



SANDEFJORD  
KOMMUNE

# PLAN FOR LEGETJENESTEN 2021 - 2024

SANDEFJORD KOMMUNE



## Innhold

<b>1.0 Innledning</b>	<b>3</b>
1.1 Lover forskrifter, avtaler og nasjonale føringer	4
1.2 Nøkkeltall	5
1.3 Organisering av legetjenesten i Sandefjord kommune	8
1.3.1 Samfunnsmedisin	9
Styringsmål for samfunnsmedisin	9
<b>2.0 Fastlegeordningen</b>	<b>10</b>
Styringsmål i fastlegeordningen	10
2.1 Utfordringer i Fastlegeordningen	11
2.2 Utfordringer i Sandefjord:	12
2.3 Tilgjengelige fastlegeressurser	13
2.4 Tiltak for fastlegeordningen	15
<b>3.0 Kommunale legeoppgaver</b>	<b>17</b>
3.1. Sykehjem	18
Styringsmål i legetjenesten i institusjon	18
3.2 Kommunale Øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD) somatikk	23
3.2.1 Diagnostisk sløyfe	24
3.2.2 Kommunalt Øyeblikkelig-hjelp døgntilbud – rus og psykiatri	24
3.5 Helsestasjon for barn og ungdom	25
Styringsmål for helsestasjonstjenesten	25
<b>4.0 Legevakt</b>	<b>26</b>
Styringsmål for legevakt	26
4.1 Organisering av legevakt.	26
4.1.1 Akuttmedisinforskriftens krav til bakvakt.	27
4.1.2 Fritak for legevakt	27
4.1.3 Utfordringer	27
4.1.4 Mål og tiltak for legetjenesten på legevakten	28
<b>5.0 Leger i utdanning/spesialisering</b>	<b>29</b>
Styringsmål for leger i spesialisering	29
5.1 LIS-1 (tidligere turnusleger)	29

5.2 LIS-3 (ny spesialistutdannelse i allmenn medisin)	30
5.3 Mål for utdanningsstillinger – ALIS (allmennlege i spesialisering = Lis-3)	31
<b>6.0 Samarbeidsarenaer på systemnivå</b>	<b>32</b>
6.1 Samarbeid med andre instanser	32
STYRINGSMÅL FOR SAMARBEID	32
<b>7.0 Deltakelse i utviklingsarbeid</b>	<b>33</b>
Styringsmål i utviklingsarbeid	33
<b>8.0 Mål og tiltak</b>	<b>36</b>
<b>9.0 Vedlegg:</b>	<b>41</b>

## 1.0 INNLEDNING

Rammeavtale mellom KS og DNLF (ASA 4310) punkt 6.2» Planlegging», gir føringer for å utarbeide plan for legetjenesten i kommunene:

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

Dette er den første Plan for legetjenester i Sandefjord kommune. Den er gjeldende for perioden 2021-2024. Planen skal rulleres ved utløp av denne perioden.

Planen er utarbeidet for å få en helhetlig oversikt over tjenesteområdet som omfatter:

- \*Fastlegeordningen
- \*Sykehjemslegeordningen
- \*Helsestasjonslegetjenesten
- \*Legevakt
- \*Samfunnsmedisinske tjenester og samhandling
- \*Legetjenester knyttet til øyeblikkelig hjelp døgnopphold
- \*LIS – legeordningen (lege i spesialisering/utdanning)

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

Plan for legetjenester viser hvilke områder som må videreutvikles i planperioden for å følge opp kommunens forpliktelser knyttet til legetjenester som beskrevet i lov- og avtaleverk, samt nasjonale og lokale føringer.

### Formål:

- Oppfylle lovpålagte krav til kommunale legetjenester, herunder dimensjonering og kvalitetsarbeid
- Sikre legetjenester med høy etisk standard
- Sørge for legetjenestens rolle i flerfaglig helsehjelp
- Gi en oversikt over legetjenesten i kommunen
- Peke på tiltak for å sikre rekruttering til fastlegehjemler og kommunale legestillinger
- Utgjøre beslutningsgrunnlag til bruk i politiske og administrative prosesser

Planen er utarbeidet av en arbeidsgruppe bestående av:

- Eli Hansen, seksjonsleder Sandefjord medisinske senter
- Ole Henrik Augestad, kommuneoverlege, Sandefjord kommune
- Susanne Prøsch, overlege kliniske legetjenester til mai 2020
- Ragnar Sundby, tillitsvalgt DNLF
- Kristian Hillestad, leder allmennlege-utvalget (ALU) 2019
- Egil Solberg, tillitsvalgt sykehjemsleger
- Gro Tove Hem Johnsen, leder allmennlege-utvalget fra (ALU) 2020
- Kari Statle Gulbrandsen, overlege kliniske legetjenester fra mai 2020

Det har vært avholdt arbeidsmøter med hjemmetjenesten, institusjonstjenesten, helsesykepleierne, rus og psykiatritjenesten, PPT, oppvekst og kunnskap, barnevern- og øvrige helsetjenester.

Planen har vært drøftet i Samarbeidsutvalget (SU), Allmennlegeutvalget (ALU) og ledergruppen i Helse og omsorgstjenestene. Planen har også vært ute til høring hos kommunalt ansatte leger før ferdigstilling og politisk behandling.

Behandling:

Høring:

- legetjenesten (ALU og kommunalt ansatte)
- HSO ledergruppe
- Samarbeidsutvalg (SU)

Behandling:

- Kommunalt samarbeidsråd for mennesker med nedsatt funksjonsevne
- Eldrerådet:
- Helse og omsorgsutvalget
- Formannskapet
- Kommunestyret

## 1.1 LOVER FORSKRIFTER, AVTALER OG NASJONALE FØRINGER

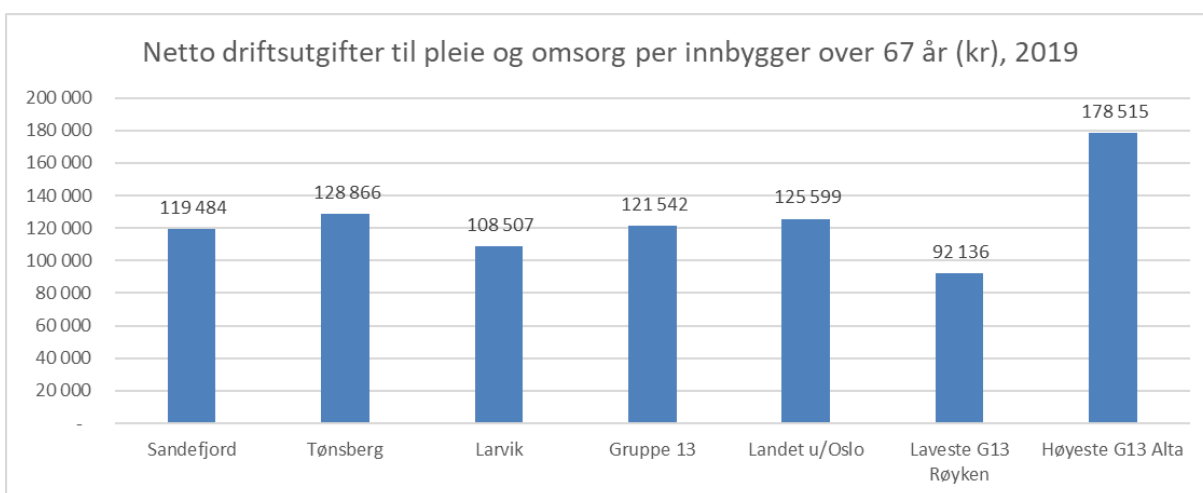
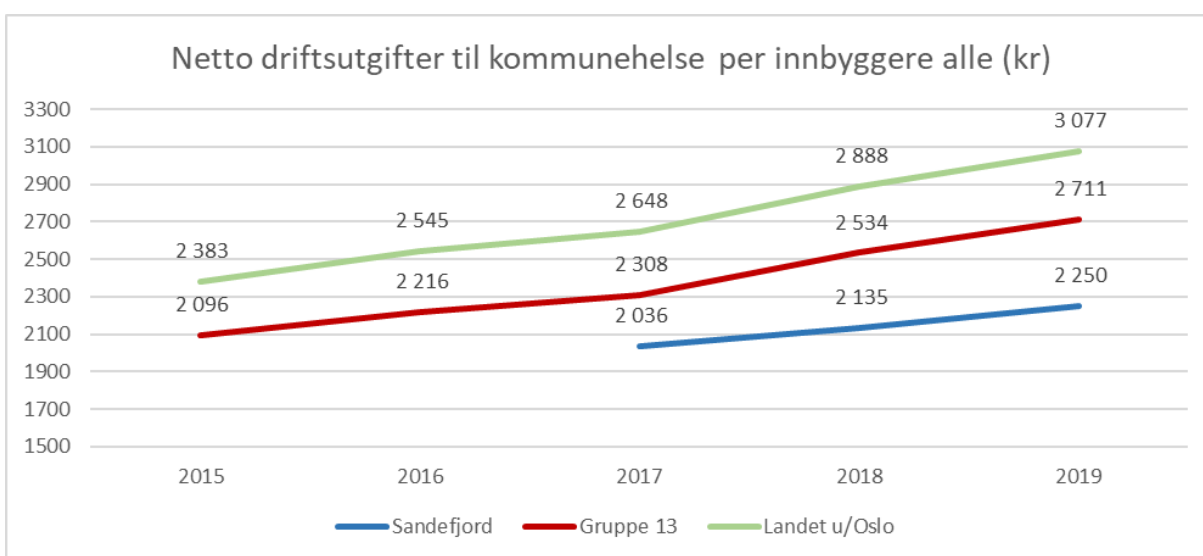
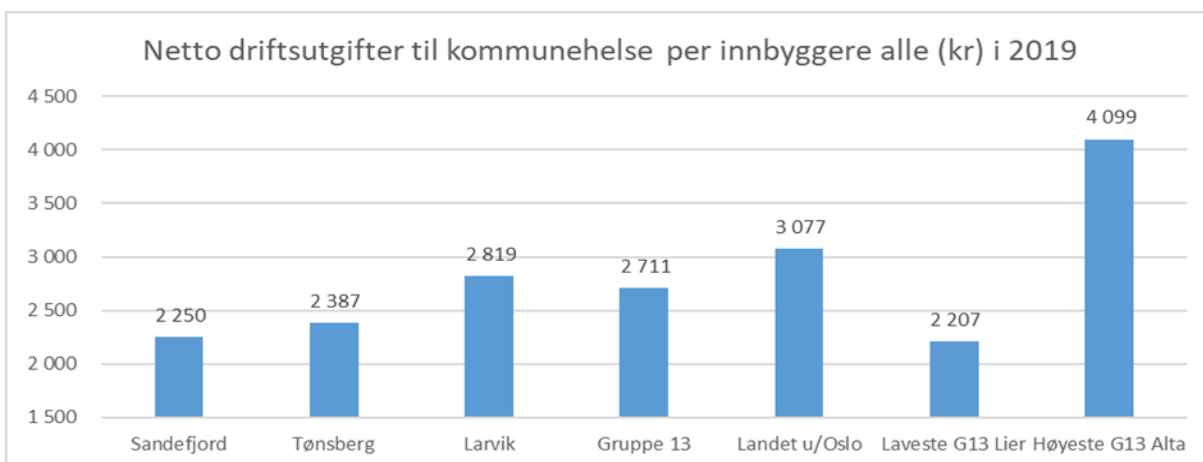
Legetjenesten er regulert av

- [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mm](#)
- [Helsepersonelloven](#)
- [Folkehelseloven](#)
- [Helseberedskapsloven](#)
- [Psykisk helsevernloven](#)
- [Smittevernloven](#)
- [Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning](#)
- [Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjeneste](#)

- [Forskrift om kommunens plikt til å sørge for øyeblikkelig hjelp tilbud](#)
- [Akuttmedisinforskriften](#)
- [Forskrift om fastlegeordningen i kommunene](#)
- [Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening om allmennpraksis i fastlegeordningen i kommunene \(ASA 4310\)](#)
- [Sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Den norske legeforening om leger og turnusleger i kommunehelsetjenesten \(SFS 2305\)](#)
- [Nasjonale mål og prioriteringer på helse- og omsorgsområdet.](#)
- [Meld. St. 11 \(2020–2021\) Kvalitet og pasientsikkerhet 2019](#)
- [Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020 - 2024](#)

## 1.2 NØKKELTALL

2019	Enhet	Sandefjord	Tønsberg	Larvik	Kostragr. 13	Landet uten Oslo
<a href="#">Utgifter kommunale helse- og omsorgstjenester per innbygger (kr)</a>	kr	27 079	28 999	27 341	26 481	28 772
<a href="#">Andel innbyggere 80 år og over som er beboere på sykehjem (prosent)</a>	prosent	8,5	11,2	11,4	11,1	11,9
<a href="#">Netto driftsutgifter til kommunehelsetjenesten i prosent av kommunens samlede netto driftsutgifter (prosent)</a>	prosent	4,0	4,2	5,0	4,6	5,0
<a href="#">Avtalte legeårsverk per 10 000 innbyggere (årsverk)</a>	Årsv.	11,0	11,0	11,7	10,9	11,5



KOSTRA - Netto driftsutgifter (NDU) per innbygger i angitt målgruppe							
Tjenesteområde	NDU 2019 / innb.			Mer-/mindreutg. i Sfj. (mill. kr)			Målgruppe Alder
	Sfj.	G13	Mer/ min.utg.	2019	2018	2017	
Helse- og omsorgstjenester i institusjon	43 892	44 625	-732	-7,8	-27,7	-36,6	67 år +
Institusjonslokaler	4 497	6 093	-1 596	-17,0	-15,8	-9,9	67 år +
Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende	65 268	63 427	1 841	19,7	18,7	51,1	67 år +
Aktiviserings- og servicetj. o.f. eldre og pers. med funk.nedsettelse	5 160	6 381	-1 221	-13,0	-7,7	-10,1	67 år +
Akutthjelp helse- og omsorgstjenesten	667	1 016	-349	-3,7	4,7	5,4	67 år +
<b>Sum pleie og omsorg</b>	119 484	121 542	-2 057	-22,0	-27,8	-0,1	
Sum utgifter i % av utgiftene i gruppe 13	98,3 %	100 %	-1,7 %	-1,7 %	-2,3 %	0,0 %	

### Forbruk av sykehus:

Sandefjord har, i likhet med andre kommuner i Vestfold, hatt en betydelig nedgang i forbruk av sykehus (SIV HF). Nedgangen fra 2017 til 2020 har vært på hele 11,9% (størst nedgang for 2020).

