



HALDEN
KOMMUNE

Plan for legetjenester 2023 - 2027



Innhold

Del 1 INNLEDNING

Overordnet status for kommunens legetjenester	4
Rekrutteringsutfordringer i fastlegeordningen	4
Organiseringen av kommunal legevakt.....	5
Øvrige kommunale legetjenester.....	5
Utviklingsbehov i perioden.....	5
Nasjonale føringer som påvirker den lokale tjenesten.....	6
Forankring i helse-, omsorgs- og mestringsplanen 2022 – 2034	8
Planens oppbygging.....	9
Strategi og tiltak.....	9
Kunnskapsgrunnlaget.....	9
Tidsperspektiv og økonomisk forankring.....	9

Del 2 HANDLINGSPLAN FOR DE ENKELTE TJENESTER

Fastlegeordningen.....	9
Slik har vi det	9
Slik vil vi ha det.....	10
Slik gjør vi det	11
Legevakten.....	12
Slik har vi det	12
Slik vil vi ha det.....	13
Slik gjør vi det	13
Sykehjemslegene	14
Slik har vi det	14
Slik vil vi ha det.....	15
Slik gjør vi det	15
Øvrige kommunale legetjenester.....	16
Slik har vi det	16
Slik vil vi ha det.....	16
Slik gjør vi det	17
Samfunnsmedisin.....	17
Slik har vi det	17
Slik vil vi ha det.....	17

Slik gjør vi det	18
------------------------	----

Del 3 KUNNSKAPSGRUNNLAGET

Begrepsavklaringer.....	18
Demografi og behov for helsepersonell	20
Utdanningsløp for spesialist i allmenntmedisin	21
Driftsformer og finansieringsordninger innen fastlegeordningen	22
Preferanser for driftsform.....	23
Fastlegesituasjonen i Halden.....	24
Legevaksordningen.....	26
Legetjenester ved Helsehuset og sykehjemmene.....	28
Utvikling av legetjenestene i Halden - Innspill fra fastlegene.....	29
Gjennomgang av allmennlegetjenesten – Ekspertutvalgets rapport.....	30

Del 1 INNLEDNING

Overordnet status for kommunens legetjenester

De kommunale legetjenestene i Halden er organisert under Enhet Helsehus i Helse og mestring. Administrativt ledes tjenestene av enhetsleder, faglig av en av kommuneoverlegene.



Tjenestene omfatter kommuneoverleger, fastleger (både fastlønnede og selvstendige næringsdrivende) og sykehjemsleger, samt nødvendig hjelpe- og støttepersonell. Disse utfører legeoppgaver innen følgende tjenesteområder

- fastlegeordningen
- legevakt
- helsehus/sykehjem
- helsestasjonsvirksomhet
- fengselshelsetjenesten
- samfunnsmedisin

Etter «Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester» plikter kommunen å tilby befolkningen «nødvendige helse- og omsorgstjenester». Halden kommune – som svært mange andre kommuner – oppfyller i dag ikke denne plikten fullt ut. Dette skyldes problemer på to sentrale områder, nemlig rekrutteringsutfordringer i fastlegeordningen og organiseringen av kommunal legevakt.

Disse problemene påvirker også kommunens mulighet til å yte tilfredsstillende tjenester på de øvrige tjenesteområdene.

Rekrutteringsutfordringer i fastlegeordningen

Rekrutter av fastleger har vært en kjent utfordring i utkantstrøk i lang tid, men har de siste årene også blitt det i sentrale østlandskommuner. Det er et stadig økende problem med å fylle nye fastlegehjemler eller fastlegehjemler som blir ledige etter at legen går over i alderspensjon. Samtidig sier både unge og eldre fastleger opp avtalen sin med kommunen for å søke seg over i andre jobber.

For å tiltrekke seg og beholde fastleger, har kommunene i Norge benyttet seg av ulike insentiver. Samtidig forsøker nå Staten å finne mer overordnede løsninger på problemet – både ved strukturelle endringer og økte finansiering av ordningen. Hva dette ender opp med og hvilken effekt dette vil ha er foreløpig uklart. I denne situasjonen er det svært vanskelig å legge kommunale planer og vedta tiltak som kan snu den uheldige utviklingen. Disse vil fort kunne komme i konflikt med de statlige løsningene eller eventuelt overlappes disse i større eller mindre grad – og dermed påføre kommunen utgifter som de statlige ordningene er ment å dekke.

Halden kommune er ikke noe unntak i denne situasjonen. Per mars 2023 er alle fastlegehjemler besatt med kvalifiserte leger, men

- én av hjemlene drives av vikar og tre av hjemlene drives av selvstendig næringsdrivende leger med en tidsbegrenset fastlegeavtale
- kommunen har de siste par årene måttet kjøpe opp tre ledige hjemler som det ikke har vært mulig å få omsatt på det åpne markedet
- det er behov for flere fastlegehjemler da ingen av de eksisterende hjemlene har ledige pasientplasser
- utlysning av ledige hjemler har gitt svært få eller ingen kvalifiserte søkere

I en spørreundersøkelse i regi av tillitsvalgte for Den norske legeforening i Halden fra april 2023, hvor ca. 2/3 av fastlegene svarte, anga ca. 20 % at de i løpet av de neste 3 årene vurderte å søke fastlegehjemmel i annen kommune og 5 % at de vurderte annen retning innen legeyrket.

Ut fra dette må fastlegesituasjonen i Halden sies å være svært sårbar. En stabilisering av situasjonen vil kreve både sentrale og lokale tiltak.

Organiseringen av kommunal legevakt

Den kommunale legevaksordningen skal i utgangspunktet dekkes opp av kommunens fastleger. Dette gjelder både på dagtid, på kveld/natt og i helger. Vaktene på kveld/natt og i helger kommer i tillegg til den daglige praksisen på legekantoret og oppleves av mange fastleger som en ekstra belastning de ønsker å slippe.

I Halden fungerer nå vaktordningen på dagtid tilfredsstillende hvor fastlegene på omgang dekker vekten fra legevakslokalene. Når det gjelder vaktene på kveld/natt og i helgene, dekkes disse i dag av rundt 20 leger – fastleger, LIS1-leger og vikarer. Omtrent halvparten av fastlegene er fritatt fra ordningen. Disse har enten automatisk fritak pga. alder eller annen kommunal oppgave eller har søkt om fritak pga. helsemessige eller vektige sosiale årsaker.

Vaktordningen fungerer i dag i den forstand at det alltid er én lege på vakt, men oppfyller ikke akuttmedisinforskriftens kvalitetskrav som blant annet forutsetter bakvaksordning og større mulighet for at lege rykker ut fra legevakten ved behov. Dette meldte Halden kommune som kjent fra om til Statsforvalteren i februar 2022. I svaret fra Statsforvalteren påpekes at en anser fastlegesituasjonen på nasjonalt plan som en grunnleggende og sentral årsak til problemene og ønsket ta saken inn i arbeidet med revisjon av denne. Kravet til bakvaksordning er den samme uavhengig av kommunens størrelse.

Øvrige kommunale legetjenester

Når det gjelder de øvrige tjenesteområdene nevnt ovenfor, er alle funksjoner besatt og fungerer tilfredsstillende. På flere områder er stillingsressursene små – noe som innebærer sårbarhet ved fravær på grunn av sykdom, kursvirksomhet o.l. og gir begrensede muligheter for tjeneste- og kvalitetsutvikling.

Utviklingsbehov i perioden

Når en ser på legetjenesten i Halden, er det fire sentrale områder hvor det er et behov for utvikling og forbedring i årene som kommer. De fire områdene er:

- **Sikre befolkningen et stabilt, forutsigbart og tilgjengelig tilbud av legetjenester.** Dette gjelder både ordinære allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester til den alminnelige befolkningen, til innlagte i kommunens institusjoner og innsatte i Halden fengsel. Kapasiteten i fastlegeordningen må være slik at befolkningen sikres en rimelig grad av valgfrihet i valg av fastlege.
- **Skape en tjeneste som gjør at tilsatte leger ønsker å fortsette i kommunen og som rekrutterer nye leger** slik at alle legestillinger og -hjemler til enhver tid er besatt av faste og kvalifiserte leger og behovet for bruk av vikarer er lite.
- **Utvikle kvaliteten på tjenestene i tråd med retningslinjer gitt i forskrifter og nasjonale veiledere gjennom et systematisk kvalitetsarbeid**, spesielt når det gjelder legevaktstjenesten og kommunens rolle innen veiledningen/utdanningen av spesialister i allmennmedisin.
- **Utvikle samarbeidet med nabokommunene og Sykehuset Østfold der dette er naturlig**, både gjennom formelle strukturer og avtaler og gjennom mer uformell kontakt og rådslaging.

Disse fire områdene peker ut retningen for utviklingen av legetjenesten i planperioden. I hvilken grad det er mulig å nå målene og i hvilket tempo, avhenger av en rekke faktorer. Viktig i så måte er hvilke grep staten vil ta for å redde fastlegeordningen både når det gjelder utdanningsfeltet, organiseringen av tjenestene og hvilke økonomiske virkemidler som tas i bruk. Det betyr imidlertid ikke at lokale tiltak er uten betydning – også kommunalt er det et forbedringspotensial. Det er disse tiltakene denne planen omhandler.

Nasjonale føringer som påvirker den lokale tjenesten

De viktigste lover og forskrifter som har betydning for de kommunale legetjenestene er

Helse- og omsorgstjenesteloven

Etter loven har kommunen ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til alle som oppholder seg i kommunen. I dette inngår plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten. For å oppfylle lovkravet skal kommunen ha en rekke spesifiserte tjenester, herunder legevakt og fastlegeordning.

Videre skal kommunen ha en eller flere kommuneleger som skal utføre lovpålagte oppgaver etter psykisk helsevernloven, smittevernloven og folkehelseloven. Kommunelegen skal være medisinsk faglig rådgiver for kommunen. Loven inneholder også bestemmelser om samarbeid mellom kommuner, spesialisthelsetjenesten og andre aktører.

Enhver som yter helse- og omsorgstjeneste etter loven, skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

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

Denne forskriften fastsetter krav til legefaglig kompetanse for leger som yter helsehjelp i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, herunder fastleger og legevaktleger. Etter 1.mars 2017 må alle leger som ansettes eller inngår avtale med kommunen om stilling utover vikariatet på 1 år, være spesialist eller være under spesialisering i allmenntilleggsmedisin.

