



Levanger kommune

Temaplan legetjenester helse og velferd

Gjeldende fra 2021

Innhold

1. FORMÅLET MED TEMAPLANEN	3
2. BEGREPSAVKLARINGER	3
3. PLANOMRÅDETS BETYDNING FOR SAMFUNNSUTVIKLINGEN	4
3.1 Oppgaveportefølje i primærhelsetjenesten	4
3.2 Samhandling	4
3.3 Forventninger til helsetjenesten	4
3.4 Kompetanse og kvalitetsutvikling	4
3.5 Rekruttering av leger i primærhelsetjenesten	5
3.6 Helseplattformen	5
4. MÅL, STRATEGIER OG MÅLINDIKATORER	6
5. TILTAKSPLAN	7
6. SAMFUNNSANALYSE	11
6.1 DAGENS STATUS FOR LEGETJENESTEN I LEVANGER	11
6.1.1 Dagens status for legetjenesten	11
6.2 Bruk av legetjenester	12
6.2.1 Legeressurs i institusjon	12
6.2.2 Interkommunal Legevakt	13
6.2.3 Utfordringer knyttet til dagens legevaksarbeid	13
6.2 ALTERNATIVE ORGANISERINGSMÅTER FOR FASTLEGETJENESTEN OG KOSTNADSVURDERINGER	14
6.2.1 Fastlegene er selvstendig næringsdrivende og driver private legesentre	14
6.2.2 Fastlegene er selvstendig næringsdrivende, og kommunen tilrettelegger for kompetanseheving og økonomisk trygghet	15
6.2.3 Fastlegene er selvstendig næringsdrivende, og kommunen har ulike roller i legesentre	15
6.2.4 Blanding av selvstendig næringsdrivende og kommunalt ansatte fastleger	16
6.2.5 Kommunen etablerer kommunalt drevet legesentre med fast ansatte leger	16
6.2.6 Forslag til organisering av fastlegetjenesten i Levanger	16
7. KUNNSKAPSGRUNNLAG OG LENKEDOKUMENTER	19

1. Formålet med temaplanen

Formålet med temaplanen er å sikre at utviklingen av legetjenestene i Levanger kommune dekker behovene befolkningen har for legetjenester, og at tjenestene i omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov og forskrift. Temaplanen skal gi forutsigbarhet for utviklingen i legetjenesten, og beslutningsgrunnlag til bruk i politiske og administrative prosesser knyttet til utvikling av legetjenesten.

Temaplanen følger opp mål og strategier i kommuneplanens samfunnsdel, kommunedelplan helse og velferd, og inngår i kunnskapsgrunnlaget for økonomiplanens handlingsdel, der de endelige beslutningene om prioritering og fordeling av økonomiske rammer tas. Kapittel 4 beskriver ulike driftsformer av legetjenesten, samt forslag til løsning.

2. Begrepsavklaringer

Primærhelsetjeneste er helsetjeneste som ytes i kommunen. **Spesialisthelsetjeneste** er helsetjeneste som ytes i sykehus/poliklinikk/avtalespesialister. Spesialisthelsetjenesten har ansvar for å gi helsehjelp som krever spesialisthelsetjenestekompetanse, mens all annen helsehjelp er det kommunen som skal sørge for. Helsehjelp er handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell. **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 spesialiseringsløp i allmenntmedisin og blitt godkjent av helsedirektoratet etter definerte kriterier. **Fastlege** er en allmennlege som har avtale med kommunen om å drive allmennpraksis i fastlegeordningen, altså en **fastlegeavtale**. Kommunen har plikt til å sørge for at innbyggerne kan stå på liste hos en fastlege. Innbyggerne har rett til å stå på liste hos en fastlege.

Fra 01.03.19 er det et krav at alle leger kommunen inngår fastlegeavtale med er spesialister eller under spesialisering i allmenntmedisin. **LIS** er forkortelse for lege i spesialisering, i den nye spesialiseringsordningen som gjelder for alle leger er det tre deler; del 1 (**LIS1**) er det som tidligere ble kalt turnuslege, del 2 gjelder bare for sykehusspesialiteter, del 3 (**LIS 3**) i allmenntmedisin varer i minst 5 år etter ferdig LIS1.

3. Planområdets betydning for samfunnsutviklingen

Det er gjennomført en samfunnsanalyse for planområdet som kan ses via følgende lenker; [fastlegers tidsbruk \(utarbeidet av Nasjonalt kompetansesenter for legevaksmedisin, Uni Research Helse, Bergen, på oppdrag fra Helsedirektoratet\)](#), [fastlegeundersøkelse i Trøndelag \(utarbeidet av fastlegeordningen 2.0\)](#), [evaluering av fastlegeordningen \(Utarbeidet av EY og Vista analyse på oppdrag fra Helsedirektoratet\)](#).

