



**ULLENSAKER**  
KOMMUNE

**2019**  
**-29**

**PLAN FOR LEGETJENESTEN**  
**ULLENSAKER KOMMUNE**

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Formål</b> .....	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>Status for legetjenesten i Ullensaker kommune</b> .....	<b>3</b>
3.1	<i>Fastlegeordningen</i> .....	3
3.2	<i>Sykehjem og rehabilitering</i> .....	5
3.3	<i>Helsevern - Fengselshelsetjenesten</i> .....	5
3.4	<i>Helsevern - rus og psykiske lidelser</i> .....	5
3.5	<i>Forebyggende helse</i> .....	5
3.6	<i>Bolig med bistand</i> .....	6
3.7	<i>Tildelingsenheten</i> .....	6
3.8	<i>Legevakt</i> .....	6
3.8.1	<i>Daglegevakt</i> .....	6
3.8.2	<i>Interkommunal legevakt</i> .....	6
3.9	<i>Vaktansvar etter IHR forskriften ved OSL Gardermoen</i> .....	7
3.10	<i>Kommunale øyeblikkelig hjelp døgnplasser (KØH)</i> .....	7
3.11	<i>LIS 1</i> .....	7
3.12	<i>Samfunnsmedisinsk kompetanse</i> .....	7
<b>4</b>	<b>Kompetanse og kvalitet i den kommunale legetjenesten</b> .....	<b>8</b>
4.1	<i>Kommunens ansvar for kvalitet i den kommunale allmennlegetjenesten</i> .....	8
4.2	<i>Kommunens generelle ansvar for kompetanse og spesialistutdanning av leger</i> .....	8
<b>5</b>	<b>Velferdsteknologi – digitalisering og videokonsultasjoner</b> .....	<b>8</b>
<b>6</b>	<b>Framtidig organisering av fastlegetjenesten i Ullensaker</b> .....	<b>9</b>
6.1	<i>Hvor bør nye legesenter etableres?</i> .....	9
6.2	<i>Dimensjonering</i> .....	10
6.3	<i>Fremtidens økte krav til pleie- og omsorgstjenester i hjemmet</i> .....	10
6.4	<i>Ledelse og styring av fastlegeordningen og kommunal legetjeneste</i> .....	11
6.4.1	<i>Hvordan videreutvikle og forbedre ledelsen av fastlegeordningen i Ullensaker</i> 12	
6.5	<i>Modeller for opprettelse av nye fastlegehjemler</i> .....	12
6.5.1	<i>Privat næringsdrift: Nye null hjemler med selvstendig næringsdrivende leger</i> ..	12
6.5.2	<i>Varianter av næringsdrift:</i> .....	13
6.5.3	<i>Fastlønnede leger i et kommunalt drevet legekantor</i> .....	13
6.5.4	<i>Varianter av fastlønn</i> .....	14
6.6	<i>Diskusjon</i> .....	14
6.7	<i>Konklusjon</i> .....	16
<b>7</b>	<b>Strategiske valg i perioden</b> .....	<b>17</b>
<b>8</b>	<b>Referanser</b> .....	<b>18</b>
	<b>Vedlegg</b> .....	<b>19</b>
<b>I.</b>	<b>Legetjenester og ansvar sykehjem 2018 – behov 2019</b> .....	<b>19</b>
<b>II.</b>	<b>Behov for lege forebyggende helse</b> .....	<b>20</b>
<b>III.</b>	<b>Regelverk</b> .....	<b>22</b>
<b>IV.</b>	<b>Kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten</b> .....	<b>25</b>
<b>V.</b>	<b>Detaljer geografisk plassering nye legekantor</b> .....	<b>26</b>
<b>VI.</b>	<b>Høringsinnspill</b> .....	<b>27</b>
i.	<i>Ullensaker ungdomsråd</i> .....	27
ii.	<i>Eldrerådet i Ullensaker kommune</i> .....	27
iii.	<i>Det kommunale rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne (KRMNF)</i> .....	28
iv.	<i>Personvernombudet</i> .....	29
v.	<i>Allmennlegeutvalget (ALU)</i> .....	31

## 1 Innledning

Ullensaker kommune er en kommune i sterk vekst og hadde per 08.10.2018 37 828 innbyggere. Innbyggerveksten de siste årene er en utfordring for den kommunale legetjenesten med tanke på å tilby både kvalitet og være dimensjonert for befolkningsutviklingen. Plan for kommunal legetjeneste 2019-2029 skal bidra til å sikre en velfungerende og riktig dimensjonert kommunal legetjeneste, slik at innbyggerne i Ullensaker har tilgjengelige legetjenester med høy faglig kompetanse i alle faser av livet innenfor alle tjenesteområder.

Dette er i tråd med rammeavtale mellom KS og DNLF (ASA 4310) punkt 6.2: «*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 LIS 1 mv. Kommunen skal utarbeide plan for legetjenesten i kommunen. Planen skal rulleres og forelegges samarbeidsutvalget til vurdering og uttalelse.*»

Planen gir en overordnet oversikt over tjenesteområdene innen legetjenesten i kommunen. Dette omfatter: Fastlegeordningen, sykehjemslegeordningen, helsestasjonslegetjenesten, legevakt, samfunnsmedisinske tjenester, legetjenester knyttet til øyeblikkelig hjelp døgnopphold og LIS 1 ordningen. Fokuset vil være på tiltak for å møte framtidige utfordringer i helsetjenesten, med vekt på planleggingen av fremtidig fastlegetjeneste, etableringen av nye legekontorer og mulige organisasjonsformer.

Planen er sendt til høring til Samarbeidsutvalget med fastleger (SU), allmennlegeutvalget (ALU), alle enhetsledere i Hovedutvalget for helsevern og sosial omsorg, kommunaldirektør for organisasjon og utvikling, kommuneoverlegene Øvre Romerike, Eldrerådet, Kommunalt råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne, Ungdomsrådet og personvernombudet.

Etter høringsprosessen er det tilkommet følgende i planen:

- Omtale av videkonsultasjon på fastlegekontor
- Ført inn oppdaterte tall for ledige plasser hos fastlegene per januar 2019
- Omtale av mulighetene for å etablere fastlegekontor ved LHL sykehuset og videre utredning av dette.

## 2 Formål

Formålet med planen er å danne grunnlaget for å utvikle en robust og bærekraftig legetjeneste med høy kvalitet innenfor alle tjenesteområder i Ullensaker kommune, samt å bidra til at kommunen håndterer veksten på en forsvarlig og godt planlagt måte. Befolkningsøkning, helsetilstanden og alderssammensetning vil medføre et økende behov for legetjenester både i fastlegeordningen og kommunale helsetjenester. I tillegg skal planen være med på å sikre befolkningen tilgjengelige legetjenester med høy faglig kompetanse, i alle faser av livet.

## 3 Status for legetjenesten i Ullensaker kommune

### 3.1 Fastlegeordningen

Ullensaker kommune har, per oktober 2018, 34 fastlegehjemler fordelt på 7 legesentra (2 på Kløfta og 5 på Jessheim) i tillegg til en LIS 1-lege. Av disse 34 legene er 17 spesialister i allmenntilleggsmedisin og 1 er spesialist i øre-, nese- og halssykdommer. 16 er kvinner og 18 er menn. Listelengdene varierer mellom 800 og 1 400 pasienter. Gjennomsnittlig listestørrelse er 1 173. Totalt antall pasienter på listene i Ullensaker er 41 100. Dette betyr at legene i Ullensaker har mange gjestepasienter fra andre kommuner.

Fordeling av hjemlene og ledig listekapasitet pr. 10.01.2019 i Ullensaker kommune er oppsummert i tabellen under. Den viser at det er 1380 ledige listeplasser fordelt på 5 legehjemler. Disse er lokalisert ved 2 legesentre på Kløfta og 2 på Jessheim.



Legesenter	Antall hjemler	Ledig listekapasitet Pr januar 2019	Antall pasienter totalt
Kløfta legesenter, Kløfta	7	1117 (hvorav 1 114 i en hjemmel)	9000
Romerike, Kløfta	3	145 (2 hjemler)	3 200
GMS legekantoret, Jessheim	8	10	8100
Jessheimlegene, Jessheim	5	1	7 300
Solli klinikk, Jessheim	6 + LIS 1	0	5500
Sundbytunet legekantor, Jessheim	2	0	3 000
Bylegene, Jessheim	3	107 (1 lege)	3 800
<b>Totalt</b>	<b>34</b>	<b>1380</b>	<b>39 900</b>

### Utfordringsbilde

Ullensaker kommune er forpliktet til å ha tilstrekkelige antall fastlegehjemler som til enhver tid gir alle innbyggerne tilgang på allmennlegetjenester. I tillegg skal det være reell mulighet for å bytte lege dersom en innbygger ønsker det. For å ivareta den reelle byttemuligheten, bør det være ledige plasser hos en fastlege ved hvert legekantor. Dersom dette ikke er mulig å oppfylle, bør det være ledige plasser i samme geografiske region. Det bør også til enhver tid være ledig hos leger av begge kjønn i kommunen. Med en forventet befolkningsvekst på ca. 1 100 innbyggere i 2019, vil ikke lenger byttemuligheten være reell.

Fastlegetjenesten i Norge er under press, blant annet grunnet stor arbeidsbelastning på legene. Med mange slitne leger, kan det forventes at flere leger kommer til å ønske seg reduksjon i sine lister. Kommunen er da ansvarlig for at det er nok ledige listeplasser til at innbyggerne kan få plass på en ny liste, samt at det er plass til nye innbyggere. Inntil nå har allerede to leger i Ullensaker søkt om reduksjon i listelengde.

Tabellen under illustrerer hvor raskt dagens ledige listeplasser fylles og at det ikke lenger er en reell mulighet til å bytte fastlege (oppdatert per jan.2019):

Tidspunkt	Antall ledige listeplasser	Antall ledige leger	Antall på venteliste hos leger med full liste
Juni 2018	<b>1 640</b> (hvorav 1 167 en lege)	<b>13</b> (5 legesentre)	<b>558</b>
August 2018	<b>1 631</b> (hvorav 1 155 en lege)	<b>8</b> (5 legesentre)	<b>699</b>
Oktober 2018	<b>1 569</b> (hvorav 1 133 en lege)	<b>3</b> (2 legesentre, begge på Kløfta)	<b>855</b>
Januar 2019	<b>1 380</b> (hvorav 1 114 en lege)	<b>3</b> (2 legesentre Kløfta, ett Jessheim)	<b>974</b>

### 3.2 Sykehjem og rehabilitering

Kommunen har tre bo- og aktivitetssentre: Gjestad, Gystadmyr og Kløfta. Tabellen i vedlegg I viser legedekningen på disse per i dag.

#### Utfordringsbilde

- Det er ikke legeressurser nok til å kunne dekke opp for ikke planlagt fravær. Ved planlagt fravær og ferie tilstrebes ansettelse av vikarer som dekker flere avdelinger. Dette er ofte medisinske studenter med midlertidig lisens.
- Det er i dag ikke et organisert system for kompetanseheving og fagutvikling. Det gjør at kommunen ikke vil kunne tilfredsstille kravene i henhold til kompetansekravforskriften og kravet til spesialisering i allmenmedisin.
- Lav stillingsprosent medfører at det er ukedager uten legedekning.
- Det foreligger en skjevhet der tilsynsleger har ansvaret for ulike antall pasienter.

### 3.3 Helsevern - Fengselshelsetjenesten

Ullensaker kommune har ansvaret for helse- og omsorgstjenestene i Ullersmo fengsel. Disse skal være likeverdige og en integrert del av den kommunale helse- og omsorgstjenesten og slik sikre at de innsatte får nødvendig hjelp.

Tabellen under viser antall legestillinger på Ullersmo Fengsel:

Antall innsatte	Opprettede stillinger	Behov for stillinger
250	50 % + 50 % + 40 %	0 %

Antall innsatte vil fra midten av 2019 økes til 286 i lukket anstalt og 60 i åpen. Legedekningen anses å være tilstrekkelig også etter dette.

### 3.4 Helsevern - rus og psykiske lidelser

Behandlingsansvarlig lege er enten fastlegen eller behandlende lege i spesialisthelsetjenesten. Kommuneoverlegen konsulteres som medisinsk faglig rådgiver i saker der det er behov.

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) styrkes ved at avdeling for rus og avhengighet (ARA) får egen lege og har ansvar for medisiner, samt at ARA Grorud (kompetansesenter for LAR) har egen lege. Dermed er det ikke behov for å styrke det i kommunal regi.

### 3.5 Forebyggende helse

Forebyggende helse består av flere fagområder. I diverse veiledere, retningslinjer, forskrifter og lover skal/anbefales det at disse dekkes medisinsk faglig av lege:

- Helsestasjon barn 0-5 år (HS),
- Skolehelsetjenesten (Skole) 6 -16 år barn og ungdomsskole, videregående skole 16-20 år
- Helsestasjon for ungdom (HFU),
- Ressurssenter for Migrasjon (RFM),
- Smittevernsarbeid (pr d.d. tuberkulose ),
- Reisevaksiner,ing,
- Jordmortjenesten (svangerskap-nyfødt og barsel).

Avdelingen har, per august 2018, to leger i henholdsvis 100 og 40 prosent stilling. Legeressursen benyttes i helsestasjon 0-5 år og i helsestasjon for ungdom.