Samtidig har Sandefjord en av de laveste liggetidene i fylket med et snitt på 3,77 liggedager pr. pasient (2017-2020). Til sammenligning hadde Tønsberg 3,81 og Larvik 3,81 i samme periode. Sandefjord ligger også lavt i sykehus-forbruk pr. 1000 innbyggere.

### Sykehusforbruk somatikk

2020	DRG *pr. 1000 Innbyggere	Opphold pr. 1000 innbyggere	Liggedøgn pr. 1000 innbyggere	Nyhenviste pr 1000 innbyggere
<b>Sandefjord</b>	266	141	500	219
<b>Tønsberg</b>	288	156	556	246
<b>Larvik</b>	276	150	520	233

\* Diagnose-relaterte grupper er et system for klassifisering av behandling i sykehus, hvor det er laget ca. 900 grupper av behandlinger, som gruppevis forventes å kreve tilsvarende mengde ressurser. Systemet ble opprinnelig utviklet for det amerikanske Medicare, senere innført i norsk helsevesen.

Bemerk at tallene for 2020 vil avvike fra normalen grunnet pandemien. Ytterligere data mht. sykehusforbruk finner man [her](#).



### 1.3 ORGANISERING AV LEGETJENESTEN I SANDEFJORD KOMMUNE

Ved etablering av Seksjon Sandefjord medisinske senter, ble de kliniske legetjenestene organisert under denne seksjonen.

Legetjenestene er ledet av overlege for kliniske legetjenester og omfatter fastlegetjenesten, legetjenesten til sykehjemmene, helsestasjonene og legevakt.

Overlegen har ansvar for alle kliniske legetjenester i kommunen, og er underlagt seksjonsleder for Sandefjord medisinske senter.

Stillingen har linjeansvar og deltar derfor i seksjonsleders ledermøter sammen med de andre enhetslederne i seksjonen. Overlegen er en del av ledergruppen i seksjonen med personal- og økonomiansvar.

#### **Ansvarsområder:**

- Medisinsk faglig ansvar for kommunale allmennlegetjenester
- Stedfortreder for kommuneoverlegefunksjon i Sandefjord kommune
- Personal- og økonomiansvar for kommunalt ansatte leger i seksjonen
- Overordnet ansvar for organisering og fordeling av for legetjenester til sykehjemmene, samt andre allmennlegetjenester, herunder legevakt og helsestasjon.
- Kvalitetssikre kompetanse og rekruttering i legetjenesten.
- Ansvar for kontinuerlig forbedringsarbeide med helseforsteaket mht.pasientoverføringer.
- Ansvar for organisering av kollegaveiledning for kommunalt ansatte leger
- Organisering av turnuskandidater/LIS-1 til sykehjem, helsestasjon og legevakt
- Overordnet ansvar for LIS-3 ordningen
- Overordnet ansvar for fastlegenes deltakelse i legevakt og vaktplan.
- Ansvar for vaktplaner helsestasjon, sykehjemmene og ØHD

Utover dette har stillingen ansvar for å samarbeide med ledere for sykehjemmene i hele kommunen.

### 1.3.1 SAMFUNNSMEDISIN

#### STYRINGSMÅL FOR SAMFUNNSMEDISIN

##### **Sikre rekruttering og en robust bemanning innenfor samfunnsmedisin/kommuneoverlege-funksjonen**

Kommuneoverlegen som har rollen medisinske faglig rådgiver, er linjemessig plassert i stab hos kommunalsjef HSO.

Arbeidsoppgaver:

- Være kommunens medisinskfaglige rådgiver iht Helse- og omsorgstjenestelovens § 5-5
- Være tilgjengelig for medisinskfaglig informasjon, rådgivning og veiledning internt i kommunen, for befolkningen, media og eksterne samarbeidsparter
- Bidra til det medisinskfaglige samarbeidet med spesialisthelsetjenesten
- Være ansvarlig for medisinskfaglige bidrag til kommunens folkehelsearbeid
- Faglig ledelse av miljørettet helsevern
- Være ansvarlig for kommunens rolle iht psykisk helsevernloven kap 3.
- Delta i kommunens kriseledelse og være ansvarlig for medisinskfaglige bidrag til beredskapsplanleggingen
- Være kommunens smittevernlege
- Være medisinsk-faglig ansvarlig ved SO-mottaket (Overgrepsmottaket) for Vestfold i innhold og stillingsstørrelse iht avtale med SIV HF

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, samt eventuell beordring til deltagelse i lokal redningssentral.

En utfordring er beredskapsplikten der kommunen er pålagt en beredskap i lovverket pkt 1-4). Dette ivaretas nå, men er sårbart og innebærer en belastning over tid. I Koronapandemien har kommuneoverlegen hatt det medisinskfaglige ansvaret og har vært tilgjengelig for kommunens innbyggere og ansatte store deler av døgnet. Pandemien har vist at det er en sårbar funksjon som bør vurderes fordeles på flere personer.

Tiltak på det samfunnsmedisinske området er å øke med 1 årsverk kommunelegestilling som kan jobbe med samfunnsmedisin og andre kommunale legeoppgaver. Stillingen vil være en utdanningsstilling for lege som spesialiserer seg innenfor samfunnsmedisin. Økningen vil gi en fleksibilitet i tjenesten, bidra til rekruttering innenfor fagområdet samfunnsmedisin og inngå i beredskapsplikten slik at denne bealstningen fordeles på flere personer.

## 2.0 FASTLEGEORDNINGEN

### STYRINGSMÅL I FASTLEGEORDNINGEN

- Sandefjord kommune har i tråd med fastlegeordningen en legedekning som til enhver tid gir innbyggeren reell mulighet til å velge/bytte fastlege (7% ledige plasser)
- Robuste legekontorer med god fraværdekning og stabilitet
- God rekruttering av yngre fastleger som deltar i kommunale legeoppgaver og legevakt
- På basis av en god utdanningsplan opprettholde godkjenning som registrert utdanningsvirksomhet for LIS-3

Det er bred enighet om at Fastlegeordningen har vært, og fortsatt er en suksess. Det er mange grunner til at den stabile relasjonen mellom pasient og lege omtales som «gullet» i fastlegeordningen.

Kommunen inngår fastlegeavtale med hver enkelt fastlege som frem til nå har drevet som selvstendig næringsdrivende.

Fastlegen må ha minst 28 timer kurativ virksomhet per uke. Det er krav om kollegial fraværdekning. I praksis viser gjennomgang av fastlegens arbeidsdag at de fleste fastleger er tilgjengelig i betydelig større grad.

Legen plikter til å delta i:

- kommunale allmennlegeoppgaver inntil 7,5 t/uke.
- kommunal legevakt.
- Allmennlegeutvalget.

Det er kommunens ansvar å rekruttere fastleger til Sandefjord kommune og påse at kommunens innbyggere har tilgang til-, og en reell mulighet til å bytte fastlege.

Det er viktig at kommunen har tilstrekkelig handlingsrom til å kunne organisere fastlegetjenesten slik at kommunen kan oppfylle sitt lovpålagte ansvar etter helse- og omsorgstjenesteloven.

Forskrift om fastlegeordningen finner du [her](#):

## 2.1 UTFORDRINGER I FASTLEGEORDNINGEN

Fastlegeordningen sliter med manglende rekruttering samt at erfarne fastleger slutter og velger andre spesialiteter innen legeyrket. Bakgrunnen for dette er økt oppgaveoverføring til fastlegene jamfør Samhandlingsreformen. Fastlegen er navet i alle kommunens helsetjenester. Den økte oppgaveoverføringen medfører en betydelig høyere arbeidsbelastning med lange arbeidsdager og slitne leger som også må delta i legevakt. Undersøkelser viser at fastlegene har et gjennomsnitt på 55 timers arbeidsuke.

Fastlegens arbeidssituasjon har siste årene hatt økende oppmerksomhet i media og etter hvert også politisk. Dessverre har mottiltakene kommet sent og ikke vært betydelig nok. Selv i sentrale strøk som Sandefjord kommune har vi rekrutteringsvansker.

Det betyr at Sandefjord kommunen må være beredt på å bidra økonomisk til fastlegeordningens utvikling utover det den gjør i dag.

Økt arbeidsmengde for fastlegene er dokumentert i undersøkelsen av «Fastlegers tidsbruk» av Uni Research Helse/ Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin fra januar til mars 2018. Også en gjennomgang ved SSB fant at det ut fra takstbruk var sannsynlig at en økning i arbeidsmengde var reell og at det var sannsynlig at fastlegeordningen ville stå ovenfor utfordringer i tiden fremover <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/kortere-pasientlister-lengre-arbeidsdager>

«[Trønderopprøret](#)» - en rapport om fastlegenes arbeidsoppgaver og rammevilkår fra juni 2018, viser at en fastlege håndterer i gjennomsnitt 43 ulike problemstillinger hver dag, signerer 15 epikriser, 26 resepter, 150-200 blodprøvesvar gjennomgås. I 24% av konsultasjonene skrives en sykemelding. Fastlegen skriver 3,2 henvisninger og legger inn 0,5 pasienter i sykehus pr. dag.

Opplevd arbeidspress fra fastlegene er svært høyt. 59% har i løpet av de siste 6 månedene vurdert å slutte i jobben på grunn av arbeidspress.

Oppgaveoverføringen har også bidratt til at legekantorene nå ivaretar svært mange oppgaver som tidligere var forbeholdt sykehusene. Dette har medført anskaffelse av avansert medisinsk utstyr og laboratorietjenester. Fastlegekontorene i 2020 har mange likhetstrekk med sykehuspoliklinikkene på lokalsykehusene for 10-20 år siden. Et eksempel på dette er oppfølging av krefttilstander som tidligere ble ivaretatt av onkologer på norske sykehuspoliklinikker.

Regjeringen har utarbeidet en [handlingsplan for allennlegetjenesten](#) som hovedsakelig omhandler fastlegeordningen. Denne inneholder en tiltakspakke på 17 små og store tiltak som skal gjennomføres i løpet av en 4-års periode. Det er usikkert om dette vil være tilstrekkelig mht. å motvirke flukten fra fastlegeordningen.

## 2.2 UTFORDRINGER I SANDEFJORD:

De nasjonale utfordringene har også nådd Sandefjord:

Flere av Sandefjords fastleger går av med pensjon i løpet av 2021 og flere leger søker seg over i andre jobber

Dette er en krise for kommunens innbyggere og helsetjenesten i kommunen generelt. Det må derfor sørges for nødvendig planlegging av fastlegeordningen slik at legen har forutsigbarhet i sin virksomhet innenfor gitte rammebetingelser. Det er en kjensgjerning at unge nyutdannede leger i dag ikke ønsker å pådra seg stor økonomisk gjeld ved kjøp av praksis. Av erfaring fra andre kommuner ser man at omgjøring til kommunale hjemler øker rekrutteringen.

I Sandefjord har det i 2020 vært utlyst flere hjemler, både hjemler med full listelengde og hjemler med få pasienter. Erfaringene er at det har vært svært utfordrende å få søkere til disse. Flere av hjemlene har vært lyst ut flere ganger uten at det har vært kvalifiserte søkere til hjemlene. Aktuelle søkere har valgt andre kommuner med bedre økonomiske forutsetninger. Ved starten av 2021 er det totalt 6-7 hjemler som er ledige, eller blir ledige i løpet av 1. halvår 2021. Dette i en situasjon hvor Sandefjord allerede har få ledige plasser på listene.

Det er derfor behov for tiltak for å beholde og rekruttere fastleger med bakgrunn i de belyste utfordringene.

Mange kommuner har gode erfaringer med å opprette kommunale fastlegekontor. Dette kommer fram i en undersøkelse på oppdrag fra KS – IPSOS undersøkelsen.

[Ny rapport: Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen | Ipsos](#)

Ipsos rapport fra nov 2020 (oppfølging fra IPSOS 2018 + oppfølgingsrapport 2020) viser at ca 80% av landets kommuner nå finansierer fastlegeordningen i en eller annen grad.

Flere av de mest folkerike (10 %) og mest sentrale kommunene (13 %) som subsidierer fastlegeordningen har gjort dette i mindre enn ett år, sammenlignet med gjennomsnittet (4 %). Hele 95 % av de minst sentrale kommunene og 98 % av kommunene med 3000 innbyggere eller færre som subsidierer fastlegeordningen har gjort dette over flere år. Samtidig vurderer over 1 av 3 kommuner som per i dag ikke subsidierer fastlegeordningen at de vil måtte gjøre dette i fremtiden, gitt at ordningen fortsetter som i dag.

