

PLAN FOR LEGETJENESTER, KRØDSHERAD KOMMUNE

2022 - 2026

Legers medisinsk faglige kompetanse er grunnleggende nødvendig for å drive forsvarlige allmenn medisinsk og kommunale helsetjenester. Dette gjelder både i forhold til ledelse og tilretteleggelse av tjenester på et overordnet nivå, og i behandling og koordinering av tjenestetilbudet til hver enkel innbygger.

Pål Steiran
Kommuneoverlege

Innhold

Innledning.....	2
Beskrivelse.....	3
ALLMENNLEGETJENESTEN.....	4
ALIS-AVTALE	8
DEMOGRAFI OG LEGENS LISTELENGDE	9
HELSESTASJONSLEGE – LEGE I FOREBYGGENDE AVDELING HELSE	12
SYKEHJEMS- OG REHABILITERINGSLEGER	13
KOMMUNEOVERLEGE	15
LEGEVAKT	17
ORGANISERING AV LEGETJENESTEN	18
Grunnleggende strategi for legetjenester 2022-2026.....	19
Felles EPJ for legekantor, helsestasjon og sykehjem i kommunen. Nødradio.....	19
Tiltak for å sikre rekruttering og at ALIS-leger og fastleger blir i sine stillinger. Kompetent og stabil fastlegeordning.....	19
Økt samhandling med Pleie- og Omsorgstjenester.	20
Økt samhandling med NAV	20
Fokus på kvalitet i legetjenesten	20
Trygg veiledning og oppfølging av LIS1 og ALIS-lege	22
Arbeide for å etablere en Interkommunal samfunnsmedisinsk enhet.....	22
Følge opp evaluering av Primærhelseteam	27
Referanser	29

Innledning

Strategisk plan for legetjenester, som er en interkommunal plan for kommunene Ringerike, Hole, Jevnaker, Modum, Sigdal, og Krødsherad, ble vedtatt av Helsesamarbeidet i Ringeriksregionen og Midt-Buskerud (kommunalsjefene i de seks samarbeidskommunene) den 25. august 2017. Her fokuseres bl.a. Digital/IKT satsning, kompetent og stabil fastlegeordning og samvirke mellom fastleger og kommune.

Krødsherad kommune tar inn Strategiske plan for legetjenester i Plan for legetjenester i Krødsherad 2022 -2026. Planen vil inkludere legetjenester som helhet.

Krødsherad har en eldre plan for Helse- og omsorgstjenester, men denne må helhetlig revideres.

I Rammeavtalen mellom KS og Den norske legeforening (ASA 4310) heter det i punkt

6.2 Planlegging:

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

Kommunen er pliktig til å ha en plan for legetjenester som utarbeides i samråd med fastlegene (ASA 4310, § 6.2). Aktuelle plan er første plan i Krødsherad kommune. Planen har vært vurdert av allmennlegene, og vært til høring blant virksomhetsledere i helse og omsorg.

Planen med valgte strategier følger av dagens situasjon og de utviklingstrekk, som i dag ses lokalt og nasjonalt.

Mye grunnleggende må på plass for å optimalisere legetjenesten, og med det sikre mulighet for mer strategisk fokusert satsning på aldersklasser og pasientgrupper.

Det løftes frem følgende grunnleggende strategiområder for kommende planperiode:

1. Felles EPJ (elektronisk pasientjournal) legesenter, helsestasjon og sykehjem/rehabilitering i kommunen. Digital/IKT satsning som bidrar til god kvalitet i helsetjenestene.
2. Nær samhandling med Pleie- og Omsorgstjenester.
3. Økt samhandling med NAV
4. Kvalitet i legetjenesten
5. Tiltak for å rekruttere og sikre at ALIS-leger og fastleger blir i sine stillinger.
Kompetent og stabil fastlegeordning
6. Arbeide for å etablere en Interkommunal samfunnsmedisinsk enhet
7. Følge opp evaluering av Primærhelseteam

Beskrivelse

Alle kommuner i landet har bekymring knyttet både til rekruttering og utvikling, og til stabilitet i fastlegeordningen til kommunens innbyggere. Planen skal bidra til å fastholde og til å videreutvikle en bærekraftig og funksjonsdyktig fastlegeordning.

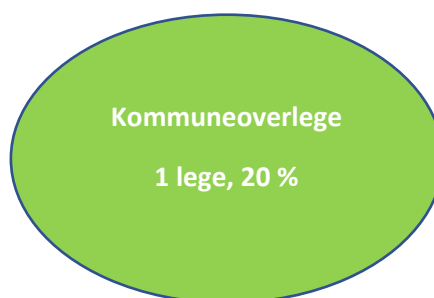
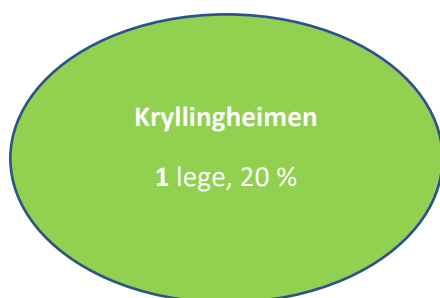
Sommeren 2022 har kommunen 2 fastlegehjemler som begge er besatt. En lege er spesialist i allmenn medisin.

Legene har kontor ved Noresund Legekontor i 2. etg. Norefjell-Porten:



1 fastlege har fastlønnnet deltidsstilling som helsestasjonslege/skolelege.

I tillegg er det tilsatt 1 ekstern lege med tilsynslegeansvar for Kryllingheimen sykehjem og rehabiliteringssenter. Kommunen har interkommunalt kommuneoverlegesamarbeid delt mellom Modum 60 %, Krødsherad 20 % og Sigdal 20 %. Under coronapandemien hadde man 1 stilling som ass. kommuneoverlege i 20 % stilling fra 01.06.21 til 31.03.22.



Offentlig legearbeid som kommuneoverlege, helsestasjonslege, sykehjemslege eller flyktningelege (hele stillinger eller bistillinger til fastlegeavtalene) finansieres i sin helhet av kommunen.

ALLMENNLEGETJENESTEN

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

- SFS 2305 Særavtalen.
- ASA 4301 Statsavtalen.
- ASA 4310 Rammeavtalen.

Fastlegene utøver kommunens ansvar for å yte individrettede, allmenn medisinske helsetjenester til innbyggerne på dagtid. Avtalene er individuelle; de inngås med hver enkel lege, og reguleres av *Forskrift for fastlegeordningen* og Avtaleverk mellom legeforeningen, kommunene og Helfo. Hjemlene er alle å betrakte som hovedstillinger.

For å kunne bli tilsatt som fastlege i en kommune skal man nå være spesialist i allmennmedisin eller under utdanning til dette (ALIS = allmennlege i spesialisering)

I henhold til avtaleverket skal en 100 % avtalehjemmel ha åpnet for pasientmottak 28 timer i uken. Øvrige arbeidstid benyttes til pasientadministrativt arbeid. Praksis skal være tilgjengelig for listepasienter 44 uker i året. De øvrige 8 ukene dekker ferie og obligatorisk kompetanseheving.

Redusert åpningstid kan skyldes at legen ivaretar andre oppdrag ved siden av fastlegehjemmelen, f.eks. offentlig legearbeid, kommunalt – regionalt – statlig.

Fastlegens åpningstid kan reduseres ved pålegg om offentlige legeoppgaver, f.eks. vil 20 % helsestasjonslegestilling gi redusert krav til åpningstid sv.t. en dag i uken, dvs. til 21 timer pr uke. Ved pålegg kan en lege også kreve redusert pasientliste.

Det er anledning til dele-liste, i de siste to til fem år, før hjemmelsinnehaver søker pensjon.

Hovedmodellen for fastlegeordningen er at fastlegene er selvstendig næringsdrivende - og eventuelt med kommunale bistillinger.

Tilknytningsformer mellom kommunene og fastlegene følger i hovedsak fire modeller:

1. Fastlegen(e) eier/leier bygg, og driver eget legesenter (personell og utstyr) som selvstendig næringsdrivende. Fastlegen mottar basistilskudd fra kommunen ut fra antall på fastlegelisten, mottar egenandeler fra pasientene og får Helfo-refusjon.
2. Fastlege med fast lønn i kommunalt drevet legesenter. Kommunen står for kostnader og administrasjon av hjelpepersonell, husleie, utstyr og forbruksmateriell. Kommunen beholder basistilskuddet, mottar egenandeler fra pasientene og mottar Helfo-refusjon.

Denne ordningen fungerer best dersom det er etablert et eget legesenter med kun fastlønnede leger. Uprøvning med fastlønnet lege sammen med selvstendig næringsdrivende viser seg å gi utfordringer i samhandling om pasienter. Erfaring viser at selvstendig næringsdrivende leger har flere konsultasjoner enn fastlønnede leger.

