringsdrivende fastleger

- Midlertidig kommunalt basistilskudd til selvstendig næringsdrivende fastleger med 50% per pasient opptil 1000 pasienter utover statlig basistilskudd, og dersom staten øker basistilskuddet utover årlig prisvekst, reduseres den kommunale basisfinansieringen tilsvarende.
- Etableringsstøtte til næringsdrivende fastleger
- Kompensasjon av tapt arbeidsinntekt for fravær i forbindelse med egen sykdom/barns sykdom for næringsdrivende fastleger inntil 10 dager per kalenderår

Kommunalt ansatte fastleger

- Tilby kommunal ansettelse for fastleger som ikke ønsker næringsdrift.

Foreslåtte tiltak i Plan for legetjenester vil gi kommunen merkostnader. Noen tiltak vil medføre engangskostnader, mens andre tiltak vil gi årlige merkostnader. Det er likevel slik at tiltakenes merkostnader vil bli betydelig mindre enn utgifter til legevikarer, forutsatt dagens vikarsituasjon.

1.0 Innledning

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

For å ivareta denne plikten, har Lindesnes kommune laget en plan for legetjenester i kommunen. Plikten til å ha en plan for legetjenester er fastsatt i punkt 6.2 i [ASA 4310 – Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene](#):

«Kommunen skal sørge for nødvendig planlegging, slik at legen har forutsigbarhet i sin virksomhet i henhold til gitte rammebetingelser, slik som forventet listestørrelse, sammensetning av pasientpopulasjon, veiledning av turnusleger mv. Kommunen skal utarbeide plan for legetjenesten i kommunen. Planen skal rulleres og forelegges samarbeidsutvalget til vurdering og uttalelse.»

Planen danner grunnlag for dimensjonering av tjenestene, den synliggjør hvordan kommunen kan bidra til å styrke styringssystemene og trekker opp retningslinjer for forbedrings- og utviklingsarbeidet i legetjenesten. Planen fokuserer på tiltak for å møte fremtidige utfordringer i helsetjenesten.

Det jobbes nasjonalt med fastlegeordningen, og det vurderes både kortsiktige og langsiktige tiltak. Arbeidet vil kunne påvirke aktuelle tiltak i Lindesnes kommune, og det er sannsynlig at planen må oppdateres innen forholdsvis kort tid.

2.0 Organisering av planarbeidet

Planen er utarbeidet av prosjektgruppen Plan for legetjenester:

Navn	Stilling
Rune Myrmell	Enhetsleder helsetjenester og legevakt
Anette Berg	Avdelingsleder legetjeneste
Siv Løge-Høiberget	Assisterende kommuneoverlege
Janne M. Heddeland	Prosjektleder

Prosjektgruppen rapporterer til Styringsgruppen:

Navn	Stilling
Heidi Henanger Haven	Kommunalsjef Velferd
Anita Borhaug Grødem	Assisterende kommunalsjef Velferd
Viggo Lütcherath	Kommuneoverlege

Medvirkningsprosess er gjennomført med Allmennlegeutvalget, Eldrerådet og Råd for personer med funksjonsnedsettelse. Det er også avholdt samarbeids-/erfaringsmøter med Vennesla og Kristiansand kommuner.

Planen har vært behandlet i Samarbeidsutvalget i henhold til avtaleverket.

3.0 Om fastlegeordningen

Fastlegeordningen ble etablert i 2001. Bakgrunn for ordningen var å gi alle innbyggere bedre tilgjengelighet til allmennlege, forbedre kontinuitet i forholdet mellom allmennlege og pasient, samt å oppnå bedre prioriteringer av tilgang til spesialisthelsetjenester gjennom krav om henvisning.

Fastlegene er primært selvstendig næringsdrivende, med en individuell avtale med kommunen. Rekrutteringsutfordringene de siste årene, har medført at det nå er flere fastleger som velger kommunal ansettelse. Fastlegene følger sine listepasienter gjennom ulike livsfaser. Innbyggere har fritt fastlegevalg, uavhengig av kommunegrenser. Egenandeler fra pasientene, offentlige refusjoner og basistilskudd utgjør fastlegens inntekter. Staten har ansvar for basistilskuddet per pasient fra kommunen til legen og dette er regulert i avtale mellom helse- og omsorgsdepartementet (HOD), Kommunenes sentralforbund (KS) og Regionalt helseforetak (RHF) og Den norske legeforening (DNLF) (Statsavtalen).

Fastlegene kan pålegges kommunale allmennlegeoppgaver inntil 7,5 time per uke, for eksempel sykehjem, fengselshelsetjeneste eller helsestasjon/skolehelsetjeneste. I tillegg har fastlegene plikt til å delta i legevaktarbeid på kveld/natt og helg/høytid.

Ifølge Fastlegeforskriften, skal kommunen legge til rette for samarbeid mellom kommunen og fastlegene. Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommune (ASA 4310), regulerer hvordan kommunen skal legge til rette for dette. **Allmennlegeutvalget (ALU)** er fastlegenes eget møte, og skal bidra til nødvendig samarbeid mellom legene i kommunen for å ivareta legenes oppgaver i fastlegeordningen. **Samarbeidsutvalget (SU)** er et samarbeidsorgan mellom fastlegene og kommunen og skal sikre at allmennlegene får innflytelse over drift og organisering av egen praksis og eget listeansvar.

Fastlegene har individuell avtale med kommunene, og kommunene har ansvar for å følge opp avtalene. Ifølge avtaleverket (ASA4310) skal fastlegene være til stede i sin praksis 44 uker i året. De resterende ukene kan benyttes til kurs og ferie. Fravær inntil 8 uker i året dekkes av kollegial fraværsordning (legene inngår avtale med kollegaer om å ivareta listeansvaret ved fravær).

I tillegg til ASA 4310, reguleres fastlegeordningen av andre avtaler, lover og forskrifter, se vedlegg 1.

4.0 Formål og bakgrunn

Plan for legetjenester i Lindesnes kommune skal bidra til at legetjenestene i kommunen fyller de behov befolkningen har for primærlegetjenester og samfunnsmedisinske legetjenester, og at tjenestene i omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lover, forskrifter og politiske vedtak, jamfør Fastlegeforskriften §1. Mål og strategier i vedtatt kommuneplan danner et rammeverk for utarbeidelse av plan for legetjenester. Plan for legetjenester skal bidra til å sikre likeverdige og faglig gode helsetjenester for befolkningen.

4.1 Utviklingstrekk nasjonalt

Det er gjennomført flere samfunnsanalyser for planområdet. [Evaluering av fastlegeordningen](#) (Utarbeidet av EY og Vista analyse som er gjort på oppdrag fra Helsedirektoratet (2019)) konkluderer med at fastlegeordningen over tid har hatt ønsket effekt for mange, men ikke for alle. Legedekningen er god, innbyggere som ønsker det har fått fastlege, og nesten hele befolkningen deltar i ordningen. Men stabiliteten i fastlegegruppen er synkende, og når fastlegenes oppgavemengde blir for stor, får enkelte pasientgrupper ikke den oppfølgingen de har behov for. Endringer i rammevilkår har gitt økt belastning på legene, og situasjonen er nå utfordrende for mange. Det vil være formålstjenlig å få flere fastleger inn i ordningen, og oppgavemengden må reduseres. Hvis ikke, er sannsynligheten stor for at enda flere allmennleger fratrer sitt yrke, og færre rekrutteres. Forutsetningene for at fastlegeordningen skal kunne gi ønskede effekter, faller.

Rapporten [KS - Finansiering av fastlegeordningen](#) (utarbeidet av Helseøkonomisk analyse A/S fra 2021) beskriver både rekrutteringsvansker og at erfarne fastleger slutter, nå også i bykommuner. Kapasiteten i fastlegetjenesten er redusert over tid. En betydelig del av reduksjonen kom i perioden 2015-2020. Fra om lag 2014 er det liten eller ingen vekst i antall listeplasser. Tallet på innbyggere uten fastlege er økende. Tall fra Helfo viser at per 1.1.22 står ca. 145 000 personer i Norge på en legeliste uten fast lege. Flere innbyggere opplever ufrivillig fastlegebytte. I løpet av 2020 måtte over 600.000 innbyggere bytte fastlege, uten at de ønsket det selv. I tillegg har vikarbruken økt. Andel fastlegelister betjent av vikar er doblet i løpet av de siste tre år, og i fjerde kvartal 2020 var 21% av listene betjent av vikar i mer enn en måned. Det er sannsynligvis en trend som bare har forsterket seg de siste årene.