Fastlegeforskriften

Her pålegges kommunen å organisere fastlegeordningen og sørge for at personer som ønsker det, får tilbud om plass på fastleges liste. Også i denne forskriften ligger en plikt til å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Akuttmedisinforskriften

Forskriften beskriver kompetansekrav for leger i vakt. For å kunne ha legevakt alene uten kvalifisert bakvakt, må legen være spesialist i allmenntilleggsmedisin eller ha utført 30 måneder tjeneste etter grunntilleggsutdanningen og i tillegg hatt 40 legevakter etter å ha arbeidet ett år i kommunehelsetjenesten.

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene

Etter forskriften skal kommunen sikre at den enkelte bruker får de tjenester den enkelte har behov for, herunder nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling.

I tillegg til lover og forskrifter kommer en rekke avtaler mellom partene i arbeidslivet hvorav de to viktigste er

Rammeavtalen (ASA 4310) som er en avtale om fastlegeordningen mellom KS og legeföreningen. Denne skal sammen med fastlegeavtalen sikre at både kommunen og legene fyller kravene til fastlegeordningen i helse- og omsorgstjenesteloven og

fastlegeforskriften. I tillegg beskriver avtalen økonomiske forhold og organer for samhandling mellom fastlegene og kommunen - Allmennlegeutvalget (ALU) og Lokalt samarbeidsutvalg (LSU).

Kommuneavtalen (SFS 2305) som er en særavtale mellom KS og legeforeningen om legetjenesten i kommunen hvor vilkår for kommuneoverleger, fastleger og LIS1 i kommunehelsetjenesten omtales. Denne regulerer arbeidstid i fastlegepraksisen, praksiskompensasjon og legevaktsarbeid.

Våren 2020 la regjeringen fram en **Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024** med undertittelen «Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert». Planen inneholdt 17 tiltak innen organisering, finansiering, kvalitetsforbedring og ledelse (se del 3 Kunnskapsgrunnlaget). Flere av tiltakene har form av «vil tilrettelegge for», «vil utrede» og «vil skaffe økt innsikt i». Andre er mer konkrete og handlingsrettet som «vil styrke» og «vil øke» uten å være tallfestet.

Etter at planen ble lagt fram, synes imidlertid problemene med å rekruttere og beholde leger i kommunene, kun å ha økt ytterligere. Regjeringen satte derfor sommeren 2022 ned **et hurtigarbeidende ekspertutvalg** med mandat til å utrede tiltak for å gjøre fastlegeordningen mer bærekraftig. Utvalget la 1. desember 2022 fram en foreløpig rapport, mens endelig rapport ble levert 15. april i år.

Den endelige rapporten er en omfattende gjennomgang av allmennlegetjenesten på 375 sider og inneholder 59 «forslag for en bærekraftig allmennlegetjeneste». Sentrale anbefalinger er en betydelig økning i antall LIS 1-stillinger, en oppmykning av spesialistforløpet i allmennmedisin og opprettelse av utdanningsstillinger for ALIS – alle tiltak som bør kunne øke tilgangen på leger til allmennlegetjenesten. Fastlegeordningen skal fortsatt i hovedsak være basert på næringsdrivende leger, men det anbefales å regulere fratredende legers rett til å selge sin praksis og derigjennom gjøre det lettere for unge leger å etablere seg. Det bør videre legges til rette for at kommunen kan drifte fastlegekontor hvor listeansvaret ligger til kommunen. Det anbefales endringer som har til hensikt å avlaste fastlegene ved å legge til rette for å delegerer oppgaver til andre helsepersonellgrupper, og ved å begrense plikten til å utstede attester (bl.a. sykmeldinger i en egenmeldingsperiode på 16 dager og attester for skolefravær). En mer omfattende gjennomgang av forslagene finnes under Kunnskapsgrunnlaget.

En rekke av tiltakene vil kreve sentrale lov-/forskrifts- eller regelendringer. Flere vil kreve økte økonomiske ressurser på statlig og/eller kommunalt nivå. Det gjenstår nå å se hvilke av tiltakene regjeringen vil gå for og hvor fort endringene kan effektueres. Rapporten viser hvor problemene i dagens fastlegeordning ligger og peker på mulige veier ut av dagens situasjon. Det blir også viktig at endringer fullfinansieres fra statlige midler.

Forankring i helse-, omsorgs- og mestringsplanen 2022-2034

«Plan for legetjenester 2023 – 2027» er forankret i kommunens «Helse-, omsorgs- og mestringsplan 2022-2034». Om en tar utgangspunkt i avsnittet «Utviklingsbehov i perioden» ovenfor, vil en se at de behov for utvikling og forbedring som er påpekt der, sammenfaller med flere av målene med tilhørende strategier i den overordnede planen. Særlig gjelder dette følgende mål i den overordnede planen:

Mål 5 Helhetlige, koordinerte og sammenhengende tjenester

- Styrke og utvikle det tverrfaglige samarbeidet i kommunen
- Utvikle samarbeidet i Helsefelleskapet Østfold til det beste for befolkningen

Mål 6 Kvalitet i behandling og oppfølging

- Sikre forsvarlig helse- og omsorgstjenester, god behandling og riktig medisinsk oppfølging
- Rett kompetanse og oppgavefordeling

Mål 7 God ressursutnyttelse og bærekraftig tjenesteproduksjon

- Det digitale førstevalget
- Gode pasientforløp

Mål 8 En attraktiv arbeidsplass

- Fast ansatte i hele stillinger
- Inkluderende og helsefremmende arbeidsmiljø
- Kompetanse skal verdsettes og etterstrebes

Planens oppbygning

Strategi og tiltak

I det følgende beskrives for hvert av de seks tjenesteområdene innen den kommunale legetjenesten hvordan «vi har det» (status), hvordan «vi vil ha det» (mål) og hvordan «vi gjør det» (strategier og tiltak). Deretter beskrives hvordan og når tiltakene planlegges gjennomført og til slutt hva dette vil kreve av økonomiske ressurser.

I dagens situasjon hvor fastlegeordningen er i spill og det er stor usikkerhet rundt hvilke tiltak staten vil komme med, er det nødvendigvis stor usikkerhet knyttet hvilke tiltak som vil være aktuelle og hvilke økonomiske konsekvenser de innebærer for kommunen. Dette kan bety at tiltaksdelen av planen vil måtte revideres etter relativt kort tid.

Kunnskapsgrunnlaget

Siste delen av planen inneholder en grundigere gjennomgang av en rekke temaer. Her finnes bl.a. en liste med forklaring på en del begreper som brukes i planen, en oversikt over demografi og forventet behov for helsehjelp i Halden de kommende årene, en oversikt over fastlegesituasjonen i Halden og en oversikt over finansieringen av dagens fastlegeordning.

Denne delen er ikke nødvendig for å «forstå» planen, men gir nyttig bakgrunnsinformasjon for de som ønsker å gå dypere inn i temaet.

Tidsperspektiv og økonomisk forankring

Deler av planen vil kunne gjennomføres ved omorganiseringer og omdisponeringer av eksisterende ressurser og vil følgelig kunne settes i verk umiddelbart eller relativt raskt. Gjennomføring av andre deler av planen som er mer ressurskrevende, vil måtte forankres gjennom den årlige rulleringen av kommunens økonomiplan og budsjett. Dette arbeidet skjer hver høst med endelig vedtak i desember.

Del 2 HANDLINGSPLAN FOR DE ENKELTE TJENESTENE

Fastlegeordningen

Slik har vi det

Halden har i dag 28 **fastlegehjemler**. 24 av disse drives av næringsdrivende leger, hvorav 3 med tidsbegrenset fastlegeavtale og 1 av vikar. 4 av hjemlene drives av kommunalt ansatte fastlønnede

fastleger. I tillegg kommer 3 LIS1 som arbeider med pasienter på fastlegenes lister. Av de 24 fastlegene med fast avtale er 18 menn og 6 kvinner. 8 er 60 år eller eldre, gjennomsnittsalderen er 52,3 år. 13 har drevet praksis i kommunen i over 10 år, 9 har drevet imellom 10 og 3 år.

De 28 fastlegehjemlene er fordelt 16 **fastlegekontor**. Tre kontorer har tre eller flere leger. Disse tre kontorene har også LIS1. Det er fem kontorer med to fastleger og hele 8 kontorer med bare én fastlege, såkalte «solopraksiser».

De 28 fastlegelistene i Halden hadde per 15.mars i år 31.485 **plasser**. Listelengden varierer fra 600 til 1.600. Bakgrunnen for at noen leger har relativt korte lister, er blant annet at noen har kommunale tilleggsoppgaver ut over fastlegepraksisen og derfor er borte fra kontoret deler av uken. Det var per 15.mars ingen ledige plasser på fastlegelistene i Halden. Dette gjaldt også samtlige av nabokommunene.

Det stod på per 15.mars 1.792 personer på **venteliste** hos kommunens fastleger. Selv om de fleste av disse nok venter på å få byttet fra en fastlege til en annen internt i Halden, er nok rimelig å anta at det på disse listene også befinner seg personer som har flyttet til Halden og venter på å få byttet lege fra kommunen de kommer fra.

Legene har en klar oppfatning av at **arbeidsmengden** per pasient på fastlegelistene de senere år har økt, og at de tillegges ansvar for stadig flere arbeidsoppgaver. Dette underbygges av rapporten fra regjeringens ekspertutvalg som kom i april i år. Denne viser blant annet at antall konsultasjoner per pasient i perioden 2016-2021 økte fra 2,6 til 3,3 konsultasjoner per år.

Det er i dag svært utfordrende å **rekruttere fastleger** til Halden – som i resten av landet. Utlysning av ledige fastlegehjemler for næringsdrivende leger har de siste årene resultert i 0-1 kvalifiserte søkere. Dette i motsetning til da en i 2018 utlyste en fastlønnet fastlegestilling og kunne notere et tosifret antall søkere. Når en likevel har klart å besette noen av de utlyste hjemlene, skyldes dette aktiv bruk av virkemidler som gjenkjøpsavtale, rekrutteringstilskudd og ALIS-avtale. Fastlegesituasjonen i Halden sies å være svært sårbar.

Slik vil vi ha det

Halden kommune har en fastlegeordning som er bærekraftig og som medfører at en får rekruttert unge leger som ønsker å være fastleger, og ikke minst at de legene en har, blir i stillingen og i kommunen.

Alle fastleger, både fastleger i næringsdrift og kommunalt ansatte fastleger, er godt ivaretatt av kommunen som oppdragsgiver/avtalepartner eller arbeidsgiver. Kommunen tilrettelegger for at legene i størst mulig grad kan prioritere klinisk arbeid.