3. Fastlegen(e) leier legekantor inkludert drift av kommunen (areal, personell, utstyr og andre driftsomkostninger). Dette er en så kalt "§8.2-ordning", som noen kommuner bruker som rekrutterings- og stabiliseringstiltak (ASA 4310).

- o Alternativ 1: Legene dekker alle kostnader fastsatt i avtalt leie.
- o Alternativ 2: Kommunen gir redusert leie for en kortere periode (inntil 5 år) i rekrutteringsøyemed.
- o Alternativ 3: Kommunen gir en ikke tidsavgrenset redusert leie

KRØDSHERAD:

1 fastlege er pr i dag over 60 år og 1 er mellom 40 og 50 år.

Legesenter	Lege	Alder*	Tittel	Lege i Krødsherad fra
Noresund	Olga Mikalsen	61	Alm.lege	01.11.2012
Legesenter	Sasa Nedeljkovic	44	Spes.alm.medisin	01.01.2014

- Pr plandato

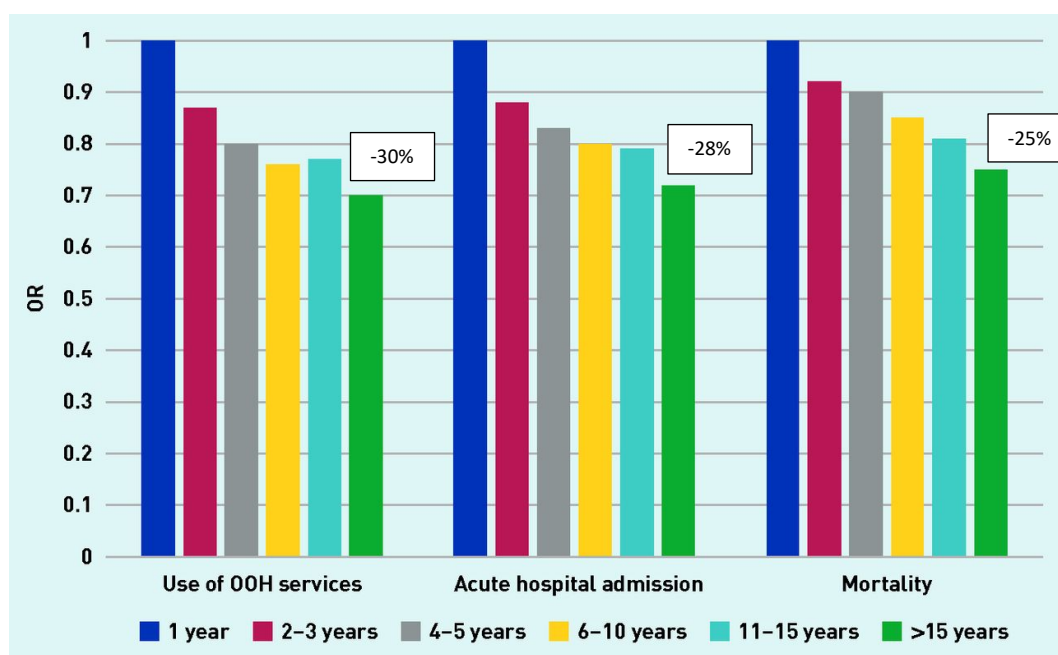
Fastlegehjemlene kan bli ledige om noen leger velger å slutte som fastlege. Kjent «Fastlegekrise» over flere år grunnet utfordrende driftsrammer har gjort allmennlegetjeneste lite attraktivt. Fra 2021-2022 har det vært betydelig vanskelig å rekruttere søkere til utlyste vikariat eller faste stillinger i kommunene i Norge.

4. kvartal 2021 sluttet 513 fastleger i Norge, det kom kun 59 nye inn. I juli 2022 manglet 175.000 pasienter i Norge fastlege. Av uteksaminerte medisinstudenter ønsker kun 2-3 % å gå videre innen allmennmedisin for å bli fastlege.

Avtalerammer med bruk av § 8.2 som Krødsherad kommune benytter nå vil medvirke til at Krødsherad kommune lettere vil kunne tiltrekke seg lege, om stilling skulle bli ledig.

Godt profesjonssamarbeid med legene vil være avgjørende for å lykkes også med de nye kommunale helseoppgaver, generelt knyttet til raskere utskrivning fra etter sykehusopphold, oppgaveoverføring fra sykehus til kommunene, og spesielt til KAD plasser. KAD er kommunale døgnbasert akutt opphold som i dag er etablert ved Kryllingheimen. Hjemmeboende pasienter med mange sykdommer, svak ADL-funksjon (av- og påkledning, matlaging og ivaretagelse av personlig hygiene) og omfattende hjemmetjenester vil kreve stadig mer, også av fastlegene.

Kontinuitet i pasientoppfølging, som vurderes som et kvalitetsaspekt i primærhelsetjenesten, er under press i Norge og andre land. I 2021 gjorde man en observasjonsstudie av 4 552 978 listepasienter hos fastlegene i Norge og man så på lengden i antall år av kontinuitet i pasientoppfølgingen i forhold til dødelighet, sykehusinnleggelser og bruke av tjenester utenom oppsatt tid (OHH). Varighet av fastlegerelasjonen ble brukt for å vise variasjonen. Resultatene viser sannsynligheten for at en gitt hendelse skal inntreffe i forhold til sannsynligheten for at den ikke skal inntreffe.



Konklusjon: Stabil og vedvarende oppfølging ved samme fastlege over tid påvirker dødelighet, akutte sykehusinnleggelser og bruk av tjenester utenom oppsatte avtaler.

Det er viktig med forståelse av verdien av kontinuitet i legetjenesten, og derfor sikre prioritering av rammer som skaper godt samhandlingsklima, slik at legen trives i kommunen og derfor blir i sin stilling.

Ikke minst samhandlingsreformen har medført et økt behov for medisinsk faglig kompetanse i tjenesten gjennom overføring av stadig flere spesialiserte oppgaver og stadig kortere liggetid på sykehusene. Velfungerende fastlegefunksjon er en kritisk suksessfaktor i denne sammenheng.

Dagens og morgendagens helse- og omsorgstjeneste trenger allmennleger med høy kompetanse. Det kreves nå av alle nye fastleger at de er spesialister, eller under spesialisering i allmennmedisin. Regjeringen vedtok en forpliktende handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020 – 2024 som skulle sikre alle innbyggere tilgjengelige allmennlegetjenester av god kvalitet, uansett hvor de befinner seg og uansett hvem de er.

Det er allment svært kjent at fastlegeordningen er under press, og slik fastlegesituasjonen er i dag er det stadig vanskeligere å rekruttere og beholde fastleger i kommunene.

I en tidligere evaluering av fastlegeordningen svarte bare 9 % av leger i spesialisering at de ønsket å bli fastleger. Unge leger ønsker i større grad ordnet arbeidstid og forutsigbare arbeidsforhold. Mange savner også et fagmiljø og tettere oppfølging i spesialiseringsløpet.

Samhandlingsreformen og håndteringen av utskrivningsklare pasienter fra sykehusene, har gitt fastlegene en økt arbeidsbyrde. Arbeidsoppgavene har blitt stadig flere. Handlingsplanen fra 2020 for allmennlegetjenesten skulle legge forholdene til rette for en bedre rekruttering av unge leger til fastlegestillingene. Nåværende handlingsplan har flere gode tiltak, men de har ikke hatt ønsket effekt.

Fastlegestillingen representerer et sentralt velferdsgode i en kommune, og den er porten inn til spesialisthelsetjenesten. For eldre med sammensatte plager og funksjonshemmende, er fastlegene som trygghetsskapende faktor i hverdagen av største betydning. Mangel på fastleger er en krise for kommunens innbyggere og helsetjenesten generelt i kommunen.

Mangel på fastleger kan medføre betydelig vikarutgifter hvis kommunens «sørge for» ansvar blir aktuelt. En vikar ville koste estimert kr 250 – 300.000 pr. måned, eller over tre millioner kroner i året.

Fastlegeordningen i Krødsherad kommune vil kunne stå overfor de samme utfordringer som nasjonale medier og utredninger beskriver. Kommunen må fremover være aktiv i arbeidet for en bærekraftig, stabil og kompetent allmennlegetjeneste. Kommuneoverlegen prioriterer et åpent og nært samarbeid med fastlegene for å sikre positiv utvikling. Det må sikres avtale med vikarbyråer for raskt å kunne skaffe vikar dersom behovet melder seg.

Krav til formell medisinsk faglig forsvarlige tjenester øker behovet for medisinsk faglig kompetanse som en integrert del av kommunale helse- og omsorgstjenester. Parallelt med utvikling av fastlegeordningen legges det vekt på å sikre faglig forsvarlig og effektive samhandling til det beste for våre pasienter.