### **Funn og konklusjoner i rapporten:**

Stabilitets- og rekrutteringsutfordringer er stadig de hyppigst nevnte årsakene til at kommunene subsidierer fastlegeordningen utover hovedmodellen. 9 av 10 kommuner som subsidierer fastlegeordningen, gjør dette for å beholde fastleger over tid. Nær 8 av 10 kommuner som subsidierer gjør det for å rekruttere fastleger. Andre nevnte årsaker til subsidiering er å bedre dekke andre allmennlegeoppgaver (49 %), stimulere til bedre integrasjon mellom fastlegetjenesten og øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste (45 %), og for å få leger til å veilede leger under spesialisering (40 %).

De fleste kommunene som subsidierer fastlegeordningen, opplever at den fungerer etter hensikten. 72 % av kommunene som subsidierer, vurderer at subsidieringen fungerer godt, mens 7 % vurderer at den fungerer dårlig. Andelen som vurderer at subsidieringen fungerer godt har sunket fra 82 % i fjor, men det har ikke vært en signifikant økning i andelen kommuner som vurderer at den fungerer dårlig.

Fastlegene melder at, i tillegg til økt arbeidsbelastning, oppleves kravet til deltakelse på legevakt som en ytterligere belastning. Samtidig er kompetansen fra fastlegene viktig for å opprettholde kvaliteten på legevakt.

Kommunene har nå også fått ansvar for spesialiseringsløp for allmenntilleggsmedisin, samt å etablere en bakvaksordning for ikke vaktkompetente leger. Dette omtales nærmere i Kap. 4 og 5.

### 2.3 TILGJENGELIGE FASTLEGERESSURSER

Sandefjord har 54 fastleger med åpen, uselektert praksis. Hver enkelt fastlege inngår i en avtale med kommunen for å tilby allmennlegetjenester til kommunens innbyggere. Innbyggerne står imidlertid fritt til å velge fastlege i egen eller annen kommune. Oppdatert oversikt over fastlegene finnes til enhver tid på [www.helsenorge.no](http://www.helsenorge.no) eller på kommunens hjemmeside under fanen fastleger.

Hver fastlege har en avtale om max antall pasienter på sin fastlegeliste – listetak.

Det vil fortsatt være ønskelig at fastlegeordningen i Sandefjord i all hovedsak drives som selvstendig næringsdrift.

I løpet av det siste året har flere av fastlegene i Sandefjord valgt å redusere listetaket sitt etter innføring av den nye økonomiske tilskuddsordningen. Se pkt. 2.4

De aller fleste fastlegene har nådd listetaket og har i tillegg pasienter på venteliste. I dag er det reelt kun 3-4 fastleger som har åpne liste. Det betyr at det er liten grad av valgmulighet for innbyggerne.

Det er 1900 pasienter som står på venteliste for å bytte til annen fastlege. Ledig listekapasitet i Sandefjord, er pr. februar 2021 på 1,6 %. Det nasjonale målet er en liste-kapasitet på 7%.

Samtidig har vi netto innflytting til Sandefjord. Kapasitetsutfordringen kan derfor kun løses med å øke antall hjemler i kommunen.

#### **Behov for fastleger fremover**

P.t. er det 54 fastlegehjemler i Sandefjord. Disse har en gjennomsnittlig listelengde på 1 143 pasienter. Det er 1.013 ledige plasser på listene. Dette utgjør 1,6 %.

Om lag 2.000 innbyggere benytter fastleger i andre kommuner. Det er grunn til å tro at dette i hovedsak gjelder innbyggere i den delen av kommunen som ligger nærmest Tønsberg.

Dersom det forutsettes at leger går av med pensjon når de i gjennomsnitt er 70 år, vil 11 fastleger gå av med pensjon i perioden 2021-2028.

Ved å legge SSBs framskrivning av antall innbyggere til grunn vil folketallet i Sandefjord øke med 2.663 frem til 2028. Med dagens gjennomsnittlige listelengde vil dette gi et økt behov på i overkant av 2 nye fastlegehjemler.

Dersom det skulle vært 7 % ledighet på listene, slik det nasjonale målet er, ville det vært behov for ytterligere 3 fastlegehjemler i dag.

Ved reduserte gjennomsnittlige listelengder vil behovet for fastlegehjemler øke. En gjennomsnittlig listelengde på 1 000 pasienter ville i dag bety at antallet fastlegehjemler burde vært 62. Det er 8 flere enn i dag.

### Fastlegekontorene pr 01.08.2020

Legekontor	Lokalisasjon/Poststed
Legene Sentrum Vest	Dronningens gate 6/8, Sandefjord
Legehuset Sandefjord	Kilgata 9, Sandefjord
Tempo Legesenter	Skiringssalvn. 24, Sandefjord
Kilen Legesenter	Kilgata 9, Sandefjord
Solvang Legesenter	Skiringssalvn. 24, Sandefjord
Sandefjord Helsepark	Skiringssalvn. 24, Sandefjord
Landstad Legesenter	Landstads gt. 27, Sandefjord
Sandefjord Legesenter	Halvdan Svartes gt. 12, Sandefjord
Gleditchgården Legesenter	Dronningens gt. 3, Sandefjord
Familielegen A/S	Dronningens gt. 3, Sandefjord
Annen Etage Legesenter	Hegnasletta 5, Sandefjord
Andebu Legesenter	Andebuveien 939, Andebu
Helsehuset Stokke-legene A/S	Stokkeveien 55, Stokke
Stokke Legesenter	Nygaards Allè 4, Stokke
<b>Totalt</b>	<b>14 legekontorer</b>

Av 54 fastleger er 40 spesialister i allmenntillegener. 4 legekontor har LIS-1 leger tilknyttet kontoret. (en LIS-1 har kontor på Nøtterøy – planlagt flyttet til Sandefjord)

Sandefjord har en gjennomsnittsalder på fastlegene på 48,2 år i 2020 (18 er 50 år eller mer). Når en såpass stor andel er i en alder hvor legevaksarbeid er mindre aktuelt, er det en utfordring å få dekket vaktene når målsettingen er at de fleste vaktene skal dekkes av fastlegene.

21 av fastlegene er kvinner (39,4 %).

## 2.4 TILTAK FOR FASTLEGEORDNINGEN

### Utfordringer i fastlegeordningen

- For få fastleger og fulle fastlegelister som ikke gir en reell valgfrihet til befolkningen.
- Rekrutteringsvansker av nye leger.
- Erfarne fastleger slutter og går over i andre legeyrker.
- Økende antall oppgaver per pasient som ikke krever allmennlege-kompetanse. Dette medfører:
  - For lange arbeidsdager.
  - Mindre mulighet/reduisert kapasitet til å gå legevakt i tillegg
  - At fastlege blir et mindre attraktivt yrkesvalg.
- Pålagt legevaksarbeid på toppen av i snitt 55 timers arbeidsuke medfører:
  - Slitne leger på legevakt som kan gi en risiko for dårligere vurderinger.
  - Rekrutteringsvansker av nye leger og vansker med å beholde erfarne fastleger.
  - At arbeidspresset på fastlegekontoret gjør det vanskelig å ta fri i forbindelse med vakt fordi pasientene må forskyves på allerede fulle timelister.

### Tiltak for fastlegeordningen

- Nasjonalt
  - Kortere lister med økt økonomisk kompensasjon for de 1000 første pasientene.
  - Alle med lister kortere enn 500 pasienter – får uansett tilskudd tilsvarende en liste på 500.
  - Ytterligere tiltak jfr. Handlingsplan for allmennlegetjenesten
    - Gjennomgåelse av takstsystemet
    - Øke antall ALIS-avtaler (LIS-3)
    - Styrke ALIS-kontorene
    - Bedre arbeidsdeling med spesialisthelsetjenesten
    - Avlaste fastlegene for oppgaver
    - Nye måter å organisere legevakt
    - Styrke pensjonsordningen
    - Hensiktsmessig antall LIS-1 stillinger
    - Bedre kvaliteten til brukere med omfattende behov
    - Introduksjonsavtaler
    - Systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet
    - En teambasert fastlegeordning



- Gruppeavtaler for fastlegekontor
- Bruk av nye arbeidsverktøy
- Øke bruken av e-konsultasjon
- Muligheter for lederutdanning
- Kommunal:
  - Redusere pålagte kommunale oppgaver
    - Avlastning på legevakt.
    - Helsestasjonsarbeid
    - Fortsatt kommunalt ansatte leger i sykehjemmene.
  - Fastlegene sidestilles med sykehuslegene mht. fri før og etter nattevakt.
  - Flere kommunalt ansatte leger på legevakt for å minimere belastningen for fastlegegruppen.
  - Økonomisk kompensasjon for å kunne redusere listelengde
  - Bremse oppgaveoverføringen fra Sykehuset i Vestfold.
  - Bremse oppgaveoverføringer som ikke krever legekompentanse.
  - Optimalisere samhandlingen med kommunale instanser.
  - Oppdatere IKT-løsninger i samhandlingen slik at disse er funksjonelle.
  - Øke rekrutteringen til fastlegeordningen
    - Legge til rette for utdanningsstillinger
      - Tilstrekkelig antall veiledere og kompensasjon for arbeidet.
      - Nødvendig fri for deltakelse på kurs
      - Søke tilskuddsmidler fra HDIR hvor kommunen må bidra med 20% egenandel for LIS-3 ved kurs og fravær fra praksis.
    - Etablere flere næringsdrivende fastlegehjemler.
    - Bidra til at det er hensiktsmessige lokaliteter for etablering av legekontorer ved nybygg.
    - Etablere kommunale fastlege-hjemler.
    - Tilbud om helsestasjonsarbeid for fastleger med korte pasientlister (under 500)
    - Øke antall LIS-1 fra 5 til 6 stillinger
    - Rente- og avdragsfrie lån ved etablering/kjøp av fastlegepraksis
    - Kurs i selvstendig næringsdrift
    - Jobbe for å beholde LIS i kommunen etter endt LIS-1 tjeneste.

#### Utviklingsarbeid og samhandling:

- Samarbeid mellom kommuner i fylket for å sikre rekruttering til fastlegeordningen.
- Frikjøp til utviklingsarbeid.

Politisk påvirkning av sentrale myndigheter til å styrke fastlegeordningen og ta ansvar for den økonomiske utviklingen som har medført en betydelig merkostnad på kommunene.

### 3.0 KOMMUNALE LEGEOPPGAVER

Fastlegeavtalene gir kommunen anledning til å tilplikte fastlegene kommunale legeoppgaver i inntil 7,5 timer pr uke. Pr. dd. er det kun helsestasjonene som delvis dekkes av fastleger. Det er kommunalt ansatte leger som dekker legetjenestene i sykehjem, daglegevakt, samt en del av helsestasjonstjenesten. Til sammen utgjør dette 12,5 årsverk som fordeler seg slik:

Legevakt: 1,4 årsverk som innbefatter daglegevakt og fagansvar/koordinering av legetjenesten på legevakt.

Veiledning av 5 LIS-1 (tidl. turnuskandidater) av spesialist i allmenntilleggsmedisin – dette innbefatter 0,4 årsverk – dekkes av fastleger som har LIS 1 tilknyttet kontoret.

Veiledning av 12 LIS-3 (lege i spesialisering til spesialist i allmenntilleggsmedisin) av spesialist tilsvarende 0,035 årsverk pr. LIS-3. Tilsvarende 0,42 årsverk. (søkes refundert fra Helsedirektoratet etter fullført spesialisering for LIS-3-kandidatene.)

I tillegg er det ansatt en koordinator for LIS-3-spesialiseringsløpet i 20% stilling.

Helsestasjon 1,8 årsverk (inkl. Koordinering og veiledning)

Sykehjem og ØHD (Øyeblikkelig hjelp døgnopphold) 7,5 årsverk

Ledelse 1 årsverk

2017 ble det ansatt en overlege for kliniske tjenester i administrativ stilling. Dette er i tråd med Helsedirektoratets anmodning om økt satsing på kompetanse og kvalitet i de allmenntilleggsmedisinske kommunale legeoppgavene (Rundskriv: «Nasjonale mål og prioriteringer på helse- og omsorgsområdet i 2014»). Etter hvert så vi at arbeidsbelastningen i den kommunale overlegestillingen ble for stor.

Som en løsning, ble 40% av daglegevaktstillingen omgjort til administrative oppgaver. Den kliniske tjenesten på daglegevakt deles nå mellom 2 kommunalt ansatte leger. Dette har skjedd innenfor rammen på 12,5 årsverk, noe vi vurderer ikke er tilstrekkelig.

For å bedre rekrutteringen til sykehjemmene, ble det i 2018 besluttet å definere 2 stillinger ved sykehjemmene som utdanningsstillinger. Det har siden kommet krav i forbindelse med den nye LIS-3-ordningen om at alle leger i kommunen skal være i et utdanningsløp.

### 3.1. SYKEHJEM

#### STYRINGSMÅL I LEGETJENESTEN I INSTITUSJON

- **God og tilgjengelig legedekning på kommunens institusjoner**
- **Anledning til å delta i / bidra med utviklingsarbeid**
- **Legge til rette for utdanningsløp for legene på institusjon**
- **Minimum 50% av legene skal ha spesialistkompetanse**
- **Avklart /stabil vaktordning**
- **God vikardekning i sykehjemmene ved fravær**

I forbindelse med samhandlingsreformen ser vi at kommunen mottar stadig dårligere pasienter med utfordrende medisinske problemstillinger på sine institusjoner. Særlig utfordrende er dette for pasienter på korttidsavdelinger. I tråd med dette ser man et behov for sikrere og raskere tilgang på lege.