Fastlegerepresentanter involveres i alle prosjekter og tiltak i kommunen som påvirker deres arbeidshverdag

Kommunen har et antall fastlegehjemler med tilstrekkelig ledige listeplasser (minimum 2 % av befolkningen – per i dag ca. 640 plasser) slik at innbyggernes har mulighet til å finne og velge en lege som en har tillit til. Alle fastlegene har en tilfredsstillende vikarordning som sikrer tilgjengelighet til lege ved fravær i forbindelse med utdanning, sykdom, ferier o.l.

Legekontor med minimum tre leger er normalen - noe som innebærer mulighet for og felles bruk av mer avansert utstyr, større fleksibilitet med tilgang på vikarer som har samme journalsystem, samt et større faglig miljø som gir mulighet for veiledning, støtte og utvikling.

Kvaliteten på tjenestene som ytes av fastlegene er god. Kommunen legger til rette for et godt faglig miljø og støtter opp om spesialistutdanningen i allmenntidisin og vedlikehold/utvikling av fagkompetanse. Dette gjøres blant annet gjennom god organisering av utdanningen, avtaler med kompetente veiledere og økonomisk støtte ved fravær fra praksis som følge av spesialistutdanning.

Slik gjør vi det

Det opprettes nye fastlegehjemler etter behov. Nye fastlegehjemler skal legges til et flerlegekontor.

Fastlegehjemler som i dag er solopraksiser forutsettes flyttet til et eksisterende legekontor når disse utlyses.

Leger som tildeles en fastlegehjemmel for næringsdrift gis et etableringstilskudd på kr. 350.000 ved overtakelse av etablert fastlegeliste eller kr. 150.000 ved nullliste.

Kommunen etablerer et nytt legekontor for minimum 5 næringsdrivende fastleger. Ulike driftsformer er aktuelt. Fastlegehjemlene kan enten flyttes fra eksisterende legekontor, være ledige fastlegehjemler som kommunen eier og flytter til kontoret eller nyopprettede hjemler (nullister). En av hjemlene øremerkes ALIS.

Kommunen inngår ALIS-avtale med alle som ønsker dette og dekker gjennom denne utgifter til veiledning, samt praksiskompensasjon ved kurs som er ledd i spesialistutdanningen. Kommunens utgifter til ALIS-avtaler søkes dekket gjennom ALIS-tilskudd fra Staten.

Kommunen har ansvar og sørger for ressurser til organisering og oppfølging av LIS1 og ALIS, herunder sørge for at alle ALIS har en individuell utdanningsplan og mottar nødvendig veiledning.

Det organiseres veiledning for nye leger i drift av privatpraksis/private legekontor. Kommunen arrangerer lokale emnekurs. Veiledning og tema vil blant annet handle om det å være selvstendig næringsdrivende med særlig fokus på legekontordrift. Tilbudet vil også gjelde for etablerte fastleger som ønsker å delta.

Næringsdrivende fastleger som er spesialister, gis 60 % praksiskompensasjon etter allmennlege-foreningens takster i inntil 10 dager per år for tellende kurs som er nødvendige for å beholde spesialiseringen i allmenntmedisin.

Kommunen kompenserer fastlegekontor for utgifter ved fraværdeknning utover 8 uker. Kompensasjonen kan eventuelt midlertidig deles mellom kollegaene som må ta seg av listepasientene til den fraværende kollegaen.

Kommunen sørger for at LSU avholdes minimum 6 ganger per år og legger til rette for at ALU avholdes minimum 3 ganger per år. Samhandlingen mellom legekantorene og kommunens øvrige helsetjeneste utvikles gjennom samhandlingsarenaer og arbeidsgrupper nedsatt av LSU. Viktige temaer blir fag- og kvalitetsutvikling, samt organisatorisk utvikling av tjenesten. Deltagelse i dette arbeidet kompenseres økonomisk med timesatser for fastlegearbeid i utvalg i Helsefelleskapet.

Det gjennomføres oppfølgingsamtaler med alle fastlegene minst hvert andre år.

Oppfølgingen av fastleger som har vært involvert i dramatiske situasjoner i egen praksis, systematiseres.

Legevakten

Slik har vi det

Legevakten for Aremark og Halden flyttet i oktober 2022 til nye, moderne lokaler i Halden helsehus og er samlokalisert med det kommunalt drevne Stangeberget Legesenter. En av fastlegene ved legesenteret har som et midlertidig tiltak hatt 40 % stilling knyttet til fagutvikling ved legevakten.

Legevakten for Aremark og Halden er på **hverdager mellom kl. 08-16** bemannet med én lege og minst én sykepleier. Det forutsettes imidlertid at pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp på dagtid, primært oppsøker egen fastlege. Når det gjelder Aremark, dekker de to fastlegene der dagberedskapen gjennom en ordning med vakt annenhver dag på eget kontor.

Den ordinære legevaktsordningen løper på **hverdager fra kl. 16 til kl. 08 påfølgende dag og hele døgnet i helger og på hellig-/høytidsdager** og dekker da både Halden og Aremark kommuner. Legevakten er i disse tidsrom bemannet med to sykepleiere. I utgangspunktet er det kun én lege på vakt. Unntaket er når vaktlegen suppleres med LIS 1. Disse skal som ledd i tjenesten ha et visst antall vakter, men fra høsten 2021 har LIS1 ikke vakt alene. I tillegg har en nylig startet opp en prøveordning med hjemneværende bakvakter i de travleste periodene på fredag, lørdag og søndag kveld. Bakvaktene kan innkalles ved stor pasientpågang eller i de tilfeller hvor det er ønske om at lege rykker ut fra legevakten. Ordningen er basert på frivillighet og honoreres med timelønn.

Av Haldens og Aremarks til sammen 30 fastleger, deltar 15 i den ordinære legevaktsordningen. De 15 fastlegene som ikke tar vakter, har enten automatisk fritak pga. alder (fritak kan vurderes når > 55 år, rett til fritak > 60 år) eller de har søkt om fritak pga. helsemessige og vektige sosiale årsaker. Mange av fritakene ligger langt tilbake i tid.

I tillegg til fastlegene inngår for øyeblikket fire aktive vikarer i ordningen. Disse dekker til sammen vel 35 % av vaktene. Fordeler vi resten av vaktene likt på fastlegene som deltar i ordningen, finner vi per i dag en vaktfrekvens på rundt 3 vakter per måned.

For fastlegene kommer vaktene i tillegg til arbeidsdagene på fastlegekontoret, og mange opplever at de allerede står i en presset arbeidssituasjon med stor arbeidsbelastning. De ønsker derfor ikke å bli pålagt ytterligere vaktbelastning. Med dagens vaktordning og de vikarene vi har tilgang på, er det da heller ikke nødvendig. Daglig leder ved legevakten opplyser at det er relativt lett å få dekket ledige vakter, samt de frivillige bakvaktene i helgene.

I henhold til Akuttmedisinforskriftens § 6 skal legevaktslege kunne foreta **sykebesøk og i akutte situasjoner rykke ut når dette er nødvendig**. Med bare én lege på vakt er det imidlertid vanskelig for legen å forlate legevakten, selv om legen vurderer at sykebesøk er nødvendig eller best for å sikre pasienten forsvarlig helsehjelp. For de situasjoner hvor legevaktslegen likevel finner å kunne rykke ut, er det inngått en avtale mellom legevakten og kommunens brannvesen, om at brannvesenet stiller med bil og sjåfør. Da brannvesenet er lokalisert et annet sted enn legevakten (7,5 km unna), innebærer dette et tidstap.

Vaktarbeid ved legevakten – enten det er på dagtid på hverdager, på kvelds- og nattestid eller i helger og på hellig-/høytidsvakter – honoreres for legene med faste timesatser, mens kommunen beholder de aktivitetsbaserte inntektene. Timesatsene varierer med legenes kompetanse og tidspunktet for vekten (når på døgnet og om det er hverdag eller rød dag). For vakt på hverdager på dagtid mottar næringsdrivende leger i tillegg til honorar, praksiskompensasjon etter allmennlegeforeningens satser. Bruk av næringsdrivende leger til å dekke disse vaktene innebærer derved betydelige kostnader for kommunen.

ALU i Halden har gitt uttrykk for at en ønsker utredning av muligheten for en felles storlegevakt i regionen da dette sannsynligvis vil innebære redusert vaktbelastning sammenlignet med dagens ordning.

Slik vil vi ha det

Halden kommune har en velfungerende legevaktsordning som dekker hele døgnet alle dager i året. Ordningen omfatter beredskapsvakt knyttet til legevakten på hverdager på dagtid og en vaktordning i øvrige tidsrom som tilfredsstiller kravene i Akuttmedisinforskriften. Lege fra legevakten foretar sykebesøk og rykker ut i akutte situasjoner når dette er nødvendig.

Det deltar et tilstrekkelig antall leger i vaktordningen, slik at høy vaktbelastning og slitasje unngås. Arbeidsmiljøet preges av høy faglighet og oppleves som trygt og ivaretagende.

Legevakten disponerer egen bil til sykebesøk og utrykninger.

Den medisinskfaglige ledelsen av legevakten ivaretas av kliniker som er spesialist i allmennmedisin.

Slik gjør vi det

Beredskapsordningen på dagtid videreføres ved legevakten.

Vaktordningen på kvelds-/nattestid, i helger og på hellig-/høytidsdager utvides til en ordning hvor tilstedeværende vakt alltid har en hjemmenværende bakvakt som kan kalles inn ved behov.

Fastlegenes plikt til å delta i vaktordningen følges opp ved tildeling av nye fastlegehjemler. For å redusere vaktbelastningen for fastlegene, tilrettelegges det for bruk av andre leger enn fastleger i legevakt – dette gjelder leger som ønsker å ta vakter i tillegg til annen virksomhet («vikarer») og eventuelt leger tilsatt i faste stillinger ved legevakten.

Bruken av elektronisk vaktfordelingsverktøy for legevakt og dagberedskap videreutvikles. Bruk av videokonsultasjoner videreutvikles.

Ordningen med fast timebasert honorar for deltagelse i vaktordningen videreføres.

Det er en legevaktbil tilgjengelig som kan brukes når vaktlegen må reise ut. Sykepleiertjenesten organiseres slik at legen ved behov følges av sykepleier i slike tilfeller.

Det utarbeides en kompetanseplan for vaktleger som omfatter opplæring av nye vaktleger, kursvirksomhet og samtrening med ambulansetjenesten.

Det engasjeres en kliniker som har avsatt tid til medisinskfaglige ledelse og fagutvikling av legevaktvirksomheten.

Oppfølgingen av vaktleger som har vært involvert i dramatiske situasjoner på legevakt systematiseres.