Legetjenesten i kommunen må bidra til å oppfylle Samhandlingsreformens krav om et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud i helse- og omsorgstjenestene av god kvalitet og med høy pasientsikkerhet.

Tilbudet skal være tilpasset den enkelte bruker. Det skal legges økt vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid, på habilitering og rehabilitering. Utredning og behandling av hyppige forekommende sykdommer og tilstander skal desentraliseres der det er mulig. Det er videre en forventning at et godt samarbeid mellom fastleger og kommunale virksomheter som helsestasjon, barnevern, NAV sosialtjeneste, pleie- og omsorgstjenestene, rus/psykiatri og flyktningetjeneste innen både forebygging, behandling og rehabilitering vil gi betydelige gevinster for befolkningen.

Jo eldre man blir, jo flere sykdommer og helseproblemer kan man ha. I en alder av 80 år har 50 % av befolkningen tre eller flere helseproblemer. Legetjenesten skal bidra til at eldre og multisyke vedlikeholder og bedrer dagliglivets funksjoner.

Blant de største utfordringene for helsetjenesten i kommunen, herunder særlig for legetjenesten er de eldre:

- ensomhet
 - depresjon
 - fall- og falltendens
 - multifarmasi
 - kognitiv svikt
- 
- alle disse spiller sammen

ALIS-AVTALE

Ny spesialistutdanning i allmennmedisin trådte i kraft 1. mars 2019. Målet er gode og enhetlige utdanningsløp. ALIS = allmennlege i spesialisering

Alle kommuner med ALIS-kandidater skal kunne tilby forutsigbare utdanningsløp med veiledning, supervisjon og læringsaktiviteter.

Helsedirektoratet har fra 2019 opprettet ordningen «ALIS-avtale for fastleger i næringsdrift og fastlegevikarer i næringsdrift utover et års varighet». Målsetningen med ordningen er å øke antall fastleger i kommunene, å redusere antall ledige fastlegeavtaler, og å øke stabiliteten blant fastleger. Virkemiddelet er ALIS-avtalen. Det er en avtale mellom kommunen og legen i spesialisering (LIS) om særlige rekrutteringstiltak. ALIS-avtalen går ut over, og kommer i tillegg til, plikter og rettigheter som er fastlagt i Spesialistforskriften.

Krødsherad kommune er ikke registrert utdanningsinstitusjon og ansvarlig for leger i spesialisering (LIS1 (tidligere betegnet turnuslege) og ALIS). Ved behov for flere leger vil slik registrering bli nødvendig.

Staten har opprettet regionale ALIS-kontorer for å hjelpe kommunene med rekruttering av fastleger gjennom inngåing av slike ALIS-avtaler. Krødsherad vil sortere under ALIS-Øst (lokalisert til Hamar). Tilrettelegging for, oppfølging av og veiledning av både LIS1 og ALIS, er en krevende oppgave - både for de leger som har veiledningsansvar og for kommuneoverlegen som har signeringsansvar for oppnådde læringsmål.

Fra 2022 kan alle kommuner som har leger under spesialisering i allmennmedisin i ny ordning for spesialistutdanning søke Helsedirektoratet om tilskudd over ordningen. Tilskuddet skal bidra til å dekke kommunens kostnader for avtaleelementer inntil fastsatt maksimalt årlig tilskuddsbeløp per ALIS. Tilskuddets størrelse vil avhenge av om kommunen er definert av Helsedirektoratet til å være i kategorien med særskilte rekrutteringsutfordringer (fra kr 57.750 til kr 567.000 pr år). Søknadsfrist 01.10. hvert år.

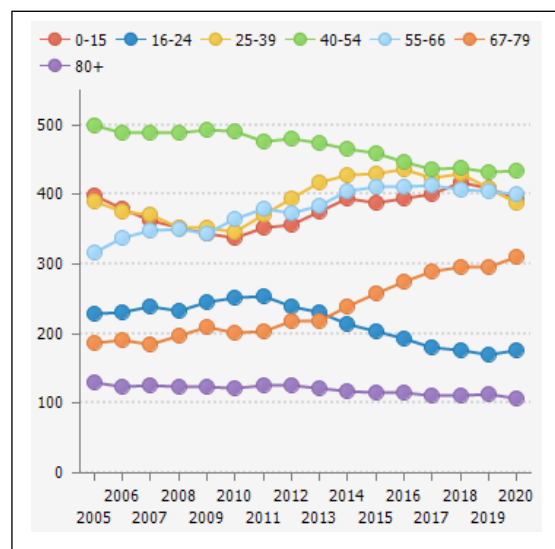
Dette er en refusjonsordning. Tilskuddsordningen er uten krav til videre rapportering fra tilskuddsmottaker. Kommunen skal allikevel, innen 1. april påfølgende år levere attest fra revisor.

DEMOGRAFI OG LEGENS LISTELENGDE

Befolkning i Krødsherad pr 01.01.

Alder i år	2017	2022	endring	endring %
0-17	445	418	-27	-6,1
18-49	863	786	-77	-8,9
50-66	548	543	-5	-0,9
67-79	289	321	+32	+11,1
80-89	92	103	+11	+11,9
90 +	20	18	-2	-0,1
Totalt	2257	2189	-68	-3,0

(www.ssb.no)



(www.ssb.no)

«Eldrebølgen» er synlig, og vil gi økt behov for legeoppfølging i årene som kommer. Det vil kreves tilstrekkelig antall leger til å ivareta økt antall eldre med sammensatte helseutfordringer.

«En økning i antall eldre, utvikling av helsetilstanden, forventet levealder, reformer som endrer forholdet mellom spesialisthelsetjeneste, kommunale omsorgstjenester og primærhelsetjenester, tilgang på uformell hjelp, kombinert med teknologisk utvikling og våre forventninger fra samfunnet, er faktorer som må tas med i beregningene» uttaler Geir Godager, førsteamanuensis ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi.

Listelengder på fastlegens tilknyttende pasienter bør ikke overgå legens tidsmessige og faglige forsvarlige kapasitet til å:

- vurdere akutt sykdom og skade
- følge opp kronisk syke
- følge opp elektronisk kommunikasjon i pasientoppfølging
- delta i tverrfaglige møter om enkeltpasienter
- bidra i enkeltpasienters ansvarsgrupper
- sikre god fraværdekning ved kurs, ferie og sykdom
- ha økt fokus på tilstrekkelig dokumentasjon. Journaldokumentasjon har nytteverdi for oppfølging av pasienten, gode henvisninger til sykehus og spesialister, legeerklæringer til NAV og forsikring, og for opplysninger ved klagesaker
- ha tid til nødvendig faglig oppdatering
- ha et motiverende og helsefremmende psykososialt arbeidsmiljø for seg selv, sine medarbeidere og samarbeidspartnere.

Ledig listekapasitet er et begrep som forteller hvor mange ledige plasser det er igjen på fastlegenes lister, og omtales oftest i %. Fastlegen setter selv tallet på pasienter på sin liste innen gitte rammer og avtaler. Pasientene har mulighet til å bytte fastlege x 2 pr pr år, og skal det reelt være et fritt legevalg bør dette fremkomme som mulig ved ledige plasser på fastlegelistene. Kommunen bør totalt ha 5 % ledig listekapasitet.

På landsbasis har det gjennomsnittlige antallet pasienter på hver fastlegeliste gått langsomt nedover siden toppen i 2005 da det var ca. 1200 pasienter per liste. I hele 2018 var den gjennomsnittlige listelengden stabil på rundt 1100 pasienter. I 2019 har gjennomsnittlig listelengde beveget seg videre nedover. I slutten av 4.kvartal 2020 var snitt antallet 1068 pasienter.

Gjennomsnittlig listelengde er nå den laveste som er registrert. Merk at gjennomsnittlig listelengde for kvinnelige fastleger er nå 998 pasienter og har kommet ned under 1000 for første gang, for menn er snittet 1127 pasienter. Det er tilsvarende trend Krødsherads nabokommuner hvor flere leger – både kvinner og menn, ønsker reduksjon av antall pasienter på sine lister.

Med fastlegenes ønske om reduserte listelengder og for å kunne gi pasientene reel mulighet til fritt legevalg (jfr venteliste,) må man derfor forvente behov for økt antall legehjemler i årene fremover. I tillegg er det mulig at kommunen blir tilpliktet mottak av flere LIS1 leger. Disse vil i noen grad kunne bufre tilbudet for legetjenester.

Etter 1.juli 2013 er det kommunen selv som beslutter opprettelse av nye legestillinger i kommunehelsetjenesten.

Opprettelse av nye og det å sikre lege i fastlegehjemler har i seg selv i utgangspunktet tidligere ikke vært noen nettokostnad for kommunen utover det å administrere avtalene. Rekrutteringsutfordringer har endret dette. Flere og flere kommuner har måttet yte ekstra tilskudd for å sikre fastlegetilbud til befolkningen. Se videre pkt 2 under grunnleggende satsningsområder i planperioden.