[Helsedirektoratet](#) skriver i nyhetsbrevet 23.03.22 at forskning viser at samme fastlege over tid gir lavere dødelighet og bedre ressursbruk. Kontinuitet i pasient-fastlegeforholdet er en sentral indikator for kvalitet.

Regjeringen har lagt fram [Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024](#) (Helse- og omsorgsdepartementet) som innebærer å styrke fastlegeordningen med 1,6 milliarder kroner. Handlingsplanen beskriver viktigheten av en god allmennlegetjeneste i et Norge der innbyggerne lever stadig lenger, flere lever med kroniske sykdommer og sammensatte sykdomstilstander. Planen beskriver 17 tiltak som skal bidra til en attraktiv, kvalitetssikker og teambasert fastlegetjeneste. Enkelte av tiltakene i planen er kortsiktige og har som formål å rekruttere leger til fastlegeordningen og beholde leger som er i ordningen i dag. Andre tiltak er langsiktige over flere år og har som formål å sørge for gode allmennlegetjenester til alle innbyggere fremover i tid. Tiltakene har som mål at fastlegeyrket skal oppleves som en attraktiv og trygg karrierevei med god faglig veiledning fra erfarne kolleger. De etablerte fastlegene skal få drive med faglig relevante oppgaver, ha en rimelig arbeidsbelastning og bidra med sin kompetanse til å forme, lede og utvikle tjenesten. Innbyggere, uavhengig av helsetilstand, geografi, sosioøkonomiske forhold og etnisk bakgrunn skal oppleve en tilgjengelig fastlegetjeneste av god kvalitet. For å møte morgendagens utfordringer, er det nødvendig at legene deler mer på arbeidet og samarbeider med andre om oppgavene, til det beste for innbyggerne.

[Samhandlingsreformen](#) fra 2012 hadde som mål å overføre oppgaver til hensiktsmessig nivå, og innebar at mange oppgaver som tidligere tilhørte spesialisthelsetjenesten ble overført til primærhelsetjenesten. Dette førte til betydelig økt arbeidsmengde for fastlegene. God samhandling på alle nivå er avgjørende for å ivareta innbyggernes behov på en best mulig måte.

Flere medisinske muligheter for behandling, gir økt forventning og behov, og fastlegene er i all hovedsak det første kontaktpunktet til offentlige helsetjenester. Forventninger og krav finnes også i lov og forskrift.

Ny [forskrift om spesialisering i allmennmedisin](#) (01.03.19) påvirker organiseringen av legetjenesten i kommunene. Kommunene må registreres som utdanningsvirksomhet hos Helsedirektoratet. I samråd med gjeldende lege i spesialisering skal det utarbeides en individuell plan for spesialiseringsløpet. Spesialisering i allmennmedisin er obligatorisk for alle fastleger, og alle fastleger må ha gjennomført LIS1 (tidligere turnustjeneste) i Norge. Etter fullført LIS1 begynner spesialiseringsløpet i allmennmedisin, LIS3 (også kalt ALIS).

Rapporten [Variasjoner i finansieringen av fastlegeordningen](#) peker på at unge og eldre fastleger har i noen grad motstridende interesser. Unge leger er opptatt av økonomisk trygghet, regulert arbeidstid, sosiale rettigheter og et godt fagmiljø. Fast lønn og et strukturert utdanningsprogram for spesialiseringsløpet er attraktivt for de unge, men treffer i mindre grad de eldre. Eldre og veietablerte leger er opptatt av at de har for stor arbeidsbelastning og ønsker å kunne redusere listelengden (antall pasienter på fastlegelisten) uten å tape inntekt.

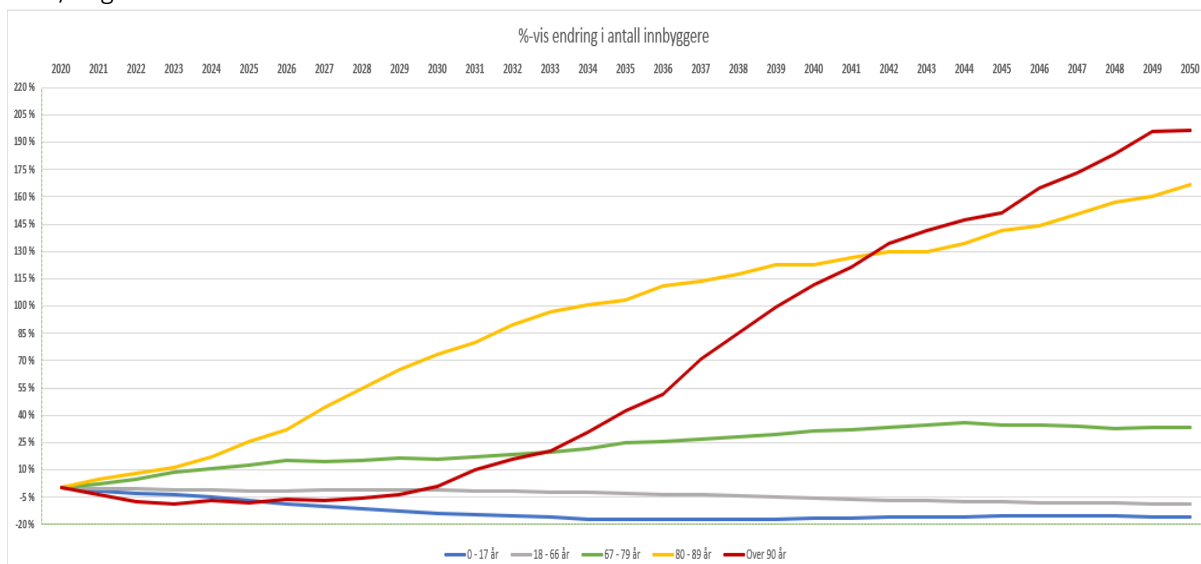
4.2 Status i Lindesnes kommune

I dette kapittelet beskrives lokale forhold som har direkte og indirekte innvirkning på legetjenesten i Lindesnes kommune.

4.2.1 Helse og levekår

Befolkning og alderssammensetning

Ved utgangen av 2021 bodde det 23 147 personer i Lindesnes. Lindesnes kommune vil oppleve en betydelig endring i den demografiske sammensetningen i årene fremover. Tabellen under viser den prosentvise endringen i ulike aldersgrupper frem til 2050. Antall personer over 80 år vil øke, samtidig som den yrkesaktive delen av befolkningen vil ha en svak nedgang, og det samme gjelder barn/unge 0 – 18 år.



Folkehelse

Oppvekst og levekår er viktige premisser for helse og livskvalitet. Vanlige levekårsparametere er utdanning, sysselsetting, inntekt, helse og bolig. De fleste i Lindesnes lever bra og har et godt liv, men kommunen har store levekårsutfordringer. Lindesnes skiller seg ut på både fylkes- og landsbasis med lavere andel av befolkningen i yrkesaktiv alder. Vi har en høy andel innbyggere som lever i vedvarende lavinntektsfamilier. Agder har et høyt antall mottakere av uførepensjon, og Lindesnes kommune ligger i det øvre sjiktet. Forekomsten av psykisk uhelse og innbyggere med muskel- og skjelettlidelser er høyere i Lindesnes kommune enn ellers i Agder og resten av landet.

Oppdatert folkehelseprofil for Lindesnes kommune kan lastes ned [her](#).

Bruk av fastlegetjenester

Statistikk fra SSB viser at innbyggere på Agder går hyppigere til fastlegen enn resten av landet. Antall konsultasjoner øker med alderen, frem til 90 år.