Halden legevakt deltar i samarbeid med øvrige legevakter i fylket, samt Sykehuset Østfold, for å se på muligheten for felles løsninger som kan redusere lokal vaktbelastning/ressursbruk.

Sykehjemslegene

Slik har vi det

Halden helsehus har totalt 47 korttidsplasser. Av disse er 4 plasser øremerket KAD (kommunalt akutt døgnopphold), 5 plasser er øremerket rehabilitering og 6 plasser øremerket lindrende behandling. De øvrige plassene er ordinære korttidsplasser.

De tre sykehjemmene har 186 plasser for langtid og beredskap, fordelt med 100, hvorav 96 langtids- og 4 beredskaps plasser på Bergheim, 40 langtid/ korttids - plasser på Iddebo og 46 langtids plasser på Solheim. Dette omfatter både plasser for somatisk syke og for personer med demens.

Helsehuset har 57 korttidsplasser, hvorav en avdeling med 10 avlastnings- og korttidsplasser med hverdagsdrift. Øvrige plasser har drift 365 dager i året og er fordelt på tre avdelinger med korttid, KAD, rehabilitering og lindrende plasser.

Helsehuset og de tre sykehjemmene (Bergheim, Iddebo og Solheim) betjenes av 5 sykehjemsleger i fulle stillinger, hvorav én har tittelen sykehjemsoverlege og har avsatt 20 % til medisinsk faglig ledelse og fagutvikling. 3 av legene er knyttet til Helsehuset hvor pasientturnover er vesentlig høyere enn på sykehjem. Sykehjemsoverlegen er spesialist i

allmenntidisin og har godkjenning innen kompetanseområdet i alders- og sykehjemsmedisin, mens en av de øvrige legene er under spesialisering innen allmenntidisin. I tillegg til de fast ansatte sykehjemslegene har LIS 1-legene en dag hver på helsehuset/sykehjemmene per uke.

Sykehjemslegene har i utgangspunktet arbeidstid kl. 08-16, men har avtalt vaktturnus for KAD-avdelingen med telefonvakt på hverdager kl. 16-22, og i helg kl. 08-20, samt visitt lørdag og/eller søndag. For hver vaktuke har de avtalt én avspaseringsdag.

Etter innføringen av samhandlingsreformen i 2012 har kommunene fått et vesentlig større behandlingsansvar enn tidligere. Det drives således langt mer aktiv behandling ved kommunens institusjoner i dag enn for 10 år siden – noe som har medført et behov for en vesentlig oppbygging av både av kompetanse og kapasitet innen legetjenesten (og sykepleietjenesten) disse stedene.

Det finnes ingen nasjonal norm for legebemanning på sykehjem. Foreningen for Alders- og sykehjemsmedisin laget imidlertid i 2021 et utkast til norm hvor det tas hensyn til forskjell i tidsbruk på langtids- og korttidsavdelinger, samt tas høyde for ikke-klinisk arbeid som møtevirksomhet, veiledning, undervisning og kurs. Med utgangspunkt i dagens situasjon, er det etter dette forslaget til norm behov for i overkant av 6 sykehjemsleger ved Helsehuset/ sykehjemmene i Halden.

Slik vil vi ha det

Kommunens institusjoner betjenes av fast ansatte leger som har interesse for sykehjemsmedisin.

Arbeidsforholdene sikrer en stabil legedekning, samt at en ved ledige stillinger får rekruttert leger som ønsker å gå inn i dette fagfeltet. Antall stillinger er tilstrekkelig til at veiledning, undervisning og kurs, samt avspasering i forbindelse med vaktordningen, kan gjennomføres.

Sykehjemslegene er spesialister i allmenntidisin, eventuelt i annen relevant spesialitet, eller er under spesialisering i allmenntidisin, samt har videreutdanning innen kompetanseområdet for alders- og sykehjemsmedisin.

Sykehjemsoverlegen er medisinsk faglig rådgiver for tjenesten. Stillingen ivaretas av kliniker som er spesialist i allmenntidisin eller annen relevant spesialitet. Sykehjemsoverlegen har tilstrekkelig tid til å utøve de funksjoner som ligger i stillingen.

Slik gjør vi det

Kommunen har ansvar og sørger for kartlegging av kompetanse og krav/ønsker om spesialisering og utarbeider individuelle utdannings- og kompetanseplaner for alle sykehjemslegene.

Organisering av arbeidet gjennomgås med tanke på en mer hensiktsmessig oppgavefordeling for å frigjøre tid til faglig utvikling og andre ikke-kliniske oppgaver.

Organiseringen av vaktordningen ved Helsehuset gjennomgås, herunder behovet for å inkludere de øvrige avdelingene i ordningen utover KAD-avdelingen.

Sykehjemsoverlegen har avsatt tid til medisinskfaglig ledelse og fagutvikling av sykehjemslegetjenesten.

Øvrige kommunale legetjenester

Slik har vi det

Legetjenesten har også oppgaver inne **helsestasjonstjenesten og skolehelsetjenesten**, i hovedsak i form av rutinekontroller av barn ved 6 ukers, 6 måneders, 1 års og 2 års alder. I tillegg kommer en rutineundersøkelse før skolestart.

Videre er det lege ved Helsestasjon for ungdom (HFU) som har åpent for drop-in kl. 15-17 to dager i uken.

Totalt brukes i underkant av 90 % stilling til dette arbeidet. Dette er fordelt på næringsdrivende fastleger som har dette som en deltidsstilling, fast ansatte leger hvor dette er en del av stillingen og de tre LIS 1 legene (1/2 dag hver).

Halden fengsel har per i dag ca. 250 innsatte. Kommunen har ansvaret for drift av den del av **helsetjenesten i Halden fengsel** som svarer til kommunehelsetjenestens tilbud til befolkningen utenfor fengselsmurene. I tillegg har Sykehuset Østfold et tilbud med psykolog/psykiater fra Voksenpsykiatrisk poliklinikk 4 dager i uken, mens Viken fylkeskommune drifter et tannlegekontor som er åpent 3 dager i uken.

Den kommunale tjenesten omfatter 10 sykepleiere som delvis går i turnus (dag/kveld/helger). Behovet for legetjenester dekkes av 3 leger som har en dag hver i uken i fengselet. Av disse er 2 næringsdrivende fastleger som har dette som en deltidsstilling og 1 kommunalt ansatt fastlege hvor dette er en del av stillingen. I tillegg har en av de næringsdrivende legene en avtale som innebærer at sykepleierne ved avdelingen kan konsultere han de dagene hvor det ikke er lege til stede.

Legetjenesten i fengselet svarer i stor grad til arbeidshverdagen ved et ordinært fastlegekontor, men med en noe høyere andel av problemstillinger knyttet psykiatri og rus enn utenfor fengselsmurene.

Hovedmålgruppen for **migrasjonshelseteamet** er flyktninger, familiegjenforente og kvoteflyktninger som får opphold og bosettes i Halden. De bistår i tillegg også andre med migrasjonsbakgrunn som sliter med å nyttiggjøre seg ordinære helsetjenester. I teamet inngår det per i dag lege tilsvarende en 10% stilling som innehas av en av byens kommunalt ansatte fastleger. Denne legen gjennomfører helseundersøkelser for nye bosatte flyktninger, samt kan tilby legetime etter vurdering og ved behov, inntil en har fått tildelt egen fastlege.

Slik vil vi ha det

Legetjenester til helsestasjons-/skolehelsetjenesten, fengselshelsetjenesten og migrasjonshelseteamet gis av engasjerte leger med interesse for og kunnskap om tjenestene.

Tjenestene er stabile og er organisert slik at de i liten grad er sårbare for fravær.

Slik gjør vi det

Leger som står for disse tjenestene oppfordres til deltagelse i kurs som er relevante for den aktuelle stillingen de innehar. Utgifter knyttet til dette og som ikke dekkes på annen måte, dekkes av kommunen.

Ved utfordringer med å rekruttere leger til helsestasjons-/skolehelsetjenesten, fengselshelsetjenesten og migrasjonshelseteamet, benytter kommunen seg av tilgangen til å pålegge nye og eksisterende fastleger lønnet deltidsstilling i kommunen i tråd med Rammeavtalen for fastlegeordningen.»

Samfunnsmedisin

Slik har vi det

I henhold til Helse- og omsorgstjenestelovens § 5-5 skal kommunen «ha en eller flere kommuneleger som skal utføre de oppgaver kommunelegen er tillagt i lov eller instruks. ... Kommunelegen skal være medisinskfaglig rådgiver for kommunen.» Disse har etter avtaleverket tittelen kommuneoverleger.

Halden har i dag to **kommuneoverleger** i fulle stillinger. Én er spesialist i samfunnsmedisin og har arbeidet i kommunen i 3 år, og én er under spesialisering og har arbeidet i kommunen i 5 år.

Kommuneoverlegene er kommunens medisinfaglige rådgivere og er ansvarsmessig plassert i Helse og mestring, administrativt underlagt enhetsleder Halden Helsehus. Arbeidsfeltet er imidlertid tverrsektorielt med delegert ansvar direkte fra kommunedirektøren på noen områder og en rådgivende rolle på andre områder. Oppgaver med delegert ansvar (tillagt kommuneoverlegene «i lov eller instruks») er først og fremst knyttet miljørettet helsevern, smittevern og psykisk helsevern. For fastlegene vil kommuneoverlegen ofte oppfattes som sin nærmeste «leder» og være naturlig kontaktperson inn i kommunen og bindeledd mellom fastleger og øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste. Kommuneoverlegen er også leder for kommunens psykososiale kriseteam. En vesentlig del av kommuneoverlegenes hverdag innebærer utøvelse av det en gjerne kaller «helsediplomati» – hjelp i konflikter hvor befolkning og helsetjenestene eller helsetjenestene seg imellom har problemer med å finne gode løsninger.

Tidligere disponerte kommuneoverlegen en egen stilling som hadde ansvar for tilsynsoppgaver og saksbehandling innen miljørettet helsevern. Denne funksjonen ivaretas i dag av en ansatt i 50 % stilling ved Kommunalavdeling teknisk.

Kommuneoverlegen arbeider tett med leder for Administrasjon og serviceteamet ved Helsehuset som har administrativt lederansvar for legetjenestene.

Slik vil vi ha det

Kommuneoverlegene er spesialister i samfunnsmedisin.

Det samfunnsmedisinske arbeidet er organisert på en slik måte at de lovpålagte oppgavene til enhver tid ivaretas på en tilfredsstillende måte.