### **Utfordringsbilde**

Disponibel legeressurs i forebyggende helse samsvarer ikke med behovet skissert for medisinsk faglig ansvar og utøvelse beskrevet i forskrifter og nasjonale faglige retningslinjer. Som følge av lovkrav og forskrift er behovet for økt legedekning 90 prosent. Etter sterkt anbefaling i veileder er behovet for økning 100 prosent. Ønsket økt legeressurs er i tillegg 30 prosent. Det er lyst ut 60 prosent legestilling i prosjekt som kun gjelder for 2019. Detaljer rundt behov for lege ved hver avdeling fremgår av tabell i vedlegg II. De oppgitte tall har ikke tatt høyde for befolkningsveksten i årene fremover.

### **3.6 Bolig med bistand**

Enhetens brukere er hjemmeboende, og ivaretas av fastlegen. Barn på avlastningen ivaretas også av fastlege, og foreldrene er ansvarlige for oppfølging av barnets helse. Avdelingen bistår etter ønske og behov. Det er ikke pålagt legetjeneste ved enheten per i dag, selv om avlastningen er definert som institusjon.

### **3.7 Tildelingsenheten**

Tildeling har ikke egen legeressurs. Enheten samarbeider med sykehjemslegene og fastlegene ved behov i saker der det er nødvendig å drøfte med lege. I tillegg konfererer og samarbeider enheten med kommuneoverlegen i krevende saker, særlig overfor 2. linjetjenesten.

### **Utfordringsbilde**

Enheten har behov for en fast dag pr uke med lege for saksdrøftinger og deltakelse i tverrfaglig møter. Dette vil sikre medisinsk faglig kompetanse i bruker- og pasientsaker. Det er naturlig at dette er innenfor kommuneoverlegens kompetanseområde.

### **3.8 Legevakt**

#### **3.8.1 Daglegevakt**

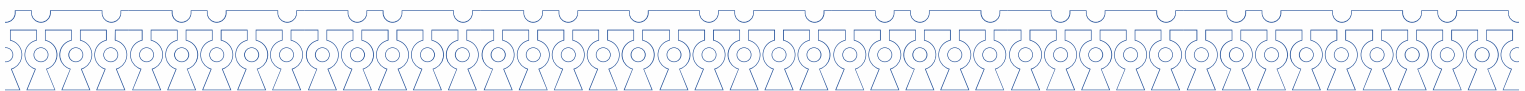
5 dager i uka drifter Ullensaker kommune Jessheim daglegevakt fra kl. 08.00 til kl. 16.00. Daglegevakten har avtale med 6 leger som deler på dagvaktene: 3 er fastleger i Ullensaker, 2 er fastleger i annen kommune og 1 er sykehjemslege i Ullensaker. Daglegevakten betjener til enhver tid akutthelsehjelp til alle som oppholder seg i kommunen. OSL med sine omkringliggende næringsvirksomheter og antall reisende gir økt pågang på legevakten. I tillegg er det en medisinsk faglig ansvarlig lege i 80 prosent fast stilling for legevakten og KØH avdelingen. Vedkommende jobber hovedsakelig administrativt, men også utøvende både på KØH og legevakten ved behov.

#### **3.8.2 Interkommunal legevakt**

Den interkommunale legevakten er et samarbeid mellom kommunene Gjerdrum, Hurdal, Nannestad, og Ullensaker. Ullensaker er arbeidsgiver og vertskommune. På legevakta arbeider det 28 leger i lik turnus, over 28 uker. Alle har arbeidsavtale med Ullensaker kommune.

### **Utfordringsbilde**

Legevakten har hatt et økende antall konsultasjoner de siste årene. Det er utfordrende å få fastleger til å delta i legevaksarbeidet. Fra 2015 har alle nyansatte fastleger blitt tilpliktet legevakt. På grunn av det stadig økende antall pasienter ble det forsøksvis innført "prøve turnus" fra 01.07.18 til 30.09.18 med 1 ekstra lege (totalt 2 leger) i helgene og helligdager i tidsrommet med størst trykk. I tillegg er det en tredje lege i bakvakt som kan tilkalles. Erfaringene med dette er gode. Ordningen er lagt inn i forslag til budsjett 2019. Fastlegene oppfatter nattevakter som ekstra belastende. Det lyses i oktober ut 2 stk. 60 prosent stillinger for fast ansatte leger på legevakten for natt på hverdager. I helgene er det tenkt å beholde våre legevakts leger, siden det ikke er så mange vakter per år.



### 3.9 Vaktansvar etter IHR forskriften ved OSL Gardermoen

Ullensaker kommune har ansvar for en vaktordning for kommuneoverleger for å oppfylle vilkårene i IHR forskriften. Se vedlegg III i for mer informasjon om IHR forskriften og ansvar.

### 3.10 Kommunale øyeblikkelig hjelp døgnplasser (KØH)

Det er opprettet 6 interkommunale øyeblikkelig hjelp sengeplasser. Ullensaker er vertskommune for avdelingen. Deltagende kommuner er Gjerdrum, Hurdal, Nannestad og Ullensaker. Avdelingen har fast ansatt lege i 50 prosent på dagtid. Det er et vaktteam på 8 leger (5 fastleger, 2 institusjonsleger og 1 sykehus/i spesialisering allmenntilleggsmedisin) som dekker alle hverdager fra kl. 16.00 til kl. 22.00, helg/høytid fra kl.10.00 til kl. 22.00. Disse er rekruttert fra alle 4 samarbeidende kommuner. Det er 1 fast ansatt lege i 80 prosentstilling som medisinsk faglig ansvarlig for legevakten og KØH avdelingen.

### 3.11 LIS 1

I dag er det en LIS 1 lege (tidl. turnuslege) i Ullensaker. Legen er plassert på Solli klinikk. Siden 01.09.2018 er det nye regler for spesialisering av leger. Dette innebærer at kommunen er delegert et betydelig økt ansvar for kvalitetssikring av og godkjenning av LIS 1 legens tjeneste i kommunen. I vedlegg IV fremgår opplysninger om nye krav til spesialisering.

### 3.12 Samfunnsmedisinsk kompetanse

Ullensaker kommune har to kommuneoverleger, i henholdsvis 100 prosent og 40 prosent stilling. Disse skal ivareta oppgaven som medisinsk faglig rådgiver innen alle fagområder i kommunen. Kommuneoverlegene er plassert i stab til kommunaldirektør for helsevern og sosial omsorg.

Kommuneoverlegen er delegert fag- og myndighetsutøvelse innenfor fagområdene:

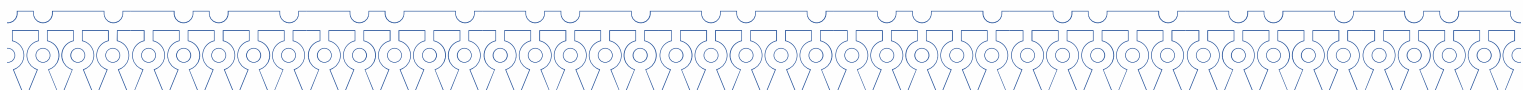
- Smittevernansvarlig,
- Miljørettet helsevern,
- Psykisk helsevern,
- Helsemessig og sosial beredskap:
  - Rådmannens krisestab,
  - Kommunens representant i Sikkerhets og beredskapsutvalget OSL,
- Ansvarlig for organisering og administrasjon av fastlegeordningen og LIS 1,
- Ansvarlig for styring og drift av kommuneoverlege vaktordningen etter IHR ved OSL Gardermoen,
- Samfunnsmedisinsk rådgivning i kommunens folkehelsearbeid.

### Utfordringsbilde

Det er per i dag:

- Ikke tilstrekkelig ressurser til strategisk og langsiktig utviklings- og planarbeid og faglige fordypninger,
- Sårbar stedfortrederordning ved planlagt og ikke planlagt fravær,
- Ikke tilstrekkelige ressurser til aktivt å delta i folkehelsearbeidet,
- Ikke ressurser til å møte de nye kravene i Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften) og forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Vedlegg IV),
- Manglende ressurser til ledelse og oppfølging av fastlegeordningen,
- Ikke reforhandlet noen kontrakter med fastleger siden de ble signert
- Ikke gjennomført noen årlige styringssamtaler med den enkelte fastlege,
- Ikke praktisk mulig å la kommuneoverlege avvikle 4 måneders studiepermisjon etter 5 års samfunnsmedisinsk tjeneste (SFS 2305 § 11.4).

For å imøtekomme disse utfordringene anslås ressursbehovet for kommuneoverlege til å være 2 stillinger i 100 prosent.



## 4 Kompetanse og kvalitet i den kommunale legetjenesten

### 4.1 Kommunens ansvar for kvalitet i den kommunale allmennlegetjenesten

I følge fastlegeforskriftens § 7: « skal kommunen sørge for at befolkningen gis et forsvarlig tilbud av allmennlegetjenester, hvor fastsatte kvalitets- og funksjonskrav i fastlegeordningen overholdes, jf. Kapittel 4.» Videre skal kommunen sørge for at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Kommunens ansvar gjelder for fast ansatte leger og næringsdrivende leger. Dette understreker betydningen av at kommunen kvalitetssikrer at det er tilstrekkelig med ressurser til å drifte og lede fastlegeordningen.

### 4.2 Kommunens generelle ansvar for kompetanse og spesialistutdanning av leger

Siden 01.03.17, og iht. forskrift om kompetansekrav for leger, skal alle kommunalt ansatte leger og fastleger være godkjent spesialist i allmennmedisin, under spesialisering i allmennmedisin eller allerede godkjent allmennpraktiserende lege.

Fra 01.03.2019 skal kommunen sende inn til Helsedirektoratet en overordnet plan for hvordan nye ansatte leger skal oppnå læringsmålene i spesialitetskravene i allmennmedisin eller for kommuneoverlege i samfunnsmedisin. I tillegg skal hver enkelt lege få utformet en individuell utdanningsplan. Kommunen blir ansvarlig for både veiledning og supervisjon. For detaljer, se vedlegg nr. IV.

Det er kommuneoverlegenenes vurdering at allerede ansatte kommunale leger (ikke fastleger) bør få tilbud om samme spesialiseringssløp som de som er ansatt etter 1. mars 2017 for å sikre likebehandling og et godt kollegialt arbeidsmiljø. Ved å etablere et godt videreutdannelsesløp for ansatte leger, anses dette å være et godt rekrutterende tiltak og ett viktig tiltak for faglig kvalitet i tjenestene og for pasient- og brukersikkerheten. Dette vil kreve godt organiserte stedfortrederordninger.

## 5 Velferdsteknologi – digitalisering og videokonsultasjoner

Det er viktig å sikre kommunikasjonen mellom kommunale helsetjenester og fastlegekontorene. Fastlegekontorene har tre forskjellige systemer for elektronisk pasientjournal (EPJ), og kommunen har sitt eget system. Det er derfor en utfordring å sikre at alle parter kan kommunisere seg i mellom. Legenes systemer kan på nåværende tidspunkt ikke kommunisere seg i mellom elektronisk.

Kommunikasjonen mellom kommunal helsetjeneste og fastlegekontorene sikres i dag med elektroniske pleie og omsorgsmeldinger (PLO-meldinger). Ikke alle kommunale tjenester er i dag i stand til å kommunisere elektronisk. I 3. kvartal i år er det iverksatt utredning av hvordan få til en slik kommunikasjon mellom helsestasjoner og fastleger.

Det er også et problem at PLO-meldinger er meldinger direkte til en bestemt leges innboks. Ikke alle EPJ-systemer har mulighet til å styre enkeltmeldinger til en annen lege ved ferie og fravær. I ett system må man styre over alt eller intet.

Det anbefales at det i 2019 iverksettes arbeid med å kartlegge elektronisk kommunikasjon mellom fastlegenes og kommunens helsetjenester samt hvilke utfordringer som må løses. Det er viktig at disse utfordringene løses raskest mulig. Dette vil bidra til økt pasientsikkerhet og betydelig ressursinnsparing tidsmessig for alle parter. Et eksempel på dette er følgende: Mange aktører i behandlingssystemet kan gjøre endringer i en pasients medisineringsplan. Det er av absolutt nødvendighet at endringer i medisinslisten til enhver tid er oppdatert og tilgjengelig for alle parter.

Statistikk fra Sverige viser en stor vekst i videobaserte legetjenester. I Sverige har antall videobaserte legekonsultasjoner i løpet av siste to år steget fra null til 31 846 i måneden. Private



leger tilbyr videobaserte konsultasjoner også i Norge. Erfaringene fra Sverige og forskning ved Oslo legevakt tyder på at bruken også vil øke betydelig i Norge (Aftenposten 14.11.2018, kronikk Ida Aalen og Svein Willassen). Dette kan representere en trussel mot den norske fastlegemodellen ved at befolkningen endrer sin bruk av legetjenester bort fra fastlegen og over til private aktører. Dette vil kunne true fastlegens portvokterfunksjon Forbrukerrådet har funnet at bare 13 av 161 fastlegekontorer som ble undersøkt, tilbyr videokonsultasjoner. Det er grunn til å tro at bruken av videokonsultasjon er et resultat av den gode tilgjengeligheten og mindre bruken av egen personlig tid som dette tilbyr. Som forbruker vil en pasient ønske seg god tilgjengelighet med kort ventetid og minst mulig bruk av personlig tid. I tillegg vil man ha best mulig faglig kvalitet. Den norske befolkning har stor tillit til sin fastlege. Ved å tilby videokonsultasjoner, vil fastlegen effektivt kunne ta opp konkurransen med dette nye tilbudet. Helseminister Bent Høie har i følge Aftenposten kronikk vært tydelig på at fastlegene bør kunne tilby videokonsultasjoner.

Ved nyetablering av et nytt legesenter i Ullensaker kommune bør det utredes mulighetene for og hensiktsmessigheten av at det blir lagt til rette for bruken av videokonsultasjoner.