Kommunen utbetaler basistilskudd til legene etter hvor mange innbyggere de har på listene, og kommunen får rammeoverføring etter befolkningstall.

Fastlegene og omsorgstjenestene opplever at pasientene har mer omfattende oppfølgingsbehov, og dette medfører behov for mer tid og gjentatte legesamtaler for hver pasient.

Det er forskjell på hvor mye befolkningen oppsøker legetjeneste. Fra 2010 til 2015 har vi sett en 20 % økning på antall konsultasjoner på landsbasis. Det økende antall konsultasjoner man ser er nok mye grunnet helseangst ut fra svært mye negativt fokusert og unødige

skremmende helseopplysninger i media. Dette medfører dessverre mye legesøkning og overdiagnostisering som belaster både kommunal helsetjeneste og spesialist-helsetjeneste.

Kommune nr	Kommune	Antall konsultasjoner pr 1000 innb. i 2015	Standardavvik fra gj. snittet konsultasjoner pr 1000 innb.	Forklaring
3047	Modum	3049	5	Høyt antall konsultasjoner pr 1000 innbyggere
3046	Krødsherad	3324	6	Svært høyt antall konsultasjoner pr 1000 innbyggere
3045	Sigdal	2629	3	Middels lavt antall konsultasjoner pr 1000 innbyggere

(statistikk.helsedirektoratet.no)

Fastlegene opplever behov for mer tid til den enkelte pasient. Pasienten skal informeres tilstrekkelig og ha mulighet for «samvalg» når valg av utredning og behandling anbefales.

Dette er faglig nødvendig og nyttig for å unngå at legen ikke bare blir en «Helseekspeditør» som for effektivt gir etter for pasienters ønsker eller forventninger, og kanskje unødvendig diagnostikk, behandling eller sykmelding.

Legesenter	Lege	Listelengde p.t	Ledige plasser p.t 13.05.22	Venteliste* antall pasienter	Ønsket listelengde
Noresund Legekontor	Olga Mikalsen	1000	0	15	
	Sasa Nedeljkovic	1000	328		
Totalt listeplasser hele kommunen		2000	328	15	

(Tall hentet fra helsenorge.no)

*Venteliste representerer antall som ønsker plass på en bestemt fastleges liste

0,8 % ønsker å komme inn på en bestemt leges liste. Ledig listekapasitet er 16,4 %
15 pasienter står på venteliste for kvinnelig lege = 100 % av de som ønsker annen lege

For at befolkningen skal ha reell mulighet for fritt valg av lege er det en forutsetning at det er ledig plass på listene. Det anbefales at kommune skal ha ledig listekapasitet på 5 %. Dette tilsvarer ca 100 plasser i Krødsherad. Ut fra tallene pr 25.05.22 er det tilstrekkelig ledig listekapasitet i Krødsherad kommune. Ønsker legene reduserte lister må man i fremtiden planlegge for flere legehjemler. God legekontinuitet gjør at legene foreløpig opplever sine lister håndterlig.

Ledige listeplasser hos Fastlegene:

25.05.22	% ledig	Ledige plasser	Plasser totalt	LIS1	Venteliste*	Befolkning 31.12.21
Modum	4,2 %	597	14250	Ja	713	14272
Krødsherad	16,4 %	328	2000	Nei	15	2189
Sigdal	0 %	0	3380	Ja	147	3492

*Venteliste representerer de som ønsker plass på en bestemt fastleges liste

Det er fritt legevalg i Norge, og ut fra tallene på antall innbyggere og tall på fastlegelistene i kommunen ser vi at noen innbyggere i Krødsherad har fastleger i andre kommuner.

Det er et eget oppgjør som utjevner valg av leger på tvers av kommunegrensene (gjestepasientoppgjør).

Ut fra forventede ønsker om reduserte pasientlister blant yngre leger vil det i fremtiden være behov for 3 fastleger i Krødsherad. Man må derfor allerede nå planlegge for dette. I den sammenheng må det sikres at legekantor har tilstrekkelig kontorkapasitet. Et andre alternativ er f. eks å ansette en AKS sykepleier som jobber tett sammen med legene ved legekantoret. Et tredje alternativ vil kunne være å søke å få inn en LIS1 lege (tidl. turnuskandidat)

KOMMUNALE DELTIDSSTILLINGER

Kommunen har pr i dag/har hatt avtale med 1 fastlege om offentlig deltjeneste i henhold til tabell under:

Legesenter	Lege	Funksjon	Ant. timer pr uke
Noresund Legekantor	Sasa Nedeljkovic	Helsestasjonslege Skolelege	1,5 t

Det er noe uklart om den vikarfunksjon legene har som tilsynslege ved Kryllingheimen har skriftlig avtale. Dette må på plass.

Ved mangel på lege innen offentlige legearbeid kan fastleger pålegges inntil 7,5 t pr uke slik det er regulert i SFS 2305. Man oppnår best tjeneste ved å ha rammer som sikrer frivillig motivert tjenesteyter.

HELSESTASJONSLEGE – LEGE I FOREBYGGENDE AVDELING HELSE

Helsedirektoratet har i en analyse i 2010 vurdert behovet for legetjenester på helsestasjon:

- Helsestasjon 0-5 år: en 20 % legestilling pr 100 fødsler
- Barneskolen: en 5 % legestilling pr 100 barn
- Ungdomsskolen: en 20 % stilling pr 550 barn
- Videregående skole: en 20 % legestilling pr 880 unge
- Helsestasjon for ungdom: åpningstid minimum 2 t.pr uke bemannet med helsesøster og lege

Krødsherad

	Antall barn	Veileder anbefaler	Legeressurs
Helsestasjon 0-5 år	70, ca 14 fødsler /år	20 % lege pr 100 fødsler	Har 4 % ressurs = 1,5 t /uke Burde være:
Barneskolene	190	5 % lege pr 100	14 % helsestasjon = 5,35 t/uke
Ungdomskolene	70	20 % lege pr 550	9,5 % barneskole = 3,5 t/uke 2,5 % ungdomsskole = 1 t /uke Totalt: minst 20 % stilling
Videregående skole		20 % lege pr 880	Dekkes av helse i kommuner med VGS
Helsestasjon for ungdom		Åpningstid 2 t/uke	Dekkes av helse i kommuner med VGS

Ut fra tallene ser vi at det bør være minst 20 % deltidsstilling for helsestasjons- og skolelege.

Det vil bli arbeidet for at helsestasjonslegen skal benytte samme EPJ som fastlegene, og da med tilgang til fastlegens journal på aktuelle pasienter som er på avlasting, rehabilitering eller permanent innlagt. Dette vil bedre pasientsikkerheten i forhold til anamnese, oppfølging, laboratorieverdier og legemidler i bruk.

SYKEHJEMS- OG REHABILITERINGSLEGER

Kjennetegn på godt sykehjemslegearbeid:

- Kontinuitet – samme lege over lengre tid.
- Tilgjengelighet
- Fast legetilsyn ved avdeling minst to dager pr. uke eller mer.
- Fast system for års- og halvårskontroller for langtidspasienter.
- God journalføring og god medisinsk dokumentasjon, som sikrer kontinuitet i legearbeidet - også ved nødvendig bruk av legevakt.
- Medisinsk journalsystem som sikrer god og effektiv elektronisk utveksling og formidling av helseopplysninger - mellom fastlege og tilsynslege, overfor de kommunale omsorgstjenestene og mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.
- Sykehjemslegen deltar i etterutdanning av helsepersonell ved avdelingen/sykehjemmet, og deltar i systematisk utvikling av kvalitetsrutiner.
- Tett faglig samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Kompetansekrav og kvalitet

Helsedirektoratet fant i en undersøkelse i 2005, at den gjennomsnittlige legedekning i norske sykehjem var 1 legetime per 3-5 beboer.

Det er ingen nasjonale faglige krav til å være sykehjemslege - utover det å være lege. Legeforeningen har fastsatt egne «Regler for godkjenning av kompetanseområde i alders- og sykehjemsmedisin». Reglene sikrer at de leger som arbeider med alders- og sykehjemsmedisin, har nødvendig kompetanse og ferdigheter for å arbeide selvstendig i dette fagfeltet.

Helsemyndighetene har de senere årene satset systematisk på utvikling av standardiserte faglige rutiner i eldreomsorgen, som for eksempel:

- Start-stop-kriterier ved medikamentvurdering.
- Interaksjonsanalyser (kontroll av hvordan medikamenter påvirker hverandre).
- Pakkeforløp ved bestemte diagnoser/sykdommer.
- Systematisk infeksjonsforebygging og rapportering.
- Vurdering av personers samtykkekompetanse.