Oppgaver som ikke krever samfunnsmedisinsk kompetanse, utføres av annet personell enn kommuneoverlegene.

Slik gjør vi det

Det utarbeides stillingsbeskrivelser for kommuneoverlegene som tydeliggjør hvilke oppgaver de skal ivareta.

Det etableres et system som sikrer at oppgavene som er tillagt kommuneoverlegene i lovverket ivaretas ved deres fravær.

Del 3 KUNNSKAPSGRUNNLAGET

Begrepsavklaringer

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

Primærhelsetjeneste er helsetjeneste som ytes i kommunen.

Spesialisthelsetjeneste er helsetjeneste som ytes i sykehus/poliklinikker og avtale-spesialister. Spesialisthelsetjenesten har ansvar for å gi helsehjelp som krever spesialisthelsetjenestekompetanse og er organisert i statlig eide helseforetak. All annen helsehjelp er kommunens ansvar.

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

Spesialist i allmenntmedisin er en allmennlege som har gjennomført et definert (minst 5-årig) spesialiseringsløp i allmenntmedisin, og blitt godkjent av Helsedirektoratet som spesialist. Fra 01.03.17 er det krav om at alle leger i den kommunale helsetjenesten skal være spesialister eller under spesialisering i allmenntmedisin.

Fastlege er en allmennlege som har avtale med kommunen om å drive allmennpraksis i fastlegeordningen, altså har en **fastlegeavtale**. Innbyggerne har rett til å stå på liste hos en fastlege.

Fastlegeliste er en liste over de innbyggere fastlegen har ansvar for.

LSU eller Lokalt samarbeidsutvalg er et avtalefestet samarbeidsutvalg mellom kommunen og allmennlegene og består av 2 eller flere representanter fra hver av partene.

ALU eller Allmennlegeutvalget er et avtalefestet utvalg med møteplikt for alle allmennleger i kommunen. Utvalget velger representanter for legene til samarbeidsutvalget, fremmer saker overfor samarbeidsutvalget og bistår legenes representanter i samarbeidsutvalget med rådgivning.

Basistilskudd er et tilskudd som utbetales legene per registrerte person per år på legens liste. Fra 1. mai i år er basistilskuddet pasienttilpasset. Det vil si at tilskuddet er justert etter kjennetegn ved innbyggerne på listen som kjønn, alder og bruk av fastlegjetjenester. Videre gis et tillegg per person på listen i kommuner hvor 28 % eller mer av befolkningen på 16 år

eller eldre har grunnskoleutdanning som høyeste utdanningsnivå. I Halden gjelder dette vel 29 %. Tanken bak pasienttilpasningen av tilskuddet er at legen skal få høyere tilskudd for innbyggere som erfaringsmessig har et høyere forbruk av legetjenester enn gjennomsnittsbefolkningen.

LIS er forkortelse for «lege i spesialisering». **LIS1** er det som tidligere ble kalt turnuslege. Alle leger som skal bli spesialister må gjennomføre LIS1-tjeneste (12 måneder på sykehus og 6 måneder i kommunehelsetjenesten). Deretter fortsetter de som **LIS2** på sykehus for spesialisering innen en sykehusspesialitet eller som **LIS3** i kommunehelsetjenesten for spesialisering innen allmenntidmedisin eller samfunnsmedisin (minimum 5 års varighet etter fullført LIS1).

ALIS står for «allmennlege i spesialisering» og er altså det samme som LIS3. ALIS kan være ansatt i kommunen, eller drive privat næringsdrift.

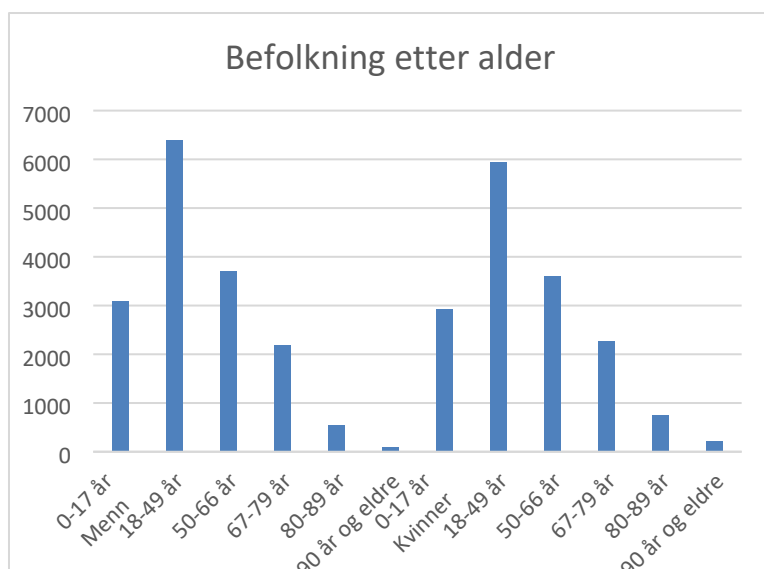
ALIS-avtale er en avtale mellom kommune og lege i spesialisering i allmenntidmedisin om særskilte tiltak som bidrar til økt trygghet under spesialistutdanningen, gjennom bedre tilrettelegging og oppfølging i spesialiseringsløpet utover det legen har krav på som følge av dagens avtale- og regelverk. HelseDirektoratet har opprettet seks ALIS-kontor som skal gi råd og bistå kommunene i planlegging, etablering og oppfølging av spesialistutdanningen. Halden tilhører ALIS Sør.

8.2-avtale er en avtale mellom kommune og fastlege om at kommunen stiller med kontor, utstyr, hjelpepersonell mv. og står med andre ord for driften av kontoret. Legen refunderer kommunens utgifter til driften i sin helhet, med mindre kommunen og legen av rekutteringshensyn o.l. skriftlig avtaler redusert refusjon. Navnet refererer til «punkt 8.2» i en tidligere tariffavtale.

Helfo (opprinnelig Helseøkonomiforvaltningen) er HelseDirektoratets ytre etat, og forvalter årlig om lag 42 milliarder kroner. Dette omfatter oppgjør fra folketrygden til behandlere, leverandører og tjenesteytere, samt individuell refusjon av privatpersoners utgifter til blant annet legemidler, tannhelse og helsetjenester i utlandet.

Demografi og behovet for helsepersonell

Ved inngangen til 2023 bodde det 31.730 personer i Halden.



Ser en på «Folkehelseprofilen for Halden 2023», finner en blant annet følgende forhold som kan innebære høyere bruk av helsetjenester, herunder legetjenester, sammenlignet med landsgjennomsnittet:

- en høyere andel befolkningen over 80 år – 5,1 % mot 4,5 % på landsbasis
- høyere andel av befolkningen med vedvarende lav inntekt – 17 % mot 12 %
- høyere andel med psykiske symptomer/lidelser – 189 mot 160 per 1000
- høyere andel med overvekt/fedme – 27% mot 22 %

Som mange andre kommuner vil også Halden oppleve en betydelig endring i den demografiske sammensetning de neste årene, med en betydelig økning av andel personer over 80 år. Statistisk Sentralbyrås framskrivning av befolkningen (hovedalternativet) viser følgende tall:

	2030	2035	2040	2045	2050
0-17 år	5 525	5 445	5 603	5 755	5 814
18-49 år	12 255	12 349	12 158	11 867	11 697
50-66 år	7 506	7 383	7 292	7 483	7 661
67-79 år	4 584	4 981	5 416	5 595	5 452
80-89 år	2 092	2 374	2 460	2 702	3 121
90 år og eldre	318	436	689	773	894
Totalt	32 280	32 968	33 618	34 175	34 639

Den aldrende befolkningen vil både på landsbasis og lokalt være den enkeltfaktoren som har størst betydning for sykdomsbyrden og helsetjenestebruken i denne perioden. Et økende antall eldre medfører økning i sykkelighet, og med det et økt behov for helsetjenester. En av de største utfordringene vi vil stå overfor, er at tallet på mennesker med ulike demenslidelser sannsynligvis vil bli fordoblet i løpet av 35 år. Den sterkeste veksten vil skje om 10-15 år. Beregninger viser at aldersgruppen over 70 år vil stå for nesten all forventet økning i bruk av offentlige helsetjenester fram mot 2040.

En aldrende befolkning er også den viktigste driveren for en klar økning i behovet for helsepersonell de neste tiårene, gitt at helse- og omsorgstjenester skal gis på samme måte og i relativt sett samme omfang som i dag. Samtidig har vi ikke planlagt for en tilstrekkelig oppbygging av utdanningskapasitet for leger, sykepleiere og helsefagarbeidere, selv om konsekvensene av den demografiske utviklingen har vært kjent over tid. I stedet er vi i stadig større grad blitt avhengig av innvandrere med slik utdanning. Det er også forventet et økt underskudd av andre grupper av helsepersonell, som vernepleiere, ergoterapeuter og jordmødre.

Utdanningsløp for spesialist i allmenntmedisin

Medisinstudiet

6 år



Cand. med

Autorisasjon

Kan arbeide selvstendig som lege

Kan ikke arbeide som lege i kommunehelsetjenesten da dette krever at en må være spesialist i allmenntmedisin eller under spesialisering i allmenntmedisin. Har ikke rett til refusjon fra Helfo.



LIS 1 – lege i spesialisering (tidligere turnuslege)

12 mnd. på sykehus og 6 mnd. i kommunen

Arbeider i kommunen under veiledning med pasienter på én eller flere fastlegers lister. Mottar fast lønn fra kommunen. Må ha gjennomgått LIS1 for å kunne starte spesialisering. Gjelder også leger utdannet i andre land og som ønsker å bli spesialist i allmenntmedisin.



LIS 2 – lege i spesialisering spesialisering

i spesialisthelsetjeneste

Minimum 5 år



LIS 3/ALIS – lege i

i allmenntmedisin

Minimum 5 år



Spesialist i allmenntmedisin

Spesialiseringsforløpet en i allmenntmedisin forutsetter veiledning fra spesialist i allmenntmedisin. Minst 2 av de 5 årene skal være i uselektert allmenntpraksis – i praksis i en fastlegehjemmel.

Dette kan være som næringsdrivende lege eller som ansatt med fast lønn.

Driftsformer og finansieringsordninger innen fastlegeordningen

Det er ulike driftsformer innenfor fastlegeordningen. Hovedmodellen i fastlegeordningen er at kommunene dekker behovet for fastleger gjennom avtaleinngåelse med næringsdrivende leger. Næringsdrivende fastleger mottar basisfinansiering fra kommunen, takstrefusjoner fra folketrygden og egenandeler fra pasientene. Legene har i praksis også inntekter utenfor disse ordningene (fra vaksiner, erklæringer, forsikringsattester, m.m.). Hvert av de ulike elementene i finansieringen er ikke ment å dekke bestemte deler av fastlegenes aktivitet, men de skal samlet sett gi fastlegen en god inntjening, som understøtter gode allmennlegetjenester til befolkningen.