## 6 Framtidig organisering av fastlegetjenesten i Ullensaker

Ullensaker kommune trenger nye fastleger allerede i 2019. Fastlegeordningen har til nå vært en «selvfinansierende» ordning der kommunen ikke har måttet budsjettere utgifter til drift utover å beregne befolkningsveksten der basis tilskuddene for fastlegene kommer i rammeoverføring.

Siden 2015 har 4 av de etablerte legekantorene, søkt om og fått innvilget en ny fastlegehjemmel. Alle de 7 etablerte legekantorene har i dag ikke plass til flere kolleger med ett unntak. Bylegene har søkt om og fått innvilget en ny fastlegehjemmel med oppstart ut i 2019. Hjemmelen vil bidra til 1 000 nye plasser. Dette vil avhjelpe behovet for nye plasser noe, men er ikke tilstrekkelig for hele året 2019.

Befolkningsveksten i perioden 01.01.2018 – 08.10.2018 har vært på 1 128 netto innflyttede personer. Basert på igangsettelse av boligbygging vil neste årenes innbyggervest kunne anslås til ca. 1 100 personer. Dette innebærer et årlig behov for minst en ny fastlege stilling årlig fremover.

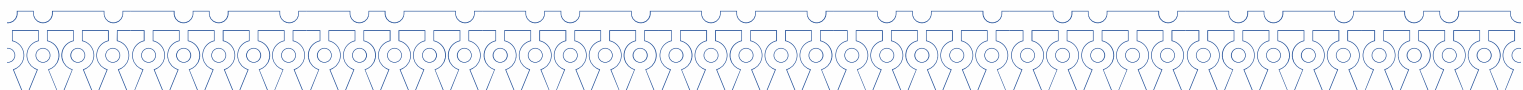
Nye fastleger bør arbeide i kontorfellesskap med andre leger. Dette sikrer faglig fellesskap og gode stedfortrederordninger. Nye legehjemler vil være ALIS (allmennlege i spesialisering). Det er helt nødvendig for kvaliteten i spesialistutdannelsen at flere leger jobber sammen og at minst en lege er spesialist i allmenntmedisin med kompetanse i og oppgave til å veilede de yngre legene.

I arbeidet med å planlegge for flere fastleger, må Ullensaker kommune ta stilling til følgende:

- Skal fremtidige nye fastleger være næringsdrivende eller tilbys kommunal ansettelse. Evt. «hybrid» modell der avlønning består av en fast grunnlønn og prosent andel av inntjening?
- Skal fastleger ha institusjonsarbeid ved kommunale institusjoner i tillegg til å være fastlege?
- Hvor skal nye legekantorer og fastleger etablere sine tilbud?

### 6.1 Hvor bør nye legesenter etableres?

På bakgrunn av at boligutbyggingen i Ullensaker i hovedsak skal foregå på Jessheim og Kløfta bør nye legesenter plasseres der. Gystadmarka, Romsås, Søndre del av Jessheim næringspark (bilbyen) og Gardermoen Campus (LHL/Helsehusområdet) er områder/bydeler i Jessheim som kan være fremtidige lokaliseringalternativer for nye legesenter, i tillegg til Kløfta (for detaljer, se vedlegg V). Mulighetene for lokalisering ved Gardermoen campus blir videre omtalt i kapittel 6.6 Diskusjon.



## 6.2 Dimensjonering

Fastlegetjenesten må dimensjoneres etter kommunens innbyggertall. Stor tilvekst setter økt press på tjenesten. Befolkningsveksten i Ullensaker vil for 2018 være 1 500-1 600 nye innbyggere. På bakgrunn av igangsatt boligbygging, er veksten de kommende årene beregnet til 1 100 nye innbyggere hvert år.

Det er vanskelig å spå hva den fremtidige listelengden til fastlegene vil være fordi:

- Det er dokumentert stor slitasje på fastlegene grunnet stor arbeidsbelastning.
- Det er rekrutteringsproblemer mange steder. Vil dette også ramme Ullensaker?
- Det ble i september oppnådd enighet mellom Legeforeningen og Statsråden om at det skal utredes mulighetene for mindre legelister med økning av betaling per pasient på listen og reduksjon i arbeidsoppgaver.
- Helsedirektoratet har iverksatt en utredning av hvordan fastlegeordningen kan og skal redde. Legeforeningen mener at det må bedre økonomi inn i fastlegeordningen slik at fastlegene kan ha mindre lister.
- Det er stor usikkerhet hvordan myndighetene vil finansiere fastlegeordningen i fremtiden. Dette vil ha innvirkning på hvor mange pasienter den enkelte lege vil ha på sin liste i fremtiden.

Det legges til grunn at dagens gjennomsnitt på 1 100 pasienter per lege er bærekraftig i dagens ordning. Det anmerkes at tallet kan måtte reduseres i fremtiden når myndighetene har gjort sitt utredningsarbeid.

I 2018 har to leger i Ullensaker ønsket å redusere sin listelengde. Det er sannsynlig at enda flere fastleger vil ønske å redusere sin pasientliste grunnet stort og økende arbeidspress. Dette vil forsterke behovet for flere ledige plasser og flere fastleger.

For at valgfriheten for innbyggerne skal bli bedre enn dagens situasjon, bør antall ledige plasser økes allerede i 2019.

Følgende legges til grunn beregning av nye plasser:

- Alle nåværende 34 leger bør ideelt sett ha ledig plass til 30 pasienter.
- Befolkningsveksten per år settes til 1 100.

Da trenger vi i 2019 minst 2 120 i tillegg til dagens ledige plasser. Deretter trenger vi minst 1 ny legehjemmel årlig. Behovet vil øke om legenes lister reduseres enten som følge av nye finansieringsordninger eller stort arbeidspress.

Vi må regne med at mange av disse ledige plassene også vil bli valgt av innbyggere fra våre nabokommuner. Gjesteinnbyggere utgjorde kr 631 328 for 2016 og kr 639 379 for 2017. Denne posten er budsjettetert og gir ikke merinntekter.

Legekantoret Bylegene har søkt og fått innvilget en ny null hjemmel med 1 000 ledige plasser som vil bli etablert ut i 2019. Dette medfører at kommunen har noe tid til utredning av mulige modeller for nye etableringer i første halvår 2019.

## 6.3 Fremtidens økte krav til pleie- og omsorgstjenester i hjemmet

Det forventes de nærmeste årene å bli et økt antall eldre som mottar pleie- og omsorgstjenester i hjemmet i stedet for i institusjon. Vi må også regne med at disse syke hjemmeboende har flere og også mere krevende sammensatte diagnoser, og de vil ha behov for legetjenester. Dette vil forsterke behovet for flere fastleger. Fastlegetjenesten vil måtte organiseres slik at syke hjemmeboende får hjemmebesøk. Samhandlingen mellom fastlege og hjemmetjenesten må styrkes og kvalitetssikres. Bruken av tverrfaglige team må vurderes.



## 6.4 Ledelse og styring av fastlegeordningen og kommunal legetjeneste

Fast ansatte leger i kommunale helseinstitusjoner ledes og styres av sin personalansvarlige enhetsleder. Kommuneoverlegen er delegert ansvaret for fastlegeordningen.

Kommunen har et sørge-for-ansvaret for fastlegeordningen som innebærer at kommunen skal legge til rette for og sikre at fastlegene i kommunen overholder de fastsatte kvalitets- og funksjonskrav som stilles i fastlegeforskriften. Hver fastleges individuelle avtale med kommunen kan reforhandles annet hvert år. Dersom det under en slik reforhandling ikke oppnås enighet, vil den gamle avtalen gjelde inntil enighet oppnås. I Ullensaker kommune er det ikke gjennomført noen reforhandlinger av fastlegeavtaler etter inngåelse. Det er heller ikke gjennomført noen årlige styrings dialog samtaler med fastlegene.

Fastlegeforskriften sier at kommunen skal legge til rette for samarbeid. Ullensaker kommune har etablert følgende samarbeid- og dialogarenaer med fastlegene:

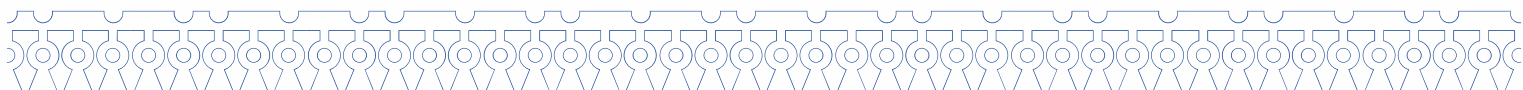
- Møte i Samarbeidsutvalget (SU) 4 ganger årlig, kommuneoverlegen er sekretær for utvalget,
- Møte i Allmennlegeutvalget (ALU) 4 ganger årlig, kommuneoverlegen får 15 minutter til innlegg,
- 2 årlige møter med alle fastlegene (vårmøte og høstmøte),
- Alle ansettelser av ny fastlege utføres i samarbeid med det aktuelle legekontor, og intervjuene utføres på legekantoret,
- Legekantorene inviterer kommuneoverlegen til drøftelse ved aktuelle pasientproblemstillinger og ved interne driftsproblemstillinger.

Det har blitt undersøkt hvordan kommunene utøver sin ledelse av fastlegeordningen. Undersøkelsene viser:

- Det er store forskjeller mellom kommuner når det gjelder organisering, oversikt over styringsdata og oppfølgingsregimer av fastlegene.
- Ledelse av legetjenesten prioriteres ikke på samme måte som andre deler av helse- og omsorgstjenesten, og kommunene tar i liten og varierende grad ansvar for fastlegeordningen.
- Kommunene bruker ikke virkemidler de har gjennom lov og forskrift.
- Kommuneoverlegens rolle, rolleforståelse og myndighet er viktig i den helhetlige ledelse av legetjenesten.
- Styringsinformasjon bør innhentes fra legesentre årlig. De fleste kommuner har verken kapasitet eller kompetanse til å bruke slik styringsinformasjon til faglig utvikling.
- Møtene i Samarbeidsutvalget (SU) må prioriteres, og legene bør følge opp sin møteplikt i Allmennlegeutvalget (ALU).
- Kommunene bør utarbeide en Plan for legetjenesten for å sikre riktig dimensjonering av tjenestene.
- Dagens virkemidler for oppfølging av legetjenesten oppleves å være krevende å håndtere i flere kommuner.
- Det etterlyses flere positive virkemidler i ledelse av fastlegene.
- Fastlegene ønsker tettere samarbeid med kommunen og de ser på kommuneoverlegen som leder av fastlegeordningen.
- Det å lede en yrkesgruppe som er selvstendig næringsdrivende og som vil ha autonomi, er ikke enkelt for kommunen.
- Fastlegene er skeptiske til innblanding i egen praksis. Med økende kompleksitet og flere nye oppgaver i kommunens helsetjeneste, ser mange behov for samarbeid med kommunen på overordnet nivå.

Undersøkelsene viser at kommunene i dag leder og styrer legetjenesten i liten grad. Dette skyldes lav bevissthet om hvordan legetjenesten kan styres, og lite tid og ressurser avsatt hos den kommunale ledelsen til oppgaven. Undersøkelsene kan leses i sin helhet via linkene under:

- [KS rapportnummer R9010, 2016, Kommunal legetjeneste-kan den ledes?](#)
- [Leder kommunen fastlegeordningen? – En kvalitativ studie av kommunens ledelse av fastlegeordningen](#)



#### **6.4.1 Hvordan videreutvikle og forbedre ledelsen av fastlegeordningen i Ullensaker**

Det er ønskelig med en utvikling og forsterkning av ledelsen av fastlegetjenesten. Kravene til å følge opp kompetanse og kvalitet er forskriftsfestet. Det er behov for å gjennomføre regelmessige reforhandlinger av avtaler og årlige styringsdialoger med de enkelte legene. Arbeid med bedret samhandling mellom fastlegene og kommunale tjenester bør være prioriterte områder.

I samhandlingen og ledelse av fastlegetjenesten er det vesentlig å ha tilgjengelig medisinskfaglig kompetanse i fastlegenes arbeidshverdag og drift av legekantor. Det er også viktig med samfunnsmedisinsk kompetanse. Dette ivaretas best ved at kommuneoverlegen er sentralt med i prosessene. Det er også viktig at det er tilgjengelige ressurser til å gjennomføre dette. Dette arbeidet har til nå ikke blitt prioritert i Ullensaker kommune.

I arbeidet med reforhandling av avtaler og årlige styringsdialoger er det viktig med juridisk, forhandlings teknisk- og personalerfaringskompetanse. Det kreves også evnen til å lede høyt utdannede personer. Til dette arbeidet kreves en person dedikert til ledelse og til denne spesifikke oppgaven. Det bør vurderes om en egen personalansvarlig med grundig kompetanse i juss, forhandlinger og personalerfaring bør ha hovedansvaret for disse områdene. I så fall vil kommuneoverlegen kunne bidra med sin medisinskfaglige kompetanse som rådgiver inn i arbeidet.

#### **6.5 Modeller for opprettelse av nye fastlegehjemler**

Opprettelse av nye legesentre forutsetter at flere leger etablerer seg i samme lokale. Faglig forsvarlighet ivaretas best der flere leger arbeider sammen. Dette sikrer stedfortreder funksjoner ved planlagt og ikke planlagt fravær. Det sikrer også en best mulig fagutvikling, veiledning og supervisjon av de yngste legene som er spesialisering. Det bør ved etablering av et legesenter være minst tre leger.