Norsk geriatriisk forening har dessuten utarbeidet en rekke faglige veiledere som er viktig at blir tatt i bruk i alders- og sykehjemsmedisinen. Videre har mange større kommuner utarbeidet egne faglige håndbøker for å sikre den faglige standarden på legetjenesten i sykehjem.

For å implementere den systematiserte kunnskapen som slike veiledere representerer, er det viktig at sykehjemslegen(e) har tid nok til å systematisere arbeidet sitt, å utarbeide faglige prosedyrer i samarbeid med øvrig personell, samt å ha regelmessig faglig kontakt med andre sykehjemsleger/geriatere. Små og oppdelte stillinger gir i dag ikke en tilfredsstillende ramme for dette arbeidet.

Kommunen har i dag totalt 25 plasser fordelt på 3 avdelinger ved Kryllingheimen.

Sted	Lege	Alder	Stillingsstørrelse	Tittel
Kryllingheimen, sykehjem	Solveig Sæta		20 %	Sykehjemslege Spes.indremedisin
	Olga Mikalsen Sasa Nedeljkovic		Avtale?	Stedfortreder sykehjemslege

Dette utgjør til sammen 7,5 sykehjemslegetimer pr. uke - eller 0,3 t/uke pr. sykehjemsplass. Landsgjennomsnittet er 0,55 t/uke pr sykehjemsplass. Krødsherad ligger altså her 45 % under landsgjennomsnittet.

Det utarbeides kompetansekrav og instruks for sykehjemslegestillingene. Det bør stilles krav om at legene enten har godkjent kompetanse i alders- og sykehjemsmedisin, eller er under utdanning til slik kompetanse - eventuelt spesialist i allmennmedisin eller annen spesialitet. Krødsherad har pr i dag sykehjemslege som er spesialist i indremedisin. Dette utgjør særdeles god kompetanse, og vil kompensere for lav stillingsprosent. Sykehjemslegen har også noe tlf beredskap utenom tilstedeværende visittid.

Det vil bli arbeidet for at sykehjemslegen skal ha samme EPJ som fastlegene, og da med tilgang til fastlegens journal på aktuelle pasienter som er på avlasting, rehabilitering eller permanent innlagt. Dette vil bedre pasientsikkerheten i forhold til anamnese, oppfølging, laboratorieverdier og legemidler i bruk.

Vikar- og stedfortrederfunksjon for sykehjemslegen ivaretas av kommunens fastleger.

KOMMUNEOVERLEGE

I rammeavtalen SFS 2305 ("Særavtalen") Sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Den norske legeforening, fremgår:

§ 13.2 Kommuneoverlegen bør være spesialist i samfunnsmedisin. Kommunen skal legge til rette for at lege uten slik kompetanse kan inngå gjensidig forpliktende avtale med kommunen om å gjennomføre spesialistutdanningsprogrammet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 8-2.

§ 13.3 Kommunen skal legge til rette for at stillingen som kommuneoverlege utgjør minst 50 % av full stilling.

§ 13.4 For å sikre en definert arbeidstid for kommuneoverlegen, og for å definere kommunens ansvar for samfunnsmedisinske beredskapsoppgaver i forhold til akuttmedisinske katastrofer, alvorlige forurensninger, arbeid med tvungent psykisk helsevern og akutt smittevern, kan det etableres kommunal eller interkommunal beredskapsordning.

Modum kommune har 1 Kommuneoverlege i 60 % stilling, og det er avtalt interkommunalt samarbeid med Krødsherad +20 % og Sigdal +20 % (p.t. Pål Steiran, totalt 100 %). Under covid-19 pandemien var det midlertidig frem til 31.03.22 ansatt assisterende kommuneoverlege i 20 % stilling (Ole Anders Gulbrandsen) Det var under pandemien invitert til og avtalt delt smittevern vaktordning for ettermiddag/kveld og helger med 3 fastleger (Ole Anders Gulbrandsen, Birgit Muggerud og Cathrine Molandsveen. Alle Modum) i tillegg til kommuneoverlegen.

Kommuneoverlegen har svært omfattende roller og oppgaver, og skal vurdere kommunens behov for å se samspillet mellom helse og samfunn – kommunens behov for samfunnsmedisinsk arbeid.

- Fravær av sykdom, nærvær av helsegoder
- Folkehelse, summen av enkeltindividers helsetilstand: behov for helsetjenester og velferdsordninger, nærmiljø, lokalsamfunn

Kommuneoverlegens har også spesifikke oppgaver som lokal helsemyndighet.

Fire overordnede roller:

Myndighetsutøvelse, egentlig plassert i politisk utvalg med delegasjon eller få saksfremlegg:

- Smittevern.
- Miljørettet helsevern.
- Helsemessig beredskap.
- Lov om psykiske helsevern.
- Lov om sosiale tjenester.
- Forskrift om skadedyrbekjempelse.

Godkjenningsinstans.

- Godkjenning innen miljørettet helsevern: Skoler, barnehager, hulltaking, frisør, hudpleie, solarier, badeanlegg m.m.
- Uttalelse om vannforsyning og drikkevann før Mattilsynet godkjenner
- Godkjenning av avløpsslam, lagring og spredning
- Godkjenning av medisinutsalg
- Godkjenning av gjennomført veiledning for å få adgang til på praktisere som allmennlege med rett til refusjon
- Medvirke til at kommunale helseinstitusjoner har tilgjengelig smitteverneksptise
- Oppgraving av lik

Medisinskfaglig rådgiver: Kommunen skal ha en kommunelege for «å løse de oppgaver som er tillagt i lov og instruks». Kommunelegen skal gi råd til og på vegne av helsetjenesten. Særlig miljørettet helsevern, smittevern og helsemessig beredskap, men også kommunalt planarbeid, organisering av helsetjenester og helsemessig beredskap. Kommunen må ha en gjennomtenkt og bevisst holdning til hva de forventer og krever av sin kommuneoverlege. I noen kommuner er kommuneoverlegen ansatt fordi det er «påbudt» og uten klare forventninger, ønsker eller delegasjonsvedtak.

Oppgaver:

- Forebyggende og helsefremmende arbeid
- Helseovervåkning
- Planarbeid
- Samarbeid med helseforetak og stat
- Miljørettet helsevern
- Smittevern
- Helsemessig beredskap
- Kvalitetssikring og tilsyn
- Helhetlig evaluering og koordinering
- Sosialmedisinsk arbeid
- Samarbeid med fastlegene

- Samarbeid med andre kommunale instanser

Meldingsinstans: Samfunnet har behov for en lokal helsemyndighet som kan motta, kontrollere, koordinere og vurdere meldinger, og ev. iverksette tiltak.

- Meldinger om miljørettet helsevern for virksomheter, eiendommer og tiltak skal meldes kommunen før oppstart eller vesentlige endringer. Dette gjelder asylmottak, hospitser, campingplasser, lokaler for undervisning, forsamlingslokaler, virksomheter som slipper ut avløpsvann, virksomheter med kjøletårn og lignende. Skadedyrbekjempelse. Lokaler til frisør, hudpleie, hulltaking med mer. Badeanlegg og sikkerhet ved bruken av slike.
- Varsling og melding om smittsomme sykdommer
- Varsling om næringsmiddelbåren sykdom
- Varsling om dyresykdom som kan smitte mennesker
- Melding om apotekers åpningstid
- Melding om privat forpleining i psykisk helsevern
- Melding om analysefunn som indikerer smittsom sykdom
- Varsling om smittsom sykdom i kommunal helseinstitusjon
- Melding etter kommunens tuberkuloseprogram
- Melding fra politiet om oppholdstillatelse for utlendinger
- Melding om smittefare ved håndtering av avdød

Sikkerhetsnett i individuell behandling

- Undersøkelse av smittede personer og smitteoppsporing
- Rekvirering av nødvendige legemidler
- Pårørendes innsynsrett i Dødsårsaksregisteret

Det bør stilles krav om at legene enten har godkjent kompetanse i samfunnsmedisin, eller er under utdanning til slik kompetanse -spesialist i samfunnsmedisin. Kommunen må legge til rette for å støtte dette.

Planen kommer tilbake til vurderinger rundt ressurser, kontinuitet, koordinering og vaktbelastning innen Samfunnsmedisin og kommuneoverlegefunksjon i pkt 6 under grunnleggende fokusområder i planperioden: «Arbeid for å etablere en Interkommunal Samfunnsmedisinsk enhet»

LEGEVAKT

Målet for legevakten er, sammen med AMK, å sikre befolkningen gode og trygge akuttmedisinske tjenester. Legevakten organiseres og utvikles i samsvar med de lov- og forskriftskrav som gjelder for tjenesten.