I stedet for hovedmodellen med næringsdrivende lege, kan kommuner tilby fast ansettelse, eller andre økonomiske tiltak, for å dekke behovet for fastleger. Dersom fastlegen er ansatt i kommunen med fast lønn, vil kommunen ikke utbetale basistilskudd og de vil motta de takstrefusjoner og egenandeler legen genererer.

Det finnes også mellomvarianter, herunder næringsdrivende leger som i tillegg til basisfinansiering mottar ytterligere støtte fra kommunen (såkalte 8.2-avtaler), eller fast ansatte leger som i tillegg til fast lønn har aktivitetsbaserte tilleggsinntekter. Næringsdrift er vanligst i folkerike kommuner, mens fast ansettelse er vanligst i kommuner med få innbyggere.

Basisfinansieringen utgjør opp mot 30 prosent av finansieringen av fastlegeordningen. Basis- tilskuddet er bygget opp av et beløp for hver innbygger på legens liste. Fra 1.7.2022 var dette 675 kroner per listeinnbygger per år for inntil 1 000 listeinnbyggere. Fra listeinnbygger 1001 og opp til innbygger 2500 var basistilskuddet 544 kroner per listeinnbygger.

Fra 1. mai i år endres basistilskuddet fra å være et fast beløp for alle innbyggere på listen, til å være pasienttilpasset. Det vil si at tilskuddet er justert etter kjennetegn ved innbyggerne på listen som kjønn, alder og bruk av fastlegetjenester. Videre gis et tillegg per person på listen i kommuner hvor 28 % eller mer av befolkningen på 16 år eller eldre har grunnskoleutdanning som høyeste utdanningsnivå. I Halden gjelder dette vel 29 % - noe som innebærer at fastlegene i Halden vil nyte godt av dette tillegget.

Tanken bak pasienttilpasningen av tilskuddet er at legen skal få høyere tilskudd for pasienter som erfaringsmessig har et høyere forbruk av legetjenester enn gjennomsnittsbefolkningen. Således vil tilskuddet per listeinnbygger etter nyordningen variere fra 54 % av gjennomsnittstilskuddet for de innbyggerne som erfaringsmessig bruker lite legetjenester, til 192 % av gjennomsnittstilskuddet for de som erfaringsmessig bruker mye legetjenester.

Leger med listetak over 500 innbyggere, men som for eksempel i en oppstartsfase har færre enn 500 innbyggere på lista, vil få utbetalt grunntilskudd tilsvarende basistilskudd for 500 listeinnbyggere. Dermed er legen sikret et fast minimumstilskudd selv om det skulle ta tid å få 500 innbyggere på lista. En lege kan motta grunntilskudd i inntil to år.

Dekning av basisfinansieringen inngår i statens generelle overføringer til kommunene, og det er ingen øremerking av disse midlene til fastlegene. Fordelingen mellom kommunene justeres i henhold til den vanlige kostnadsnøkkelen for kommunehelse. Pasientflyt over kommunegrensene håndteres gjennom gjesteinnbyggeroppgjøret – et årlig oppgjør fra Helfo hvor Halden belastes for egne innbyggere som har fastlege i annen kommune og får betalt for innbyggere fra andre kommuner med fastlege i Halden. Basert på satsene ovenfor

utgjorde basistilskuddet for Halden kommune ved årsskiftet en årlig kostnad på 20,7 mill. kroner.

Takstrefusjoner og egenandeler utgjør **de to aktivitetsbaserte delene av finansieringen** i fastlegeordningen, og til sammen utgjør de per 2022 om lag 70 prosent av finansieringen. Takstene er det beløpet folketrygden gir i stønad til den enkelte pasient i forbindelse med undersøkelse eller behandling. Stønadene utbetales direkte til legene gjennom Helfo. For å kunne bruke takstsystemet, må legen ha en fastlegeavtale med kommunen. Refusjon forutsetter dessuten at det foreligger sykdom, skade eller lyte – noe som betyr at folkehelsearbeid og primærforebygging faller utenfor takstsystemet.

I tillegg til takstrefusjonene betaler pasientene egenandeler. Pasienten har et tak for hvor mye egenandeler som kan betales i løpet av et år, og når taket nås får fastlegen refundert ytterligere egenandeler fra folketrygden.

Fastlegene yter også tjenester som faller utenfor de offentlige finansieringsordningene. Dette kan være attester og erklæringer, eksempelvis helseattest for bilførere eller til forsikringselskaper. De fleste slike tjenester må listeinnbyggeren eller forsikringselskapet selv betale for i sin helhet.

Helsedirektoratet beregnet kostnadene for fastlegeordningen i 2021 til 12,5 mrd. kroner. Kommunenes eventuelle merkostnader til fastlegeordningen, for eksempel tilleggsytelser (8.2-avtaler, økt basistilskudd), oppkjøp av praksiser, dyre vikarordninger eller fastlønnsavtaler, er ikke med i Helsedirektoratets overslag. Statens tilskudd til spesialistutdanningen i allmenntilmedisin (LIS1 og ALIS) – i 2021 totalt vel 600 mill. kroner – samt eventuelle merkostnader for kommunene, inngår heller ikke i beregningen.

Preferanser for driftsform

Da fastlegeordningen ble iverksatt i 2001 var hovedmodellen at fastlegene skulle være næringsdrivende. Når en lege ønsket å avslutte sin praksis, kunne hen selge hjemmelen til en ny lege til markedspris som kompensasjon for den opparbeidede praksisen (arkiv, goodwill o.l.). Som følge av lavere interesse for fastlegepraksis er dette markedet svekket og det vil i mange områder av landet – inklusive Halden og de andre Østfoldbyene – være vanskelig å få solgt hjemmelen. Investering i en fastlegepraksis er dermed blitt en svært usikker investering – noe som igjen vanskeliggjør rekrutteringen av fastleger ytterligere.

I en spørreundersøkelse rettet mot et utvalg medisinister og LIS 1 våren 2022 oppgir de fleste at de ønsker å være kommunalt ansatt med fast lønn og bonus dersom de skal jobbe som fastlege. I den samme spørreundersøkelsen oppgir de spurte at veiledning og støtte fra kollegaer (79 prosent), etterfulgt av muligheter for faglig utvikling (66 prosent) og faglig miljø (61 prosent), oppgis å være av størst betydning for videre yrkesvalg.

Dette indikerer at rammene for å starte som fastlege i kommunen, ikke i tilstrekkelig grad er tilpasset ønskene til en ny generasjon leger. Det pekes på at legene opplever et stort faglig ansvar helt fra man starter som fastlege, uten at forholdene ligger til rette for raskt å føle seg i stand til å påta seg dette ansvaret. Det trekkes fram at ansvar for drift av legepraksis, og risiko knyttet til kjøp av praksis, oppleves utrygt for unge leger. Fastlegeyrket oppleves som lite fleksibelt med tanke på å teste ut arbeidshverdagen, uten å binde seg i for stor grad.

Næringsdrift synes i for liten grad å passe med unge legers preferanser under spesialistutdanning og i etableringsfasen.

Forskningsresultater fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM), og følgeforskningen av ALIS-prosjekt har vist at det å utvikle et inkluderende og faglig miljø, og legge til rette for spesialisering i allmenntid medisin med tilgang til og god kvalitet på veiledning og supervisjon, er viktig for å rekruttere og beholde fastleger.

Fastlegesituasjonen i Halden

Halden har pr. 15.mars i år **28 fastlegehjemler**. 21 av hjemlene innehas av selvstendig næringsdrivende leger, hvorav 1 av hjemlene drives av vikar. De resterende 7 hjemlene innehas av kommunen. Av disse driftes 3 av hjemlene av selvstendig næringsdrivende leger med en tidsbegrenset fastlegeavtale. De siste 4 hjemlene er besatt av fastlønnede fastleger tilsatt i Halden kommune ved Stangeberget legekantor.

De 24 selvstendig næringsdrivende fastlegene mottar basistilskudd fra kommunen, refusjon fra Helfo og egenandeler fra pasientene og dekker selv alle utgifter til lokaler og drift av kontorene.

For de 4 fastlønnede fastlegene utbetales ikke basistilskudd og refusjonen fra Helfo og egenandelene fra pasientene tilfaller kommunen. Til gjengjeld lønnes legene av kommunen som også står for lokaler og drift av legekantoret.

I tillegg til fastlegene har kommunen i dag tre LIS 1. Disse lønnes av kommunen. Dersom legekantoret er drevet av næringsdrivende fastleger, kompenserer kommunen disse med kr. 55.000/måned for leie av kontor, bruk av hjelpepersonell og forbruksmateriell. Til gjengjeld mottar kommunen egenandelene og refusjonen fra Helfo som LIS 1 genererer, samt et fast tilskudd fra Staten per LIS 1. Totalt sett kommer kommunen – økonomisk sett – ut i minus i dette regnestykket. På den annen side har mottak av LIS 1 i kommunen en rekke klart positive ikke-økonomiske effekter. Ikke minst innebærer det en mulighet for å rekruttere unge leger til ledige stillinger/fastlegehjemler, gitt ryddige og gode forhold omkring organiseringen og oppfølgingen av tjenesten i kommunen. Det er Statsforvalteren som tildeler antall LIS1 i hver kommune.

Ser vi på de 24 legene som har en fast fastlegehjemmel, er 18 menn og 6 kvinner. Den yngste er 30 år, 8 er 60 år eller eldre, den eldste er 68 år. Gjennomsnittsalderen er 52,3 år.

Av de 24 legene har 13 drevet praksis i kommunen i over 10 år, 9 har drevet mellom 10 og 3 år og 2 i under 3 år. 10 er spesialister i allmenntid medisin, 4 (pluss 2 av vikarene) er under spesialisering.