Ved overtakelse av en allerede etablert legepraksis i dag, betaler påtroppende lege «goodwill» til avtroppende lege. I tillegg kan det komme etableringskostnad ved å betale seg inn i kontorfellesskapet. Prisen for overtakelse av en legepraksis er en forhandlingssak mellom selger og kjøper og avhengig av praksisens profil og geografisk beliggenhet. Kostnaden kan være fra få hundretusen kroner til mellom en og to millioner kroner.

I følge Legeforeningen viser en medlemsundersøkelse følgende fordeling på organisering av fastleger (Jan Emil Kristoffersen, Den norske legeforening, foreløpig upubliserte data):

- 79,6 prosent med fastlegeavtale næringsdrivende
- 13 prosent næringsdrivende med 8.2 avtale (kommunen eier lokalene og ansetter helsepersonell)
- 4,9 prosent ren fastlønn
- 3,5 prosent har fastlønn + prosent av refusjoner eller egenandeler som bonus

95 prosent har altså en aktivitetsbasert inntekt. Når legene blir spurt, ønsker 90 prosent seg aktivitetsbasert inntekt enten som næringsdrivende eller som ansatt med bonusordning (Jan Emil Kristoffersen, Den norske legeforening, foreløpig upubliserte data).

Under vil det redegjøres for 4 hovedmodeller for nyetablering av legesentre.

##### **6.5.1 Privat næringsdrift: Nye null hjemler med selvstendig næringsdrivende leger**

Dette innebærer at legene søker på og blir tildelt en hjemmel og etablerer seg som 100 prosent selvstendig næringsdrivende. Legen dekker selv alle utgifter til kontor, utstyr og personale. Det er slik alle fastlegene i kommunen drifter i dag og er hovedmodellen i dagens fastlegeordning. Dette er uten tvil den modellen som innebærer minst økonomiske utgifter for kommunen. Kommunen kan i etableringsprosessen legge til rette for og føringer for å sikre at kontoret etableres



geografisk ønskelig sted og med den kompetansen som kreves for at spesialiseringen er best mulig ivarettatt.

Fordeler:

- Klart billigste modell for kommunen,
- Attraktivt å slippe å betale for overtakelse av eksisterende praksis,
- Med dagens vekst i antall innbyggere vil praksisen raskt kunne bygges opp på 1-3 år.

Ulemper:

- Lite attraktivt på grunn av få inntekter i oppstartsperioden,
- Påtroppende leger må betale for alt i forbindelse med etableringen.

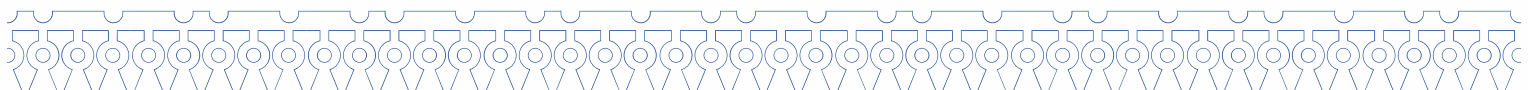
### **6.5.2 Varianter av næringsdrift:**

- **Nye null hjemler med selvstendig næringsdrivende leger der kommunen yter et etableringstilskudd**  
Et tilskudd vil være rekrutterende. Rekrutteringskraften avhenger av tilskuddets størrelse. Erfaringene fra de 4 nye null hjemlene opprettet i Ullensaker siden 2015, er at de i løpet av 2-3 år har fulle lister og ønsker å øke sine lister. Med dagens befolkningsøkning forventes dette å vedvare. Derfor vil det kunne være aktuelt med tilskudd i 1 til 2 års tid. Legen slipper også å kjøpe seg inn i en hjemmel, men må stå for alle investeringene ved etablering av kontor, utstyr og ansatte. Dette vil kunne tenkes å være attraktivt.
- **Nye null hjemler der kommunen holder lokaler, utstyr, medisinske forbruksvarer og hjelpepersonell mot at fastlegene betaler et årlig eller månedlig beløp for dette**  
Denne modellen kan være rekrutterende. Denne modellen anbefales likevel ikke fordi legene og medarbeiderne har ulike oppdragsincentiver. Legene vil ønske å presse inn flest mulige pasienter og flest mulig kontroller, mens medarbeiderne prøver å sette grenser. Modellen kan derfor virke konflikt drivende, og den anses dyr for kommunen.

### **6.5.3 Fastlønnede leger i et kommunalt drevet legekantor**

Fordeler:

- Fast ansatte leger gir kommunen arbeidsgivers styringsrett. Dette betyr en bedre integrering av legene i kommunens organisasjon og bedre muligheter for styring av legene gjennom linjeledelsen. Modellen kan ved riktig styring, sikre et integrert og helhetlig arbeid mellom fastlegens arbeid og de øvrige kommunale tjenestene.
- Fastlønn vil være attraktivt hos leger som ønsker spesialisering i allmenntid medisin og samtidig ønsker å unngå store investeringskostnader ved overtagelse av en etablert praksis. Et legekantor med fastlønnede leger legger godt til rette for kvalitet i spesialiseringen av yngre leger. I en fastlønn stilling er det lettere for den ansatte legen å regulere sin arbeidstid samtidig som sosiale rettigheter følger stillingen. Dette vil være både attraktivt og rekrutterende.
- Ved å ha fastlønnede leger vil kommunen til enhver tid ha en legeressurs tilgjengelig for nye oppgaver som ikke uten videre kan pålegges de næringsdrivende legene.
- Fastlønnede leger er en ressurs i avvikling av planlagt og ikke planlagt fravær hos andre kommunalt ansatte leger. Dette kan spare vikarutgifter disse stedene og bidra til å sikre tilgangen til lege og pasientsikkerheten ved fravær.
- Fastlønnede leger er også en legeressurs for deltagelse i utviklings-, forebyggende og tverrfaglig arbeid.



- Man kan anta at en fastlønnet lege kan bidra til at pasienter med sammensatte helseproblemer får lengre konsultasjoner.
- Ved å legge dagens LIS 1 stilling (turnuslege) til et kommunalt drevet legesenter, kan man spare 990 000 kroner på leie av praksiskontor, lønn og praksiskompensasjon som dagens ordning koster. Dette forutsettes at det ansettes lege med veilederkompetanse for LIS 1 legen.

#### Ulemper:

- Fastlønn innebærer økte kostnader for kommunene. Dette kan oppfattes som at manglende økonomiske incentiver for legene gir for lite inntekter i forhold til driftsutgifter.
- Fastlønn muliggjør mere tidsbruk. Dette er ikke nødvendigvis en tidsbruk som samfunnet ønsker og som er medisinskfaglig begrunnet. Ved næringsdrivende legekontorer har fastlegene en egeninteresse av å drive så hensiktsmessig og effektivt som mulig.
- I samtaler med Moss kommune og tidligere bydelsoverlege i bydel St. Hanshaugen deles dette synspunktet. Moss kommune opprettet to fastlønnstillinger som senere ble omgjort til næringsdrift pga. store driftskostnader.
- Ved å bruke en fastlønnet fastlege til annet arbeid, så medfører dette reduksjon i inntekt fra klinisk arbeid.
- Det kan være en fare for at et fastlønnet legesenter rekrutterer pasienter med mange behov og således utvikler seg til et «sosialmedisinsk senter».
- I Lillehammer kommune lyses det ut i oktober i år to 100 prosent fastlønnede ALIS stillinger og en 100 prosent fastlønnet stilling for spesialist i allmennmedisin for å bemanne et kommunalt drevet legekontor. Disse tre legene er tiltenk å betjene til sammen 2 100 listepasienter. I budsjett for 2019 for drift av dette kontoret (liten inntjening første året) er satt til 5 millioner i underskudd. Dette vil gradvis avta ettersom legene opparbeider sine pasientlister. Dette belyser hvordan drift av en slik modell rent økonomisk vil kunne falle dyrt ut, i hvert fall de første driftsårene under opparbeidelse av pasienter på listene. Det kan neppe forsvares å bruke flere millioner årlig de første årene for å få ledig bare 2 100 plasser.
- Kommuneoverlegen i Grimstad opplyser at han regner med en reel kostnad for en fastlønnet fastlege på ca. 850 000. Grimstad har hatt kommunalt drevet legekontor med fastlønnet lege siden 1996.

#### **6.5.4 Varianter av fastlønn**

Fastlønnede leger i et kommunalt drevet legekontor som gis prosenter av omsetning.

Noen kommuner praktiserer en bonusordning ved at fastlønnede leger får hele eller deler av egenandeler og trygderefusjoner. Dette er tiltak for å øke produktiviteten og effektiviteten.

Kristiansand kommune har en fastlønnet kommunal fastlege som de leier plass til på et privat legekontor. Fastlønn er 600 000. I tillegg er det bonus på 20 prosent av genererte inntekter. Kristiansand er ikke fornøyd med denne modellen grunnet problematikken med å beregne praksisleie til kontoret og at kontoret ikke har incentiver til å holde oppe den kommunale legens produksjon. De uttaler at de vil gå over til enten ren fastlønn eller ren næringsdrift.

## **6.6 Diskusjon**

Ullensaker kommune må ha som overordnet mål å beholde sine allerede etablerte fastleger og være en attraktiv kommune å arbeide i og samt kunne rekruttere nye dyktige fastleger. Når et nytt legekontor opprettes, bør det bestå av minst 3 leger og ha plass til senere utvidelser med 1-3 nye



null hjemler. Minst en lege bør være spesialist for å kunne være veileder for kolleger i spesialisering.

Hverken fastlønn eller andre etableringsmodeller er perfekte driftsmodeller. Ved valg av modell må denne ikke bli for kostbar for kommunen samtidig som brukernes behov og pasientsikkerheten må være best mulig ivarettatt.

Mange kommuner har problemer med å rekruttere fastleger til ledige stillinger, og valget av etableringsmodell påvirker dette. Ullensaker kommune har til nå ikke hatt dette problemet. Konkurransen mellom kommunene med å rekruttere dyktige fastleger forventes å øke fremover. En god lønn i en fastlønnstilling har ofte vært brukt av kommuner med rekrutteringsproblemer.

Det er et pågående generasjonsskifte i legeyrket. Stadig flere kvinner enn menn uteksamineres. Dagens generasjon ny uteksaminerte leger forventes å prioritere sosial forutsigbarhet i sin spesialistutdanning og sitt familieliv ved valg av yrkeskarriere og arbeidsplass. Det er overveiende sannsynlig at yngre leger i fremtiden vil ønske seg en fastlønnordning med et definert velorganisert spesialiseringssløp. Fastlønn er således et sikkert rekrutterende verktøy.

Erfaringer fra fastlønnordning viser at dette kan bli en dyr løsning for kommunen samtidig som det gir et begrenset antall nye fastlegeplasser over tid.

Følgende faktorer er i dag begrensende i forhold til rekruttering til fastlegeyrket:

- Det medfører ofte en stor økonomisk investering å overta etter en selvstendig næringsdrivende lege,
- Arbeidstidundersøkelser viser en betydelig lang og belastende arbeidshverdag,
- Etablering av næringsdrift medfører en et ansvar som arbeidsgiver og merarbeid med hensyn til drift.

Likevel er dagens fastlegeordning, der over 80 prosent av legene er næringsdrivende, en vellykket ordning som gir både stabilitet og fornøyde pasienter.

Fremtidige endringer i sentrale myndigheters finansieringsordninger i fastlegeordningen kan endre forutsetningene for hvilke vurderinger kommunen til enhver tid skal gjøre. Det er gitt signaler i avtale mellom Statsråden og Legeforeningen om at det kan komme økte midler per pasient på en leges liste slik at legene kan redusere sin listelengde. I samme avtale er det signalisert at det vil vurderes om det er oppgaver fastlegene ikke skal måtte utføre. Dette vil medføre et behov for flere fastleger. Det er et argument for fastlønn at legeressursen da blir mere integrert del av det kommunale tjenesteapparatet. Det er samtidig påpekt at kommunene i dag ikke leder sine fastleger godt nok. Det er derfor stor mulighet for at kommunen kan etablere en bedre og forsterket samhandlings- og ledelses struktur i forhold til dagens næringsdrivende fastleger og med dette oppnå en tilfredsstillende integrering av fastlegenes virksomhet.

Det er flere samarbeidsprosjekter innen helseinnovasjon mellom Ullensaker kommune og Landsforeningen for Hjerter- og lungesyke (LHL). Blant annet samarbeider avd. for Plan og næring med LHL om etablering av et helserelatert innovasjonssenter. I denne prosessen er det fremkommet at LHL disponerer mulige lokaler som kan tenkes brukt til et fastlegesenter. Samlokalisering av et mulig fastlegesenter til LHL/Helsehuset vil både styrke utviklingen av hele campus-området, og kunne gi positive synergieffekter for Ullensaker kommune, driften av Helsehuset, LHL og et nytt legesenter.

LHL har uttalt at de vil kunne tilby et legesenter merkantile støttetjenester som resepsjon, IKT, regnskap og kantine dersom det skulle være av interesse for nye fastleger enten fra starten av eller senere. Dette bør utredes som beskrevet i kapittel 7 Strategiske valg i perioden

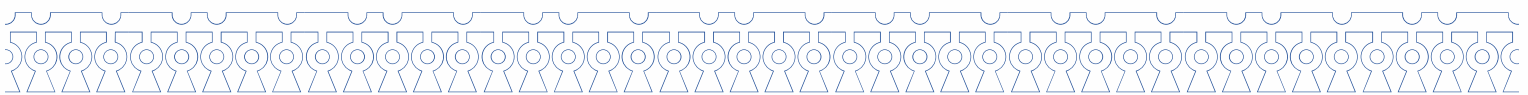
Viktige valg Ullensaker kommune må gjøre, er å velge driftsmodell og lokalisering for etablering av nye fastleger.