På bakgrunn av korttidspasientenes betydelige behov for raskt legetilsyn ser vi at det er fordelaktig å ha kommunalt ansatte leger i større stillinger tilknyttet korttidsavdelingene. I langtidspostene er pasientene avklart, selv om de fortsatt ofte har komplekse tilstander. Disse postene har også lavere turnover av pasienter. Dette gjør at legen kjenner sine pasienter godt. Det er viktig med kontinuitet og kompetanse i legebemanningen for å sikre best mulig kvalitet og effektiv bruk av legeressursene.

Behovet for at legene kan bidra med undervisning og veiledning er økende grunnet det komplekse pasientgrunnet. Samarbeidet med sykepleierne er også viktig for kvaliteten i tjenesten. Det er et mål om en sykepleierdekning i BBS på 50%, og på SMS på 75%.

I Sandefjord har vi rekruttert en spesialist i psykiatri med arbeidssted i sykehjemmene. Vi ser at behovet for kompetanse innenfor områdene alderspsykiatri, palliasjon (lindring) og alders- og sykehjemsmedisin er økende. Det er også viktig at det er tilstrekkelig antall leger med bred erfaring og spesialisering innenfor allmenntilleggsmedisin.

PWC-rapporten fra 2017 har utredet behovet for PLO-tjenester i kommunen. Den viser at Sandefjord har lav dekning av sykehjems plasser i forhold til sammenlignbare kommuner. Pr dd. har kommunen en dekningsgrad for heldøgns plasser på 16,3%. Rapporten finner du [her](#).

I Handlingsplan for allennlegetjenesten (tiltak 10) bes kommunane om å utarbeide bemanningsnormer for legebemanningen i sykehjem. Denne skal tallfeste hvor mange legetimer som kreves for å oppnå faglig forsvarlighet og egne kvalitetskrav i tjenestene. Videre skal det utarbeides en plan for hvordan dette skal oppnås.

Sykehjemsavdelingene i Sandefjord er plassert på seks ulike lokasjoner, hvorav fem av disse er organisert i en egen seksjon Bo- og Behandlingssenter (BBS).

Sykehjemslegefunktjonen ved disse avdelingene dekkes av kommunalt ansatte leger. Til sammen utgjør dette 7,5 årsverk som også skal dekke ferie, kurs og korttidsfravær.

Legeressursene ved sykehjemmene fordeler seg slik pr 31.12.20.

Sykehjem	Antall enheter	Antall plasser	Årsverk leger
Sandefjord medisinske senter		Tot 59	3,8
1 A/B forsterket korttid/rehabilitering	2	18	
2 A/B Intermediær og ØHD	2	22	
3 A/B lindrende/korttid	2	19	
Nygård Bo- og behandlingssenter		126	1,4
2 etg langtid	2	42	
3 etg «	2	42	
4 etg «	2	42	
Kamfjordhjemmet bo- og behandlingssenter		Tot 64	0,8
1 etg 1 A/B	2	32	
2 etg. 2 A/B	2	32 (herav 8 korttid – plan 16)	
Mosserødhjemmet		Tot 58	0,4
1 etg	Langtid	29	
2. etg	Langtid	29	
Soletunet bo- og behandlingssenter		Tot 47	0,7
Solstua	Langtid	24	
Soltoppen	Langtid/korttid/avlastning	12/9	
Solsiden	Spesialplasser for unge	2	
Andebu sykehjem		Tot 39	0,4
Blåveis	Langtid	14	
Tusenfryd	Langtid demens	12	
Skogstjerna	Lang-/korttid/avlastning	6/9	
Alle sykehjem		Totalt 393	7,5

#### Aktivitet og kompleksitet ved de ulike institusjonene:

##### Sandefjord medisinske senter:

Senteret har kun korttidsplasser, og tar imot de aller fleste pasienter som trenger viderebehandling etter sykehusopphold, samt pasienter fra hjemmet med behov for korttidsoffhold.

Senteret har 3 sengeposter som har tilbud til ulike pasientgrupper:

1A – 8 plasser for pasienter med behov for rehabilitering

1B – 10 plasser for pasienter med sammensatte behov, ofte kognitive utfordringer i kombinasjon med somatiske sykdommer.

Gjennomsnittlig liggetid 1A/B - 29 døgn.

2 A/B - 22 plasser intermedieærnenhet og øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD).  
Intermedieær tar imot de aller fleste pasienter fra sykehuset med behov for etterbehandling og pasienter fra hjemmetjenesten som trenger medisinsk behandling som ikke kan gis i hjemmet.

Et bestemt antall plasser i avdelingen er forbeholdt ØHD. Dette er plasser til pasienter hvor fastlege/legevakt vurderer behov for rask, men kort behandling i 3-5 døgn. (ØHD skal da vurderes å være like god eller bedre behandling enn det pasienten ville fått ved innleggelse i sykehus).

Gjennomsnittlig liggetid 2A/B - 9,7 døgn

3 A/B - 19 plasser for pasienter i behov for lindrende behandling (kreft, smerter, KOLS etc.), samt "ordinære" pasienter til korttidsopphold.

Gjennomsnittlig liggetid 3A/B - 18,6 døgn

aktivitet og pasientstrøm	2017	2018	2019	2020	
Antall innleggelser Sms	1056	1099	1213	1456	Herunder ca. 170 interne overflyttinger i 2020.
Herav fra sykehuset	569	720	841	845	Økende antall pasienter fra sykehuset, selv i 2020 med Corona-restriksjoner

#### **Nygård bo- og behandlingssenter:**

Nygård bo- og behandlingssenter har i dag 126 plasser som kun benyttes til langtidspasienter. De 6 sengepostene har imidlertid ofte ulik sammensetning av pasienter (noen med hovedfokus på somatiske tilstander, noen har spesialisert seg på å motta mennesker med demenssykdom.) Det foregår nå en utbygging av senteret, og dette skal romme totalt 180 plasser. 36 av plassene skal ikke tas i bruk ved ferdigstilling, men planen er at 18 av disse tas i bruk i 2025, og de resterende 18 plassene i 2027.

Kommunen vil da ha en dekningsgrad på 13%.

Det er planen at Nygård kun skal ha langtidsplasser, samt rullerende avlastningsplasser.

Kommunen har pr. I dag 10 plasser til rullerende avlastning, og behovet vil være økende i årene som kommer.

#### **Kamfjordhjemmet bo- og behandlingssenter:**

Senteret har 64 plasser fordelt på 4 enheter, 16 av disse er forsterkede plasser for korttidsopphold til pasienter med kognitive utfordringer, demenssykdom, rus og psykiatri. Senteret har opparbeidet seg god kompetanse mht. dette. 48 plasser vil være langtidsplasser for pasienter med kognitive utfordringer.

#### **Mosserødhjemmet:**

Mosserødhjemmet er et privat sykehjem med totalt 58 langtidsplasser, hvor kommunen har avtale om kjøp av plasser, pr. Jan 2020 kjøper kommunen 54 Plasser. Kommunen har ansvar for legebemanningen ved hjemmet.

**Soletunet bo- og behandlingssenter:**

Senteret er lokalisert i Stokke, og har 47 plasser. 9 av disse er korttidsplasser og rullerende avlasting, 38 er langtidsplasser, derav 2 spesialplasser til unge med behov for omfattende helsetjenester i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

**Andebu sykehjem:**

Andebu sykehjem er lokalisert i Andebu. Sykehjemmet har 39 plasser, hvorav 4 plasser brukes til korttidspasienter, og 5 plasser til rullerende avlasting. 30 plasser er langtidsplasser.

Det er et mål at pasienter med bosted i Stokke og Andebu skal få tilbud om døgnopphold i nærområdet.

En økende utfordring mht. kompleksitet og kompetanse i institusjonene, er en dobling (fra 15 – 30) av antall pasienter/beboere under 67 år med omfattende bistandsbehov fra 2017 til 2020.

I 2019, og var det 246 plasser som var ren langtid i BBS– totalt var det 423 pasienter på disse plassene, i 2019 var det 176 dødsfall.

Liggetid	Antall pasienter
Over 360 døgn	150
200-360 døgn	67
100-200 døgn	81
50-100 døgn	48
Under 50 døgn	77

**Behov for kompetanse i sykehjemmene:**

Norsk forening for Alders- og Sykehjemsmedisin (Nfas) utarbeidet i 2020 en bemanningsnorm for legeressurs i sykehjem med følgende begrunnelse:

**“Bakgrunn:**

*Norsk forening for alders- og sykehjemsmedisin vedtok i årsmøte 2018 nytt arbeidsprogram for perioden 2018-2021 der et av punktene var å “utarbeide normtall for legebemannning i sykehjem som sikrer god faglig kvalitet for pasientene og som gir gode arbeidsbetingelser for sykehjemslegene”.*

*Per i dag finnes ingen nasjonal norm for legeressurs i sykehjem. Det er opp til den enkelte kommune å utarbeide lokale normer for dette. Da dette lovkravet kom i 2007, kommenterte Dnlf at det er sammenheng mellom legetilgang og kvaliteten på det medisinske tilbudet som gis i sykehjem. Dnlf tok til orde for sentralt fastsatte normer og utarbeidet forslag til dette. Disse ble oppdatert i et policydokument i 2012, men har ikke blitt revidert etter innføringen av samhandlingsreformen.*

*Det har skjedd dramatiske endringer i kommunale medisinske tjenester siden 2012. Legeressurs og antall sykehjemsleger i store stillinger har økt, og sykehjemslegene forventes å håndtere økende kompleksitet i medisinske problemstillinger, så vel som vurderinger gjeldende samtykkekompetanse og bruk av tvang, pårørendeinvolvering og -samarbeid og samhandling med samarbeidspartnere i kommune- og spesialisthelsetjeneste. De forventes også å bidra som medisinskfaglige rådgivere inn mot organisasjon av sykehjemstjenesten. I 2017 kom krav om spesialisering for sykehjemsleger. I 2019 trådte andre del av spesialistforskriften i kraft med krav om veiledning, supervisjon og en rekke Utdanningsaktiviteter.*

*Alt dette er lovpålagte arbeidsoppgaver som tar tid fra det kliniske arbeidet. Samtidig vet vi at andelen annet personell med høyere utdanning (sykepleiere, vernepleiere, fysioterapeuter) har økt i samme periode. Dette vil i et godt fungerende tverrfaglig arbeidsmiljø kunne effektivisere legens arbeid.*

*Utkastet til norm for legetjenester i sykehjem er utarbeidet av sykehjemslegemiljøet i Trøndelag, på oppdrag fra styret i Nfas, og er justert etter deres innspill.»*

Hele saken ligger som vedlegg til planen.

Utgangspunktet for beregningene er bla. at 30% av legenes arbeid består av ikke-kliniske oppgaver (veiledning, undervisning, møter etc.).

Med dette som bakgrunn, ble det utarbeidet et forslag til legebemanning i sykehjem:

Langtidsplasser - ca. 80 pasienter pr. legestilling

Korttidsplasser – ca. 12 pasienter pr. legestilling (forutsatt en liggetid på 4 uker – gjennomsnitt på Sandefjord medisinske senter er ca. 2,5 uker).

Sandefjord er, spesielt mht. korttidsplassene, langt fra denne bemanningen.

#### **Utfordringer i Sandefjord:**

- Stadig større kompleksitet i pasientgruppen.
- Økende behov for kompetanse i legegruppen
- Økende behov for undervisning og veiledning til andre faggrupper
- Stadig lavere liggetid i korttidsenhetene
- Økende antall pasienter med kognitive utfordringer, rus og psykisk sykdom
- Økende antall pasienter i behov for viderebehandling etter sykehusinnleggelse
- Rekrutteringsutfordringer til sykehjemslegetjenestene

#### **Tiltak:**

##### Nasjonalt:

- Opprettelse av LIS-3 utdanningsstillinger
- Arbeid som sykehjemslege gir 2 års meritterende tjeneste for spesialisering i allmenntjenestemedisin

##### Lokalt:

- Legge til rette for utdanningsstillinger
- Rekruttere flere spesialister, herunder psykiatri, lindring og aldersgeriatri
- Tilstrekkelig grunnbemanning for å opprettholde kvalitet i tråd med foreslått bemanningsnorm – en plan for dette.
- Tilstrekkelig tid til undervisning/veiledning av andre faggrupper
- Tilby veiledning og kurs i alders- og sykehjemsmedisin
- Samarbeid med SiV HF om kompetansebygging

- Deltakelse i nettverk for alders- og sykehjemsmedisin
- Systemer for samarbeid og arbeidsdeling mellom legegruppen og AKS-sykepleiere (avansert klinisk sykepleier).

### 3.2 KOMMUNALE ØYEBLIKKELIG HJELP DØGNILBUD (ØHD) SOMATIKK

Krav om ØHD er hjemlet i **Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mv.**, § 3-5.

*Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp*

Høsten 2014 etablerte Sandefjord kommune 5 kommunale akutte døgnplasser innen somatikk, ved intermediærenheten (da lokalisert på Nygård bo- og behandlingssenter).

Ved etablering av Sandefjord medisinske senter (Sms), ble disse flyttet sammen med sengeposten fra Nygård til Sms. Enheten har 22 senger inkl. ØHD. Samtidig ble det etablert 2 plasser på legevakten.