Dagtid

På dagtid i ukedagene har enhver fastlege øyeblikkelig hjelp ansvar for egne listepasienter. Ved fravær sikres dette med avtalefestede vikarer, eller samsnakket kollegial fraværstdekning.

I tillegg har Noresund Legekontor «beredskapslegevakt» på dagtid. Dette er å være tilgjengelig for akutt uttrykking etter varsel fra AMK eller den interkommunale legevakten, og å sørge for akutt legehjelp til personer som oppholder seg i kommunen og som ikke har fastlege i kommunen (ex. turister og fritidsbeboere). Den interkommunale legevakten har tlf bemanning også på dagtid, og formidler informasjon til «beredskapslegevakten» når noen ringer 116117 på dagtid. Det er avtale med Flå legekontor om vikarfunksjon dersom Noresund Legekontor enkelte dager er stengt.

Noresund Legekontor har egen nødnettradio som kan benyttes i lukket samband med legevakt, AMK, ambulanser og politi/brann ved akutte hendelser og øvelser. Det er vesentlig at alle ansatte ved legekontor har tilstrekkelig kompetanse i bruk av nødnettradio.

Ettermiddag, kveld, natt, helger og høytidsdager:

Krødsherad kommune er selvstendig medlem i Ringerike interkommunale legevakt. Legevakten dekker hverdager fra kl 15.00 til neste dag kl 08:00, samt hele døgnet i helger og ved høytidsdager. Fastleger i kommunen som ikke har fritak for legevakt deltar etter vaktliste som settes opp av den interkommunale legevaktsjefen. Her er det mulighet for å komme med vaktønsker, og man har en vakanliste hvor man kan bli beordret.

Legevakttjenesten er regulert i Helse- og omsorgstjenesteloven samt i Akuttmedisinforskriften. I forskriften er det fastsatt skjerpede krav til kompetanse for alt personell i legevaktordningen. Dette følges opp ved Ringerike interkommunale legevakt.

Det er ikke kommet signaler om at denne interkommunale legevaktordningen ikke tilfredsstiller befolkningens behov.

ORGANISERING AV LEGETJENESTEN

Legetjenesten er i dag organisert under Helse- og omsorgssjefen. Dette fungerer organisatorisk bra, det er god samhandling administrativt og i samhandling med andre tjenester.

Kommuneoverlegens helhetlige rådgivningsfunksjon gjør at stillingen bør være del av kommunedirektørens lederteam.

Helse- og omsorgssjefen sitter i ledelsesgruppe med tilsvarende ledere i Modum og Sigdal om interkommunal kommuneoverlegestilling.

Grunnleggende strategi for legetjenester 2022-2026.

Krødsherad kommunes ledelse har i kommunen valgt 7 strategiområder for perioden 2022-2026.

Målet er å sikre bærekraftig, kompetent og kontinuerlig allmenne og samfunns-medisinske medisinsk helsetjenester, og samtidig bidra til at legetjenestene er koordinerte, i tråd med samfunnsutviklingen og i samvirke med kommunens øvrige helse og omsorgstjenester.

De 7 valgte grunnleggende satsningsområder i planperioden er:

Felles EPJ for legekantor, helsestasjon og sykehjem i kommunen. Nødradio.

Mulighet for tilgang til lik EPJ ved legekantor, sykehjem og helsestasjon gir legen full oversikt over pasientens sykehistorie, legemidler i bruk og laboratoriefunn. Dette vil medvirke til økt kvalitet og pasientsikkerhet for pasienten.

Mange pasienter har lege i nabokommune, så det er derfor ønskelig med samme EPJ som ved legekantor i Modum og Sigdal. Da vil behandlende lege ha mulighet til å se pasientens fulle journal ved vikarfunksjon og ved legebytte.

Dette vil også gi store fordeler både for pasient og lege dersom legevakten benytter samme journalsystem.

I Modum kommune får alle legefunksjoner samme EPJ i løpet av 2022.

Hallingdalskommunene har også samlet valgt samme EPJ system. Det arbeides også for at den interkommunale legevakt skal velge det samme EPJ.

Sammen med dette vil vi i 2022 avholde oppfriskningskurs i bruk av nødmeldingsradio for å sikre god kompetanse ved alle legekantor, og motivere til bruk ved kontakt med legevakten på dagtid og ambulanse ved oppdrag.

Tiltak for å sikre rekruttering og at ALIS-leger og fastleger blir i sine stillinger. Kompetent og stabil fastlegeordning.

Også for Krødsherad kommune er det nyttig å planlegge tiltak for å sikre rekruttering og gode rammer for å beholde fastleger.

Det er ønskelig med planlegging av følgende kommunale tiltak:

- Dekking av inntil 2 tverrfaglig samhandlingsmøter med kommunal omsorgstjeneste, lokalsykehus og med NAV pr år
- Dekning av kostnader til utdanning som kursdager og veiledningsaktiviteter.
- kompensasjon ved fravær pga syke barn inntil 10 dager i året.
- Sikre avtale med minst 3 vikarbyråer for akutt vikarbehov

Økt samhandling med Pleie- og Omsorgstjenester.

For hjemmeboende tjenestemottagere:

Hjemmetjenesten samarbeider med brukernes fastlege ved digitale meldinger. Her har man en svarfrist på 3 døgn. Ved ø.hj behov benytter man tlf henvendelse. Ved observasjon, kartlegging, oppfølging og ved videre henvendelse er registreringsverktøyet NEWS2 er svært godt kommunikasjons- og overføringsverktøy. Personell innen omsorgstjenesten benytter dette og ved legesentra skal man lære å benytte dette mer aktivt som et obligatorisk verktøy for å øke pasientsikkerheten.

Kommuneoverlegen vil i planperioden fokusere optimalisering av samhandlingen ved å invitere til et samhandlingsprosjekt, hvor man forsøker regelmessige fellesmøter rundt brukere som står på den enkelte fastleges pasientliste. Dette var rutine i Krødsherad på 1990 tallet.

Økt samhandling med NAV

Nasjonalt og lokalt er det høyt sykefravær sammenlignet med andre land. Dette ser vi til tross for høy levestandard, høy livskvalitet og godt utbygd helsevesen. Gode funksjonsbeskrivelser i sykmeldinger og legeerklæringer er nødvendig for effektiv saksbehandling ved vurdering av hjelpende virkemidler og ytelser fra NAV. Pasientens ressurser må tillegges økt fokus. God og åpen dialog mellom veiledere i NAV og fastlegene er nødvendig. Fysiske eller digitale møter med faglig oppdatering er nyttig. Betalte fellesmøter mellom fastlegene og NAV vil fremme god samhandling.

Fokus på kvalitet i legetjenesten

For å kunne yte best mulig helsetjeneste har fastlegene som andre plikt til å drive internkontroll. Internkontroll på et allmennlegekontor skal sikre faglig forsvarlige helsetjenester gjennom kontinuerlig forbedringsarbeid.

Et legesenters prosedyrebok utgjør grunnmuren i internkontrollsystemet. I tillegg bør man ha praksismøter med årsplan for faglig oppdatering med gjennomgang av nye retningslinjer, sammenlikning av journaldata fra de forskjellige legene,

samarbeidsmøter, trening på hjerte-lunge-redning, gjennomgang av nestenfeil, HMS-møte og brukerundersøkelse. Psykososialt arbeidsmiljø innen legesenteret skal også fokuseres.

Det skal være rutiner for datasikkerhet, gjennomgang av medisiner og felles legekontroll, og teknisk-medisinsk utstyrskontroll. Hygiene og laboratorie kvalitet overvåkes med sporekontroller og NOKLUS-prøver. Til årlig kvalitetsgjennomgang bør man ha en enkel sjekkliste basert på kravspesifikasjoner som man har utarbeidet lokalt. Disse skal avspeile relevante og sentrale forhold, og som lar seg operasjonalisere og vurdere på en enkel måte.

Kravspesifikasjonene vil gi diskusjoner om hva som er godt nok og hvorfor. Det skal være enkelt å samle inn og sammenfatte datagrunnlaget for kvalitetsgjennomgang. Egne krav til relevans, realitetsorientering og et fleksibelt format kan bidra til at internkontroll får en naturlig plass i hverdagen ved et travelt allmennlegekontor.

«Gjør kloke valg» er en støttende kampanje fra legeforeningen som tar sikte på å redusere undersøkelser og behandling som pasienter ikke har nytte av, og som i verste fall kan skade. Dette er en norsk versjon av den internasjonale Choosing Wisely-kampanjen som startet i USA i 2012. Målet er at både helsepersonell og pasienter sammen skal gjøre kloke valg i diagnostikk og behandling. Pasienter inviteres til å stille helsepersonell spørsmål om undersøkelser og behandling. Resultatet blir behov for mer tid i enhver konsultasjon.