	Konsultasjoner per person	
	2020	
	0 Hele landet	42 Agder
Alle aldre	2,8	2,9
0-5 år	1,5	1,5
6-15 år	1,3	1,3
16-19 år	1,9	2,0
20-29 år	2,5	2,6
30-49 år	3,0	3,1
50-66 år	3,4	3,5
67-79 år	4,0	4,1
80-89 år	4,9	5,3
90 år eller eldre	3,4	3,6

Økningen i antall eldre i Lindesnes kommune, kombinert med høy andel uføre, lav andel i yrkesaktiv alder og omfanget av innbyggere med psykiske- og muskel/skjelett plager, setter ekstra press på kommunens tjenester, inkludert fastlegetjenesten.

4.2.2 Fastlegeordningen

Det er 5 fastlegesenter i kommunen, og disse er lokalisert på Vigeland, på Heddeland og i Mandal sentrum. Fastlegene har en gjennomsnittlig pasientliste per mai 2022 på ca. 1000, og fastlegene har en gjennomsnittsalder på 44,6 år. Det er en liten overvekt av kvinnelige fastleger. Det er en underdekning per mai 2022 på ca. 360 listeplasser i forhold til innbyggertallet. For mer fakta vises til vedlegg 3.

Innbyggerne kan velge fastlege på tvers av kommunegrensene. Det vil si at en innbygger kan ha folkeregistrert adresse i en kommune og velge fastlege i en annen. Det er flere innbyggere bosatt i Lindesnes kommune som velger fastlege i andre kommuner, enn motsatt.

4.2.3 Organisering av fastlegesenter og kommunal bistand til drift

Fra ca. 2015 har det blitt stadig mer utfordrende å rekruttere fastleger i Lindesnes kommune. Den utfordrende rekrutteringssituasjonen har påvirket organisering og drift av fastlegesentra. For å sikre forsvarlig drift i kommunen, har man i perioden 2020 til 2022, inngått avtale om kommunal drift av flere legesenter i kommunen. Det er flere modeller for organisering og drift av fastlegesenter som beskrevet under.

Modell 1 - Alle fastleger er selvstendig næringsdrivende og driver privat legesenter

Kommunen inngår individuell avtale om allmennpraksis i fastlegeordningen med hver enkelt fastlege. Legen inngår samarbeidsavtaler med øvrige leger i det aktuelle legesenteret, for eksempel som et DA (delt ansvar) eller AS. Legene mottar basistilskudd fra kommunen i henhold til antall pasienter på listene, og drifter legesenteret med personell, lokaler og utstyr i egen regi. Dersom legen sier opp sin hjemmel tildeler kommunen denne til ny lege som søker seg hit og praksis overdras. Per dags dato drives Marnardal legesenter etter denne modellen.

Modell 2 - En kombinasjon av selvstendig næringsdrivende og kommunalt ansatte fastleger. Privat drevet legesenter

Denne modellen er lik modell 1, med tillegg av kommunalt ansatte fastleger. Kommunen betaler den kommunalt ansatte fastlegens andel av kontorutgiftene. De selvstendig næringsdrivende fastlegene står for driften av legesenteret. Kommunen har ikke ansvar for drift. Per dags dato drives Sjøsandens legesenter etter denne modellen.

Modell 3 - Kommunalt drevet legesenter med en kombinasjon av kommunalt ansatte og selvstendig næringsdrivende fastleger

Kommunen har totalansvar for driften av legesenteret, inkludert personalansvar for kommunalt ansatte og økonomi- og fagansvar for hele legesenteret. Alt hjelpepersonell og noen fastleger er kommunalt ansatte. Noen fastleger er selvstendig næringsdrivende og betaler en månedlig sum for å dekke deler av legesenterets driftsutgifter. Per dags dato drives Vigeland legesenter etter denne modellen. Halse legesenter og Øvrebyen legesenter er i prosess med virksomhetsoverdragelse og det planlegges at de vil bli driftet etter denne modellen.

Modell 4 – Kommunalt drevet legekantor med kommunalt ansatte fastleger og hjelpepersonell.

Kommunen har totalansvar for driften av legesenteret, inkludert personalansvar for alle ansatte og økonomi- og fagansvar for hele legesenteret. Per dags dato er det ingen legesenter i Lindesnes kommune som driftes etter denne modellen. Dersom kommunen ikke lykkes i å rekruttere næringsdrivende fastlege til ledig hjemmel ved Øvrebyen legesenter, kan det bli aktuelt at senteret driftes etter denne modellen.

Avtale med næringsdrivende leger på Marnardal legesenter

Som følge av kommunesammenslåingen mistet legene på Marnardal legesenter utjamningstilskuddet ved overgang til ny kommune 01.01.20. Den enkelte fastlege ved legesenteret får kompensert for ca. 50 % av tilskuddet slik det var pr 31.12.19. Kompensasjonen gis i form av bortfall av husleie, dvs. lokalleie, strøm, renhold og kommunale avgifter. Ordningen gjelder for 5 år fra 01.01.20.

Avtale med næringsdrivende leger på legesenter med kommunal drift

Avtaler som er inngått med næringsdrivende fastleger innebærer at de skal betale en månedlig leie for å dekke driftsutgifter ved legesenteret. Fastsatt leie dekker ikke fullt ut den enkelte næringsdrivende fastlegens andel av driftsutgiftene.

4.2.4 Legevakt

[Fastlegeforskriften](#) § 13 sier at fastlegen plikter å delta i:

1. Kommunal eller interkommunal legevakt utenfor ordinær åpningstid.
2. Kommunens organiserte øyeblikkelig hjelp-tjeneste i kontortid, herunder tilgjengelighet i helseradionettet/nødnettet og ivaretagelse av utrykningsplikten.

Kommunen kan frita fastlegen fra plikt til legevaktdeltakelse, når legen av helsemessige eller viktige sosiale grunner ber om det. I denne vurderingen tas det særlig hensyn til lege over 55 år.

Dette gjelder ikke deltakelse i kommunens organiserte øyeblikkelig hjelp-tjeneste i kontortid. Videre har legene krav på fritak ved fylte 60 år, ved graviditet siste 3 måneder, når graviditet er til hinder for deltakelse eller ved amming i inntil 1 år. Lindesnes legevakt har en lege på vakt mellom klokken 15.00 og 08.00 på hverdager og 24 timer i døgnet i helg og høytid. På dagtid på hverdager er det fastlegene som ivaretar legevaktstjenesten. Det er daglegevakt på Vigeland, i Marnardal og i Mandal. Disse dekker hver sine områder innen de gamle kommunegrensene.

Kommunen har allerede i flere år ansatt vikarleger til å dekke mesteparten av vaktene på legevakten, for å avlaste fastlegene. Per mai 2022 har fastlegene i snitt mindre enn 1 legevakt i måneden. Fastlegene opplever dette som et positivt tiltak. Samtidig er det fra kommunens side viktig at fastlegene deltar noe i legevakt, for å ivareta den akuttmedisinske beredskapen i kommunen. I [pressemelding](#) fra KS 23.05.22 informeres det om at KS og Legeforeningen er kommet til enighet om særavtalen (SFS 2305) som regulerer legevakt, samfunnsmedisinsk beredskap og arbeidsforhold for LIS1. Partene er enige om at det skal jobbes for at legevakt skal regnes som en offentlig allmennmedisinsk oppgave og at legevakt ikke skal komme på toppen av en allerede svært presset legehverdag.

Nye fastleger og nye vikarleger på legevakten tilbys strukturert opplæring før første vakt. I tillegg får de utdelt et informasjonsbrev. Dette for å sikre at de er best mulig forberedt.

Lindesnes er en hytte- og turistkommune, og innbyggertallet stiger betraktelig i helger i sommerhalvåret, ferie og høytider. Dette gir økt behov for legevaktstjenester i perioder av året.

Kommunestyret har bestilt en utredning av legevaktstjenesten, et arbeid som er planlagt satt i gang i 2023.

4.2.5 Samfunnsmedisin

Kommuneoverlegefunksjonen er en samfunnsmedisinsk oppgave som alle kommuner er pliktig til å ivareta. Det er lovpålagt å ha en eller flere kommuneleger. Kommuneoverlegens lovpålagte oppgaver er sektorovergripende. Blant kommuneoverlegenes viktigste oppgaver er medisinsk faglig rådgivning, smittevern, miljørettet helsevern og beredskap.