Intermediærenheten/ØHD ved Sms har til sammen 1,8 legeårsverk, men behovet er minimum 2 årsverk. Stillingene er besatt av kommunalt ansatte leger som jobber både på ØHD og på sykehjem. Disse har også vakt på ettermiddag (telefonisk), samt tilstedevakt lørdag.

I 2017 kom en lovendring som tilsier at alle leger i faste stillinger i kommunehelsetjenesten skal være under spesialisering i allmennmedisin fra 01.03.19.. ØHD-enheten vurderes som en viktig brikke i rekrutteringen av leger inn i faste kommunale legestillinger.

ØHD disponeres kun av kommunal lege, dvs. fastlege eller legevaktlege, og ikke av hjemmesykepleie, sykehuslege eller andre. ØHD kan benyttes både for somatiske, psykiske og rusrelaterede lidelser.

#### **Alle 5 kriterier for ØHD-plass må være oppfylt:**

1. Pasienten har en avgrenset akutt medisinsk problemstilling
2. Medisinsk behandling kan ikke ivaretas av hjemmesykepleie
3. Pasienten er klar til hjemreise innen 3 -5 virkedager.
4. ØHD skal være like bra eller bedre enn sykehusinnleggelse
5. Pasienten skal være tilsett av fastlege før innleggelse.

Øyeblikkelig hjelp døgntilbudet har vært utfordret mht. hvilken pasientgruppe som egner seg best for disse plassene. Ofte ønsker fastlegene, etter kontakt med hjemmetjenesten, å legge inn den geriatrisk fallerende pasient på kommunens ØHD-plasser. Typisk for denne gruppen er at akutt sykdom ofte gir dramatisk funksjonstap, at risikoen for legemiddelbivirkninger og kirurgiske komplikasjoner øker, og at de medisinske utfordringene blir mer komplekse. Den geriatriske pasienten bør derfor først utredes i spesialisthelsetjenesten for å utelukke underliggende årsak til falleringen før pasienten kan ivaretas på en korttidsplass i kommunen. Jamfør Professor i geriatri Torgeir Bruun Wyller:

*“Mye kan gjøres for mer sømløse overganger til primærhelsetjenesten etter diagnostikk, stabilisering og initial behandling i sykehus, men det er grenser for hvor korte sykehusoppholdene bør bli. Det er bekymringsfullt at sengetallet stadig beskjæres”*



Sandefjord kommune har derfor sendt ut en anbefaling til fastlegene om å heller henvise den yngre pasienten med et kortvarig behandlingsbehov til disse plassene. Den siste tiden har vi sett en dreining i henvisningene til et mer korrekt pasientgrunnlag.

Det siste året har ØHD plassene blitt redusert grunnet økt behov for korttidsplasser. Dette har vært korrekt prioritering i nåværende pandemi, men man må hele tiden vurdere om de få sengene som ØHD har tilgjengelig dekker fastlegenes behov for innleggelse til ØHD.

### 3.2.1 DIAGNOSTISK SLØYFE

Det ble ved oppstart av ØHD-plasser somatikk inngått en samarbeidsavtale med SiV HF om oppstart og drift av slike plasser. Intensjonen var relativt tett faglig oppfølging av personellet ved ØHD fra sykehuspersonell i forhold til opplæring og kompetansebygging. Det er nå ingen faste formelle møtepunkter for kompetanseoverføring utover at sykehuset har god tilgjengelig veiledning ad hoc over telefon. Initialt var det lagt opp til at bare leger fra kommunen (fastleger, legevaksleger og leger ved kommunale institusjoner) kunne legge inn pasienter på ØHD. Etter kort tid ble det etablert rutiner for innleggelse også via akuttmottaket etter en diagnostisk avklaring. Denne ordningen gjaldt kun pasienter som ikke formelt sett var innskrevet på en sykehusavdeling og som på forhånd er definert som ØHD-pasienter.

### 3.2.2 KOMMUNALT ØYEBLICKELIG-HJELP DØGNTILBUD – RUS OG PSYKIATRI

Det skilles ikke på Øyeblikkelig hjelp somatikk/rus/psykiatri i Sandefjord. Alle ØHD-plassene skal i prinsippet kunne brukes også til denne gruppen. Imidlertid ser man at det ofte er plassene ved legevakta som benyttes til dette.

### 3.5 HELSESTASJON FOR BARN OG UNGDOM

#### STYRINGSMÅL FOR HELSESTASJONSTJENESTEN

- **Godt tverrfaglig samarbeid i helsestasjonstjenesten**
- **Helsestasjonstjenesten brukes aktivt som rekrutteringstiltak for fastleger som starter med korte pasientlister**
- **Har lokaler som er store nok med anbefalt hygienisk standard.**

Helsestasjonen er den kommunale helsetjenesten som vurderer barnets helse på fastsatte tidspunkter de første leveårene

Helsestasjon og skolehelsetjenesten er i Sandefjord meget godt ledet av helsesykepleiere i samarbeid med legetjenesten.

I rundskriv "Nasjonale mål og prioriteringer på helse- og omsorgsområdet" pekes Helsestasjons- og skolehelsetjenesten på som et viktig satsingsområde i det forebyggende arbeidet. Helsestasjonstjenesten skal ha en oversikt over helsetilstand og de faktorer som kan virke inn på barn og ungdom i kommunen.

Det er ansatt en overlege i 90% stilling som har 10% administrativt arbeide i tillegg til aktivt forebyggende helsestasjonsarbeid. Legen har ansvaret for faglig utvikling av legetjenesten og for opplæring og oppfølging av LIS-1 legene. Legen leder introduksjonsdagen sammen med helsesykepleierne og organiserer temadager for LIS1 legene, og øvrige helsestasjonsleger som ønsker å delta.

Hver helsestasjon har en fastlege eller kommunal ansatt lege som er ansvarlig for legeundersøkelsen av barna på bestemte alderstrinn. I tillegg har LIS-1 legene 1/2- 1 dag per uke på helsestasjon, med spesialist som supervisor.

Legen skal ha en sentral plass i helsestasjon for ungdom og er helt nødvendig for å gjennomføre helsestasjon for ungdom sine oppgaver.

I Sandefjord gir helsestasjon for ungdom et tilbud to ettermiddager per uke til ungdomsgruppen 13- 23 år. Den drives av helsesykepleiere sammen med LIS-1 leger, med overlege som bakvakt. Dette er primært et gratis lavtærskel tilbud spesielt i forhold til psykisk og sexuell helse, og kliniske problemstillinger som typiske forekommer hos ungdom.

Under pandemien har det kommet enda tydeligere frem at helsestasjonene ofte er i gamle og til dels ikke egnede lokaler mht. hygiene (vask, mulighet for lufting) eller for å holde anbefalt avstand til medarbeidere og brukere. Flere helsestasjoner har for få rom tilgjengelig for at leger /helsesykepleiere kan jobbe samtidig med forskjellige oppgaver/ansvarsområder.

## 4.0 LEGEVAKT

### STYRINGSMÅL FOR LEGEVAKT

- **Fastlegene opprettholder vaktkompetansen**
- **Interkommunalt samarbeid med Larvik kommune om utvikling av aktuelle samarbeidsprosjekter igangsettes**
- **Jevnlig opplæring/ faglig oppdatering/ trening for fastlegene i akuttmedisin**
- **Flere fast ansatte leger i legevakt for å avlaste fastlegene**

#### 4.1 ORGANISERING AV LEGEVAKT.

Formål med legevakten er «å tilby øyeblikkelig hjelp» til dem som bor eller oppholder seg i kommunen».

Legevakt er beredskap for helsehjelp som ikke kan vente. Alle fastleger er forpliktet til å gå legevakt.

Sandefjord kommune har legevakt som er bemannet med sykepleiere og lege hele døgnet.

En sikring av at legeressursene på legevakten holder en høy faglig standard oppnås best ved at det er kommunens egne fastleger i tillegg til kommunalt ansatte legevaktsleger som bemanner legevakten.

Legetjenesten er bemannet med kommunalt ansatt daglegevaktslege på hverdager fra 08.00 – 15.30.

Denne har også ansvaret for å koordinere legetjenesten i legevakt (40% administrativ, samt 60% klinisk stilling). I tillegg er det inngått avtale om tilstedevakt av lege på natt med fast honorar.

På ettermiddag og helg er vaktene delt inn i 2 vaktskift med 1 lege til stede, samt en tilkallingsvakt som kommer inn ved stort arbeidspress, samt ivaretar hjemmebesøk. Disse vaktene lønnes ved refusjon fra Helfo (selvstendig næringsdrift).

Det er i tillegg behov for å ha tilgang på gode vikarer. Det er ønskelig med en liten og stabil vikarpool. Vikarene må beherske norsk skriftlig og muntlig og ha erfaring fra allmenntilleggsmedisin og akutt medisin. Alle går igjennom opplæring med medisinsk faglig ansvarlig lege ved legevakta.

Alle legene ved legevakten i Sandefjord skal ha fått omvisning i legevaktslokalene, opplæring i journalsystemet og legevaktprosedyrene før de starter med legevakt.

I 2015 ble Nødnett startet opp, og alle fastlegene deltar i obligatoriske kurs

#### 4.1.1 AKUTTMEDISINFORSKRIFTENS KRAV TIL BAKVAKT.

I tillegg til vakter må fastleger, som har blitt spesialist i allmenntmedisin, være bakvakt for LIS-1 tilsvarende 120 vakter pr år  
Grunnet nye utdanningskrav må de også være bakvakt for LIS-3 leger. Dette er et økende antall leger og tilsvarer i dag 12 leger.

#### 4.1.2 FRITAK FOR LEGEVAKT

Består av seksjonsleder Sms, kommuneoverlegen for kliniske legetjenester og tillitsvalgt. Fritak vurderes etter bestemmelse SFS 2305 i henhold til sykdom og alder. Grunnet aldrende fastlegekorps, gis flere fritak natt som medfører økt belastning på øvrige leger. Fastlegene kan søke fritak for legevakt etter fylte 60 år, ved sykdom eller spesielle sosiale forhold.

#### 4.1.3 UTFORDRINGER

Fastlegenes kompetanse er uvurderlig i legevaksarbeidet. Kommunens allmennleger har unik kunnskap om kommunens egne institusjoner, hjemmetjeneste og kjenner fastlegene i kommunen. Det medfører at fastlegene lettere kan vurdere andre alternativer for oppfølging og behandling av pasienten fremfor innleggelse i sykehus. Det er god legevaksmedisin både for pasienten, pårørende, kommunen og helseforetaket.

Derfor er det ønskelig at:

- Flest mulig fastleger går legevakt.
- Vaktkompetanse i fastlegekorpsset opprettholdes og derved sikrer høy kvalitet på legevaktmedisinen.
- Det er attraktivt å gå legevakt.

Fastlegens arbeidsbelastning i egen praksis medfører at mange leger kvier seg for å gå legevakt i tillegg. Enkelte leger føler seg også utrygge i akutte vaktsituasjoner. Spesielt nattevaktene oppleves som belastende.

Det siste året har legevakten oftere enn før vært dekket av leger uten vaktkompetanse, noe som har medført en økt bruk av bakvakt.

Utfordringene er mange og det er viktig å se på tiltakene som kan gjøres for at fastlegene skal synes det er attraktivt å gå legvakt.

#### 4.1.4 MÅL OG TILTAK FOR LEGETJENESTEN PÅ LEGEVAKTEN

- Legge til rette for lette/fritak av arbeide før og etter vakt.
- Kompensasjon for fri før/etter vakt.
- Unngå for stor vaktbelastning for vaktkompetente leger.
- Ha en stabil og kompetent vaktpool av legevaktsleger utenfor fastlegeordningen.
- Ansette egne kommunale legevaktsleger.
- Opprettholde kompensasjon for akuttkurs for legevakt som øker kompetansen og derved gir økt trygghet i akuttsituasjoner.
- Organiseres samtrening og meritterende undervisning i legevaktmedisin for alle fastleger og legevaktleger sammen med legevaktes sykepleiere.
- Ha en stor nok fastlegegruppe som tar legevakt. Når flest mulig er med blir vaktbelastningen på den enkelte mindre.

#### **Kompetansekrav :**

Kompetansekrav som følger av akuttmedisinforskriftens revidering er nærmere beskrevet i paragrafene 7, 8, 13 og 21 (overgangsordninger).

Disse kravene skal være oppfylt innen 1. januar 2020:

- Leger som har vakt alene må enten være spesialist i allmenntmedisin eller ha gjennomført 30 måneders klinisk tjeneste etter grunnutdanningen (cand.med. eller norsk autorisasjon).
- Legen må i tillegg, eller som en del av tjenesten, ha gjennomført 40 legevakter eller ha arbeidet ett år som allmennlege i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.
- Kommunen plikter å etablere bakvaksordninger for leger i vakt, der legen ikke oppfyller kompetansekravene i §7. Den enkelte kommune eller legevakt må vurdere om bakvakten skal være tilgjengelig for tilstedeveiledning av lege i vakt.
- Bakvaktlegen skal være vaktkompetent.
- For å oppfylle kravene i forskriftens §7 (leger) og §8 (annet helsepersonell) skal leger og helsepersonell i legevakt ha gjennomført disse to kursene innen 01.05.2021
  - Kurs i akuttmedisin
  - Kurs i volds og overgrepshåndtering

Alle landets kommuner kan søke om tilskudd for å finansiere kravene i forskriften.

