



ULLENSAKER
KOMMUNE

**2019
-29**

**PLAN FOR LEGETJENESTEN
ULLENSAKER KOMMUNE**

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	3
2	Formål	3
3	Status for legetjenesten i Ullensaker kommune	3
3.1	Fastlegeordningen	3
3.2	Sykehjem og rehabilitering	4
3.3	Helsevern - Fengselshelsetjenesten	5
3.4	Helsevern - rus og psykiske lidelser	5
3.5	Forebyggende helse	5
3.6	Bolig med bistand	6
3.7	Tildelingsenheten	6
3.8	Legevakt	6
3.8.1	Daglegevakt	6
3.8.2	Interkommunal legevakt	6
3.9	Vaktansvar etter IHR forskriften ved OSL Gardermoen	6
3.10	Kommunale øyeblikkelig hjelp døgnplasser (KØH)	6
3.11	LIS 1	7
3.12	Samfunnsmedisinsk kompetanse	7
4	Kompetanse og kvalitet i den kommunale legetjenesten	7
4.1	Kommunens ansvar for kvalitet i den kommunale allmennlegetjenesten	7
4.2	Kommunens generelle ansvar for kompetanse og spesialistutdannelse av leger	8
5	Velferdsteknologi - digitalisering	8
6	Framtidig organisering av fastlegetjenesten i Ullensaker	8
6.1	Hvor bør nye legesenter etableres?	9
6.2	Dimensjonering	9
6.3	Fremtidens økte krav til pleie- og omsorgstjenester i hjemmet	10
6.4	Ledelse og styring av fastlegeordningen og kommunal legetjeneste	10
6.4.1	Hvordan videreutvikle og forbedre ledelsen av fastlegeordningen i Ullensaker	11
6.5	Modeller for opprettelse av nye fastlegehjemler	11
6.5.1	Privat næringsdrift: Nye null hjemler med selvstendig næringsdrivende leger	12
6.5.2	Varianter av næringsdrift:	12
6.5.3	Fastlønnede leger i et kommunalt drevet legekontor	13
6.5.4	Varianter av fastlønn	14
6.6	Diskusjon	14
6.7	Konklusjon	15
7	Strategiske valg i perioden	16
8	Referanser	17
	Vedlegg	18
I.	Legetjenester og ansvar sykehjem 2018 – behov 2019	18
II.	Behov for lege forebyggende helse	19
III.	Regelverk	21
IV.	Kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten	24
V.	Detaljer geografisk plassering nye legekontor	25
VI.	Høringsinnspill	26

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 DNL (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 og Ungdomsrådet.

2 Formål

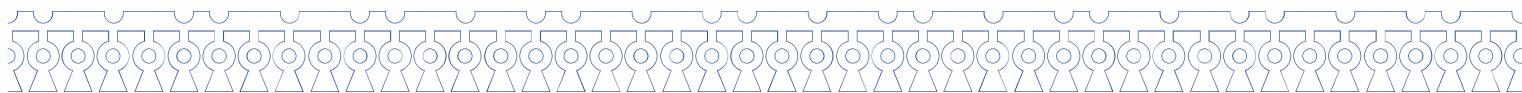
Formålet med planen er å danne grunnlaget for å utvikle en robust og bærekraftig legetjeneste med høy kvalitet innenfor alle tjenesteområder i Ullensaker kommune, samt å bidra til at kommunen håndterer veksten på en forsvarlig og godt planlagt måte. Befolkningsøkning, helsetilstanden og alderssammensetning 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 16 spesialister i allmennmedisin 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. 01.10.2018 i Ullensaker kommune er oppsummert i tabellen under. Den viser at det er 1569 ledige listeplasser fordelt på 3 legehjemler. Disse er lokalisert ved 2 legesentre på Kløfta.