3.1 Oppgaveportefølje i primærhelsetjenesten

Samhandlingsreformen har som mål å overføre oppgaver til hensiktsmessig nivå, og forutsetter at en del oppgaver som tidligere tilhørte spesialisthelsetjenesten overføres til primærhelsetjenesten. Det foregår flere nasjonale prosesser som har endret oppgavefordelingen mellom fastlegene og andre yrkesgrupper.

3.2 Samhandling

God samhandling på alle nivå er avgjørende for en tjenesteutvikling som evner å ivareta innbyggernes behov på en best mulig måte. Med økt bruker- og pasientmedvirkning ønsker kommunen å stimulere til tettere samhandling mellom pasient/innbygger, fastlegene, spesialisthelsetjenesten og øvrige deler av kommunehelsetjenesten. Her vil både Helseplattformen og Helsefelleskapet spille en vesentlig rolle.

3.3 Forventninger til helsetjenesten

Økende medisinske behandlingsmuligheter gir økte forventninger og behov blant innbyggerne, og fastlegene er i all hovedsak det primære kontaktpunktet inn til offentlige helsetjenester for pasienten/innbyggeren. Helseplattformen og responscenter vil kunne gi bedre og flere muligheter for kommunikasjon som vil kunne føre til raskt tilgjengelige og pålitelige pasientdata. Et responscenter betjenes av sykepleiere, og er en felles alarmsentral for velferdsteknologiske løsninger, herunder trygghetsalarmer.

Forventninger og krav finnes også i lov og forskrift, hvor primærhelsetjenestens plikt og behov for å prioritere fremgår. Prioritering av pasientene utfordrer legetjenesten både når det gjelder behov, nytte og ressurser. Velferdsstaten er satt under ressursmessig og økonomisk press, og vi vil kunne se en utvikling av større ulikhet i pasientenes helsetjenestetilbud hvis ikke dette er i fokus. Beredskap for akutt helsehjelp må ivaretas ved god organisering av legetjenesten.

3.4 Kompetanse og kvalitetsutvikling

Ny forskrift om spesialisering i allmenntjenestemedisin kom 01.03.19. Forskriften vil påvirke organiseringen av legetjenesten i kommunene. Kommunen er registrert som utdanningssted hos Helsedirektoratet ([registrering og godkjenning av utdanningsvirksomhet - helsedirektoratet](#)), og i samråd med legen som er under spesialisering, skal det utarbeides plan for spesialiseringsløpet.

Kommunen har også ansvar for at fastlegene etterlever forskrift om kvalitet og ledelse av primærhelsetjenesten, i tillegg til fastlegeforskriften. Et godt, forutsigbart og konstruktivt samarbeid

mellom kommunen og fastlegene vil kunne bidra til ønsket utvikling av kommunens helse- og velferdstjenester.

3.5 Rekruttering av leger i primærhelsetjenesten

Det har de siste årene vært økende utfordringer med rekruttering av fastleger i kommunen. Flere nærliggende kommuner har opprettet faste stillinger i kommunalt drevne legesentre. I 2018 ble det brudd mellom forhandlingspartene; legeforeningen, Staten og Kommunenes Sentralforbund (KS) for hvordan man sammen kunne bidra til å styrke fastlegeordningen fremover. Fastlegeordningen ble videreført frem til 1.07.20. Hva som skjer etter denne datoen er usikkert, da flere leger har gitt tilbakemeldinger om for stort arbeidspress over tid, flere overførte oppgaver fra staten, liten endring av basistilskudd og økte driftskostnader.

3.6 Helseplattformen

Helse Midt-Norge RHF og kommunene i Midt- Norge deltar i anskaffelsesprosessen for nytt pasientjournalssystem i regionen. Pasientjournalssystemet skal sikre riktig og raskere informasjon om- og til pasienten, samt gi økt pasientsikkerhet og bedre behandling og oppfølging, som igjen vil redusere administrativt ressursbruk. Kommunen har en viktig rolle sammen med ansatte i sykehusene for å lage et godt elektronisk dataverktøy til beste for pasientene, sykehusene og kommunehelsetjenesten.

4. Mål, strategier og målindikatorer

Kapasitet og rekruttering

Mål 1: Levanger kommune holder i stor grad på kompetansen og legene som arbeider i kommunen, og rekrutterer nye leger ved behov for kapasitetsøkning eller ved oppsigelser.