Kompetansekrav for leger ved legevakt er hjemlet i [akuttmedisinforskriften](#) (overgangsordninger) pr. 01.01.20. Akuttmedisinkurs er et obligatorisk krav i forbindelse med resertifiseringer hvert 5. år.

## 5.0 LEGER I UTDANNING/SPECIALISERING

### STYRINGSMÅL FOR LEGER I SPESIALISERING

- **Øke antall LIS-1 fra 5 til 6**
- **Sikre spesialiseringløp ved god rekruttering av veiledere**
- **Godt samarbeid mellom kommunen og LIS-3 koordinator**
- **Ordningen bidrar til bedre rekruttering av fastleger og kommunalt ansatte leger**

#### 5.1 LIS-1 (TIDLIGERE TURNUSLEGER)

Sandefjord kommune mottar 5 LIS-1 leger 2 ganger årlig. Det er etablert avtaler med ulike økonomiske ordninger for legekantorene.

Fra 01.09.17. er det innført ny ordning for LIS-1 leger i spesialisthelsetjenesten og fra 01.09.18. ny ordning i kommunehelsetjenesten. Dette innebærer også strukturerte læringsmål som vil kreve en god del oppfølging fra veiledere.

Kommunens oppgave for LIS-1 er å legge til rette for:

- Læringsaktiviteter og læringsarenaer,
- nødvendig veiledning og supervisjon,
- individuell veileder for den enkelte lege,
- løpende vurdering om oppnåelse av læringsmål,
- sørge for systematisk dokumentasjon av oppnådde læringsmål samt utstedte bekreftelse på gjennomført praktisk tjeneste.

Leder (kommuneoverlegen) skal godkjenne læringsmål etter å ha innhentet vurderinger fra veileder og supervisor(er) i egen digital kompetanseportal. Del 1, sykehusåret, får ingen separat godkjenning fra Helsedirektoratet, men blir i stedet godkjent til slutt som del av hele spesialiseringsforløpet.

## 5.2 LIS-3 (NY SPESIALISTUTDANNELSE I ALLMENN MEDISIN)

Kommunen stilles overfor strengere kompetansekrav for bemanning både av fastlegetjenesten og legevaktordningen. Kompetanseforskriften pålegger kommunen å sikre at fastleger som tilsettes etter 01.03.19, er spesialister i allmennmedisin, har godkjenning som allmennlege/EU – lege eller er under spesialisering. Spesialistforskriften for allmennmedisin trer i kraft 01.03.19. og inneholder strukturerte læringsmål innenfor temaene: allmennmedisinsk profesjonalitet, samfunnsoppdrag og forebyggende helsearbeid, allmenn medisinsk metode, kommunikasjon og samhandling samt medisinsk kompetanse.

Det er opprettet 5 ALIS-kontorer (allmennlege i spesialisering) i Norge Disse skal veilede kommunene og LiS-3 koordinatorene i gjennomføringen av spesialiserings-løpet.

**Sandefjord kommune** er registrert utdanningsvirksomhet etter forskriften fra 01.03.19. Utdanningsvirksomheten skal legge til rette for at utdanningen av spesialister skjer innen faglig forsvarlige rammer og på en måte som sikrer tilstrekkelig kvalitet og gjennomstrømming i utdanningsløpet. Virksomheten skal blant annet:

- a) legge til rette for helhetlige utdanningsløp
- b) legge til rette for læringsaktiviteter slik at legene i spesialisering kan oppnå læringsmålene
- c) dokumentere hvordan arbeidet med spesialistutdanningen er organisert og hvordan ansvaret er plassert i virksomheten
- d) utarbeide en plan for spesialistutdanningen. Planen skal blant annet inneholde opplysninger om
  - hvilke læringsarenaer som kan tilby de ulike læringsmålene
  - hvordan veiledningen og vurderingen organiseres og gjennomføres
  - hvordan det legges til rette for supervisjon.

Forskriften stiller tydelige krav til systematisk og tydelig veiledning og supervisjon og krav til veilederkompetanse. Under spesialistutdanningen i allmennmedisin skal veiledningen i gjennomsnitt utgjøre minimum 3 timer per måned i 10,5 av årets måneder. Veileder skal være spesialist i allmenn- medisin men Helsedirektoratet kan etter søknad fra utdanningsvirksomhet gi tidsavgrenset fritak fra kravet. Minst to år av spesialistutdanningen i allmennmedisin skal gjennomføres i åpen uselektert allmennpraksis. For å kunne ivareta dette må kommunen kunne tilby 2 år i en kommunal fastlegehjemmel eller inngå en fast rullering hos næringsdrivende fastleger. Sistnevnte er mer krevende å få til da det må passe tidsmessig for begge involverte leger.

Sandefjord kommune ønsker å tilrettelegge for hele spesialiseringsforløpet til allmennmedisin i tillegg til utdanning av kommunale leger. Kommunen ønsker å tilrettelegge for både videreutdanning og resertifisering for spesialister i allmennmedisin. Det er et krav at alle fastleger i Sandefjord skal være spesialister i allmennmedisin eller være under spesialisering.

Dette bidrar til sikring av standard på fastlegetjenesten ved:

- at lege i spesialisering følger et detaljert program for videreutdanningen for å bli spesialist i allmennmedisin med konkrete læringsmål
- at det er et etablert krav om resertifisering av spesialister i allmennmedisin hvert femte år gjennom et detaljert etterutdanningsprogram for å opprettholde refusjonsrett som spesialist.

- obligatorisk veiledningsgruppe i videreutdanningen og etterutdanningsgruppe i resertifiseringsperioden
- obligatoriske grunnkurs
- obligatorisk kurs i akuttmedisin
- obligatorisk kurs i vold og overgrepshåndtering
- obligatorisk kurs i sakkyndighetsarbeid

Andre kilder for kompetanseheving er lokale kurs godkjent av dnlf kurskomite. Deltakelse i både nasjonale og lokale læringsnettverk (smågruppe) og ulike typer utviklingsarbeid vil medføre kompetansebygging.

### 5.3 MÅL FOR UTDANNINGSSTILLINGER – ALIS (ALLMENNLEGE I SPESIALISERING = LIS-3)

Disse stillingene er primært opprettet for å sikre spesialisering og rekruttering til legetjenesten i kommunen – fastleger og kommunalt ansatte leger.

En forutsetning for at kommunene skal kunne ivareta dette, er statlig finansiering av ekstrapluttene knyttet til dette.

- Sikre rekruttering og stabilitet i fastlegestillinger i Sandefjord kommune
- Utvikle utdanningsstillingsmodeller som passer for både fastlønn, næringsdrift og kommunale sykehjemsleger
- Sikre at nye fastleger får et kvalitetssikret og effektivt spesialiseringssløp i allmenntidisin, herunder sikre tilrettelegging, forutsigbarhet og fleksibilitet knyttet til oppnåelse av læringsmål i spesialisthelsetjeneste (sykehusåret)
- Utvikle kommunens rolle og kompetanse som tilrettelegger for legers spesialistutdanning i allmenntidisin og for kommunalt ansatte leger og bli mer attraktiv som arbeidsgiver



## 6.0 SAMARBEIDSARENAER PÅ SYSTEMNIVÅ

Det er et nasjonalt mål og en prioritering at kommunen formaliserer og styrker samarbeidsarenaene med fastlegene. I Sandefjord er det etablert Samarbeidsutvalg (SU) og Allmenlegeutvalg (ALU). I tillegg deltar kommunen i Sykehjemslegeforum.

ALU er en viktig arena hvor fastlegene møtes for informasjon og diskusjon. Det er møter 4 ganger/år. I forkant av møtene har samarbeidsutvalget, (SU), som består av 2 kommuneoverleger, seksjonsleder SMS, kommunalsjef og tillitsvalgt for fastlegene, samt leder av ALU, faste møter. Der tas det opp løpende utfordringer i fastlegetjenesten, samt forberedelser til ALU møtene.

Deltagelse i ALU er obligatorisk for fastlegene.

### 6.1 SAMARBEID MED ANDRE INSTANSER

#### STYRINGSMÅL FOR SAMARBEID

**Sikre fortsatt godt samarbeid med spesialist- og kommunehelsetjenesten**

Legetjenestene i Sandefjord har en rekke samarbeidende instanser, både kommunalt, interkommunalt og på tvers av behandlingsnivåene. Samarbeidet med Sykehuset i Vestfold HF er ennå viktigere etter at samhandlingsreformen trådte i kraft. Det er et mål at pasienter skal oppleve et sømløst helsetilbud på tvers av både fagområder og forvaltningsnivåer. Tydelige, kjente og forutsigbare samarbeidsavtaler og retningslinjer er viktige hjelpemidler i samarbeidet.

#### Praksiskonsulent ordningen (PKO)

PKO er et nettverk av allmennleger som er deltidsansatt på sykehuset for å fremme samarbeid mellom sykehuset og fastlegene, og arbeider med å forbedre pasientforløpet mellom første og annen linje i helsetjenesten. PKO samarbeider med kliniske avdelinger om det faglige samspillet mellom sykehuset og fastlegene. PKO arbeider også på systemnivå med forbedring av kommunikasjon, informasjon innad i sykehuset og utad til kommunene, medikamentsikkerhet, epikrisetjeneste og pasientinformasjon.

Sandefjord har pt. en Praksiskonsulent ved sykehuset i Vestfold.

Praksiskonsulentene har sammen med avdelingene valgt ut målbare prosjekter for bedring av arbeidsdeling og informasjonsflyt mellom første- og annenlinje.

Sykehuset i Vestfold HF har en egen nettside for informasjon til fastlegene. «[Praksisnytt](#)».

Denne er utarbeidet av Praksiskonsulentordningen ved sykehuset. Her deles nyttig informasjon mellom fastleger og helseforetaket.

## 7.0 DELTAKELSE I UTVIKLINGSARBEID

### STYRINGSMÅL I UTVIKLINGSARBEID

**Motivere og legge til rette for legers deltagelse i utviklingsarbeid/ prosjekter**

Fastlegeforskriften og helse- og omsorgstjenesteloven sier at kommunen skal sørge for at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, også i legetjenestene.

Både fastleger og kommunalt ansatte leger har i flere år vært deltakere i ulike kvalitetsforbedringsprosjekter.

**Gode pasientforløp** er et kvalitetsforbedringsprosjekt hvor utgangspunktet er at pasientene i størst mulig grad skal oppleve en sømløs helsetjeneste.

#### Mål for fastlegetjenesten i Gode pasientforløp

- Prioritering av pasienter med størst behov
- God rolleforståelse i den flerfaglige helsehjelpen
- Oppdatert kunnskap om:
  - multimorbide pasienter
  - behandlingsavklaring
  - palliasjon
- Bidra til at helsehjelp tilbys dårlige etterspørrere
- God tilgang til informasjon om kommunens helsetjenester

#### Utfordringer for fastlegetjenesten i Gode pasientforløp

- Manglende forventningsavklaringer i samhandlingen mellom fastlegen og
  - en del av de kommunale tjenestene
  - Psykiatrisk klinikk ved Sykehuset i Vestfold
- Fragmentering av diagnostikk og behandling
- Elektronisk kommunikasjon utenfor Norsk helsenett

#### Tiltak for fastlegetjenesten i Gode pasientforløp

- Møteplasser for forventningsavklaringer, i prioritert rekkefølge: Jordmortjenesten

Hjemmesykepleien: Iplos-registreringer og palliasjon

Psykisk helse og rus

- Samarbeid/veiledningsmøte med DPS, NAV og Psykisk helse og rus
- System og ressurser for å behandle avviksmeldinger
- Oppslag om kommunens helsetjenester under [Fastlegeknappen](#) på kommunens hjemmeside og på informasjonsskjermer på fastlegekontorene
- Høringsuttalelser mot
  - uheldig fragmentering av diagnostikk og behandling i kommunen
  - uheldig oppgaveoverføring
  - utglidning av grensene for allmennt medisinsk legetjeneste

### **Samarbeid med Larvik kommune:**

Det er tatt initiativ til et samarbeid med Larvik kommune med spesielt fokus på samarbeid rundt legevaktene. Samarbeidet er blitt satt på vent etter Corona pandemien, men det tas sikte på å ta dette opp igjen 2021.

### **Palliasjon**

Det har i flere år vært et godt samarbeid mellom lindrende enhet i kommunen og SiV-HF.

Palliativt team fra Sykehuset har samarbeids- og veiledningsmøte med lindrende enhet hver 3. uke. Her diskuteres ulike pasientkasus og andre problemstillinger innenfor feltet.

En av legene ved Sandefjord medisinske senter har nå startet en spesialisering innen palliasjon ved sykehuset. Målet er at hennes kompetanse skal kunne bidra innad i de ulike sykehjemmene i kommunen.

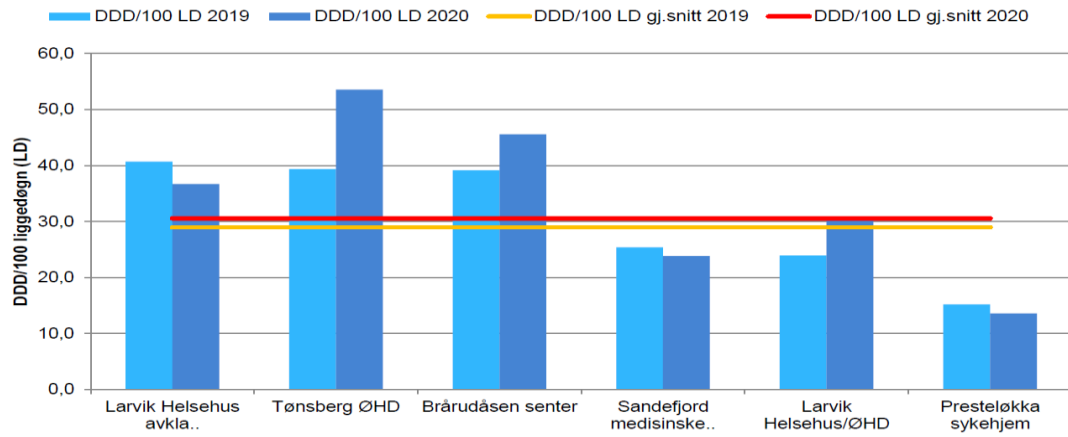
Det har også vært gjennomført hospitering for sykehjemslegene ved sykehuset.