## **6.7 Konklusjon**

Opprettelse av et kommunalt drevet legekantor med fastlønnete leger er et viktig rekrutterende tiltak for fremtiden. Det anses likevel i dagens økonomiske situasjon og med dagens finansieringsordninger som et for dyrt tiltak. Samtidig gir dette for få ledige plasser over tid i en kommune som har rask og stor vekst i innbyggertallet. Et slikt tiltak må utredes med hensyn til organisering og økonomi.

Løsningen på flere fastlegeplasser i 2019 best kan løses ved å opprette tre nye nullhemler som samlokaliseres samme sted. Opprettelse av nye null hemler anbefales utredet og opprettet i løpet av 2019. Nye null hemler kan eventuelt også benyttes til kommunal tjeneste inntil 7,5 timer i uken i det første og andre etableringsåret for å sikre en basisinntekt. Eventuelle oppstartstilskudd og lokalisering må også vurderes.

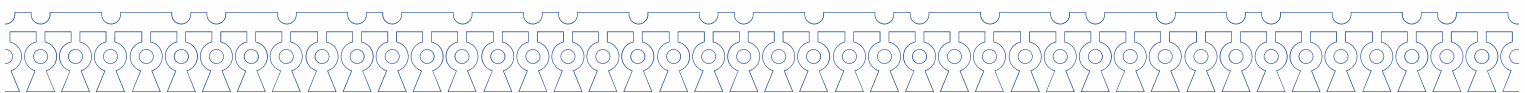


## 7 Strategiske valg i perioden

Tema	Beskrivelse	Ansvar	Tidsfrist
Opprettelse av tre nye null hjemler som samlokaliseres	Utrede geografisk lokalisering generelt, mulighetene for lokalisering til LHL sykehuset, bruk av kommunal deltidsstilling inntil 7,5 timer, økonomiske konsekvenser og eventuelle tilskuddsordninger samt driftsmodeller.	Kommunaldirektør HS/ Næringsrådgiver/ kommuneoverlegene	Juni 2019
Opprettelse av et kommunalt legekontor med fastlønnede leger	Fordeler, ulemper, organisering og økonomi bør utredes for et mulig fremtidig tiltak.	Kommunaldirektør HS	2020
Øke legedekningen i kommunale institusjoner	Utrede eget behov og tilstrebe størst mulig stillingshjemler. Det foreligger ingen nasjonale føringer for hvor mange pasienter en institusjonslege skal ha ansvaret for. Legeforeningen har utarbeidet et forslag til nasjonal legebemanning ved sykehjem: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 uketimer per 3 langtidsplasser, dvs. minst 1 legeårsverk per 90 pasienter</li> <li>• 1,5 uketimer per korttidsplass for opphold av 3–4 ukers varighet, dvs. minst 1 legeårsverk per 20 pasienter</li> <li>• uketimer per 1 rehabiliteringsplass for mer aktiv utrednings-, behandlings- eller rehabiliteringsopphold, dvs. minst 1 legeårsverk per 10 pasienter</li> <li>• 1 uketimer per 2 plasser i spesialavdelinger for demente med atferdsproblemer, dvs. minst 1 legeårsverk per 60 pasienter</li> <li>• 5 uketimer per plass beregnet for palliativ behandling og/eller terminalomsorg, dvs. minst 1 legeårsverk per 6 pasienter</li> </ul>	Enhetsleder aktuelle institusjoner	2019
Øke legedekningen i forebyggende helse	Det utredes og lages en handlingsplan for opptrapping av legetjenesten i forebyggende helse.	Enhetsleder FBU	2019/20
Individuelle utdanningsplaner for leger i den kommunale helsetjenesten	Utarbeides en overordnet plan for hvordan Ullensaker kommune skal sikre legers spesialisering. Det bør også utarbeides maler for gjennomføring og oppfølging av individuelle utdanningsplaner.	Interkommunalt KOL-forum	Juni 2019
Sykehusåret i spesialisering i allmennmedisin	Det utarbeides en samhandlingsstruktur med spesialisthelsetjenesten (fortrinnsvis Ahus) for gjennomføring av obligatorisk sykehustjeneste i spesialiseringen til allmennmedisin.	Interkommunalt KOL-forum	2020
Hvordan skal ledelse av fastlegeordningen organiseres og forbedres?	Må utrede hvor i organisasjon dette arbeidet bør plasseres og kvalitetssikres best mulig. Skal det fortsatt være delegert til kommuneoverlegen, eller ivaretas arbeidet best med en annen struktur? Det bør vurderes om det i dette arbeidet også listes hovedpunkter for ledelse av fastlegeordningen slik som avtalegjennomgang, regelmessig individuelle samtaler, oppfølging av fastlegeforskriftens krav til kvalitet og legetjeneste til det økende antall syke hjemmeboende pasienter.	Kommunaldirektør HS	2020
Kartlegging av utfordringer i digital samhandling	Kartlegge elektronisk kommunikasjon mellom fastlegenes og kommunens helsetjenester samt hvilke utfordringer som må løses. Utrede tilrettelegging for bruk av videokonsultasjoner ved nyopprettet legesenter.	Avd. for utvikling og digitalisering/ kommuneoverlegene	2019

## 8 Referanser

- **Prop. 1 S HOD (2016–2017)FOR BUDSJETTÅRET 2017:** Lister opp Regjeringens sentrale mål i helse- og omsorgspolitikken samt hovedprioriteringer.
- **Meld. St. 26/2014-2015 Fremtidens primærhelsetjeneste:** Meldingen omhandler forslag til hvordan den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan utvikles for å møte dagens og fremtidens utfordringer. Forslagene omhandler tiltak som skal legge til rette for en flerfaglig og helhetlig kommunal helse- og omsorgstjeneste, med god kvalitet og kompetanse.
- **Kommunal legetjeneste-kan den ledes?** KS Fou, Agenda Kaupang rapport februar 2016
- **Leder kommunen fastlegeordningen?** En kvalitativ studie av kommunens ledelse av fastlegeordningen. Masteroppgave i helseadministrasjon, institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. Bente Bjørnhaug og Hilde Skyvulstad
- KS rapportnummer R9010, 2016, Kommunal legetjeneste-kan den ledes?
- Leder kommunen fastlegeordningen? – En kvalitativ studie av kommunens ledelse av fastlegeordningen



## Vedlegg

### I. Legetjenester og ansvar sykehjem 2018 – behov 2019

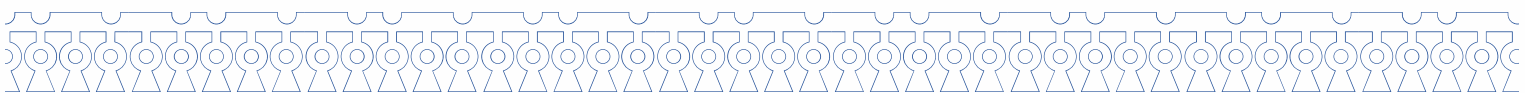
Enhet	Type avdeling	Antall pasienter	Legedekning pr i dag	Totalt merbehov 2019	Løsning
<b>Gystadmyr Bo &amp; AS</b> (gml. PRO Jessheim øst)	Langtid somatikk	60	80 % (4 dager)	20 %	Øke stilling til 100 % samt konferering
	Psykiatri	9 + 1 KØH			
<b>Gjestad Bo &amp; AS</b> (gml. PRO Jessheim vest)	Langtid demens	36	100 %		
	Langtid somatikk	30			
<b>Kløfta Bo &amp; AS</b> (gml. PRO Kløfta)	Langtid somatikk	27	40 % (1,5 dag tilstedeværelse)		
<b>RUF</b>	Korttid Gjestad inkl. palliasjon	20	40 % fast I tillegg bistår Kuhlen i 100 % daglig		
	Korttid/rehab. helsehuset	12-14	50 %		
	Med.fagl. ansvar	6 (7)	30 % utøvende		
	KØH	6 (7)	50 %		
	«Gamle rehab.» Gjestad	9+nye	Avd. er ikke startet opp		
<b>Sum institusjon</b>				20 %	

## II. Behov for lege forebyggende helse

Virksomhet	Antall innbyggere/ barn (2017 tall)	Nåværende stillinger (2018 tall)	Behov for stillinger	Kommentar
<b>Helsestasjon</b> - barn 0-5 år	2461 barn	90 % + 30 %	0	Lovpålagt
<b>Skolehelsetjeneste</b> - Elever 6 – 16 år	4026 elever	0	Barneskole: 100 % til 1. gangs undersøkelse 6. åringer	Sterkt anbefalt Ikke lovpålagt i ungdomsskole eller videregående
<b>Videregående skole</b>	Ca. 1 500 elever	0		
<b>Ungdommens helsestasjon</b> - Brukere 13 - 24 år	3534 brukere - i tillegg ungdommer fra andre kommuner, elever ved Romerike folkehøyskole og Jessheim vgs.	10 %	40 %	Lovpålagt
<b>Ressurssenter for migrasjonshelse</b>	Ca. 150 brukere (ca. 50 nye flyktninger og familiegjenforente til flyktninger pr år.)	0	20 %	Forskriftsfestet
<b>Svangerskap- og barselomsorg ved jordmor</b>	Ca. 400 gravide/fødsler pr. år	0		
<b>Smittevernarbeid</b>	Antall innbyggere i kommunen ca. 37 000 OSL opp mot 100 000 reisende daglig I tillegg til arbeidsinnvandrere, familiegjenforening, Ullersmo fengsel	0 (Kommuneoverlegen ansvarlig lege)	10 % ved TBC oppfølging + 20 % ved smittevern generelt	Lovpålagt
<b>Reisevaksinasjon</b> (Rådgiving, reisevaksinering, malariaproylakse)	Konsultasjoner 2016: 1831 stk.	0	10 %	Ønskelig
<b>Kvinnehelse</b> - for kvinner i fertil alder 16-40 år (Jordmor, HFU og migrasjon) (kontroll etter fødsel, prevensjon, forebygging abort)	Ca. 4800	0	20 %	Ønskelig

### **Kommentar til tabell:**

- Sum behov lovkrav og forskrift økt legestilling: 90 prosent
- Sum behov sterkt anbefalt økt legestilling: 100 prosent
- Sum behov ønskelig økt legestilling: 30 prosent
- Helsestasjonslege 0-5 år - krav i lov: «*Helsestasjonen skal tilby helseundersøkelser med lege.*»
- Nasjonale retningslinjer for skolehelsetjenesten gir sterk anbefaling om somatisk undersøkelse utført av lege på 1.trinn
- Helsestasjon for ungdom skal ha en tilgjengelig lege – krav i lov: «*Helsestasjon for ungdom skal ha en tilgjengelig lege Legen skal ha en sentral rolle ved Helsestasjon for ungdom. Det er nødvendig for at HFU skal kunne gjennomføre sine oppgaver på en faglig forsvarlig måte.*»
- Smittevernlege ved bosetting av overføringsflyktninger og familiegjenforente – lovpålagt å følge opp tuberkuloseplan og smittevernplan (legeoppgaver i påvente av tildeling av fastlege)
- Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket: Asylsøkere og flyktninger har like rettigheter som andre bosatte i kommunen. Utfordringen ligger i at de ikke har fastlege før de får person nummer. Kommunen er ansvarlig for tidlig å identifisere oppfølgingsbehov som kan trenge videre henvisning til spesialisthelsetjenesten. Legetjenesten før personnummer er tildelt, er tidligere kjøpt av en fastlege. Dette forventes å ikke være aktuelt i fremtiden grunnet fastlegenes belastende arbeidssituasjon.



### III.Regelverk

Styrende lov- og avtaleverk for kommunal legetjeneste:

#### Lover

- **Helse og omsorgstjenesteloven:** Helse og omsorgstjenesteloven beskriver kommunens ansvar for å tilby nødvendige helse og omsorgstjenester, herunder også fastlegeordningen. Lovens beskriver kommunens ansvar for å sikre kvalitet, samhandling og tilgjengelighet. Loven gjelder for kommunen og private som har avtale med kommunen. Loven har fokus på pasient- og brukersikkerhet og systematisk kvalitetsforbedring.
- **Helsepersonell loven:** Denne regulerer helsepersonell og legers yrkesutøvelse, rettigheter og plikter i sin yrkesutøvelse.
- **Folkehelseloven:** Av loven fremgår det at kommunen skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse. Kommunen skal også bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ effekt på helsen. Kommunen skal ha nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse for å ivareta lovens intensjoner. Forvaltningen av fastlegeordningen og et tettere samarbeid med fastlegene når det gjelder forebyggende helsearbeid vil være et viktig virkemiddel for kommunen i dette arbeidet.
- **Lov om vern mot smittsomme sykdommer:** Loven skal sikre at helsemyndighetene og andre myndigheter setter i verk nødvendige smitteverntiltak og samordner sin virksomhet i smittevernarbeidet.
- **Lov om psykisk helsevern:** Loven beskriver offentlig myndighets, herunder kommunens, plikt til å gi nødvendig bistand til undersøkelse ved tvangsinnleggelse ved alvorlig psykisk sykdom.