Fastlegetjenesten består i all hovedsak av selvstendige næringsdrivende fastleger. Det er god kontinuitet, høy andel spesialister i allmenntillegener og gode muligheter for fastlegebytte for befolkningen.

Strategi: Sørge for god kapasitet på fastlegelistene og til enhver tid ha over 400 ledige pasientplasser på to forskjellige fastlegelister.

Kompetanse

Mål 2: Alle leger i Levanger er i spesialisingsløp mot allmenntillegener, eventuelt samfunnsmedisin. Alle spesialister følger vedlikeholdsplan for sin spesialitet. Gjennom tilskuddet som kommunen gir LIS 3 forventes det at legene som er under spesialisingsløp gjennomfører spesialiseringen på normert tid, som presisert i punkt 6.2.6.

Strategi: Gi økonomisk tilskudd for å sikre at spesialister i allmenntillegener re-sertifiserer seg og at LIS 3 blir spesialister innen normert tid.

Kvalitetsutvikling og tjenesteutvikling

Mål 3: Pasientforløpene er helhetlige og trygge, og pasientene ivaretas på laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet) og med tverrfaglig tilnærming.

Strategi: Stimulere til kontinuitet, utvikling av fastlegetjenesten, sette mål og prioriteringer for fastlegetjenesten, og arbeide i samsvar med disse. Herunder sikre at tjenesten oppfyller kravene i fastlegeforskriften.

Samhandling

Mål 4: Spesialisthelsetjenestens helsetjenester og Levanger kommunes helsetjenester er samordnet til det beste for innbyggerne, slik at de menneskelige ressursene utnyttes best mulig til det beste for pasienten/brukeren.

Legetjenesten er integrert i samarbeidet internt i kommunehelsetjenesten og involvert i samhandlingen med helseforetaket.

Strategi: Involvere legetjenesten i samhandling med Helse Nord-Trøndelag og andre instanser innad i førstelinjetjenesten.

5. Tiltaksplan

I tabellen vises tiltak som skal gjennomføres for å følge opp strategiene.

- Tiltak som skal gjennomføres innenfor gjeldende budsjetttramme eller finansieres ved at eksisterende aktivitet omstilles eller utfases, vises med kryss i de aktuelle årene under feltet «kostnad», og med kryss i kolonnen for «omstilling drift» under feltet finansiering.
- Tiltak som må finansieres med nye bevilgninger i økonomiplanen, vises med kostnad i de aktuelle årene under feltet «kostnad» og tilsvarende finansieringsbehov i kroner i kolonnen «økonomiplan» under feltet finansiering.
- Tiltak som finansieres med eksterne tilskudd vises med kostnad i de aktuelle årene under feltet «kostnad» og tilsvarende finansieringsbehov i kroner i kolonnen «eksterne tilskudd» under feltet finansiering.

Strategier i Kommuneplanens samfunnsdel			DRIFTSTILTAK Beskrivelser av tiltak kan ses i lenket dokument	Kostnad mill. kr.				Finansiering av helårsvirkning mill. kr.		
Sikre et bærekraftig samfunn	Prioritere en god start og mestring hele livet	Skape rause og robuste livsmiljøer		2021	2022	2023	2024	Omstilling drift	Ekstern finansiering	Økonomi- plan
Strategi kapasitet og rekruttering: Sørge for god kapasitet på fastlegelistene og til enhver tid ha over 400 ledige pasientplasser på to forskjellige fastlegelister.										
			Opprettelse av ny fastlegeliste (0 hjemmel)		0,5	0,5	0,5	0,5		0,5
			Opprette fastlegeliste (0 hjemmel)			0,5	0,5	0,5		0,5
			Ha månedlig oversikt over antallet tilgjengelige plasser på fastlegelistene.		X	X	X	X	X	
			Igangsette arbeid med opprettelse av ny fastlegeliste når totalt antall tilgjengelige plasser i kommunen blir lavere enn 400.		X	X	X	X	X	