Legesenter	Antall hjemler	Ledig listekapasitet pr oktober 2018	Antall pasienter totalt
Kløfta legesenter, Kløfta	7	1133 (kun i 1 nyopprettet hjemmel)	9000
Romerike, Kløfta	3	436 (2 hjemler)	3 300
GMS legekantoret, Jessheim	8	0	8100
Jessheimlegene, Jessheim	5	0	7 300
Solli klinikk, Jessheim	6 + LIS 1	0	5500
Sundbytnet legekantor, Jessheim	2	0	3 000
Bylegene, Jessheim	3	0	3 700
Totalt	34	1569	41 100

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:

Tidspunkt	Antall ledige listeplasser	Antall ledige leger	Antall på venteliste hos leger med full liste
Juni 2018	1 640 (hvorav 1 167 en lege)	13 (5 legesentre)	558
August 2018	1 631 (hvorav 1 155 en lege)	8 (5 legesentre)	699
Oktober 2018	1 569 (hvorav 1 133 en lege)	3 (2 legesentre, begge på Kløfta)	855

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 allmennmedisin.
- 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),
- Reisevaksinering,
- 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 medisinskfaglig 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 akuttelhjelp 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 medisinskfaglig 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 legevaktsarbeidet. Fra 2015 har alle nyansatte fastleger blitt tilplikket 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 allmennmedisin) 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 medisinskfaglig 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 medisinskfaglig 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 kommuneoverlegenes 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 videreutdanningsløp 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

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.

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 legekontorene, søkt om og fått innvilget en ny fastlegehjemmel. Alle de 7 etablerte legekontorene 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 felleskap 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 allmennmedisin 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 legekontorer 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 framtidige lokaliseringalternativer for nye legesenter, i tillegg til Kløfta (for detaljer, se vedlegg V).

6.2 Dimensjonering

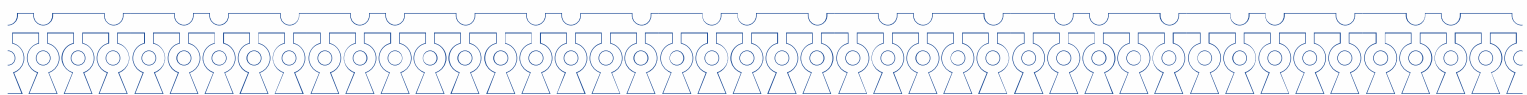
Fastlegetjenesten må dimensjoneres etter kommunens innbyggertall. Stor tilvekst setter økt press på tjenesten. Befolkningsveksten i Ullensaker vil for 2018 være 1 500-1 600 nye innbyggere. På bakgrunn av igangsatt boligbygging, er veksten de kommende årene beregnet til 1 100 nye innbyggere hvert år.

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 budsjettert og gir ikke merinntekter.

Legekontoret 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 (vår møte og høstmøte),
- Alle ansettelse av ny fastlege utføres i samarbeid med det aktuelle legekontor, og intervjuene utføres på legekontoret,
- Legekontorene 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

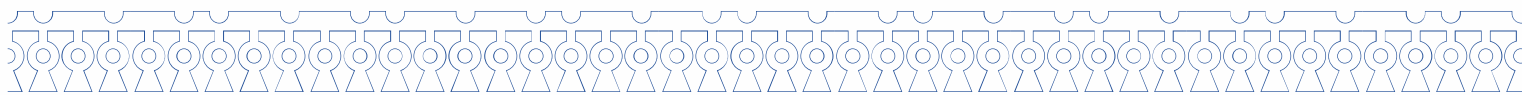
Det er ønskelig med en utvikling og forsterkning av ledelsen av fastlegetjenesten. Kravene til å følge opp kompetanse og kvalitet er forskriftsfestet. Det er behov for å gjennomføre regelmessige reforhandlinger av avtaler og årlige styringsdialoger med de enkelte legene. Arbeid med bedret samhandling 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 legekontor. 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 fastlegehemler

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 konfliktdrivende, 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 allmennmedisin 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 fastlønnet 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 legekantorer 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 fastlønnsstillinger 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 legekantor. 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 legekantor med fastlønnet lege siden 1996.

6.5.4 Varianter av fastlønn

Fastlønnede leger i et kommunalt drevet legekantor 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 legekantor. 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 legekantor 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 fastlønnet stilling 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 spesialistutdannelse og sitt familieliv ved valg av yrkeskarriere og arbeidsplass. Det er overveiende sannsynlig at yngre leger i fremtiden vil ønske seg en fastlønnsordning med et definert velorganisert spesialiseringsløp. Fastlønn er således et sikkert rekrutterende verktøy.