#### Forskrifter

- **Forskrift om fastlegeordningen i kommunene:** Forskriften beskriver blant annet ansvarsfordelingen mellom kommunen og fastlegene og legger grunnlag for hvordan kommunen skal forvalte ordningen. Forskriften stiller blant annet krav om at pasientene skal få enkel tilgang til fastlegekontoret, tilbud om hjemmebesøk og at fastlegen skal delta i forebyggende arbeid. Det presiseres at kommunen har ansvar for at fastlegene tilfredsstiller tydelige krav til deres tjenester.
- **Akuttmedisinforskriften:** Formålet med forskriften er: «Forskriften skal bidra til at befolkningen ved behov for øyeblikkelig hjelp mottar forsvarlige og koordinerte akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Forskriften skal også bidra til at utstyr som inngår i helse- og omsorgstjenestens kommunikasjonsberedskap fungerer i et landsdekkende nett og sikrer prioritert informasjonsflyt både innenfor og mellom medisinske institusjoner, til mobile enheter og til samarbeidende etater.»
- **Forskrift om kompetansekrav for leger:** Forskriften skal bidra til å heve kvaliteten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Den gjelder ved legers tiltredelse i fastlegehjemler, stillinger ved kommunale legevakter og andre stillinger med oppgave om å yte helsehjelp etter helse- og omsorgstjenesteloven. Den setter krav til at legen skal være spesialist i allmennmedisin eller i spesialisering, og den har noen få unntaksbestemmelser.
- **Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften):** Forskriften presiserer kommunens plikter i forbindelse å legge til



rette for og sørge for at kravene til legers utdanning første del (turnuslege/LIS 1 lege) ivaretas. Videre presiseres kommunens plikt til å utarbeide og følge opp legers individuelle utdanningsplaner og utdanningsløp.

- **Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjon og skolehelsetjeneste:** Formålet med forskriften er gjennom helsestasjons- og skolehelsetjenesten å: fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold og forebygge sykdommer og skader.
- **Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket:** Asylsøkere, flyktninger og familieegjenforente har samme rett til helsetjenester som den øvrige befolkningen. Retten til helsehjelp for asylsøkere gjelder fra de kommer til Norge for å søke beskyttelse. Flyktninger og familieegjenforente har også fulle rettigheter til helsehjelp fra de ankommer landet.
- **IHR forskriften (International Health Regulations):** Forskriftens formål er å «... forebygge og motvirke internasjonal spredning av smittsom sykdom, samt sikre en internasjonalt koordinert oppfølging. Dette skal gjøres på måter som unngår unødvendig forstyrrelse av internasjonal trafikk og handel.» Ullensaker kommune har et nasjonalt ansvar for beredskap i henhold til internasjonalt helse reglement (IHR) ved Oslo lufthavn (OSL). Kommuneoverlegen er øverste smittevernansvarlige myndighet ved antatt ankomst av smittefarlige sykdommer ved lufthavnen. Lufthavnen har passert 25 millioner reisende i året. For å ivareta sitt nasjonale ansvar etter IHR forskriften, innførte Ullensaker kommune en vaktordning for kommuneoverlegefunksjonen 01.02.2016. Dette innebærer at det er en ansvarlig kommuneoverlege med delegerede myndigheter på vakt 24/7 gjennom hele året. Vaktordningen er et samarbeid mellom kommuneoverlegene i Ullensaker, Nes og Nannestad. Ansvarlig for drift og forvaltning av ordningen er til enhver tid kommuneoverlegen i Ullensaker kommune.

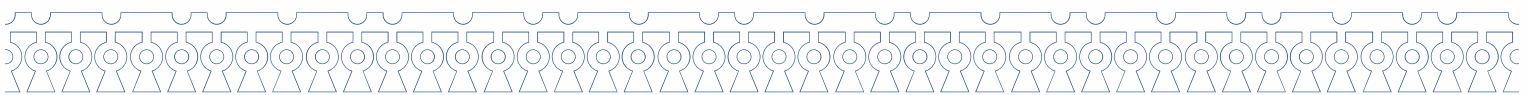
## Rundskriv og veiledere

- **Rundskriv og veileder til turnusordning for leger:** Henviser til forskrifter som regulerer turnustjenesten for leger og gitt veiledende kommentarer til disse.
- **Medisinsk faglig veileder for kommunale øyeblikkelig hjelp plasser:** Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp og plikten trådte i kraft 1. januar 2016 for pasienter med somatisk sykdom. Fra 1. januar 2017 gjelder plikten også for pasienter med psykiske helse- og rusmiddelproblemer.
- Veiledningsmateriellet har som formål å bistå kommuner og helseforetak i etablering og drift av øyeblikkelige hjelp døgnopphold i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5.
- **ASA 4310 «Rammeavtalen»:** Dette er en avtale mellom kommunene ved KS og Den norske legeforening. Den regulerer fastlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene.
- **SFS 2305 «Særavtale»:** Dette er en sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Den norske legeforening om vilkår for leger, fastleger og turnusleger i kommunehelsetjenesten med arbeidsavtale.
- **ASA4301 Statsavtalen:** Dette er en avtale mellom staten ved Helse- og omsorgsdepartementet, KS, de regionale helseforetakene og Den norske legeforening om økonomiske vilkår for fastleger med kommunal fastlegeavtale og Legespesialister med avtalepraksis.
- **Individuell avtale mellom kommunen og fastlegen:** Dette er en avtale mellom kommune og hver enkelt selvstendige næringsdrivende lege om allmennpraksis i fastlegeordningen. Her bestemmes blant annet åpningstid, telefontid, eventuell annen kommunal oppgave og deltagelse i legevakt. Det fremgår av denne avtalen den kollegiale



avtalte fraværstdekning. Utforming og reforhandling av de individuelle avtalene kan medvirke i å utvikle legetjenestene i en gunstig retning for bedre tilbud til innbyggerne.

- **Veileder i vurdering av leger i spesialisering**



## IV. Kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Fra 01.03 2017 skal alle leger i kommunal tjeneste spesialiseres i allmennmedisin.

Unntakene fra dette nye krav om spesialisering i allmennmedisin er som følger:

- Vikariat inntil ett års varighet,
- Deltagelse på legevakt utenom sitt ordinære arbeid,
- Allerede annen godkjent spesialistutdanning,
- Allerede i en fastlegehjemmel,
- Allerede i en stilling ved legevakt eller annen stilling med oppgave om å yte helsehjelp,
- Allerede i permisjon fra en av de overnevnte stillingene,
- Allerede kvalifisert til godkjenning som allmennpraktiserende lege etter § 8 i forskrift om veiledet tjeneste 2005,
- Allerede inngått veiledningsavtale med kommunen etter § 6 i forskrift om veiledet tjeneste 2005, og påbegynt innen 1. mars 2018.

I tillegg og iht. spesialistforskriften består den nye spesialistutdanning for leger av 3 deler med tilhørende læringsmål og aktiviteter. Første del av utdanningen, LIS1, startet 1. mars 2017. Andre og tredje del, LIS2 og LIS3, starter 1. mars 2019:

- Del 1 (**LIS1**) er felles for alle, og **erstatter dagens turnusordning**. Den utgjøres av 12 måneder i helseforetak og 6 måneder i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.
- Del 2 (**LIS2**) er felles læringsmål for de tidligere grenspesialitetene innen henholdsvis kirurgi og indremedisin.
- Del 3 (**LIS3**) er unik for hver spesialitet. De spesialitetene som ikke har LIS2 går direkte fra LIS1 til LIS3. Det **gjelder allmennmedisin (ALIS = Allmennlege i Spesialisering), samfunnsmedisin og arbeidsmedisin**.

Gjeldende ordning for spesialistutdanningen er gyldig frem til ny spesialistforskrift trer i kraft 1. mars 2019 for utdanningens tredje del (LIS 3). Legene som har allerede påbegynt sin videreutdanning (etter gjennomført turnustjeneste) har krav til fullføring etter gjeldende/gammel ordningen.

Kommune skal fortsette og legge til rette for blant annet:

- Allmennmedisinsk tjeneste hovedsakelig på fastlegekontor,
- Legevakt med minimumskrav på 40 legevakter,
- Institusjonstjeneste (1 år) ved klinisk sykehusavdeling eller ved poliklinikk,
- Veiledning (2 år) med en erfaren fastlege,
- Veiledningsgruppe,
- Kurs.

Kommunens ansvar for utdanningsløpet til den enkelte lege er å legge til rette for at legen skal kunne oppnå læringsmålene og gjennomføre et utdanningsløp for henholdsvis utdanningens første del (LIS 1) og tredje del (LIS 3) med blant annet:

- Sørge for at det utarbeides en **individuell utdanningsplan** med et utdanningsløp i samråd med legen og at planen revideres ved behov,
- **Legge til rette for at utdanningen** kan skje etter den individuelle planen,
- Legge til rette for at legen får **nødvendig veiledning og supervisjon**,
- Oppnevne en **individuell veileder** som skal ha nødvendig erfaring (veileder for LIS 1) eller være godkjent spesialist i allmennmedisin (veileder for LIS 3),
- Utstedte bekreftelse på gjennomført praktisk tjeneste.



## V. Detaljer geografisk plassering nye legekontor

- **Gystadmarka** – ny bydel med et framtidig innbyggerpotensial på 10 – 15 000. Bydelen vil få et bydelssentrum.
- **Romsås** – Her bor det allerede mange i dag, men det vil komme enda flere. Dette området bør også sees i sammenheng med framtidig utvikling av Gjestad området.
- **Søndre del av Jessheim næringspark (bilbyen)** – På nordsiden av Henrik Bulls veg (tverrvegen), opp til Brannmannsvegen, legger Byplanen til rette for en transformasjon av næringsområdet til en kombinasjon av næring og boliger. Dette området blir også en viktig forbindelse mellom Jessheim og Gystadmarka. Det skal bl.a. legges til rette for en rask gang- og sykkelforbindelse gjennom her. Området ligger tett på Jessheim stasjon og bysentrum.
- **Gardermoen Campus (LHL/Helsehusområdet)** – Området ligger noe langt fra sentrum, men innenfor «Gardermobyen». Her er det muligheter for synergier ift. kunnskapsoverføring, dele funksjoner/lokaler, kort vei til akuttkompetanse osv.
- **Kløfta:** Kløfta er et så kompakt tettsted at lokaliseringen antagelig har mindre betydning. Men dersom det skal etableres nye legesenter her så bør de komme innenfor det området som er avsatt til sentrumsformål i kommunedelplanen for Kløfta. Det er lite trolig at byggesonen på Kløfta blir utvidet av hensyn til jordvern og kvikkleireholdig grunn. Kløfta skal vokse innenfor dagens byggesone gjennom fortetting og transformasjon



## VI. Høringsinnspill

### i. Ullensaker ungdomsråd

Ungdomsrådet har tatt Plan for legetjenesten 2019-2019 til orientering. Ingen høringsuttalelser.

#### Kommuneoverlegens kommentarer:

Tatt til orientering. Ikke skrevet høringsuttalelse

### ii. Eldrerådet i Ullensaker kommune

På møte i eldrerådet 20.11.2018 var planen til behandling. Kommunelegen kom og ga oss en god orientering om den omfattende plan for legetjenesten i Ullensaker kommune for perioden 2019-2029. I uttalelsen er det ikke noe nytt. Vi ønsker imidlertid å fremheve og gjøre tilføyelser til deler av planen.

#### 6.1 Hvor bør nye legesenter etableres?

Vi ser det som naturlig at et legesenter legges til område Gystadmarka. Her vokser folketallet meget raskt på grunn av bygging av mange boliger.

#### 6.2 Dimensjonering

Legesenter bør ha minst 3 fastlegehjemler. Med flere per senter vil utnyttelsen av kostbart utstyr bli bedre. Ved uforutsette situasjoner vil de kunne hjelpe hverandre. Legesenter med bare 2 hjemler og ikke har plass til flere bør oppmuntres til skaffe seg større lokaler for å gi plass til flere leger.

Nye legesenter bør søke lokaler der de kan få opsjon på mer plass.

Vi tror det er en fordel om etablerte fastleger i kommunen er med på å bygge opp nye senter. De tar med seg sine pasientlister slik at driften kan komme raskt i gang. Den eller de erfarne legen(e) vil ha mye å bidra med under oppbygging av senteret. Det bør vurderes økonomisk kompensasjon fra kommunen for å få dette til.

Vi kjenner til at fastleger vurderer å slutte på grunn av for mange timer i uka og for mye stress. Dette er uheldig. For å avhjelpe må det bli mulig å opprette flere hjemler raskt.

#### 6.3 framtidig økt krav til pleie- og omsorgstjeneste i hjemmet.

Vi gir full tilslutning til at fastleger organiseres slik at syke får hjemmebesøk. Det betyr mye at pasienter får direkte kontakt med sin lege. Det er spesielt viktig at pasienter med en sammensatt diagnose følges opp. Fastlegen må ha oversikt i forhold til spesialhelsetjenesten og medisiner og samarbeide godt med hjemmetjenesten.

#### 6.4 Ledelse av fastlegeordning

Den viktigste oppgaven for Ullensaker kommune er å lede fastlegeordningen og følge den opp med bl.a.:

- Legge til rette for å sikre at fastlegene overholder de fastsatte kvalitets - og funksjonskrav som stilles i fastlegenes forskrifter.
- Stimulere til samarbeid legesentrene i mellom.
- Opprette kanaler for å ta opp konkrete utfordringer. For eks. kommunikasjon mellom lege pasient/ pårørende.

Vi har mottatt flere meldinger om at samtaler pasient og pårørende har hatt med lege ikke alltid fungerer som ønsket. Her er det tilfeller spesielt blant oss eldre at vi ikke forstår legen og at vi ikke blir forstått. Det er mulig at dette problemet kan henge sammen med at legen har vært stresset på grunn av stor belastning. Nå ser det imidlertid ut til at kommunen har tatt tak i problemet med arbeidsmengde til legene og vi ser meget positivt på et slikt tiltak.