Lindesnes kommune har 1,3 årsverk kommuneoverlege. Anbefaling fra 1999 fra Helse- og omsorgsdepartementet sier at kommuner med over 10 000 innbyggere bør ha kommuneoverlege i full stilling. I de sammenslåtte kommunene var den totale kommuneoverlegeressursen på 1,24 årsverk. I pressemeldingen fra KS informeres det også om at det skal sees på arbeidsbetingelsene for kommuneoverlegene, for at de skal sikres en forsvarlig arbeidsbelastning, også i langvarige krisesituasjoner.

4.2.6 Andre kommunale legetjenester

Våren 2021 økte Lindesnes kommune antall årsverk sykehjemsleger fra 2 til 2,4. Kommunen lå frem til da lavt på antall legetimer per uke per beboer (0,37 timer), både i forhold til landet utenom Oslo (0,57 timer) og kostragruppe 9 (0,60 timer). Etter økningen er det i Lindesnes kommune en dekningsgrad på 0,56 timer. Tilsvarende tall for landet utenom Oslo og kostragruppe 9 er 0,62

timer. I denne planperioden er det ikke planlagt å øke legedekningen på sykehjem, men på lengre sikt vil det med bakgrunn i økning av antall eldre være behov for å øke antall årsverk med sykehjemsleger.

Kommunen har totalt 0,75 årsverk skole- og helsestasjonslege, fordelt på Vigeland, Mandal og Marnardal helsestasjoner. Ifølge SSB er det i gjennomsnitt 0,4 årsverk skole- og helsestasjonslege per 10 000 innbyggere på landsbasis. Dersom Lindesnes kommune skulle hatt tilsvarende antall årsverk som landsgjennomsnittet, tilsvarer det 0,93 årsverk. I denne planperioden er det ikke planlagt en økning i årsverkene med bakgrunn i prognoser fra SSB, som tilsier en nedgang i antall barn og unge.

Fengselshelsetjenesten har 0,4 årsverk med fengselslege. Erfaringene så langt viser at behovet er dekket med nåværende nivå.

4.2.7 Utdanning

Lindesnes kommune ser på utdanning av nye fastleger som en prioritert oppgave. Oppgaven er viktig ut fra et samfunnsperspektiv, men også for å rekruttere nye fastleger lokalt.

Lindesnes kommune har to LIS1 – plasser (tidligere turnustjeneste). Når LIS1 er gjennomført, kan legene søke på ledige fastlegehemler. Tildeling av fastlegehemmel forutsetter at legen fortsetter i et spesialiseringsløp i allmennmedisin – LIS3/ALIS. Flere av de nytilsatte fastlegene er rekruttert via LIS1 tjeneste i kommunen.

Lindesnes kommune er registrert som utdanningsvirksomhet i allmennmedisin og samfunnsmedisin. Det betyr at fastleger kan gjennomføre ALIS-løpet her. Kommunen har ansvar for å lage utdanningsplan for den enkelte spesialitet og individuell plan for den enkelte lege for hele spesialistutdanningen. Kommunen som utdanningsvirksomhet har ansvaret for at legen får løpende vurdering og dokumentasjon på oppnådde læringsmål (supervisjon). Forskriften stiller tydelige krav til systematisk veiledning og supervisjon, og krav til veilederkompetanse.

Noen av de næringsdrivende fastlegene har avtale med universiteter om å ta imot studenter, og kommunen anser dette som et viktig rekrutteringsvirkemiddel. UIA/Campus Sør- prosjektet jobber mot at medisinstudenter fra UiO skal gjennomføre 2 år av den kliniske delen av medisinstudiet på Sørlandet. Planen er at de første 10 studentene kommer høsten 2023.

4.3 Utfordringsbildet i Lindesnes kommune

I dette kapittelet beskrives utfordringer som legetjenesten i Lindesnes kommune står overfor.

4.3.1 Fastlegenes opplevelse av utfordringsbildet

Som et forarbeid til plan for legetjenester, ble det gjennomført en spørreundersøkelse blant fastlegene høsten 2021. Formålet var å innhente status for fastlegetjenesten i kommunen og få innspill på hvordan rekruttere og beholde fastleger. Undersøkelsen ble sendt ut til 23 fastleger, og 16 av legene besvarte den. Undersøkelsen avdekket følgende hovedutfordringer:

- Rekruttering og stabilitet
- Høy arbeidsbelastning
- Kompetanseutvikling
- Samhandling og tjenesteutvikling

Flere fastleger opplever at jobben går ut over egen helse og privatliv, og de fleste opplyser at de kjenner på negativt stress i jobben som fastlege daglig eller ukentlig. Mange arbeidsoppgaver har fastlegene for liten tid til å ivareta på en god måte. 9 av de 16 respondentene har i løpet av siste halvår vurdert å slutte som fastlege på grunn av arbeidspress.

I spørreundersøkelsen oppgir fastlegene at de ikke har tid nok til å ivareta flere av arbeidsoppgavene som er knyttet til samhandling med øvrige helse- og omsorgstjenester i kommunen og øvrige samarbeidspartnere. Dette gjelder blant annet oppfølging av skrøpelige eldre, hjemmebesøk, oppfølging av pasienter med rusproblemer, legemiddelgjennomganger og deltakelse på samarbeidsmøter.

4.3.2 Samhandling, kvalitet og utvikling av fastlegetjenesten

Det er en gjensidig oppfatning at samhandlingen mellom fastlegetjenesten og øvrige helse- og omsorgstjenester er god, men at det er rom for forbedring, for eksempel når det gjelder kommunikasjon og informasjon. Andre deler av kommunehelsetjenesten peker på at det er muligheter for bedre samhandling og endring i oppgavedeling. Dette kan bidra til mer effektiv bruk av ressursene. Utstrakt bruk av vikarleger gir manglende kontinuitet i legetjenesten, som igjen har negative konsekvenser for samhandlingen med andre tjenesteområder. I tillegg gir for høy arbeidsbelastning og utstrakt bruk av vikarer, fastlegene lite rom for å jobbe med ledelse, kvalitetsforbedring og utvikling av tjenesten.

4.3.3 Rekruttering til fastlegehjemler og pasientlister

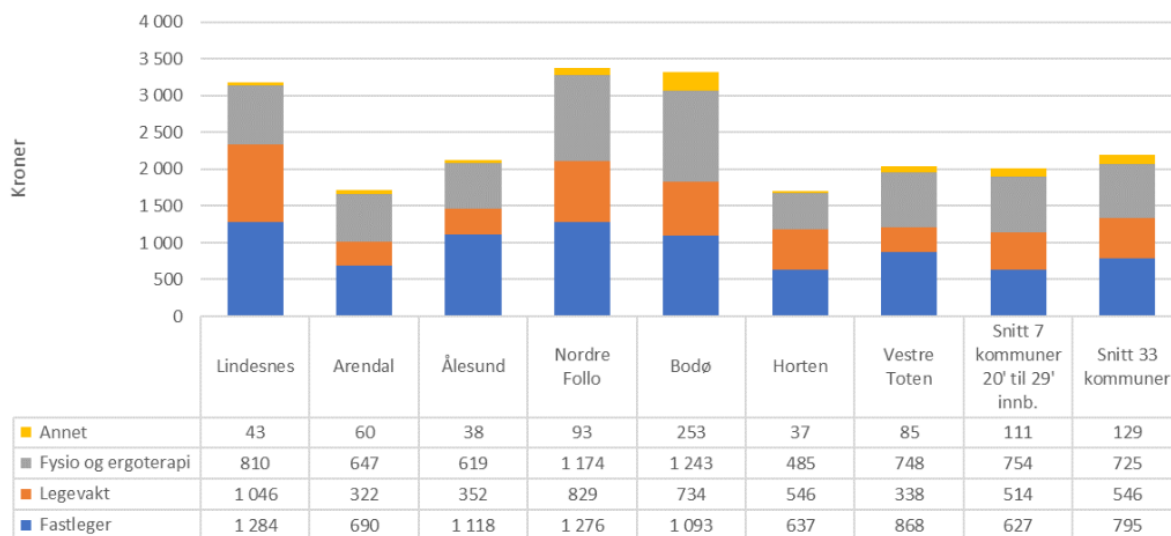
Lindesnes kommune har de siste årene hatt flere ledige fastlegehjemler på grunn av generasjonsskifte og for høy arbeidsbelastning blant kommunens fastleger. Siden høsten 2020 har Lindesnes kommune lyst ut 11 fastlegehjemler. Utfordringene med å rekruttere nye fastleger er tiltakende. Per 1.5.22 er det lyst ut 5 fastlegehjemler og i to av disse er det tilsatt fastleger som tiltrer i august/september.