		Opprettholde LIS 1 stillinger.		X	X	X	X	X		
		Ha nært samarbeid med NTNU – LINK (desentralisert medisinutdanning i HNT/Levanger).		X	X	X	X	X		
		Avklare hvilke legesenter som har utvidelsesmulighet.			X	X	X	X		
		Avklare behov for etablering av nytt legesenter.		X	X	X	X	X		
		Utrede tiltak som letter rekruttering av fastleger.		X	X	X	X	X		
		Videreføre ALIS		X	X	X		X	1,0	
		Sikre veiledere til LIS 1 og LIS 3		X	X	X	X	X	0,35	
Strategi kompetanse: <i>Gi økonomisk tilskudd for å sikre at spesialister i allmennmedisin re-sertifiserer seg og at LIS 3 blir spesialister innen normert tid.</i>										
		Sikre gode veileder- og supervisjonsordninger OG strukturerte utdanningsløp for den enkelte lege.		X	X	X	X	X		
		Sikre utdanningsløpene slik at det fører til spesialisering.		X	X	X	X	X		
		Formulere en overordnet utdanningsplan for allmennleger i spesialisering.		X	X	X	X	X		
		Avklare om og ev. hvor mange Lis1 kommunen skal ha og hvor disse skal lokaliseres.		X	X	X	X	X		
		Utplassere LIS 1 i samarbeid med legesentrene.		X	X	X	X	X		

			Gi tilskudd til LIS 3, kr. 499,- per pasient.		0,7	0,7	0,7	0,7			0,7
			Videreføre samarbeid med NTNU om mottak av medisinstudenter gjennom NTNU-LINK		X	X	X	X	X		
			Legge til rette for gode digitale løsninger innenfor fastlegetjenesten.		X	X	X	X	X		
			Sørge for å tilrettelegge slik at Helseplattformen blir tatt i bruk av fastlegene.		X	X	X	X	X		
			Gi tilskudd til spesialister, kr. 250,- per pasient per spesialist (innbefatter kurs etc. for re-spesialiseringen)		4,5	4,5	4,5	4,5			5,4
Strategi kvalitets – og tjenesteutvikling: <i>Stimulere til kontinuitet, utvikling av fastlegetjenesten, sette mål og prioriteringer for fastlegetjenesten og arbeide i samsvar med disse, herunder sikre at tjenesten oppfyller kravene i fastlegeforskriften.</i>											
			Ha en strukturert dialog med hvert legesenter om kvalitetsarbeid.		X	X	X	X	X		
			Utforme struktur for melding av avvik i pasientbehandling.		X	X	X	X	X		
			Innhente styringsdata i samarbeid med legesentrene og hver enkelt lege for bedre å utvikle kommunens fastlegetjeneste.		X	X	X	X	X		
			Gi tilbud om årlige medarbeidersamtaler med hver enkelt fastlege og sikre nødvendig oppfølging av disse samtalene.		X	X	X	X	X		
			Ha faglig veiledning og samarbeid mellom ansatte og sykehjemslegene ved institusjonsavdelingene.		X	X	X	X	X		
			Utarbeide individuell utdanningsplan for nyutdannende leger.		X	X	X	X	X		

		Inngå individuelle veiledningsavtaler for LIS 1 og LIS 3.		X	X	X	X	X		
Strategi samhandling: <i>Involvere legetjenesten i samhandling med Helse Nord-Trøndelag og andre instanser innad i førstelinjetjenesten.</i>										
		Sikre at fastlegene involveres i lokalt og regionalt planleggings- og utredningsarbeid.		X	X	X	X	X		
		Utvikle samarbeidsrutiner i fellesskap med involverte aktører.		X	X	X	X	X		
		Videreføre og videreutvikle eksisterende samarbeidsfora som legeutvalg for kommuner og Helse Nord-Trøndelag, og Innherred medisinske forum		X	X	X	X	X		
		Opprettholde kommunens gode samhandling mellom kommunen og fastlegene i legesamarbeidsutvalget (LSU), faste møter hver 2. mnd.		X	X	X	X	X		
		Opprettholde KAD plasser ved Staup Helsehus		X	X	X	X	X		
		Videreføre samarbeid med NTNTU om mottak av medisinstudenter gjennom NTNU – Link.		X	X	X	X	X		
		Videreføre samarbeidet med NTNU om CIUS-IN-KIND		X	X	X	X	X		
		Samarbeide for å finne gode digitale løsninger, herunder e-konsultasjoner og helseplattformen.		X	X	X	X	X	0,3	

6. Samfunnsanalyse

6.1 Dagens status for legetjenesten i Levanger

6.1.1. Dagens status for legetjenesten

Befolkningen i Levanger skal ha tilgang til å velge fastlege og ha en legetjeneste som er kompetent, samarbeidende og som brukes på en hensiktsmessig måte. Levanger kommune har som mål å være en utviklende og lærende kommune som er attraktiv å jobbe og bo i.

Per 01.01.20 har Levanger kommune 20 fastleger fordelt på fire legesenter. 17 av disse er selvstendig næringsdrivende tilknyttet kommunen med individuelle fastlegeavtaler og 3 er ansatt i kommunen (fastlønnet LIS 3). Internt er legesentrene regulert med avtaler mellom fastlegene.