En god og konstruktiv samtale tror vi kan defineres som «medisin» både for pasient og pårørende.

Det er bra at Ullensaker kommune har etablert samarbeids- og dialogarenaer for fastleger.

**Kommuneoverlegens kommentarer:**

Innspill fra Eldrerådet er tatt til orientering.

**iii. Det kommunale rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne (KRMNF)**

Det Kommunale Rådet for Mennesker med Nedsatt Funksjonsnivå vil berømme kommuneoverlegen for en tydelig fremstilling av utfordringene for kommunen og handlingsrommet politikerne har. Vi ser av det som beskrives som nåsituasjonen at Ullensaker kommune ikke har ønsket eller ønsker å styre utviklingen av fastlegeordningen i kommunen. Kommuneoverlegens fullmakter har begrenset seg til å sikre innbyggerne valgfrihet når det gjelder legekontor/fastlege. Vi viser spesielt til side 10 i planen som skal godkjennes av kommunestyret.: For at valgfriheten for innbyggerne skal bli bedre enn dagens situasjon, bør antall ledige plasser økes allerede i 2019.

Følgende legges til grunn beregning av nye plasser:

- Alle nåværende 34 leger bør ideelt sett ha ledig plass til 30 pasienter.
- Befolkningsveksten per år settes til 1 100.

Da trenger vi i 2019 minst 2 120 i tillegg til dagens ledige plasser. Deretter trenger vi minst 1 ny legehjemmel årlig. Behovet vil øke om legenes lister reduseres enten som følge av nye finansieringsordninger eller stort arbeidspress.

Vi savner et kapittel i planen om kvaliteten på lokalene som benyttes som legekontor. Som råd er vi skuffet over at vi ikke er blitt hørt i saken om universell utforming som et krav til driften av et legekontor. Tiden er overmoden og vi har pekt på den diskriminerende siden av saken. Uføre og bevegelseshemmede kan ikke velge fastlege uten å sikre seg at det er full fremkommelighet til den aktuelle praksisen. Vi vil at planen for fremtiden tar dette kravet opp i seg eller at det gis et økonomisk tillegg i fastlegeavtalen for universell oppnåelse.

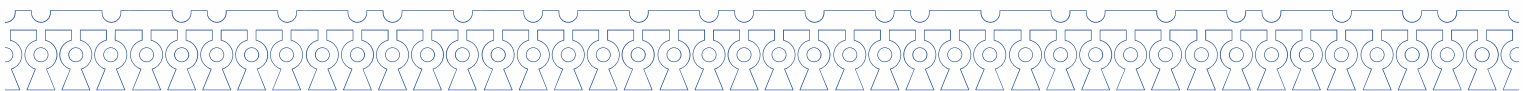
Rådet vil anbefale at kommunen ansetter noen leger på fastlønn. Vi viser til Kap. 6.3 Om pleie og omsorgstjenester i hjemmet. Det er også viktig at det opprettes tverrfaglige team i hjemmetjenesten. Det vil være et tiltak for å motvirke økt press på sykehjemsplasser og bemannede omsorgsboliger. De som velger å bo i eget hjem må få trygghet på at kompetansen i tjenesten er fullgod. Mange leger sier at de utdannet seg til lege for å utøve en faglig helsetjeneste, og ikke drive «forretningsvirksomhet» -pasienten vil møte sin fastlege som ikke er stresset pga tidspress og som har fokus på helse og ikke økonomisk fortjeneste.

Rådet mener at det er viktig at Ullensaker tar grep for at kommunen skal kunne tilby innbyggerne sine bedre legetjenester. Ventetiden på konsultasjoner på mange kontorer økende. Særlig utfordrende er det for befolkningen som ikke kommer seg så lett ut på egenhånd. Eldre og bevegelseshemmede bør kunne få besøk i hjemmet. Det er naturlig at kommunale ansatte leger er knyttet til Helsehuset.

**Kommuneoverlegens kommentar:**

Den tar opp blant annet universell utforming av legekantorene. Videre uttrykkes ønske om fast ansatte kommunale leger.

Universell utforming av legekantorene er tidligere behandlet i SU i 2016 etter at medlemmer i KRMNF hadde vært på befaring på legekantorer både i 2014 og 2016. Kommuneoverlegen ba om kommentarer fra alle legekantorer sommeren 2016. Alle legekantorer svarte ut forespørslene, og dette ble redegjort for av kommuneoverlegen i møte i KRMNF 22.11.2016. Alle svarene fra legekantorene er arkivert i E phorte sak 2016/4094. De regler som gjelder for utforming av kantorene, er de regler som gjaldt når virksomheten ble etablert. Noen legekantorer er eldre



lokaler. Et legekontor har flyttet til nye lokaler, og to kontorer planlegger ombygging eller flytting i 2019. Kommuneoverlegen er av den oppfatning at virksomheten selv har det juridiske ansvaret for at kravene til universell utforming og tilgjengelighet blir etterfulgt. Etablering av nye legekontorer skal selvfølgelig følge alle krav til universell utforming.

#### **iv. Personvernombudet**

Jeg viser til høringsbrev av 8. november 2018, hvor jeg fikk anledning til å komme med innspill til Plan for legetjenesten. Mine kommentarer knytter seg til kapittel 5 og 7, samt noen bemerkninger om gjengivelsen av regelverket. Jeg legger til grunn at disse kapitlene knytter seg til den delen av helsehjelpen som gjelder behandling og rehabilitering. Spørsmål om forebyggende og folkehelsearbeid vil derfor ikke bli berørt.

##### *1. Til kapittel 5 – Velferdsteknologi – digitalisering*

Det er positivt at helse- og omsorgstjenesten vil se på muligheter for en elektronisk kommunikasjonsløsning mellom fastlegene og kommunehelsetjenesten. Jeg vil innledningsvis redegjøre for noen problemstillinger knyttet til dagens situasjon og deretter påpeke noen utfordringer kommunen må være oppmerksom på i forbindelse med nye kommunikasjonsløsninger.

##### *1.1. Dagens situasjon*

I høringsnotatet beskriver kommunen tre hovedutfordringer knyttet til elektronisk kommunikasjon:

- 1) Fastlegekontorene har tre forskjellige fagsystemer for EPJ og kommunen har sitt eget. Dette legger begrensninger på instansenes mulighet til å kommunisere med hverandre.
- 2) Ikke alle kommunale tjenester kan kommunisere via PLO-meldinger.
- 3) PLO-meldinger er knyttet til den enkelte fastlege.

##### *1.1.1. Forskjellige fagsystemer og kommunikasjon mellom disse*

Mitt inntrykk er at det er en gjennomgående utfordring i kommunen at forskjellige fagsystemer ikke kan kommunisere med hverandre. Dette kan gjøre det tungvint for tjenesteyterne å sikre at tjenestene kan fortløpende koordineres på en forsvarlig måte som samtidig ivaretar pasientens rett til personvern, særlig taushetsplikt. Situasjonen for helse- og omsorgstjenesten er således ikke unik og bør ses i sammenheng med kommunens IKT-systemer som helhet.

Imidlertid kan man argumentere for at situasjonen er mer alvorlig innen helse og omsorg. Jeg viser her til eksempelet som gjengis i høringsnotatet. Manglende mulighet til rask og sikker elektronisk kommunikasjon kan i noen tilfeller utgjøre en risiko for pasientens tilstand.

Det er utfra høringsnotatet noe uklart om samtlige av de forskjellige fagsystemene har tilstrekkelig lese- og skrivetilgang til EPJ, men jeg legger til grunn at slike tilganger enten er gitt eller gis ved behov i samsvar med pasientjournalloven § 19.

Videre er det problematisk at PLO-meldinger utelukkende sendes til den enkelte fastleges innboks. Innen personvern og informasjonssikkerhet er et av de sentrale prinsippene at opplysningene skal være tilgjengelig for den som har tjenstlig behov for dem. Innen helseretten følger dette av blant annet § 19. Det er i utgangspunktet fastlegen som skal være pasientens kontaktpunkt i førstelinjehelsetjenesten og det er derfor naturlig at denne er mottaker av PLO-meldinger. Imidlertid må man ved utformingen av systemene ta høyde for at fastlegen kan være utilgjengelig og at det i noen tilfeller vil være nødvendig for annet helsepersonell å ha tilgang til den aktuelle PLO-meldingen. Dette for å ivareta tilgjengelighetsprinsippet og ikke minst å sikre at helsehjelpen er forsvarlig.

Videre er det en risiko for at slike kommunikasjonsutfordringer kan medføre at helsepersonellet tar i bruk andre tekniske løsninger for å formidle opplysninger når det er tidskritisk at de kommer frem til mottaker. Her er jeg særlig bekymret for bruk av e-post. Helseopplysninger er taushetsbelagt og skal derfor ikke sendes per e-post. Mitt inntrykk er at helsepersonell har god kunnskap om den særlig strenge taushetsplikten som gjelder for dem, og at de i alt det vesentlige overholder denne.



Likevel er det ikke urimelig å anta at det i enkelttilfeller kan skje at helseopplysninger sendes per e-post når det foreligger et akutt behov for dette. Selv om dette ble gjort i beste mening og etter en medisinskfaglig vurdering av nødvendigheten, vil det være brudd på taushetsplikten og kravene til informasjonssikkerhet. Dette kan igjen medføre både sivil- og strafferettslige sanksjoner mot både helsepersonellet og kommunen.

### *1.2. Forslagene i høringsnotatet*

I høringsnotatet foreslår kommunen at det i 2019 iverksettes et arbeid med å kartlegge elektronisk kommunikasjon innen helse- og omsorgstjenesten og hvilke utfordringer som må løses. Jeg er enig i dette forslaget.

Jeg vil likevel komme med noen kommentarer. Når kommunen skal vurdere hvordan de nevnte utfordringene skal løses er det tre overordnede hensyn som bør være førende: 1) sikre at helsehjelpen som gis er forsvarlig, 2) ivareta pasientens rett til personvern og personopplysningssikkerhet, og 3) i hvilken grad helsepersonellet rent faktisk behersker kommunikasjonsløsningen. Forsvarlighetskriteriet er i hovedsak en medisinskfaglig vurdering som jeg ikke kan uttale meg om, mens brukervennlighet er en mer teknisk vurdering. Jeg vil derfor knytte noen betraktninger til 2).

#### *1.2.1. Pasientens rett til personvern og personopplysningssikkerhet*

Helseopplysninger er i personvernforordningens art. 9 ansett som en særlig kategori av personopplysninger. Det kreves derfor et særskilt grunnlag for å behandle disse. I artikkelens nr. 2 bokstav h) fremgår det at behandlingen er tillatt dersom formålet er «yting av helse- eller sosialtjenester». Dette forutsetter at den som yter tjenestene er underlagt lovbestemt taushetsplikt eller jobber under en slik persons ansvar, jf. artikkelens nr. 3. Disse vilkårene er oppfylt.

Etter personvernforordningen art. 32 skal den behandlingsansvarlige iverksette egnede tekniske og organisatoriske sikkerhetstiltak for å oppnå et tilstrekkelig sikkerhetsnivå ved behandlingen av personopplysninger. Dette kravet er også inntatt i pasientjournalloven § 22, med henvisning til forordningen. Jeg vil her påpeke at begrepet «behandlingsansvarlig» ikke benyttes i helseregisterloven eller pasientjournalloven, hvor heller begrepet «dataansvarlig» er brukt. Innholdsmessig er begrepene identiske.

I dette kravet ligger det en forventning om at kommunen har en risikobasert tilnærming til behandling av personopplysninger. Ved innføring av nye tekniske løsninger er det derfor nødvendig og viktig at kommunen gjennomfører tilstrekkelige risikovurderinger. Dette er et helt grunnleggende krav innen personvernlovgivningen. Avhengig av utfallet av disse, kan det også være nødvendig med en personvernkonsklusjonsvurdering etter art. 35.

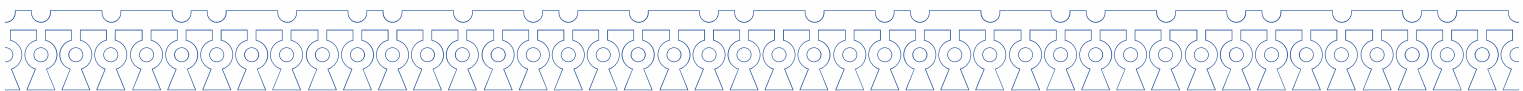
Formålet med art. 32 er å sikre at kravet til sikkerhet skjerpes i tråd med blant annet hvor sensitive personopplysningene er, omfanget av personopplysninger og antall registrerte (pasienter), behandlingens art og formål, omfang og sammenheng den utføres i. For helseopplysninger er det rimelig å anta at det stilles høye krav til sikkerhet. Her kan Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgstjenesten gi nyttige retningslinjer.

Jeg vil her også minne om at det er innført krav om at nye tekniske løsninger skal ha innebygd personvern og personvern som standardinnstilling.

Min anbefaling er derfor at planen også vektlegger pasientens rett til personvern og kommunens plikt til å ha et egnet personopplysningssikkerhetsnivå.

### *1.3. Strategiske valg i perioden*

Under kap. 7 er et tema beskrevet som «Kartlegging av utfordringer i digital samhandling». Jeg vil her bemerke at det forutsettes at kartleggingen som foreslås ikke blir begrenset til tekniske utfordringer og brukeropplevelse, men at det også gjennomføres risikovurdering for å identifisere og kompensere for risiko for personvernet, herunder brudd på taushetsplikten.