De 28 fastlegehjemlene er fordelt på **16 legekantorer** slik:

- Stangeberget Legesenter (tidl. Kommunelegekantoret)– 4 fastlønnede fastleger og 1 LIS1
- Karrestad Legesenter – 3 fastleger hvorav 1 vikar, 1 LIS1
- Sentrumslegene i Halden – 2 fastleger
- Lege Jean Claude Bishikwabo – 1 fastlege
- Legene Brelin & Faizi – 2 fastleger

- Lege Odd Erik Dolva – 1 fastlege
- Storgata Legekontor – 2 fastleger
- Legene på Brygga – 2 fastleger hvorav 1 vikar
- Dr. Haneviks kontor – 1 fastlege
- Sarah Legekontor – 1 fastlege
- Afrah Medical legekontor – 1 fastlege
- Halden Medisinske Senter – 2 fastleger hvorav 1 vikar
- Sydsiden Legesenter – 3 fastleger hvorav 1 vikar, 1 LIS1
- Dyrendals Medisinske Senter Nicklasson – 1 fastlege
- Dyrendals Medisinske Senter – Stranger – 1 fastlege
- Avicenna Legesenter – 1 fastlege

Av de 16 legekontorene har altså tre kontorer tre eller flere leger. Disse tre kontorene har også LIS1. Det er fem kontorer med to fastleger og hele 8 kontorer med bare én fastlege, såkalte «solopraksiser».

Nasjonalt blir det stadig færre solopraksiser og små legekontor. Større legekontor innebærer mulighet for og felles bruk av mer avansert utstyr. Det betyr større fleksibilitet med tilgang på vikarer som har samme journalsystem. I tillegg kommer et større faglig miljø som gir mulighet for støtte og utvikling, noe som er et prioritert ønske hos mange yngre leger i dag. Dette bør også være et mål for legetjenesten i Halden.

Med unntak av tre kontorer er alle lokalisert i Halden sentrum eller sentrumsnære områder. Alle kontorene har tilfredsstillende tilgjengelighet for funksjonshemmede.

De 28 **fastlegelistene** i Halden hadde per 15.mars i år 31.485 plasser. Listelengden varierer fra 600 til 1.600. Bakgrunnen for at noen leger har relativt korte lister, er at de har kommunale tilleggsoppgaver ut over fastlegepraksisen og derfor er borte fra kontoret deler av uken.

I Forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen, § 2, heter det at «enhver som er bosatt i en norsk kommune, har rett til å stå på liste hos fastlege». Tilsvarende slår fastlege-forskriften i § 4 fast at kommunen skal «organisere fastlegeordningen og sørge for at personer som ønsker det, får tilbud om plass på fastleges liste». Det var per 15.mars ingen ledige plasser på fastlegelistene i Halden. Dette er ikke særegent for Halden. Hverken i Aremark, Rakkestad, Sarpsborg eller Fredrikstad er det per samme dato ledige plasser på kommunenes fastlegelister. Det samme gjelder også mange kommuner i store deler av Norge. Dette er en alvorlig situasjon og kan føre til at fastlegeordningen bryter helt sammen om det ikke Staten tar grep for å bedre tilgangen på fastleger.

Det stod på per 15.mars 1.792 personer på venteliste hos kommunens fastleger, en måned senere var dette tallet økt 1.903. Selv om de fleste av disse nok venter på å få byttet fra en fastlege til en annen internt i Halden, er nok rimelig å anta at det på disse listene også befinner seg personer som har flyttet til Halden og venter på å få byttet lege fra kommunen de kommer fra. Uansett undergraver dagens situasjon en av intensjonene ved fastlegeordningen, nemlig innbyggernes mulighet til å finne og velge en lege som en har tillit til.

Det er i dag svært utfordrende å **rekruttere fastleger** til Halden – som i resten av landet. Utlysning av ledige fastlegehjemler for næringsdrivende leger har de siste årene resulterte i 0-1 kvalifiserte søkere. Dette i motsetning til da en i 2018 utlyste en fastlønnet fastlegestilling og kunne notere et tosifret antall søkere. Når en likevel har klart å besette noen av de utlyste hjemlene, skyldes dette aktiv bruk av virkemidler som gjenkjøpsavtale, rekrutteringstilskudd og ALIS-avtale. Rekrutteringsarbeidet har imidlertid blitt stadig vanskeligere – og i dag er altså 4 hjemler for næringsdrivende fastleger besatt med vikarer.

Legevaktsordningen

Legevakten for Aremark og Halden flyttet i oktober 2022 til nye, moderne lokaler i Halden helsehus og er der samlokalisert med det kommunalt drevne Stangeberget Legesenter. En av fastlegene ved legesenteret har 40 % stilling knyttet til fagutvikling ved legevakten.

Legevakten for Aremark og Halden er på **hverdager mellom kl. 08-16** bemannet med én lege og minst én sykepleier. Det forutsettes imidlertid at pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp på dagtid, primært oppsøker egen fastlege. Kun der hvor pasienten ikke har fastlege i Halden eller hvor fastlegen eller dennes vikar ikke er til stede, vil pasienten tas imot ved legevakten. Legevaktslegen vil også være i beredskap for å rykke i akutte situasjoner der det er behov for lege. Disse daglegevaktene dekkes etter liste av byens fastleger med en vaktfrekvens på snaut én vakt per måned. Når det gjelder Aremark, dekker de to fastlegene der dagberedskapen gjennom en ordning med vakt annenhver dag på eget kontor.

Den ordinære legevaktsordningen løper på **hverdager fra kl. 16 til kl. 08 påfølgende dag og hele døgnet i helger og på hellig-/høytidsdager** og dekker da både Halden og Aremark kommuner. Legevakten er i disse tidsrom bemannet med to sykepleiere. Når det gjelder legene er vakt-døgnet på hverdager delt i en kveldsvakt og en nattevakt, i helger og på hellig-/høytidsdager i en dagvakt, en kveldsvakt og en nattevakt. Dette betyr at det gjennom året er mellom 840 og 850 vakter som skal dekkes (avhengig av om de bevegelige hellig-/høytidsdagene faller på hverdager eller ikke).

I utgangspunktet er det kun én lege på vakt. Unntaket er når vaktlegen suppleres med LIS 1. Disse skal som ledd i tjenesten ha et visst antall vakter, men fra høsten 2021 har LIS1 ikke vakt alene. Når LIS1 har vakt, har derfor en annen lege vakt samtidig. I tillegg har en nylig startet opp en prøveordning med hjemmeværende bakvakter på fredag, lørdag og søndag kveld - det vil si de tidsrom i uken hvor legevakten erfaringsmessig er mest belastet. Bakvaktene kan innkalles ved stor pasientpågang eller i de tilfeller hvor det er ønske om at lege rykker ut fra legevakten. Ordningen er basert på frivillighet og honoreres med timelønn.

Av Haldens og Aremarks til sammen 30 fastleger, deltar 15 i den ordinære legevaktsordningen. I tillegg kommer et varierende antall faste vikarer. For øyeblikket har vi fire aktive vikarer som til sammen dekker vel 35 % av vaktene. Av disse er det én som tar et stort antall vakter og som alene står for hele 20 % av vaktene. Fordeler vi resten av vaktene likt på fastlegene som deltar i ordningen, finner vi per i dag en vaktfrekvens på rundt 3 vakter per måned.

De 15 fastlegene som ikke tar vakter, har enten automatisk fritak pga. alder (fritak kan vurderes når > 55 år, rett til fritak > 60 år) eller annen kommunal oppgave eller de har søkt

om fritak pga. helsemessige og vektige sosiale årsaker. Mange av fritakene ligger langt tilbake i tid.

I henhold til Akuttmedisinforskriftens § 6 skal legevaktslege kunne foreta **sykebesøk og i akutte situasjoner rykke ut når dette er nødvendig**. Med bare én lege på vakt er det imidlertid vanskelig for legen å forlate legevakten, selv om legen vurderer at sykebesøk er nødvendig eller best for å sikre pasienten forsvarlig helsehjelp. For de situasjoner hvor legevaktslegen likevel finner å kunne rykke ut, er det inngått en avtale mellom legevakten og kommunens brannvesen, om at brannvesenet stiller med bil og sjåfør. Da brannvesenet er lokalisert et annet sted enn legevakten (7,5 km unna), innebærer dette imidlertid et tidstap.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin har laget forslag til bemanning basert på størrelse på populasjonen i legevaktdistriktet. For en legevaktpopulasjon tilsvarende vårt distrikt (25.000-39.999) anbefales det at det er to leger på vakt frem til kl. 23, og hjemneværende bakvakt som kan rykke ut etter kl. 23. En endring av vaktordningen ved legevakten i Halden i tråd med dette, ville bety en markant økning i vaktbelastningen – med anslagsvis 2,3 primærvakter og 2 bakvakter per måned per fastlege som deltar i ordningen.

For fastlegene kommer vaktene i tillegg til en arbeidsdagene på fastlegekontoret og mange opplever at de allerede står i en presset arbeidssituasjon med stor arbeidsbelastning. De ønsker derfor ikke å bli pålagt ytterligere vaktbelastning. Et tidligere forsøk på å få flere av legene til å delta i vaktordningen for å kunne fordele vaktbelastningen på så mange som mulig, ble av flere opplevd som press fra kommunens side og hadde uheldige konsekvenser som sykemeldinger og førte også til at en fastlege sluttet.

Det er gjort forsøk på å ansette lege fast på legevakten og kommunen har hatt flere utlysninger på ledige stillinger ved legevakten, både som fast stilling, vikariater og engasjementer/mulighet til å ta enkeltvakter ved legevakten. Vi har gjennom dette fått rekruttert én lege som ønsker å ta noen få vakter, fortrinnsvis nattevakter i helgene. Men så langt har vi ikke klart å rekruttere noen leger til å ta et fast antall vakter, som gjør at vi kan gå videre i arbeidet med en bakvaksordning.

Mangelen av en fullverdig bakvaksordning ved Legevakten for Aremark og Halden har vært en bekymring over lengre tid, og i februar 2022 sendte kommunen en melding om forholdet til Statsforvalteren i Oslo og Viken. I svaret fra Statsforvalteren påpekes at en anser fastlegesituasjonen på nasjonalt plan som en grunnleggende og sentral årsak til problemene og ønsket ta saken inn i arbeidet med revisjon av denne.

Fram til pandemien bestod **vaktlegenes inntekt** på legevakt av egenandeler fra pasientene og takstrefusjoner fra Helfo og var med andre ord aktivitetsavhengig. Høy aktivitet genererte høy inntekt og vice versa. I tillegg kom en mindre tariffestet beredskapsgodtgjørelse fra kommunen for plikten til å være til stede på legevakten gjennom vekten. På nettene ble det utbetalt fast timelønn, mens egenandeler og takstrefusjon tilfalt kommunen.