«TrinnVis» er et nyttig digitalt verktøy for etablering av prosedyrer, kvalitetssikring og pasientsikkerhet. Flere legesenter har tatt i bruk dette. TrinnVis ble først laget for å hjelpe overarbeidede fastleger å organisere personvern, internkontroll og kvalitetsforbedring. TrinnVis er et kvalitetssystem som forenkler driften og forbedrer pasientsikkerheten ved legekontoret. TrinnVis er utviklet for leger av leger med lang erfaring og med støtte fra Legeforeningen. TrinnVis passer for alle små og mellomstore helsevirksomheter uavhengig av organisasjonsform. Noresund Legekontor benytter «TrinnVis». I tillegg har SKIL (senter for kvalitet i legetjenester) kurs, kvalitetspakker og aktiv støtte overfor legesentre. www.Skilnet.no
Kommuneoverlegen vil støtte og følge opp legekontorets arbeid med kvalitetssikring og pasientsikkerhet.

Økt oppfølging av den enkelte pasient, sammen med økt oppgaveoverføring fra sykehus og betydelig mer administrativt arbeid gjør at mange fastleger opplever at antall pasienter de har på sine fastlegelister bør reduseres. For å sikre god tilgjengelighet og kvalitet for pasientene, og for å gi fastlegene et attraktivt arbeidsmiljø må kommunen ta et medansvar her.

Kommuneoverlegen vil følge opp dette ved overvåkning av ønske om reduserte lister, ventelister og ønske om legebytte. Det må planlegges for at det vil kunne

bli behov for ny fastlegehjemmel, opprette primærhelseteam med å ansette AKS sykepleier eller alternativt inntak av LIS1 (tidligere turnuslege) i planperioden.

Trygg veiledning og oppfølging av LIS1 og ALIS-lege

Krødsherad kommune har ikke utdanningsleger og er ikke registret utdanningsvirksomhet. Dette kan bli aktuelt i fremtiden.

Det er utdanningsvirksomheten som blir gitt ansvaret for å sørge for at LIS får løpende vurdering av om læringsmålene er oppnådd og at oppnådde læringsmål dokumenteres elektronisk så raskt som mulig.

For LIS i allmennmedisin (ALIS) skal utdanningsløpet gjennomføres i fastlegeavtaler i kommunene eller i stillinger med annet allmennmedisinsk arbeid i kommunen. Veiledning forstås som refleksjon, råd, oppfølging av faglig progresjon under spesialiseringen og bidra i vurderingen av leger i spesialisering. Veiledningen innebærer planlagte og regelmessige samtaler mellom lege i spesialisering og veileder.

Under spesialistutdanningen i allmennmedisin (ALIS) skal veiledningen i gjennomsnitt utgjøre fire timer per måned i 10,5 av årets måneder. Veiledningen i snitt skal utgjøre 42 timer per år. Antallet timer til veiledning kan betraktes som en "timebank" der ALIS tar ut timer etter behov, i samråd med veileder.

Kommunens kostnader til timene med veiledning, pluss et nærmere spesifisert timeantall til for- og etterarbeid dekkes av en tilskuddsordning forvaltet av Helsedirektoratet for spesialitetene allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin, som i all hovedsak gjennomføres mens legen er tilknyttet registrerte utdanningsvirksomheter, jf. § 8 Helse- og omsorgsloven.

For leger i spesialisering ved godkjente utdanningsvirksomheter skal stillingene være heltidsstillinger, jf. § 8 tredje ledd. En lege kan likevel ansettes på deltid dersom dette ikke er i veien for at legen kan gjennomføre de læringsaktivitetene som er nødvendige for å oppnå læringsmålene.

Modum kommune er aktuell vertskommune i det interkommunale samarbeid om Kommuneoverlegefunksjon og ivaretar ansvar for LIS1, ALIS og ALIS-samfunnsmedisin.

Arbeide for å etablere en Interkommunal samfunnsmedisinsk enhet

Interkommunal samfunnsmedisinsk enhet – Samfunnshelse.

Et samlet kommuneoverlegeforum i vårt nærområde ønsker å etablere en interkommunal enhet for samfunnsmedisin - Samfunnshelse - for kommunene

Ringerike, Hole, Jevnaker, Modum, Krødsherad og Sigdal. Formålet er å samle og styrke fagmiljøene, skape attraktive arbeidsplasser og levere tjenester med god kvalitet.

Lov om kommunale Helse- og omsorgstjenester § 5-5. *Kommunelege – medisinskfaglig rådgivning*. Kommunen skal ha en eller flere kommuneleger som skal utføre de oppgaver kommunelegen er tillagt i lov eller instruks.

Kommunen kan samarbeide med andre kommuner om ansettelse av kommunelege.

Bakgrunn

Samfunnsmedisin ivaretas av kommuneoverleger i fastlønnede kommunale stillinger. Disse har gjennom alle år vært lite fokusert og underprioritert i mange kommuner. Det har vært «venstrehåndsarbeid» i for små stillinger for enkeltleger. Svært mange helserelaterte arbeidsfelt har blitt neglisjert i kommunene. Dette er ikke med til å sikre forsvarlig og nødvendig helsevurderinger i planlegging, samhandling og daglig drift. Kommuneoverlegen er en funksjon - ikke en person.

Kommuneoverlegen har to ulike funksjoner:

- 1) lokal helsemyndighet
- 2) medisinskfaglig rådgivning.

Noen oppgaver følger direkte av lovverket; blant annet oppgaver innen beredskap, smittevern, miljørettet helsevern og folkehelse.

Faglig sett er det nødvendig med et samlet fagmiljø /en sentral organisering av kommuneoverlegefunksjonen. For å sikre beredskap og operativ kommuneoverlegefunksjon må dette være fungerende fra 1.7.2023.

Innretning og dimensjonering må sikre innbyggerne god kvalitet i kommuneoverlegefunksjonen, samt et faglig stimulerende arbeidsmiljø for kommuneoverlegene.

Det har de siste mange år vært mindre interesse for fagfeltet samfunnsmedisin, mye grunnet uklarhet omkring struktur, innhold og krav.

- Fra undersøkelsen Evaluering av fastlegereformen siteres om kommuneoverlegens situasjon: «en umulig arbeidsmengde i forhold til ressurser og egen kapasitet» og «et vanvittig ansvar hvis man skulle ta stillingsinstruksen alvorlig».

- Samfunnsmedisin krever en betydelig forståelse og innsikt i samfunnets kompleksitet

- Spørsmålet om kommunelegen i realiteten har en døgntkontinuerlig beredskap synes fortsatt uavklart mellom partene i arbeidslivet.

- Man opplever et spinkelt faglig miljø. Dette er det største savnet blant kommuneoverlegene. Kommunelegestillingen er en ensom jobb. Den mangler ofte både et daglig arbeidsfellesskap med personell som arbeider med tilgrensede problemstillinger, og et faglig kollegium der kommunelegen kan drøfte faglige utfordringer.

Covid-Pandemien fra 2019 har tydelig vist behovet for samfunnsmedisinsk fagkompetansen og kollegialt fellesskap.

Om samfunnshelse

Samfunnshelse for Ringeriksregionen vil være en interkommunal enhet som overordnet faglig skal dekke samfunnsmedisinske oppgaver for medlemskommunene. Her er kommuneoverlegefunksjonen med miljørettet helsevern samlet med en fast møtedag pr uke, og den enkelte kommuneoverlege ivaretar «sin kommune» resten av uka.

Oppgaver som løses felles for alle kommunene gjøres ved at fellesoppgaver plasseres i enheten, og de deltakende kommuneoverleger får dedikert tid til tverrkommunale gjøremål.

Bl.a. Trondheim, Hamar, Drammen, og Kongsberg har allerede etablert slik tjeneste for sine områder.

Man vil kunne styrke det faglige fellesskap ved fordeling av interessefelter og dette vil da komme alle kommuner til gode.

I enheten vil beredskap for hendelser kunne sikres og fordeles i et forutsigbart system.

Hva blir enhetens ansvarsområde?

Kommuneoverlegefunksjonen er lovbestemt i Helse og omsorgstjenesteloven § 5.5 og Folkehelseloven §27.

Arbeidsområde er samfunnsmedisin i kommunene. Det omfatter følgende fagområder:

Lokal helsemyndighet

Medisinskfaglig rådgiver

Forebyggende og helsefremmende arbeid

Helseovervåking

Planarbeid

Samarbeid med helseforetak / stat

Miljøretta helsevern

Smittevern

Helsemessig beredskap

Kvalitetssikring og tilsyn med kommunal lege- og omsorgstjeneste

Helhetlig evaluering og koordinering

Sosialmedisinsk arbeid

En Interkommunal samfunnsmedisinsk tjeneste vil:

Sikre et nært, bredt og spisset faglig miljø for dette arbeidet

Oppdatering av lovverk

Felles uttalelser

Sikre samfunnsmedisineres deltagelse i alle oppgaver innen samfunnsmedisin, inklusiv regionalt folkehelsearbeid og kvalitetsarbeid

Faglig ledelse med generell og spesifikk rådgivning i Miljørettet helsevern

Sikre samhandlingen med andre helse- og omsorgstjenester kommunalt, med sykehus og NAV

Sikre og samordne planverk, eks beredskapsplaner, smittevernplaner o.l

Sikre rekruttering til legetjenesten, og kontinuitet ved at leger blir i sine stillinger.