Ordningen ble mulig ved at Sandefjord kreftforening bidro med midler til dette. Legene har hospitert i totalt 3 uker ved akuttsenteret, medisinsk klinikk, samt kreftavdelingen. Grunnet pandemien, er dette satt på pause inntil videre. Ordningen skal evalueres før den evt. tas opp igjen.

### **RASK – riktigere antibiotikabruk i sykehjem:**

Prosjektet har til hensikt å hindre overforbruk/utilsiktet bruk av antibiotika (spesielt bredspektrede) i sykehjem. Prosjektet er et samarbeid mellom kommunene og Antibiotikasenteret for primærmedisin (ASP) ved Universitetet i Oslo. Sandefjord medisinske senter har vist seg å ha svært gode resultater mht. dette. Prosjektet videreføres og det rapporteres jevnlig mht. forbruk av antibiotika.

**Figur 1.** Antibiotikaforbruk ved alle sykehjem (korttids) i Vestfold målt i DDD/100 liggedøgn (LD). Gjennomsnittet for de viste institusjonene er markert (linjer). Antibiotika inkluderer alle systemiske antibiotika med unntak av metenamin (Hiprex ®).



## 8.0 MÅL OG TILTAK

	Styringsmål	Strategi/ tiltak	Når	Kostnad
	<b>Fastlegeordningen</b>			
1	Sandefjord kommune har i tråd med fastlegeordningen, en legedekning som til enhver tid gir innbyggeren reell valgmulighet når det gjelder fastlege (7% ledige plasser)	Kontinuerlig følge med på ledig listekapasitet og vurdere økning av antall hjemler dersom det er behov	Fortløpende	
2	Robuste legekontorer som har en god fraværdekning og stabilitet	Opprette kommunalt fastlegekontor som en forsøksordning for å bedre rekruttering.	2021  Legges fram som egen sak sammen med Plan for legetjenester 2021-2024	5-6 mill. kr.
3	God tilflyt av yngre fastleger som deltar i kommunale legeoppgaver og legevakt	Tilbud om legearbeid ved helsestasjonene for nye fastleger med lav listelengde	2022	Må beregnes
		Legge til rette for egne ALIS/LIS-3 stillinger, herav fastlønnede/kombinerte stillinger	Pågående	
		Rente- og avdragsfritt lån ved etablering/kjøp av hjemler	2022	Rentekostnader
		Bidra til at det er tilgjengelige lokaler ved nyetableringer.	Prioriteres fra 2022	Utredes
		Kurs i næringsdrift for nye fastleger	2022	Må beregnes

4	På basis av en god utdanningsplan opprettholde godkjenning som registrert utdanningsvirksomhet for LIS-3	Rekruttere veiledere til LIS-3 utdanningsstillinger	Fortløpende	0,035 årsverk pr. stilling – dekkes av staten
		Beholde koordinator for LIS-3 i 20% stilling	videreføres	Innarbeidet i fastlønnsrammen
5	Beholde de fastlegene vi har/ minske arbeidsbelastningen	Redusere legevaktbelastningen	Aug. 2021 Ansette 2 fast ansatte leger i legevakt	Selvfinansierende Se egen sak
		Fri før- og etter nattevakt	Økt praksiskompensasjon Reduseres ved fast ansatte leger på legevakt	275 000
		Etablere kommunal vikarpool som kan gå inn på legekantor ved lengre planlagt fravær (graviditet, permisjon)	2022	Må beregnes
6	Anledning til å delta i/ bidra med utviklingsarbeid	Lønn for å være med i utviklingsarbeid		
7	Samarbeid med andre kommuner vedr. rekruttering	Møte med de andre kommunene i Vestfold vedr. dette	IIa. 2021	
<b>Kommunale legeoppgaver – sykehjemslegeordningen</b>				

8	God og tilgjengelig legedekning på kommunens sykehjem	Videreføre kommunale legestillinger i sykehjemmene		
		Utrede dimensjonering av legetjenestene i sykehjemmene mht. grunnbemanning og kompetanse	Utredes 2021	
9	Anledning til å delta i/bidra med utviklingsarbeid.	Tilrettelegge tid til dette	Fortløpende	
		Deltakelse i forum for alders- og sykehjemsmedisin	Fortløpende	40 000,- pr. år
		God nok grunnbemanning	Utredes 2021	Må beregnes
10	Legge til rette for utdanningsløp for legene på institusjon	Minimum 3 utdanningsstillinger (LIS-3)	2021	
11	Minimum 50% av legene skal ha spesialistkompetanse	Utrede norm for bemanning	2021	Utredes
12	Avklart/stabil vaktordning	Dagens ordning evalueres	Juni 2021	
13	God vikardekning i sykehjemmene ved fravær	Grunnbemanningen vurderes	2021	Utredes
<b>Kommunale legeoppgaver – helsestasjons og skolehelsetjenesten</b>				
14	Godt tverrfaglig samarbeid i helsestasjonstjenesten	Opprettholde koordinatorfunksjonen	videreføres	
15	Helsetsasjonstjenesten brukes aktivt som rekrutteringstiltak for fastleger med korte pasientlister	Fastleger som starter med lav listelengde tilbys 20% stilling i helsetsasjonstjenesten i en periode	videreføres	
<b>Legevakt</b>				

<b>16</b>	Fast ansatte leger på legevakta for å avlaste fastlegene	Ansette 2 legeårsværk	2021	Selvfinansierende
<b>17</b>	Fastlegene opprettholder vaktkompetansen	Mål om at Fastlegene tar minimum 10 vakter i året i gjennomsnitt		
		Akutt opplæring hvert 5. år, opplæring i vold og overgrep		
<b>18</b>	Interkommunalt samarbeid med Larvik kommune om utvikling av aktuelle samarbeidsprosjekter igangsettes	Utrede muligheter for samarbeid i legevaktsarbeidet	Avhengig av pandemisituasjonen	
<b>19</b>	Jevnlig opplæring/faglig oppdatering/trening for legevaktslegene.	Kompetanseøkning og samtrening på akuttmedisin for fastlegene/ sykepleierne på legevakta/ ambulanspersonell	fortløpende	Ikke beregnet
<b>Leger i utdanning/spesialisering</b>				
<b>20</b>	Øke antall LIS-1 fra 5-6	LIS-1 som rekrutteringstiltak for legetjenestene	2021	140 000 forutsatt etablering av kommunalt fastlegekontor
<b>21</b>	Sikre spesialiseringsløp ved god rekruttering av veiledere	Utarbeide konkrete læringsmål	Pågående	Statlig finansiering
<b>22</b>	Godt samarbeid med LIS-3 koordinator	Lage utdannings/ opplæringsplan	Pågående	
		Opprettholde status som opplæringsvirksomhet	Pågående	



<b>Samarbeidsarenaer på systemnivå</b>				
<b>23</b>	Styrke de samarbeidsarenaene som allerede finnes	Sikre regelmessige møter i SU og ALU	Pågående	
		Referat fra SU sendes ut til alle legene	pågående	
		Godt oppmøte på ALU	pågående	
<b>Deltakelse i utviklingsarbeid</b>				
<b>24</b>	Motivere og legge til rette for legers deltakelse i utviklingsarbeid	Tilstrekkelig grunnbemanning i de kommunale legetjenestene, samt honorering for fastlegenes deltakelse	2021	utredes
<b>Samfunnsmedisin</b>				
<b>25</b>	Sikre rekruttering og en robust bemanning innenfor samfunnsmedisin/kommuneoverlegefunksjonen	Øke med 100% stilling samfunnsmedisin, stillingen vil være en utdanningsstilling / spesialisering i samfunnsmedisin  Ny lege vil inngå i vaktordning knyttet til beredskapsarbeid	2022  (legges inn i rammesaken)	1 115 000,-

## 9.0 VEDLEGG:

### Bemanningsnorm for legeressurs i sykehjem - sak til årsmøte Nfas 2020

#### Bakgrunn

*Norsk forening for alders- og sykehjemsmedisin vedtok i årsmøte 2018 nytt arbeidsprogram for perioden 2018-2021 der et av punktene var å "utarbeide normtall for legebemanning i sykehjem som sikrer god faglig kvalitet for pasientene og som gir gode arbeidsbetingelser for sykehjemslegene".*

*Per i dag finnes ingen nasjonal norm for legeressurs i sykehjem. Det er opp til den enkelte kommune å utarbeide lokale normer for dette. Da dette lovkravet kom i 2007, kommenterte Dnlf at det er sammenheng mellom legetilgang og kvaliteten på det medisinske tilbudet som gis i sykehjem. Dnlf tok til orde for sentralt fastsatte normer og utarbeidet forslag til dette. Disse ble oppdatert i et policydokument i 2012, men har ikke blitt revidert etter innføringen av samhandlingsreformen.*

*Det har skjedd dramatiske endringer i kommunale medisinske tjenester siden 2012. Legeressurs og antall sykehjemsleger i store stillinger har økt, og sykehjemslegene forventes å håndtere økende kompleksitet i medisinske problemstillinger, så vel som vurderinger gjeldende samtykkekompetanse og bruk av tvang, pårørendeinvolvering og -samarbeid og samhandling med samarbeidspartnere i kommune- og spesialisthelsetjeneste. De forventes også å bidra som medsinsk-faglige rådgivere inn mot organisasjon av sykehjemstjenesten. I 2017 kom krav om spesialisering for sykehjemsleger. I 2019 trådte andre del av spesialistforskriften i kraft med krav om veiledning, supervisjon og en rekke utdanningsaktiviteter.*

*Alt dette er lovpålagte arbeidsoppgaver som tar tid fra det kliniske arbeidet. Samtidig vet vi at andelen annet personell med høyere utdanning (sykepleiere, vernepleiere, fysioterapeuter) har økt i samme periode. Dette vil i et godt fungerende tverrfaglig arbeidsmiljø kunne effektivisere legens arbeid.*

*Det er derfor behov for fornyede anbefalinger for normering som inkluderer tid for utdanningsaktiviteter, men også sier noe om de kliniske oppgavene som utføres av sykehjemsleger i ulike typer institusjonstilbud samt tidsbruk tilknyttet disse.*

*Det følgende normforslaget er et forsøk på dette. Den foreslåtte normen er begrunnet med utgangspunkt i vanlige oppgaver sykehjemslegen har i ulike sykehjems tilbud. Oppgavene er tidsatt, slik at den enkelte kommune lettere kan vurdere hvilke oppgaver som evt. kan utføres/avlastes av andre personalgrupper når de beregner sin legeressurs. Det presiseres likevel at utgangspunktet for effektivt samarbeid er tverrfaglighet, og at legen i den sammenheng ikke kan "rasjonaliseres" bort.*

*Utkastet til norm for legetjenester i sykehjem er utarbeidet av sykehjemslegemiljøet i Trøndelag, på oppdrag fra styret i Nfas, og er justert etter deres innspill.*

**Elizabeth Kimbell 010920**

**Utkast til norm for legetjenester i sykehjem – oppgaver og tidsbruk****Ikke-kliniske oppgaver for alle legestillinger i kommunen**

Aktivitet	Timetall Per uke	Kommentar	Referanse
Veiledning	1	Krav ift. Spesialisering	Kompetanseforskriften og spesialistforskriften
Smågruppe	1	Krav ift KOAS  (kompetanseområde alders- og sykehjemsmedisin)	Spesialisingsregler KOAS  Vedtak Nfas om kompetansekrav for sykehjemsleger
Internundervisning til andre personalgrupper inkl. forberedelse	1	Sykehjemslegenes involvering i lokalt utviklingsarbeid	Vedtak Nfas  (Norsk forening for alders- og sykehjemsmedisin)
Møter inkl. reisetid  - Ledelse - Samhandlingspartnere - arbeidsgiver	2	Sykehjemslegenes involvering i ledelse og samhandling	Vedtak Nfas
Kurs	2	10 kursdager/år  Tid pr. uke fordelt på 40 ordinære arbeidsuker	Spesialistforskriften  Regler for KOAS
Faglig fordyping, prosedyrearbeid, Utviklingsarbeid	2,5	Utdanningsaktivitet skal være til sammen 20% av stillingen	Vedtak Nfas
Lunsj	2		
<b>SUM</b>	<b>11,5</b>		