De 8 sist rekrutterte fastlegene har ønsket kommunal ansettelse. Kommunalt ansatte fastleger omfattes av Hovedtariffavtalen, og har ukentlig arbeidstid på 37,5 timer. [Arbeidstidsundersøkelsen](#) fra 2018 viser at næringsdrivende fastleger har gjennomsnittlig arbeidstid på 56 timer i uka. Man kan ikke forvente at en kommunalt ansatt fastlege innenfor normalarbeidstid håndterer like mange pasienter som en næringsdrivende fastlege med lenger arbeidstid. Når det blir flere kommunalt ansatte fastleger, vil den totale pasientlistekapasiteten synke uten samtidig tilførsel av flere fastlegehjemler.

4.3.4 Økonomi

Agenda Kaupangs tall- og faktaanalyse våren 2022 viser at Lindesnes kommune har betydelig høyere netto utgiftsnivå til fastlege- og legevaktstjenesten enn sammenlignbare kommuner basert på regnskapstall 2021, se tabell under.

Behovskorrigerte netto driftsutgifter per innbygger funksjon
241 behandling



I 2021 utgjorde utgifter til vikarleger, kommunalt ansatte fastleger, utkjøp av fastlegehjemler og virksomhetsoverdragelse av to fastlegesenter store deler av driftsutgiftene. Å skaffe vikarleger til fastleger i permisjon og ledige fastlegehjemler er ressurskrevende og kostbart. Kommunen har ansvar for å skaffe vikar slik at innbyggerne er sikret tilgang på fastlegetjenester. Kostnadene knyttet til vikarleger har økt i takt med rekrutteringsutfordringene. En vikarlege koster nå netto ca. kr. 250.000 per måned. Netto driftsutgifter til en kommunalt ansatt fastlege er gjennomsnittlig ca. kr. 500.000 per år. Kommunalt drevne legesenter medfører økte kostnader til administrasjon og pensjon.

Lindesnes kommune har, som andre kommuner i Agder og resten av landet, en pågående fastlegekrise. Ulike tiltak i omkringliggende kommuner har økt konkurransen om rekruttering av fastleger. Dette har medført økte utgifter for kommunen, blant annet til lønn.

5.0 Medvirkningsprosess

Tiltakene er presentert for Allmennlegeutvalget (ALU) 22.03. og 28.04. De tiltakene Allmennlegeutvalget mener er viktigst for å beholde og rekruttere fastleger er:

«Økt basistilskudd

- *Er det grunnleggende viktigste tiltaket for å beholde eksisterende næringsdrivende leger og rekruttere nye til næringsdrift. En løsning uten dette tiltaket kan vanskelig løse problemene.*
- *Tiltaket vil gi grunnlag for flere fastleger. Flere fastleger betyr at listereduksjon kan gjennomføres, som igjen vil redusere legenes arbeidsbelastning og gi pasienter en reel valgmulighet mtp. fastlegebytte.*
- *Da fastlegeordningen ble innført var tanken at driftsutgiftene skulle dekkes av staten. Slik situasjonen er i dag er dette langt fra realiteten, og et av hovedproblemene i ordningen som det må komme en endring på. ALU sitt standpunkt er at de reelle driftsutgifter må dekkes gjennom basistilskuddet. Utvalget mener Tromsømodellen setter et godt eksempel og forventer en størrelsesorden på 60% økning pr pasient opptil 1000 pasienter pr liste.*

Harmonisering av lønn til fast ansatte fastleger

- *Kommunen har kun klart å rekruttere fast ansatte fastleger de siste årene. Dersom det ikke kan tilbys konkurransedyktig lønn (eller betingelser som nabokommunene har) vil kommunen ikke klare å rekruttere nye fastleger. Harmonisering av lønn intrakommunalt er også et krav, ellers risikerer kommunen at de nåværende legene slutter.*

ALU mener at det er «totalbildet med å være fastlege i dag» som ikke er interessant for (nye) leger og som medvirker til at etablerte leger slutter. Andre tiltak som kan stabilisere/øke interessen bør derfor innføres:

- *«Sykeforsikring» (i inntil 10 dager/år) i form av praksiskompensasjon ved eget eller barns sykefravær inntil SOP for leger overtar*
- *Praksiskompensasjon (i et avtalt antall dager) ved fravær grunnet kurs/annen utdanning for å vedlikeholde spesialiteten. Støtte til ALIS gjennom ALIS-fond er allerede etablert.*
- *Tiltak for å redusere etableringskostnaden gjennom etableringstilskudd og/eller «leie» av hjemmel»*

Rådet for personer med funksjonsnedsettelse ble orientert om planen i møtet 30.03. og de fremmer at de ønsker en stabil fastlegeordning som kommer innbyggerne til gode. Noe må endres

for å opprettholde en god fastlegeordning, men rådet presiserer at det ikke er enkelt å komme med konkrete innspill. Det nevnes likevel at det utenfor Norges grenser er leger som utdannes og som også bør godkjennes for å jobbe i Norge.

Eldrerådet ble orientert om planen i møtet 07.04.22 og de hadde ingen innspill.

Barne- og ungdomsrådet fikk også tilbud om en orientering med mulighet for å gi innspill, men dette ble ikke gjennomført da rådet ikke kunne se at de ville ha noe å bidra med.

6.0 Mål, strategi og tiltak

6.1 Mål

Planen skal sikre at legetjenestene i Lindesnes kommune fyller de behov befolkningen har for primærlege- og samfunnsmedisinske legetjenester, og at tjenestene i omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lover, forskrifter og politiske vedtak. Planen skal bidra til å sikre likeverdige og faglig gode helsetjenester for befolkningen.

6.2 Strategi

Fastlegetjenesten i Lindesnes kommune har rett kompetanse og god kapasitet til å dekke kommunens samlede behov, og innbyggerne har frihet til å bytte fastlege når de ønsker det. Kompetente leger rekrutteres og beholdes gjennom å legge til rette for gode arbeidsforhold, utdanning og kompetanseutvikling. Fastlegetjenesten og Lindesnes kommune samarbeider godt om gode pasientforløp, kvalitet i og utvikling av helsetjenestene, og fremtidens fastlegeordning er teambasert.

6.3 Aktuelle tiltak og vurdering

For å møte utfordringene med å rekruttere og beholde fastleger, er det flere aktuelle tiltak som er mulig å iverksette. Handlingsplanen for allmennlegetjenesten og innspill som er kommet frem i medvirkningsprosessen danner utgangspunktet for presentasjonen av aktuelle tiltak.

6.3.1 Tiltak knyttet til selvstendig næringsdrivende fastleger

Styrke basisfinansieringen av fastlegeordningen

Beskrivelse av tiltaket: Basistilskuddet var opprinnelig ment å dekke fastlegenes driftsutgifter og har ikke utviklet seg i takt med utgiftsnivået. Regjeringen har siden 1.5.2020 endret og styrket basisfinansieringen av fastlegeordningen, men styrkningen har ikke vært tilstrekkelig til å dekke fastlegenes driftsutgifter. Mange kommuner har etablert en ordning med midlertidig kommunalt basistilskuddet i påvente av økt statlig finansiering.

Vurdering: Allmennlegeutvalget i Lindesnes kommune har gitt innspill på at dette er det viktigste tiltaket for å beholde og rekruttere fastleger. En økning i basistilskuddet bør være en midlertidig ordning, og dersom staten øker basistilskuddet utover årlig prisvekst, reduseres den kommunale

basisfinansieringen tilsvarende. Dette tiltaket vil være enkelt å administrere, og å redusere i takt med eventuell økning i det statlige basistilskuddet.