#### 1.4.Referanser – del III. Regelverk

Under dette punktet er relevant helselovgivning gjengitt, men denne er begrenset til de rent helsefaglige regelsettene. Av betydning for denne planen er det også nødvendig å påpeke regelverk som skal ivareta pasientens krav på personvern og taushet. Jeg anbefaler derfor at pasientjournalloven, helseregisterloven og personvernforordningen omtales.

Den fraværende referansen til dette regelverket kan i ytterste konsekvens resultere i at løsningene som velges i for liten grad ivaretar pasientens krav på personvern, samt kommunens plikt til å ha tilfredsstillende nivå av personopplysningsikkerhet.

Utover disse punktene har jeg per i dag ingen andre merknader og imøteser den endelige planen.

Med hilsen  
Pål Magne Ånestad  
personvernombud

#### **Kommuneoverlegens kommentar:**

Høringsuttalelse fra personvernombudet gjennomgås. Det kommenteres og trekkes frem innspill og synspunkter som blir viktige å hensyn ta i det utredningsarbeidet som foreslås i kapittel 7 Strategiske valg i perioden. Det foreslås også omtalt og tatt inn tre lover (pasientjournalloven, helseregisterloven og personvernforordningen).

Kommuneoverlegen er av den oppfatning at disse lovene er tjenesterelatert i utøvelsen av det å yte helsehjelp og har sin naturlige omtale i utredningen som anbefales i 2019.

#### **v. Allmennlegeutvalget (ALU)**

##### **Gjennomgang av Plan for Legetjenesten i Ullensaker kommune. Høringsfrist 03.12.**

Pkt 3.1: Status for legetjenesten i kommunen.

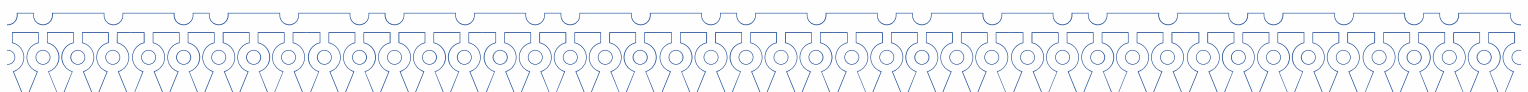
Vi kan ikke se at det er med i vurderingen at 4 av fastlegene i Ullensaker kommune er over 64 år, og at 2 til er over 60 år. Det bør også sies noe om hvilken holdning kommunen har overfor leger som ønsker å jobbe etter fylte 70 år.

Det er også en kommentar fra ALU at det nevnes listelengder uten at dette er satt i perspektiv. Det er vanskelig å lage en plan når man ikke vet hvordan listelengdene blir i fremtiden. Det bemerkes at det i kontraktene for nye fastleger i kommunen fra 2015, uansett listelengde, er 5 dagers arbeidsuke. Dette er veldig negativt med tanke på rekruttering av nye leger. Hva med leger som vil jobbe deltidstilling, leger som vil forske eller gjøre noe annet ved siden av? Fra fastlegeordningens start har man regnet 1500 pasienter på 4 kurative dager, dvs 300-375 pasienter per kurative dag.

Pkt 6: Fremtidig organisering av fastlegetjenesten i Ullensaker.

Øyeblikkelig hjelp: Behovet for øyeblikkelig hjelp svinger gjennom året. For å ha den kapasiteten som samfunnet krever, og som vi tenker at vi ønsker å tilby, bør vi ha tid i planen for å ta imot øyeblikkelig hjelp-pasienter. For å dimensjonere for dette, må vi også tåle at det i korte perioder kan være overkapasitet. Det må legges inn ressurser for å ha god nok beredskap. Dette må det kompenseres for.

Kommunen skisserer at de ønsker fastlegene mer ut i sykebesøk etc. Fastlegegruppen er ikke fremmed for dette om betingelsene endres fra sentrale hold. Det bemerkes likevel at fastlegene kjenner sine pasienter best, og at det er viktig for å spare samfunnet for unødvendige innleggelse at fastlegene i størst grad har sine pasienter på ø-hjelp. Det er godt kjent at innleggelsene øker når kronikere havner på legevakt eller må gå til andre leger.



Administrasjon/papirarbeid: Det må være tid for administrasjon. Vi fastleger er et viktig og ofte sentralt bindeledd mellom sykehus, kommune, NAV og flere andre instanser. Denne oppgaven tar stadig mer tid uten at det gis betaling eller at det settes av tid til dette. F. eks må PLO-meldinger betjenes fortløpende. Koordineringsjobben er stor, og tar stadig mer tid i vår hverdag. 5 kurative dager uten rom for administrasjon, er ikke gunstig.

Vi fastleger er selvstendig næringsdrivende. Vi driver våre legesentre, og har ansvar for at legesentrene driftes på en trygg og økonomisk forsvarlig måte. Det er stadige økende krav for praksisdrift med HMS, dokumentasjon, personalansvar etc. Dette krever tid.

Finansiering: Det er et ønske fra fastlegegruppen om å bruke kveldstakst når man jobber på kvelden. Dagens timer strekker ikke til. Vi må ofte jobbe på kvelden og i helgene.

Både kommunen og vi er interessert i en bedre kommunal tjeneste. Vi må jobbe sammen mot KS, slik at vi begge kan påvirke sentrale føringer til en bedre tjeneste.

6.3 Sykebesøk: Det er vanskelig å sette av mer tid til sykebesøk før rammene for drift endres. Vi synes dette er et viktig punkt, men kan ikke se at det er gjennomførbart per nå.

Hva kan kommunen gjøre: Substituering; tiltak som også kan benyttes på et eksisterende legesenter der det opprettes en nullhjemmel. I stedet for å fokusere bare på nydannelse av legesentre, kan kommunen også bruke penger på eksisterende legesentre for å stimulere til utvidelse. Tilskuddet bør kunne brukes til veletablerte legesentre som vil bytte lokaler, utvide etc. Vi tenker at dette vil være et godt rekrutteringstiltak. Substitueringen kan være tidsbegrenset til 1-3 år eller være en engangssum. Vi vil anta at et slikt tiltak er rimeligere for kommunen enn å lage nye legesentre.

Legevakt: Det er et problem at det er stor forskjell mellom kontraktene de forskjellige legene har med kommunen mtp deltakelse i legevaktsordningen. Det er dårlig rekruttering å tvinge folk til å ha legevakt. Noen leger må søke om årlige permisjoner, mens mange slipper dette.

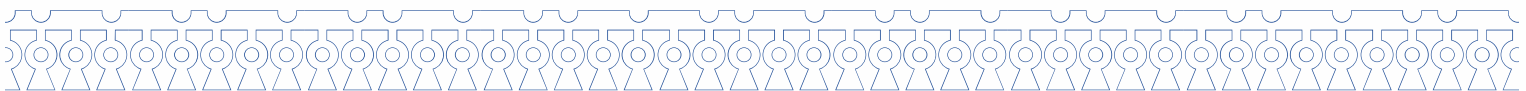
Styring: Hva ligger i ordene styringsdialog? Hva er styringsinformasjon? Skal vi bruke mer av vår tid på å rapportere informasjon til kommunen. Vi ønsker ikke å bruke mer tid på byråkrati og papirarbeid. Vi ønsker oss positive styringsmidler og mindre byråkrati. Vi ønsker å bruke tid på pasientene.

Vi ønsker et fortsatt tett og godt samarbeid med kommuneoverlegene som vår leder/sjef. Vi ønsker et tettere arbeid med kommuneoverlegene og ønsker at han/hun skal fortsette å være våre overordnede. Vi kunne tenke oss regelmessige dialog på legesentrene med kommuneoverlegene.

Vi opplever at de nye avtalene fra 2015 har påvirket dialogen med kommunen i en negativ retning, og at avtalene ikke har vært positive mtp rekruttering av fastleger til Ullensaker kommune. I stedet for å ha i avtalene til den enkelte lege at de skal være tilgjengelige 5 dager i uken, uansett listelengde, kan man lage bindende avtale med de ulike legesentrene om at de plikter å holde åpent alle virkedager.

Elektronisk kommunikasjon: Det er svært viktig for oss at kommunen har en god elektronisk plattform slik at vi kan kommunisere elektronisk. Det er viktig at kommunen setter av penger til dette. Multidose bør være elektronisk. Per i dag har f. eks ikke jordmortjenesten mulighet for å bruke PLO. Det er ved fravær ingen ordening for at PLO meldingene blir betjent. De elektroniske løsningene må bli mer effektive og sikre for både oss og kommunen.

For å ha en god fastlegeordning for fremtiden, tenker vi at normert listelengde bør ligge rundt 900-1000. Vi opplever at det stadig er mer å gjøre per pasient. Det er ikke noe som tilsier at det kommer til å bli mindre arbeid fremover. Vi tenker at det er svært viktig å opprettholde kvaliteten i arbeidet i fastlegeordningen. Det er godt kjent at fastlegeordningen er en velfungerende ordening og en ordening som brukerne har vært veldig fornøyde med. Det er viktig å ikke sette i gang tiltak som forringer kvaliteten og ødelegger den gode ordningen vi har per i dag.



Det er viktig at kommunen er kjent med hvordan fastlegeordningen finansieres. Dette bør ligge som en forutsetning når kommunen tenker på hvordan vårt arbeid skal organiseres i fremtiden.

Møter som vi skal delta på utover arbeidstid, samarbeidsmøter, hvis det er pliktig, bør godtgjøre som takst 14. Møter i regi av legevakten finansieres allerede på denne måten.

Det nevnes at vi er slitne og overarbeidet. Vi vil benytte anledningen til å si at vi er en hardt arbeidende gruppe, som er villige til å strekke oss langt for å gjøre en god jobb for pasientene våre. Vi er opptatte av at den fine fastlegeordningen skal fungere godt for både oss fastleger, kommunen og ikke minst pasientene våre videre fremover. Vi opplever stort arbeidspress og har de siste årene fått mange nye oppgaver. Likevel føler vi at vi har en fantastisk givende jobb som vi stort sett trives veldig godt i.

Vi håper på et videre godt og konstruktivt samarbeid med kommunen.

#### **Kommuneoverlegens kommentar:**

1. Generelt er det viktig at fastlegene kommer med sine innspill. Flere innspill her er viktige for dem i arbeidshverdagen og tydeliggjør fastlegenes behov og tanker om fremtiden. Kommuneoverlegen er av den oppfatning at dette ikke er naturlig å ta inn i dagens generelle plan.

Flere punkter omhandler ønske om honorering, økonomisk kompensasjon og bruk av kveldstakst. Dette er problemstillinger som angår forhandlinger mellom de sentrale aktørene Regjering, Legeforening og KS.

2. Det foreslås at kommunen kan vurdere å subsidiere eksisterende legesentre til å utvide/bygge om/til rette legge for flere leger ved sitt senter.

Dette kan bli vanskelig å håndtere med hensyn til likebehandling. Et legesenter har allerede flyttet til nye lokaler, og ett annet gjør det samme i 2019. Dette er kostbart. Denne type subsidiering av dagens næringsdrivende legekontorer, kan selvfølgelig omtales i utredninger av kostnader av nyetableringer som forslås i kapittel 7 Strategiske valg i perioden.

3. Kommunens generelle holdning overfor leger som ønsker å jobbe etter fylte 70 år, etterlyses. Dette er tidligere ikke tatt opp som sak i nåværende kommuneoverleges tid.

Det anbefales at dette først behandles som sak i SU.

4. Det bemerkes at fastlegekontraktene ved de siste ansettelse i Ullensaker spesifiserer 5 dagers arbeidsuke og at dette kan virke negativt på rekruttering.

I utlysning av stillinger står det nå i annonseteksten følgende: *«Individuell kontrakt med kommunen gir arbeidsplikt ukens fem første dager. Dette er ikke til hinder for at dette tilpasses legekontorets interne avtaler om arbeidsdager og drift»*

Dette har sin bakgrunn i at en fastlege som har kontrakt med Ullensaker kommune på 3 arbeidsdager i uken, påpekte at han ikke hadde plikt til øyeblikkelig hjelp ansvar for sine pasienter de dagene han ikke hadde arbeidsplikt. Kommuneoverlegen var ikke enig i dette. Legen tilskrev legeforeningen som gav legen medhold i hans oppfatning. I brev til legeforeningen 01.09.2017 gir Ullensaker kommune sitt svar til legeforeningen (referanse sak Ephorte 2016/132). Ullensaker kommune lyser nå ut fastlegestillinger med arbeidsplikt 5 dager i uken for å sikre kollegial fraværdekning ved behov for øyeblikkelig hjelp ved legekantoret alle dager i uken selv om fastlegen ikke er tilstede. Dette har til nå ikke medført manglende kompetente søkere til ledige stillinger. Kommuneoverlegen er av den oppfatning at kommunen må prioritere å sikre en listepasients rett til øyeblikkelig hjelp hos fastlegen eller dens stedfortreder alle hverdager innenfor åpningstid.

5. Fastlegens deltagelse i legevakt kommenteres.



Når det gjelder legevakt er det ingen forskjeller i kontraktene. Alle fastleger er pliktige til å delta i legevakt etter fastlegeforskriften som ligger til grunn i alle kontrakter. Det har over mange år vært en etablert praksis at mange av fastlegene ikke har vært deltakere i vaktordningen. Det har i tidligere perioder vært forsvarlig og mulig å hente interesserte legevaktsleger utenifra til vaktstyrken. Dette er ikke lenger godkjent. Fastleger som lenge har deltatt i legevakt, opplever det som urettferdig at de ikke kan få slutte/innvilget permisjon, når andre leger ikke har deltatt på lengre tid. Det er et pågående arbeid rundt dette ved Jessheim legevakt.