I starten på pandemien falt søkningen til legevakten – og dermed også legenes inntekter – betydelig. Det ble derfor – i tråd med modell fra andre kommuner – inngått avtale om fast godtgjørelse for vakt også på dagtid. Kommunen beholdt egenandelene og refusjonen tilsvarende som på natt. I etterkant av pandemien har en valgt å videreføre denne modellen slik at alt vaktarbeid ved legevakten – enten det er på dagtid på hverdager, på kvelds- og nattestid eller i helger og på hellig-/høytidsvakter – godtgjøres med faste timesatser, mens

kommunen beholder de aktivitetsbaserte inntektene. Timesatsene varierer med legenes kompetanse og tidspunktet for vekten (når på døgnet og om det er hverdag eller rød dag). Godtgjøring for vakt på dag og kveldstid utbetales som honorar til selvstendig næringsdrivende. Godtgjøring for vakt på natt utbetales som lønn og er regulert i SFS 2305. For vakt på hverdager på dagtid mottar næringsdrivende leger i tillegg til honorar, praksiskompensasjon etter allmennlegeforeningens satser.

Legetjenester ved Helsehuset og sykehjemmene

Halden helsehus har totalt 47 korttidsplasser. Av disse er 4 plasser øremerket KAD (kommunalt akutt døgnopphold), 5 plasser er øremerket rehabilitering og 6 plasser øremerket lindrende behandling. De øvrige plassene er ordinære korttidsplasser.

De tre sykehjemmene har 182 langtidsplasser, fordelt med 96 plasser på Bergheim, 40 plasser på Iddebo og 46 plasser på Solheim. Dette omfatter både plasser for somatisk syke og for personer med demens.

Helsehuset og de tre sykehjemmene (Bergheim, Iddebo og Solheim) betjenes av 5 sykehjemsleger i fulle stillinger, hvorav én har tittelen sykehjemsoverlege og har avsatt 20 % til medisinsk faglig ledelse og fagutvikling. 3 av legene er knyttet til Helsehuset hvor pasientturnover er vesentlig høyere enn på sykehjem. Sykehjemsoverlegen er spesialist i allmennmedisin og har godkjenning innen kompetanseområdet i alders- og sykehjemsmedisin, mens en av de øvrige legene er under spesialisering innen allmennmedisin. I tillegg til de fast ansatte sykehjemslegene har LIS 1-legene en dag hver på helsehuset/sykehjemmene per uke.

Sykehjemslegene har i utgangspunktet arbeidstid kl. 08-16, men har avtalt vaktturnus for KAD-avdelingen med telefonvakt på hverdager kl. 16-22, og i helg kl. 08-20, samt visitt lørdag og/eller søndag. For hver vaktuke har de avtalt én avspaseringsdag.

Etter innføringen av samhandlingsreformen i 2012 har kommunene fått et vesentlig større behandlingsansvar enn tidligere. Pasientene som legges inn av fastlegene/legevakten på KAD-avdelingen som et alternativ til innleggelse ved Sykehuset Østfold, har alle behov for aktiv behandling. Likeledes er de fleste pasienter som legges inn til korttidsopphold etter sykehusinnleggelse, ikke medisinsk ferdigbehandlet ved utskrivelsen fra sykehuset. De er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten og defineres derfor av sykehuset som «utskrivningsklare pasienter» og kommunens ansvar. Det drives følgelig langt mer aktiv behandling ved kommunens institusjoner i dag enn for 10 år siden – noe som har medført et behov for en vesentlig oppbygging av både av kompetanse og kapasitet innen legetjenesten (og sykepleietjenesten) disse stedene.

Det finnes ingen nasjonal norm for legebemanning på sykehjem. Foreningen for Alders- og sykehjemsmedisin laget imidlertid i 2021 et utkast til norm hvor det tas hensyn til forskjell i tidsbruk på langtids- og korttidsavdelinger, samt tas høyde for ikke-klinisk arbeid som møtevirkosomhet, veiledning, undervisning og kurs. Med utgangspunkt i dagens situasjon, er det etter dette forslaget til norm behov for i overkant av 6 sykehjemsleger ved Helsehuset/sykehjemmene i Halden.

Utvikling av legetjenestene i Halden - Innspill fra fastlegene

Administrasjonen presenterte et foreløpig forslag til planen for fastlegene i ALU-møte 10.mai. Til tross for kort tidsfrist har vi i etterkant mottatt en grundig og konstruktiv tilbakemelding på det presenterte forslaget. I dette skriver de blant annet følgende:

«For at primærlegetjenesten skal fremstå som en sammenhengende, forutsigbar og enhetlig tjeneste er det nødvendig at kommunen lager en god plan og kommunen arbeider sammen med kontorene for å utvikle enda bedre tjenester for befolkningen. Andre kommuner har etablert team eller faglige nettverk mellom leger og andre tjenesteytere. Noen kommuner har meldt alle legene inn i kvalitetsarbeidet til Senter for kvalitet i legekontor (SKIL). I Halden er fastlegekontorene lite integrert i den kommunale strukturen, kommunale føringer for utvikling er ikke tydelig og kvalitetsarbeidet er overlatt til den enkelte. Disse problemstillingene må inn i legeplanen.

Vi tillater oss å foreslå noen punkter som vi mener er riktige og viktige for å utvikle Haldens primærmedisinske tjenester i fremtiden.

1. Organisatoriske behov

Vi mener at det er et stort potensial i å arbeide for en bedre integrering og et bedre samarbeide mellom de forskjellige tjenestene. I dag er det et tilfeldig og uforutsigbart samarbeide mellom fastleger og andre kommunale tjenester som hjemmesykepleie, fysioterapeuter, ergoterapi o.l. En utvikling mot en tettere, mer teamorientert arbeidsform for disse tjenestene vil gi bedre tjenester for den enkelte pasient og antagelig mindre frustrasjon i tjenestene. En slik retning vil også være i tråd med nasjonale føringer.

2. Faglige behov

I en slik plan vil det være naturlig at kommunen gir signaler om hva fastlegekontorene skal ha særlig oppmerksomhet på de neste årene. Vi tror at det er noen pasientgrupper som representerer særlige utfordringer i fremtiden og som bør prioriteres. Vi tror det vil være riktig å fokusere på eldre, skrøpelige hjemmeboende pasienter. Dette er en pasientgruppe som allerede har gode tilbud i kommunen, men der vi vet at utfordringene raskt vil bli større de neste årene. Å sørge for å styrke denne gruppens evne til å bo hjemme vil være både i kommunens og den enkeltes interesse. Fastlegene vil være sentrale i å oppnå dette. Det innebærer en plan og en forutsigbar struktur å samarbeide med.

3. Kvalitet

Det bør arbeides for å sikre at den medisinske kvaliteten på fastlegekontorene er god. Kommunen har ansvar for kvaliteten i primærhelsetjenesten, men har ikke gjort mye for å sikre kvaliteten i fastlegekontorene. Vi oppfordrer til at det beskrives i planen hvordan man vil følge opp kvalitet og hvilke måleparametere kommunen er opptatt av. Vi mener at det er flere områder man kan arbeide med, forskrivning av B-preparater, antibiotika og oppfølging med årlig kontroll av PU klienter er problemområder som vi vil peke på.»

I tillegg til disse kommentarene inneholder tilbakemeldingen fra fastlegene også en rekke konkrete innspill til planen. Disse er delvis hensyntatt i handlingsplanen.

Gjennomgang av allmennlegetjenesten – Ekspertutvalgets rapport

Regjeringen satte sommeren 2022 ned **et hurtigarbeidende ekspertutvalg** med mandat til å utrede tiltak for å gjøre fastlegeordningen mer bærekraftig. Utvalget la 1. desember 2022 fram en foreløpig rapport, mens endelig rapport ble levert 15. april i år.

Den endelige rapporten er en omfattende gjennomgang av allmennlegetjenesten på 375 sider og inneholder 59 «forslag for en bærekraftig allmennlegetjeneste». De viktigste forslagene med betydning for kommunene er:

Organisering og finansiering

- kommunen bør kunne inngå avtale med fastlegeselskap og ikke bare med enkeltleger
- kommunen bør kunne drifte fastlegekontor etter samme modell som fastlegeselskap og da med listeansvaret formelt liggende hos kommunen
- fratredende leges rett til å selge sin praksis bør reguleres for å fjerne alle uklarheter rundt når kommunen kan gi innbyggerne i hjemmelen an annen fastlege
- basistilskuddets andel av finansieringen økes fra 30 % til 50 %, mens den aktivitetsbaserte andelen (egenandeler/refusjon fra folketrygden) reduseres tilsvarende
- basistilskuddet pasienttilpasses (gjennomført fra 1. mai i år) og bør kvalitetsjusteres (f.eks. ved at spesialist i allmennmedisin få høyere tilskudd enn ikke-spesialist)

Endring av arbeidsoppgaver

- det bør legges til rette for at flere personellgrupper kan jobbe på fastlegekontor, for økt grad av delegering innenfor fastlegekontor og for innføring av profesjonsnøytrale takster
- egenmelding skal benyttes før sykmelding og antall sammenhengende egenmeldingsdager bør økes til 16
- legenes plikt til å utstede attester begrenses, blant annet når det gjelder helseattester for forsikringsbransjen og fraværsattester for grunnskolen, videregående opplæring, høyskoler og universitet

Legevakt

- det bør tilrettelegges for bruk av andre leger enn fastleger i legevakt og fastlønn bør benyttes mer for alt legevaktarbeid
- kompetansekravene endres slik at det er tilstrekkelig å ha gjennomført LIS 1-tjeneste for å kunne arbeide selvstendig i legevakt
- det bør prøves ut drift av legevakt i helseforetakene på natt der samlokalisering eller nær plassering allerede foreligger

Kompetanse

- krav til gjennomført LIS 1 for å kunne praktisere selvstendig etter grunnutdanningen
- antall LIS 1-stillinger med statlig tilskudd som pålegges sykehus og kommuner må økes betraktelig
- sykehus og kommuner bør få mulighet til å lyse ut egne LIS 1-stillinger innen eget budsjett (eventuelt med mulighet for statlig tilskudd også til disse stillingene) og til å vurdere om slike stillinger kan knyttes opp mot et videre spesialiseringsløp i allmennmedisin

- flere av kravene til spesialisering i allmennmedisin bør mykes opp slik at flaskehalsene i utdanningsforløpet reduseres
- det bør opprettes utdanningsstillinger der ALIS er ansatt og jobber på andres legers liste
- det bør legges til rette for økonomisk kompensasjon for faglig oppdatering

En rekke av tiltakene vil kreve sentrale lov-/forskrifts- eller regelendringer. Flere vil kreve økte økonomiske ressurser på statlig og/eller kommunalt nivå.

Rapporten kan i sin helhet leses/lastes ned på
[Gjennomgang av allmennlegetjenesten \(regjeringen.no\)](#)