Økonomi: Tromsø kommune har som et eksempel vedtatt å øke basistilskuddet med 60% per pasient opptil 1000 pasienter. Tilgjengelige regnskapstall for 2021 for tre av kommunens legesentre, viser at gjennomsnittlige driftsutgifter per fastlege per måned ligger på ca. kr. 80.000. Dersom kommunen skal kompensere for driftsutgiftene, viser beregninger at man må øke basistilskuddet med 50% per pasient opptil 1000 pasienter. Basert på andel næringsdrivende leger per mai 2022, vil dette gi kommunen årlig merkostnad på ca. kr 4.000.000.

Dekning av driftsutgifter

Beskrivelse av tiltaket: Dette er et alternativt tiltak til å styrke basistilskuddet lokalt. Kommunen dekker fastlegens driftsutgifter, og kommunen beholder basistilskuddet.

Vurdering: Vennesla og Lillesand kommuner har innført dette tiltaket for sine næringsdrivende fastleger. Dette tiltaket medfører mer administrativt arbeid og det vil være mer utfordrende å regulere i takt med eventuell økning i det statlige basistilskuddet. Prosjektgruppens vurdering er at tiltaket om styrking av basistilskuddet totalt sett er det beste tiltaket.

Økonomi: Tilskuddet bør beregnes på bakgrunn av regnskapet 2021 og utgjør et fast årlig beløp som konsumprisindeksreguleres årlig. Beregninger må gjøres på bakgrunn av regnskapstall som kommunen per nå ikke har tilgang til, men sannsynligvis vil kostnaden være på omtrent samme nivå som tiltaket over.

Kompensasjon av tapt arbeidsinntekt for fravær i forbindelse med egen sykdom/barns sykdom for næringsdrivende fastleger

Beskrivelse av tiltaket: Innføring av kompensasjon for inntektstap inntil 10 dager per kalenderår ved egen sykdom/barns sykdom.

Vurdering: Sykehjelps- og pensjonsordningens (SOP) formål er å bidra til økonomisk sikring av medlemmene og deres familie ved arbeidsuførhet, alderdom og død, samt ved fravær fra egen praksis i forbindelse med sykdom, fødsel og adopsjon. SOP trer ikke i kraft før legen har vært borte fra arbeidet i minimum 16 dager. Unge og nyutdannede leger som vurderer allmennlegepraksis er ofte samtidig i en etableringsfase, med familie og barn. Fravær fra praksis medfører inntektstap, men utgiftene er de samme. Flere kommuner har etablert en ordning med kompensasjon for inntektstap inntil 10 dager per kalenderår. For å rekruttere nye fastleger til næringsdrift i Lindesnes kommune, vurderer prosjektgruppen dette som et hensiktsmessig tiltak å innføre.

Økonomi: Ordningen bør følge NAVs regelverk for sykefraværskompensasjon for næringsdrivende. Basert på andel næringsdrivende leger per mai 2022, vil det gi kommunen årlig merkostnad på inntil kr. 350.000.

Etableringsstøtte

Beskrivelse av tiltaket: Det kan være aktuelt å tilby en støtte til næringsdrivende fastleger i etableringsfasen.

Vurdering: Etableringsstøtte kan gis på to måter:

- engangs etableringstilskudd på inntil kr. 300.000
- kommunalt utkjøp av hjemmel for videre utleie for en periode

Tromsø kommune har vedtatt å gi tilskudd på kr. 300.000,- til kjøp av hjemmel, og kr. 150.000 i etableringstilskudd til 0-hjemmel (liste uten pasienter). Lyngdal kommune har innløst hjemler og leier ut til kr. 1 per år.

Som et rekrutteringstiltak anbefaler prosjektgruppen at kommunen gir etableringsstøtte, men at det gis på ulike måter avhengig av driftsform på det enkelte legesenter og den enkelte fastleges situasjon og ønske.

Økonomi: Utkjøp av hjemmel har per i dag en kostnad på ca. kr. 600.000, men markedsverdien på en fastlegehjemmel har vært synkende.

Kompensasjon av tapt arbeidsinntekt ved fravær på grunn av kurs

Beskrivelse av tiltaket: Kompensering av tapt arbeidsinntekt inntil 10 dager per kalenderår for næringsdrivende fastleger til kurs, som ikke blir dekket av andre tilskuddsordninger.

Vurdering: ALIS/LIS 3 får dekket kurskostnader gjennom ALIS-tilskudd. Det kan vurderes å gi dekning av tapt arbeidsinntekt for næringsdrivende leger til kurs som ikke blir dekket av andre tilskuddsordninger. Dersom det innføres, må det utarbeides retningslinjer.

I og med at prosjektgruppen anbefaler styrking av basistilskuddet, anses dette tiltaket som mindre aktuelt.

Økonomi: Må vurderes nærmere hvis det blir aktuelt.

Gjenkjøpsavtale (tilbakekjøpsgaranti)

Beskrivelse av tiltaket: Noen kommuner har inngått en gjenkjøpsavtale som et insentiv for å rekruttere leger som ønsker å bli allmennleger, men som er usikre på grunn av det oppleves som en stor økonomisk investering å kjøpe en fastlegehjemmel.

Vurdering: Kristiansand kommune har via KS gjort en lovlighetsvurdering opp mot kommuneloven. KS advokaten har gitt klar tilbakemelding på at gjenkjøpsavtaler med næringsdrivende leger bryter med kommuneloven, og prosjektgruppen vurderer dette som et ikke aktuelt tiltak.

Kommunalt ansatt senterleder

Beskrivelse av tiltaket: Kommunen tilbyr å ansette senterleder for fastlegesenter med næringsdrift.

Vurdering: I Allmennlegeutvalgets møte 22.03.22 kom det innspill på at fastlegesenter med næringsdrift får tilbud om kommunalt ansatt senterleder. Tiltaket har vært vurdert som et alternativ til å styrke basisfinansieringen. Prosjektgruppens vurdering er at tiltaket om styrking av basistilskuddet totalt sett er det beste tiltaket.

6.3.2 Tiltak knyttet til fast ansatte fastleger

Tilby kommunal ansettelse for fastleger som ikke ønsker næringsdrift

Beskrivelse av tiltaket: Tilby kommunal ansettelse for fastleger som ikke ønsker næringsdrift.

Vurdering: Erfaring de siste årene har vist at nye fastleger ønsker kommunal ansettelse, og ikke næringsdrift. Prosjektgruppen anbefaler å videreføre ordningen med mulighet for kommunal ansettelse for leger som ikke ønsker næringsdrift.

Økonomi: I gjennomsnitt gir en kommunalt ansatt fastlege en netto kostnad per år på ca. kr. 500.000.

Harmonisering av lønn til kommunalt ansatte fastleger

Beskrivelse av tiltaket: Lik lønn til alle kommunalt ansatte fastleger.

Vurdering: Allmennlegeutvalget har spilt inn at harmonisering av lønn til kommunalt ansatte fastleger innad i kommunen er det viktigste tiltaket, sammen med å styrke basistilskuddet. Kommunalt ansatte fastleger har på lik linje som andre kommunalt ansatte mulighet for å forhandle lønn ved ordinære og særskilte lokale forhandlinger, jamfør Lønnsstrategiplan Lindesnes kommune gjeldende fra 24.03.21.

Bonus- og provisjonstiltak

Beskrivelse av tiltaket: Fast ansatte fastleger gis en viss prosent av inntektene (egenandeler og HELFO-refusjoner) i tillegg til fastlønn.

Vurdering: Dette tiltaket kan bidra til bedre inntjening, også for kommunen. Samtidig kan dette insentivet bidra til at kommunalt fast ansatte fastleger jobber utover Arbeidsmiljølovens normalarbeidstid og får økt arbeidsbelastning. Prosjektgruppen vurderer dette som et ikke aktuelt tiltak.

6.3.3 Generelle tiltak

Lengde på pasientliste

Beskrivelse av tiltaket: Anbefalt gjennomsnittlig listelengde på 1000 pasienter per fastlege i 100% stilling i full kurativ uke.