Erfaringer fra fastlønns ordning 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.



Frektidige 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.

Et viktig valg Ullensaker kommune må gjøre, er å velge driftsmodell 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	Geografisk lokalisering, bruk av kommunal deltidsstilling inntil 7,5 timer, økonomiske konsekvenser og eventuelle tilskuddsordninger er blant problemstillingene må utredes.	Kommunaldirektør HS	Juni 2019
Opprettelse av et kommunalt legekantor 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: • 1 uketime per 3 langtidsplasser, dvs. minst 1 legeårsverk per 90 pasienter • 1,5 uketimer per korttidsplass for opphold av 3–4 ukers varighet, dvs. minst 1 legeårsverk per 20 pasienter • uketimer per 1 rehabiliteringsplass for mer aktiv utrednings-, behandlings- eller rehabiliteringsopphold, dvs. minst 1 legeårsverk per 10 pasienter • 1 uketime per 2 plasser i spesialavdelinger for demente med atferdsproblemer, dvs. minst 1 legeårsverk per 60 pasienter • 5 uketimer per plass beregnet for palliativ behandling og/eller terminalomsorg, dvs. minst 1 legeårsverk per 6 pasienter	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 spesialiseringsløp. 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.	Avd. for utvikling og digitalisering	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
Gystadmyr Bo & AS (gml. PRO Jessheim øst)	Langtid somatikk	60	80 % (4 dager)	20 %	Øke stilling til 100 % samt konferering
	Psykiatri	9 + 1 KØH			
Gjestad Bo & AS (gml. PRO Jessheim vest)	Langtid demens	36	100 %		
	Langtid somatikk	30			
Kløfta Bo & AS (gml. PRO Kløfta)	Langtid somatikk	27	40 % (1,5 dag tilstedeværelse)		
RUF	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		
Sum institusjon				20 %	

II. Behov for lege forebyggende helse

Virksomhet	Antall innbyggere/ barn (2017 tall)	Nåværende stillinger (2018 tall)	Behov for stillinger	Kommentar
Helsestasjon - barn 0-5 år	2461 barn	90 % + 30 %	0	Lovpålagt
Skolehelsetjeneste - Elever 6 – 16 år	4026 elever	0	Barneskole: 100 % til 1. gangs undersøkelse 6. åringer	Sterkt anbefalt Ikke lovpålagt i ungdomsskole eller videregående
Videregående skole	Ca. 1 500 elever	0		
Ungdommens helsestasjon - Brukere 13 - 24 år	3534 brukere - i tillegg ungdommer fra andre kommuner, elever ved Romerike folkehøyskole og Jessheim vgs.	10 %	40 %	Lovpålagt
Ressurssenter for migrasjonshelse	Ca. 150 brukere (ca. 50 nye flyktninger og familiegjenforente til flyktninger pr år.)	0	20 %	Forskriftsfestet
Svangerskap- og barselomsorg ved jordmor	Ca. 400 gravide/fødsler pr. år	0		
Smittevernarbeid	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
Reisevaksinasjon (Rådgiving, reisevaksinering, malariaprotfylakse)	Konsultasjoner 2016: 1831 stk.	0	10 %	Ønskelig
Kvinnehelse - 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. Loven 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 allmenntillegisin 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 smittfarlige 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 delegerte 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.

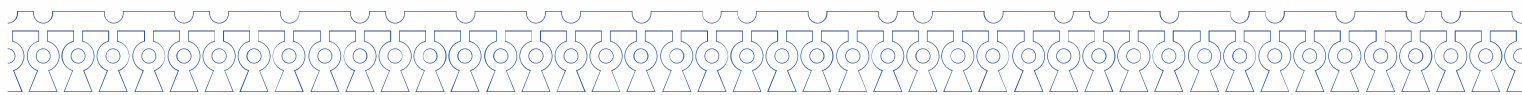
Rundskriv og veiledere

- **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, telefonid, eventuell annen kommunal oppgave og deltagelse i legevakt. Det fremgår av denne avtalen den kollegiale



avtalte fraværdekning. 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 = ALImennlege 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),
- Utestede 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