**Overstående tilsvarer 30% stilling til ikke-klinisk arbeid**

**Kliniske oppgaver (gjenstående hel stilling, dvs. 70% stilling)***Langtidsplasser*

<b>Aktivitet</b>	<b>Timer/år/ Pasient</b>	<b>Kommentar</b>	<b>Referanse</b>
Årskontroll inkl. Legemiddelgjennomgang	2		Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester Forskrift om legemiddelgjennomgang Veileder forhåndssamtaler sykehjem
Innskriving	1,6	Tidsbruk innkomst 4 t, Utsifting ca. 40% årlig	Samme som over Helsedirektoratet om levetid i sykehjem
Større behandlings- Avklaring, Palliativ behandling	1	Kompleks medisinsk vurdering, Kollegakonsultasjon, pårørende- Samtaler mm.  2 t. pr. avklaring, sannsynlig at ca. en av to pasienter trenger dette ila. Et år	Veileder behandl.avklaring Pasient- og pårørendesamtaler Helsedirektoratet om levetid i sykehjem,
VIPS-møte eller tilsvarende	1	Ett møte pr. pasient pr. år i snitt	
Samtykkekompetansevurdering/ Saksbehandling	1,5	Tvangsvurdering, legeerklæring vergemål ol. Inkl. dokumentasjon og utfylling av lege-erklæring	Vergemålsloven
Kompleks klinisk vurdering	2	1/år a`totalt 2 t.  Fallrisikovurdering, funksjonssvikt el. Inkl. dokumentasjon	

Enkel klinisk vurdering	2	4/år a`30 min. inkl. dokumentasjon	
Visitt-kontakt	2	Ca. 5 min. annenhver uke i snitt	
<b>SUM</b>	<b>13,1</b>		
Timer pr. uke pr. pasient klinisk tid	0,33	Basert på 40 ordinære arbeidsuker	
Timer pr. uke tilgjengelig for Klinisk arbeid ved hel stilling	26,3	Basert på at 30% stilling går med til ikke-klinisk aktivitet	
<b>Pasienter pr. hel stilling</b>	<b>Ca 80</b>	<b>16 pasienter pr. dag, dvs. ca. 30 min pr. pasient pr. uke</b>	

*Korttidsplasser varighet 4 uker (normen må justeres ved opphold av kortere varighet)*

<b>Aktivitet</b>	<b>Timer pr. 4 uker pr. pasient</b>	<b>Kommentar</b>	<b>Referanse</b>
Innskriving	1		
Epikrise og utskrivning	1		
Større klinisk vurdering/ Tilsyn	2	1 pr. uke a`30 min. inkl. dokumentasjon	
Løpende visitt	4	Daglig 12 min. gj.sn./dag	
Samarbeidsmøte	1		
<b>SUM</b>	<b>9</b>		
Timer/uke pr. pasient klinisk tid	2,25		
Timer pr. uke tilgjengelig for klinisk arbeid hel stilling	26,3	Basert på at 30% stilling går med til ikke-klinisk aktivitet	
<b>Pasient pr. hel stilling</b>	<b>Ca. 12</b>	<b>2,4 pasienter pr. dag, dvs. ca 3t min ?? pr. pasient/uke</b>	

**Referanser:**

*Nfas 2016: årsmøtevedtak om kompetansekrav for sykehjemsleger*  
*Kompetanseforskriften*  
*Spesialistforskriften*  
*Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*  
*Pasient og brukerrettighetsloven*  
*Vergemålsloven*  
*Forskrift legemiddelgjennomgang*  
*Universitetet i Oslo: Veileder for forhåndssamtaler i sykehjem*  
*Helsedirektoratet 2017: Botid i sykehjem og varighet av tjenester til hjemmeboende*  
*Melby et al 2019: Kartlegging av medisinskfaglig tilbud i sykehjem og HDO*  
*Legeforeningen 2007: Notat - lokale bemanningsnormer i sykehjem - kommentar til veileder fra Sosial- og helsedirektoratet*  
*Helsedirektoratet 2007: Veileder for legetjenester i sykehjem*  
*Legeforeningen 2012: Policydokument*  
*Helsedirektoratet 2013: Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling – veileder*

**Uttalelse fra fastlegene i Sandefjord:****Krise i fastlegeordningen: Hvordan rekruttere og beholde fastlegene i Sandefjord?****Kort om bakgrunn:**

Det vises til Saksframlegget med Arkivnr. FA-G21, Arkivsak 21/2580-1 med saksbehandler Eli Hansen, datert 02.02.2021 med saksnr. 012/21, behandlet i Hovedutvalget for helse, sosial og omsorg 16.02.2021. I denne saksutredningen blir det gjort grundig rede for fastlegekrisen. Dette gjentas derfor ikke her. Legene i Sandefjord enig i denne situasjonsbeskrivelsen og bakgrunnen for hvorfor vi er i den situasjonen vi nå er i, med store problemer både med rekruttering (i praksis ingen søkere til ledige stillinger, hverken faste eller vikariater).

Hovedgrunnene til dette er

- Høy arbeidsbelastning over lang tid, både i egen praksis og med tillegg av legevakter
- Stort ansvar med økende krav og kompleksitet i medisinske utfordringer som følge av samhandlingsreformen med stadig økende oppgaveoverføring.
- «Aldri fri» - hele tida krav om oppfølging av prøvesvar og rapporter fra sykehuset og ingen som tar disse oppgavene som ikke regnes som øyeblikkelig hjelp (tas av legevakt og vikar ved ferie og kurs). Ingen ekstra betaling ved overtidsarbeid på kontoret, heller klar instruksjon om at det ikke er lov å ta kveldstakser når vi jobber kvelder og helger for å holde oss ajour.
- Stor risiko ved sykdom og annet fravær. Ingen inntekt ut over basistilskuddet (som ikke dekker faste utgifter) ved ferier, kurs etc.

- Stadig mindre attraktivt for unge kollegaer å ha mye ansvar i tillegg til det medisinske ved selvstendig næringsdrift:
  - Personalansvar
  - Økonomi og regnskap
  - Vaktmesteroppgaver
  - Innkjøp av forbruksmateriell, div. medisinsk utstyr mm
  - Dataansvar
  - Kvalitetssikring og HMS
- Dette har medført at de fleste (alle?) fastlegene i Sandefjord har redusert listestørrelsen sin de siste årene, og dermed redusert sin inntekt i betydelig grad uten at dette er kompensert tilsvarende. Fastlegeordningen er blitt betydelig underfinansiert og dette har økt gradvis de siste årene, bortsett fra et lite løft fra 01.05.2021 med økning av basistilskuddet med 78 kr per innbygger opp til 1000 innbyggere på lista. Økt fra 499 til 577. Ingen økning på de over 100 på lista. Det er lovet videre sentral satsing på fastlegeordningen, men så langt har det som er gjort ikke vært tilstrekkelig til å snu trenden.

#### **Rekruttering av nye allmennleger til Sandefjord, mulige tiltak:**

- Gjøre om noen fastlegehjemler til fastlønsstillinger slik rådmannen har foreslått. Legene i Sandefjord støtter dette fordi:
  - Dette vil være et viktig tiltak for å senke terskelen for rekruttering av unge leger som ikke ønsker å gå inn i en fastlege stilling (mange grunner for dette).
  - Det er nå et legekontor (Landstad legesenter) som ligger til rette for en slik løsning og kommunen har lokaler som er aktuelle og mulig å gjøre om på kort varsel i kjelleren på Solvang legesenter.
  - LIS3 (lege i spesialisering 3) leger som nå jobber på Sandefjord Medisinske senter, må ha to år i allmennpraksis, og disse stillingene vil passe svært godt i et slikt spesialiseringsløp.
  - Selv om dette er et kostbart tiltak, er det sannsynligvis nødvendig for å ha en mer fleksibel finansieringsordning med flere alternativer, jfr. IPSOS-rapporten.
  - Hovedmodellen for organiseringen av allmennlegetjenesten i Sandefjord vil fortsatt være gjennom fastlegeordningen.
  - Kostnaden ved innløsning av fastlegehjemler er av Sola kommune beregnet til 950 000 til 1 100 000.
  - Utgifter til evt. nemndbehandling i Nasjonal nemnd for fastlegeordningen (ved uenighet om pris) er ca 150 000 fordelt likt mellom partene.
- Alternativt fastlønsstillinger + % av egenandeler og refusjoner.
  - Sikrer motiverte leger og minske fryktet effektivitetstap
  - Sikrer riktig takstbruk som vil øke inntjening.

- Reduserer inntekt til kommunen fordi deler av inntjeningen går til legen.
- Fortsatt satse på næringsdrivende fastleger:
  - Rente og avdragsfrie kommunale etableringslån, f.eks. i 5 år.
  - Gjenkjøpsavtale for fastleger som angrer seg, f.eks. garantere gjenkjøp på 70 % av anskaffelsesverdien hvis man angrer seg inne 4 år?
  - Introduksjonskurs og rådgivning for selvstendig næringsdrivende (som kommunen allerede har?)
  - Rekrutteringstilskudd og utdanningsstøtte. ALIS tilskuddet på kr 300 000 årlig per lege i 4 år, der kommunen bare dekker 20 %, med bindingstid på 5 år etter ferdig spesialisering

### **Hvordan beholde fastlege som allerede er her – unngå forverring av situasjonen:**

Hovedforslaget er å innføre et tillegg med kommunalt basistilskudd, f.eks. 50 % av ordinært basistilskudd opp til 1000 pasienter på lista. Basistilskuddet er nå på 577 per innbygger opp til 1000 på lista og 499 på de over 1000 på lista. Dette vil i så fall bety et ekstra tilskudd på kr 288 500 per fastlege. Med ca 50 hjemler som dette er aktuelt for (dersom man gjør om noen hjemler til fastlønnsstillinger), vil kostnadene for kommunen utgjøre 14 425 000 per år i ekstra utgifter. Dette er en løsning som vil stimulere alle fastlegene og ikke bare noen få stillinger som blir gjort om til fastlønn. I tillegg er det forutsigbart for kommunen og enkelt å administrere. Dette er gjort i flere kommuner, bl.a. Harstad.

Til sammenligning har Sola kommune utredet dette for sin kommune og beregnet at reelle kostnader ved fastlønnsstillinger vil beløpe seg på en netto utgift mellom 790 000 og 950 000 per år, altså ca 3 ganger så mye per stilling som hovedforslaget med kommunalt basistilskudd.

I verste fall, dersom ingen ting blir gjort og situasjonen med rekruttering fortsetter som den har vært, vil den eneste løsningen for kommunen være å sette inn vikarer fra vikarbyråer i kortere eller lengre tid. Sola kommune har også utredet dette og anslår en pris per lege per måned på 190 000 til 250 000. Dersom vi kommer i en situasjon der 10 % av fastlegehjemlene må dekkes av legevikarer fra vikarbyråer, og vi ser at prisen på dette vil være 200 000 per lege per måned, vil dette utgjøre 2 400 000 per lege per år. For 10 % av hjemlene (5 hjemler) vil dette bli 12 000 000 per år. Dessuten vil dette være kortvarige vikariater på 4 uker eller mindre, som betyr svært dårlig kontinuitet og sannsynligvis også dårlig kvalitet pga bl.a. dårlig norskkunnskaper blant disse vikarlegene.

Et annet alternativ kan være såkalt Nordsjøturnus. Ikke funnet eksakte kostnader på slike ordninger, men sannsynligvis svært dyre og manglende kontinuitet også i denne ordningen.

Et annet alternativ som blir brukt mange steder er såkalte 0-løsninger, der kommunen kjøper opp praksisene i et eller flere sentre og drifter disse med alt det innebærer. Kommunen



beholder basistilskuddet. Legene beholder egenandeler og refusjoner. Dette er også en betydelig dyrere løsning for kommunen, enn løsningen med kommunalt basistilskudd.

#### Andre stimuleringstiltak:

- Redusert arbeidsbelastning på kontoret på dagtid – oppnås gjennom redusert listestørrelse som kompenseres med tillegg av kommunalt basistilskudd.
- Flere fastleger og evt. fastlønnede allmennleger til Sandefjord
- Etablering av flere legekontorer – evt. i kommunal regi. Obs. ikke for store enheter, optimal drift oppnås med kontorer på 5-7 leger per kontor.
- Redusert vaktbelastning. Oppnås gjennom flere fastleger/fastlønnsleger til Sandefjord slik at vaktbelastningen per lege reduseres
- Lønn under kurs, videre- og etterutdanning til fastlønnslegene (delvis avtalt sentralt for LIS3). Praksiskompensasjon til fastlegene.
- Kommunen betaler kursavgiften for legene.
- Redusere eller unngå unødvendige arbeidsoppgaver («attesthysteriet»)
- Fri jul og nyttårsaften.

#### Konklusjon:

Fastlegen i Sandefjord støtter Rådmannens forslag om at kommunen etablerer et fastlegekontor med 3 fastlønnede leger i kommunalt egnet bygningsmasse, fordi dette høyst sannsynlig løser et akutt problem for Landstad legesenter og det har allerede vært muntlig kontakt med lege som ønsker en slik stilling. Dette løser også behovet for rullerende utdanningsstillinger i allmennmedisin for LIS3/ALIS som allerede er i arbeid på Sandefjord medisinske senter. I tillegg vil dette være stillinger med lav terskel for inntreden for leger som er usikre på sitt yrkesvalg og ikke ønsker å gå rett inn i vanlige fastlegestillinger.

Allmennlegetjenesten i Sandefjord skal fortsatt i det alt vesentlige organiseres som en fastlegetjeneste med privat/selvstendig næringsdrivende allmennleger, men for å unngå videre forverring av situasjonen med å rekruttere og beholde fastlegene, ber vi om at kommunen innfører til kommunalt basistilskudd i tillegg til det ordinære, som skissert over.

Andre stimuleringstiltak som nevnt over bes vurdert i tillegg.  
Disse tiltakene bes også vurder i kommende plan for legetjenesten.

Mvh

Ragnar Sundby, Tillitsvalgt for fastlegene

Sandefjord 01.03.2021