Vurdering: De fastlegene i Lindesnes kommune som har ønsket det, har de siste årene fått innvilget reduksjon av listelengde. Gjennomsnittlig listelengde for alle fastlegene i Lindesnes kommune er 1006 pasienter, korrigert for kommunale bistillinger. Tilsvarende er tallet 1124 for næringsdrivende fastleger. I forbindelse med kommunesammenslåing og arbeid i prosjektgruppe Legetjeneste, spilte fastlegene inn at gjennomsnittlig listelengde burde være på ca. 1000 pasienter ved 100% stilling og full kurativ uke. Med ukentlig arbeidstid på 37,5 timer er det forventet at kommunalt ansatte fastleger har noe kortere pasientlister enn næringsdrivende fastleger. Det samme vil gjelde for fastleger under spesialisering (ALIS-avtale). En listelengde for fastlege med ALIS-avtale bør ligge på ca 800 pasienter ved fulltids kurativ praksis.

På lengre sikt må det være en målsetting å legge til rette for oppgavedeling som åpner for at listelengden kan økes, uten at det går utover fastlegenes arbeidsmengde. Det vil sannsynligvis ikke være nok leger i fremtiden til å dekke behovet for fastleger uten å øke listelengden.

Økonomi: En reduksjon av listelengde vil gi behov for å øke antall fastlegehjemler. For økonomiske konsekvenser av økt antall fastlegehjemler, se tiltak under.

Økning av antall fastlegehjemler

Beskrivelse av tiltaket: Det opprettes en ny hjemmel når ledig listekapasitet nærmer seg 3% av innbyggertallet.

Vurdering: Reduksjon av lengden på pasientlistene, gir behov for å øke antall fastlegehjemler. Allerede i dag har Lindesnes kommune færre fastlegehjemler enn behovet skulle tilsi, se vedlegg 3. Det er behov for opprettelse av ny(e) hjemmel/hjemler, også for å sikre fritt fastlegevalg for innbyggerne. Per dags dato er det tilnærmet ingen valgfrihet. Som et eksempel vises til Ålesund kommune. De har en samlet ledig liste-kapasitet for hele kommunen tilsvarende minst 3% av innbyggertallet. Tilsvarende tall for Lindesnes kommune vil være 700 innbyggere.

Økonomi: En ekstra fastlegehjemmel vil ha en økt kostnad på inntil kr. 500.000, avhengig av om det rekrutteres en selvstendig næringsdrivende fastlege eller en kommunalt ansatt fastlege. I tillegg kommer kostnader i forbindelse med behov for utvidelse, ombygging og/eller nye lokaler.

Eksterne tilskuddsordninger

Kommunestyret har vedtatt at Lindesnes kommune søker eksterne midler, der det er mulig, for å videreutvikle og styrke kommunen. Aktuelle tilskudd knyttet til fastlegeordningen er:

- ALIS avtaler - Helsedirektoratet har utlyst tilskuddsordning Nasjonal ALIS og veiledning. Her kan det søkes om kr. 367 000,- per ALIS per år i inntil 5 år.

- Introduksjonsavtale i allmennmedisin – introduksjonsavtale gir både leger under spesialisering og fastleger rett til trygderefusjon, også når begge er på legekontoet samtidig. Det følger ikke med egne midler til ordningen, men ordningen vil sannsynligvis styrke fastlegedriften ved legekontoet. Kommunen har fått innvilget søknad om opprettelse av en introduksjonsavtale. Dersom kommunen lykkes med å rekruttere lege til introduksjonsavtalen, vil det medføre årlig kostnad på inntil kr. 500.000.
- Primærhelseteam, dersom ordningen utvides/videreføres. Primærhelseteam består av fastleger, sykepleiere og helsesekretærer. Formålet er å tilby bedre fastlegetjenester til pasienter som trenger det mest.

Kvalitet og utvikling

Beskrivelse av tiltaket med vurdering: Prosjektgruppen ser at det er flere mulige tiltak som kan bidra til økt kvalitet og utvikling. Følgende tiltak vil bli prioritert i planperioden:

- Oppfølgingssamtaler med næringsdrivende fastleger for å følge opp fastlegeavtalen
- Kommunestyret har vedtatt overtakelse av to nye legesentre. I denne prosessen styrkes den administrative ressursen med en teamkoordinatorstilling
- Det tas initiativ til å lage en struktur for gjensidig informasjonsdeling mellom fastlegene og kommunen
- I forbindelse med kommunal drift av flere legesenter, gir det grunnlag for utprøving av tiltak knyttet til kvalitets- og utviklingsarbeid

Økt samhandling og mer effektiv drift

Prosjektgruppen ser at det er flere mulige tiltak som kan bidra til økt samhandling og mer effektiv drift og anbefaler at det arbeides videre med følgende:

- Oppgavedeling mellom fastlegetjenesten og andre faggrupper
- Digital samhandling og bruk av nasjonale digitale fellesløsninger
- Samdrift av kommunale legesenter

7.0 Anbefaling

Prosjektgruppen velger kun å gå videre med anbefalinger knyttet til fastlegeordningen. I denne planperioden er det ikke grunnlag for å gå videre med tiltak for kommunale allmennlegeoppgaver og samfunnsmedisin. I planperioden prioriteres tiltak som kan stabilisere fastlegeordningen og bidra til å rekruttere fastleger til Lindesnes kommune.

Prosjektgruppen anbefaler derfor følgende tiltak:

Selvstendig næringsdrivende fastleger

- Midlertidig kommunalt basistilskudd til selvstendig næringsdrivende fastleger med 50% per pasient opptil 1000 pasienter utover statlig basistilskudd, og dersom staten øker basistilskuddet utover årlig prisvekst, reduseres den kommunale basisfinansieringen tilsvarende.
- Etableringsstøtte til næringsdrivende fastleger
- Kompensasjon av tapt arbeidsinntekt for fravær i forbindelse med egen sykdom/barns sykdom for næringsdrivende fastleger inntil 10 dager per kalenderår

Kommunalt ansatte fastleger

- Tilby kommunal ansettelse for fastleger som ikke ønsker næringsdrift.

Generelle tiltak

- Gjennomsnittlig listelengde på 1000 pasienter per fastlege i 100% stilling i full kurativ uke
- Det opprettes en ny fastlegehjemmel når ledig liste-kapasitet nærmer seg 3% av innbyggertallet
- Mulighet for å ha ulike driftsmodeller for fastlegesenter videreføres
- Dagens ordning for daglegevakt videreføres, men bør evalueres ved rullering av planen
- Det søkes på aktuelle tilskuddsordninger

Fremover bør det arbeides videre med følgende:

- Oppgavedeling mellom fastlegetenesten og andre faggrupper
- Digital samhandling og bruk av nasjonale digitale fellesløsninger
- Samdrift av kommunalt driftet legesenter

Vedlegg

Vedlegg 1: Lover, forskrifter, avtaler og nasjonale føringer

Helse - og omsorgstjenesteloven fastsetter kommunens overordnede ansvar for denne typen tjenester til alle som oppholder seg i kommunen, herunder fastlegeordning og legevakt.

Helse - og omsorgstjenesteloven pålegger kommunene å ansette en eller flere kommuneleger som bl.a. skal være medisinskfaglige rådgivere for kommunen.

Loven pålegger også kommunene å planlegge, gjennomføre og evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med lovkrav.

Pasientenes og brukernes rettigheter til helse - og omsorgstjenester er regulert i **pasient- og brukerrettighetsloven**. Formålet er å sikre lik tilgang til helsetjenester uavhengig av alder, kjønn, bosted og status.

Akuttmedisinforskriften regulerer kommunenes plikt til å sikre at befolkningen ved behov for øyeblikkelig hjelp mottar forsvarlige og koordinerte akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Dette skjer hovedsakelig gjennom den kommunale legevaktordningen.

Fastlegeordningen er også regulert gjennom **forskrift om fastlegeordning i kommunene** og **forskrift om pasient - og brukerrettigheter i fastlegeordningen**.