Følge opp og utvikle fastlegetjenesten, slik at den sikrer befolkningen allmennlegetilbud.

Sikre tjenesten ved kurs, ferier og ved sykdom

Sikre forsvarlig vaktdeling og samordne helseberedskap, særlig ved større hendelser

Beredskap: Være kontinuerlig tilgjengelig i forhold til

- 1. akuttmedisinske katastrofer
- 2. alvorlig forurensning,
- 3. arbeid med tvungent psykisk helsevern
- 4. akutt smittevern
- 5. andre samfunnsmedisinske relevante krisesituasjoner

Viktige oppgaver for lokal Kommuneoverlege vil kunne være:

Rådgivende funksjon i samfunnsmedisin og smittevern

Medisinsk rådgiver for legekontor, oppfølging av kvalitet

Innleggelser mht lov om psykisk helsevern

Delta i Kriseledelse

Utøvelse/praktisering av de kommunale planene

Tett samarbeid med kollegiet i samfunnsmedisin

Rådgivning i lokale MHV-saker sammen med interkommunalt teknisk hygienisk personell

Være kommunens medisinskfaglige rådgiver iht Helse- og omsorgstjenestelovens § 5-5

Lokalt folkehelsearbeid. Fokuseret bruk av kommunal statistikkbank.

Være tilgjengelig for medisinskfaglig informasjon, rådgivning og veiledning internt i kommunen, for befolkningen, for bedrifter, media og eksterne samarbeidsparter

Samfunnshelse vil samarbeide med Senter for Kvalitet i Legetjenester (SKIL) som understøtter kommunens sørge-for-ansvar for kvalitetsarbeid (fastlegeforskriften §7). Dette dekker viktige sentrale kompetansemål i den nye spesialiseringsforskriften for LIS og vil gi kommunene data til å bedre styre ressursene i helse- og omsorgstjenesten.

Et samfunnsmedisinsk kommunesamarbeid er en investering – en investering i både legene og innbyggerne i våre kommuner.

Trygg og forsterket medisinsk faglig kompetanse vil styrke kommunal administrasjon og gagne befolkningen.

Ressursfordeling

I Helsedirektoratets «Veileder for kommunelege» fra 1990 og gjentatt i «Odelstingsproposisjon Ot.prp. 99», om fastlegeordningen sies det om dimensjonering av det samfunnsmedisinske arbeidet: «Departementet vil påpeke at det er viktig for kommunene å dimensjonere bemanningen i de samfunnsmedisinske stillingene slik at funksjonene blir godt ivaretatt.

I mindre kommuner bør det være en kommuneoverlege i halv stilling med stedfortreder, og i kommuner med mer enn 10 000 innbyggere bør det være bemanning tilsvarende kommuneoverlege i full stilling og assisterende kommuneoverlege i halv stilling.» Dette ble tydelig påpekt da tidligere kommuneoverlege Hjort gav råd for delt kommuneoverlegefunksjon mellom Modum og Krødsherad i 2015. Ut fra normen skulle Modum i henhold til dette hatt kommuneoverleger i 150 % stilling og Krødsherad i 50 % stilling og i tillegg ha stedfortreder.

Med Sigdal i tillegg er det åpenbart at kommuneoverlegedimensjoneringen er betydelig underdimensjonert, noe som gjenspeiles i etterslep eller tilsidesettelse av en rekke samfunnsmedisinske oppgaver, både lovpålagte og ønskede. Etterslepet har oppstått over flere titalls år.

Kommune	Befolkning 4. kv. 2021	Stilling pr idag	Anbefalt	Stedfortreder
Ringerike	31 011	150 %	150 %	+ mangler
Jevnaker	6 909	60 %	80 %	+ mangler
Hole	6 859	50 %	70 - 80%	+ mangler

Modum	14 273	60 %	150 %	+ mangler
Krødsherad	2 189	20 %	50 %	+ mangler
Sigdal	3 492	20 %	50 %	+ mangler

I tillegg til kommuneoverleger må Samfunnshelse ha personell med teknisk hygienisk kompetanse for saksbehandling innen Miljørettet helsevern (MH), samt merkantilt personell for å ivareta administrativ funksjon. Det anbefales 200 % stilling innen MH og 100 % stilling innen merkantile funksjoner.

Budsjett

Ut fra det fordelingsnøkkelprinsipp som man benytter i interkommunalt samarbeid pr i dag vil Modums utgift i en samfunnsmedisinsk enhet bli kr 2.206.000, for Sigdal kr 924.000 og for Krødsherad kr 860.000

Konklusjon

Kommuneoverlegen anbefaler at Krødsherad kommune ser nødvendigheten av å prioritere samfunnsmedisin, og er positivt innstilt på å delta i etablering av en Samfunnsmessig enhet for kommunene Ringerike, Hole, Jevnaker, Modum, Krødsherad og Sigdal. Kommunen vil være en aktiv pådriver interkommunalt for å inngå en avtale for denne etableringen, slik at den kan etableres senest 01.07.23. En 5-delt beredskapsordning vil lette rekruttering til stillingene.

Man kan se for seg felles kommuneoverlege for Sigdal og Krødsherad (50 % +50%) En 5-delt beredskapsordning vil lette rekruttering til stillingen.

I primærhelsemeldingen er primærhelseteam definert som en flerfaglig gruppe med helse- og sosialpersonell som arbeider sammen for å levere lokalt tilgjengelige helse- og omsorgstjenester til en definert størrelse uavhengig av alder, kjønn og diagnoser.

Følge opp evaluering av Primærhelseteam

Med utgangspunkt i Stortingsmelding 26 (2014-2015) «Fremtidens primærhelsetjeneste» (Primærhelsemeldingen), har Helse- og omsorgsdepartementet gitt Helsedirektoratet ansvar for å gjennomføre et pilotprosjekt med primærhelseteam.

Legepraksiser tilføres ressurser til nye sykepleiere i teamene, som beregnes til ett årsverk per tre fastlegelister.

Målet med tverrfaglig teamorganisering i pilotene er å:

- Bedre tilgjengeligheten for pasientene
- Skape større bredde i tilbudet

- Bedre opplæringen og oppfølgingen av brukere med kronisk sykdom og de med sammensatte behov
- Skape mer sammenhengende og koordinerte tjenester

Aktuelle 18 piloter skal evalueres i løpet av 2023. Det er sannsynlig at drift av og rammer til fremtidens legesentre vil følge denne modellen.

Kommuneoverlegen informerer legesentrene om denne organiseringen og de driftsmodeller som utprøves, slik at man har mulighet til å planlegge denne type drift i fremtiden.

Referanser

Hjemmelsgrunnlag:

- Forskrift for fastlegeordningen i kommunene
- Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.
- Lov om vern mot smittsomme sykdommer
- Lov om Folkehelsearbeid

Referanser og nasjonale føringer

Meld. St. 15. (2017 - 2018). Leve hele livet - en kvalitetsreform for eldre. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Meld. st. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste. – nærhet og helhet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Meld. st. 34 (2012–2013) – Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Meld.st 47. (2008 - 2009). Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Nasjonal plan for kvalitet og pasientsikkerhet 2019-2023, Helsedirektoratet

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

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

Evalueringsrapport av fastlegeordningen. EY og Vista Analyse. 2019

Rosita, J., Baathe, F., Aaland, O.G., et al.: Changes in work stress among doctors in Norway from 2010 to 2019: a study based on repeated surveys. BMJ Open 2020; 10: e037437

Skarshaug, L.J.; Kaspersen, S.J., Bjørngard, J.H. et al: How does general practitioner discontinuity affect healthcare utilisation? An observational cohort study of 2,4 million Norwegians 2007-2017. BMJ Open 2020; 11:e042391 STRATEGI FOR LEGETJENESTER 2021-2023. 12

Rugkåsa, J., Tveit, O.G., Berteig, J. et al: Collaborative care for mental health: a qualitative study of the experiences of patients and health professionals. BMC Health services Research 20, article number 844 (2020).

Fagerlund, A.J.F., Holm, I.M., Zanaboni, P.: General practitioners' perceptions towards the use of digital health services for citizens in primary care: a qualitative interview study. BMJ Open 2019; 9:e028251

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/legetjenester-i-sykehjem-en-veileder-for-kommunene/Publikasjoner/legetjenester-i-sykehjem.pdf>