Fastlegeordningen er i tillegg basert på et **avtalesamarbeid mellom kommunene og legeforeningen**. ASA 4301 Statsavtalen, ASA 4310 Rammeavtalen og SFS 2305 Særavtale mellom Kommunenes sentralforbund (KS) og Den norske lægeforening (DNLF) regulerer forholdene mellom kommunen og legene i fastlegeordningen.

Det inngås også **individuelle avtaler** mellom kommunen og den enkelte fastlege som konkretiserer og utfyller rammeavtalen.

Folkehelseloven gir kommune plikt til å fremme befolkningens helse, trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold. Videre plikter kommunen å bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, utjevning av sosiale helseforskjeller og til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen.

Folkehelseloven pålegger også kommunene å ha nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse for å ivareta oppgaver iht. loven. Dette gjelder blant annet rådgivning i kommunens folkehelsearbeid og utøvelsen av hastekompetanse innen miljørettet helsevern, smittevern og beredskap.

Smittevernlovens formål er å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved å forebygge dem og motvirke at de overføres i befolkningen, samt motvirke at slike sykdommer føres inn i Norge eller føres ut av Norge til andre land. Loven utdyper også oppgaver som er tillagt kommunelegene.

Enhver helseinstitusjon, herunder sykehjem, er i følge **forskrift om smittevern i helsetjenesten** pålagt å ha et infeksjonskontrollprogram som er tilpasset institusjonen. Dette skal utgjøre en del av institusjonens internkontrollsystem.

Helsepersonelloven stiller krav om forsvarlig yrkesutøvelse for helsepersonell .

Kvalitetsforskriften skal sikre kvalitet på helse-/legetjenester gjennom individuelle, fleksible og helhetlige løsninger.

I **forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten** stilles bl.a. krav om at leger som ansettes i eller inngår avtale med kommunen fra 1. mars 2017 må være spesialister i allmennmedisin eller under spesialisering.

Forskrift om internkontroll pålegger kommunen å ha systematiske tiltak i form av innarbeidede rutiner som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i sosial - og helselovgivningen. Det skal klart framgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt. Forskriften pålegger kommunen å utføre risiko - og behovsvurderinger, for eksempel for legetjenester i sykehjem. Kommunen må bl.a. ha et system for håndtering av avvik for læring og forbedring.

I tråd med **forskrift om habilitering og rehabilitering** skal tjenester som inngår i kommunens helsetjeneste integreres i et samlet tverrfaglig rehabiliterings-/habiliteringstilbud. Tilbudet skal gis uavhengig av boform.

Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons – og skolehelsetjenesten regulerer også legetjenesten ved helsestasjons- og skolehelsetjenesten

I tillegg til de nevnte lover og forskrifter er det de siste årene blitt publisert flere rapporter som viser ulike sider ved dagens fastlegeordning:

- Rapport: Kommunal legetjeneste – kan den ledes?
- Rapport: Fastlegers tidsbruk
- Rapport: Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen
- NOU 2015: 17 Først og fremst

Vedlegg 2: Ordforklaring

ALIS avtale er en avtale alle leger som spesialiserer seg i allmennmedisin kan inngå med kommunen om særskilte tiltak som bidrar til forutsigbarhet og trygghet i tiden spesialistutdanningen pågår. Avtalen inneholder tiltak og oppfølging i spesialiseringsløpet som kommer i tillegg til det legen har krav på som følge av Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften).

Basistilskudd er et tilskudd fastlegen får fra kommunen for å drive praksis. Størrelsen på tilskuddet er avhengig av listestørrelsen.

Deleliste:

Dersom legen planlegger å avvikle praksisen sin, kan vedkommende dele fastlegelisten med en annen fastlege ved samme legekontor for en periode.

Egenandel er den økonomiske andel en person dekker selv i forbindelse med en tjeneste som for øvrig er dekket på annen måte.

Fastlege er en lege som inngår avtale med en kommune om deltakelse i fastlegeordningen, uavhengig av om legen er ansatt i kommunen eller er selvstendig næringsdrivende.

Fastlegeavtale er en individuell avtale som inngås mellom kommune og den enkelte fastlege.

Helsehjelp er handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell.

LIS er forkortelse for lege i spesialisering. I den nye spesialiseringsordningen som gjelder for alle leger er det tre deler; del 1 (LIS1) er det som tidligere ble kalt turnuslege (1 år på sykehus og ½ år i kommunehelsetjenesten), del 2 gjelder bare for sykehusspesialiteter, del 3 (LIS 3) i allmennmedisin varer i minst 5 år etter ferdig LIS1. Det er krav om LIS1 for å jobbe i kommunehelsetjenesten og som fastlege.

Listeinnbygger/listepasient er en person som er tilknyttet en fastlegeliste.

Liste uten fast lege er en liste uten fast lege som betjenes av vikar eller andre leger ved legekantoret. I tilfeller der fastlegen har sluttet og det ikke er rekruttert ny fastlege, må en i en periode ha liste uten fast lege.

Listelengde angir hvor mange pasienter fastlegen har ansvar for.

Listetak angir maks grensen for hvor mange pasienter fastlegen har på pasientlisten sin.

Offentlig refusjoner (Helfo refusjoner) er en refusjonsordning for de som utfører behandling med refusjon fra Helfo, og kan kreve refusjon på bakgrunn av aktuelle takster og regelverk.

Primærhelsetjeneste er helsetjeneste som ytes i kommunen.

Primærhelseteam (PHT) I primærhelseteamordningen jobber flere helsepersonellgrupper i team om pasientene. Fastlegen er leder av teamet.

Primærlege og allmennlege er begreper som brukes om hverandre og betyr leger som jobber i primærhelsetjenesten (dvs. i kommunehelsetjenesten), og som skal ha en bred og generell kunnskap om vanlige sykdommer og alminnelige helseutfordringer.

Spesialisthelsetjeneste er helsetjeneste som ytes i sykehus/poliklinikk/avtalespesialister.

Spesialisthelsetjenesten har ansvar for å gi helsehjelp som krever spesialisthelsetjenestekompetanse, mens kommunen skal sørge for all annen helsehjelp.

Spesialist i allmennmedisin er en allmennlege som har gjennomført et definert spesialiseringsløp i allmennmedisin og blitt godkjent av helsedirektoratet etter definerte kriterier.

8.2 avtale (ref ASA 4310):

Avtale om at kommunen stiller med kontor, utstyr, hjelpepersonell mv. Dersom legen mottar ytelser fra kommunen skal legen refundere kommunens utlegg i sin helhet, med mindre kommunen av rekrutteringshensyn o.a. for et avtalt tidsrom aksepterer redusert innbetaling. I vår kommune er Vigeland legesenter kommunalt drevet. Næringsdrivende leger betaler en fastsatt sum i "leie". Dette beløpet utgjør mer enn basisgodtgjørelsen, men mindre enn de faktiske utgifter til drift.

Vedlegg 3: Fakta tabell om fastlegeordningen i Lindesnes kommune

Legesentre	5
• Privat drevne legesentre	2
• Kommunalt drevne legesentre	3
Fastlegehjemler/fastleger	24
• Fastleger som er selvstendig næringsdrivende	14
• Fastleger som er kommunalt ansatt	6
• Fastlegehjemler som mangler fast fastlege	4
• Årsverk fastleger fratrukket kommunal stilling	22,65
• Snittalder	44,6 år
• Andel kvinner/menn (inkludert deleliste, eks. ledige hjemler)	11/9
Totalt listetak	22790
• Innbyggere	23147
• Underdekning ift. innbyggere	357
• Korrigert pasientliste *	1006
Kommunale legestillinger (årsverk)	4,85
• Kommuneoverleger	1,3
• Sykehjemsleger (inkludert korttidsavdelinger)	2,4
• Skoleleger og helsestasjonsleger	0,75
• Fengselslege	0,4

* Totalt pasientliste/Antall årsverk fastlegehjemler, fratrukket kommunal bistilling





LINDESNES
KOMMUNE

Post: Nordre Heddeland 26, 4534 Marnardal
E-post: post@lindesnes.kommune.no
Telefon: 38 25 70 00

Høyreklikk på denne figuren
og velg “Sett inn bilde”
for å sette inn eller
endre bilde og grafikk