Gjennomsnittsalder for fastlegene er 44 år, 14 menn og 6 kvinner, hvorav 15 er spesialist i allmenntillegener og ingen over 60 år. Per 8. februar 2020 er det 51 ledige plasser på fastlegelistene i Levanger, alle hos samme fastlege på Åsen. Dette tilsvarer 0.25 prosent av befolkningen. Flere fastleger har pågående listereduksjon og betjener per i dag totalt 426 flere pasienter enn hva nye, innvilgete listetak skulle tilsi. Således har Levanger kommune allerede et betydelig varslet underskudd på fastleger.

Status andre legetjenester per 1. januar 2020, alle fastlønnet:

- LIS 1, 2 stk. (200 %).
- LIS 3, 3 stk. (300 %), som inngår i fastlegeantallet beskrevet over.
- Sykehjemoverlege 100 % og sykehjemslege 100 %.
- LIS 1 veiledere ca. 15 %.
- ALIS veiledere ca. 18,62 %

Legetjenester som ikke er plassert under legetjenesten

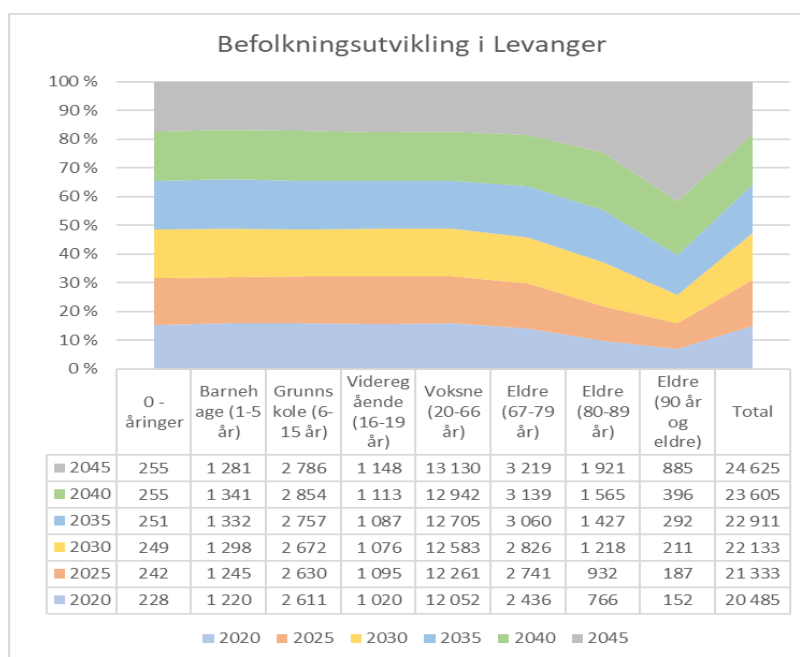
- Kommuneoverlege 70% stilling (Rådmannens stab)
- Helsestasjonslege 60 % (fordelt på flere leger). (Oppvekst og utdanning)
- Lege for flyktningehelsetjenesten 20%. (Oppvekst og utdanning)

Da disse tjenestene ikke er underlagt legetjenesten, vil de ikke bli ytterligere omtalt i denne temaplanen.

6.2 Bruk av legetjenester

Ifølge Statistisk sentralbyrå (SSB) gikk befolkningen i 2017 til fastlege i snitt 2,7 ganger per år i Nord-Trøndelag og 2,6 ganger per år i landet som helhet.

Om man legger til grunn gjennomsnittlig legesøkning for ulike aldersgrupper i Nord-Trøndelag fra 2016, og sammenholder det med estimert befolkningsutvikling (figur 1), må man påregne en økning i antall konsultasjoner, særlig for personer mellom 80 og 89 år.



Figur 1 viser befolkningsutviklingen fra 2020 – 2045. Kilde: Levanger kommune, budsjett og økonomiplan 2020.

6.2.1. Legeressurs i institusjon

Per 01.01.20 er det 2,2 legeårsverk i sykehjem, (220 %.) Disse legene ivaretar kommunens korttidstilbud ved Staup helsehus samt 10 langtidsplasser ved Ytterøy helsetun. Med samhandlingsreformen overtok sykehjemmene/institusjon pasienter som tidligere var innlagt i sykehus. Dette har medført behov for å bygge ut kommunens korttidstilbud samt mere spesialiserte medisinske tilbud innenfor f.eks. rehabilitering og lindrende medisin. Sykehjemslegene er også ansvarlige for pasienter innlagt på KAD-plasser¹. Dette innebærer et behov for kontinuitet og tilstedeværelse av sykehjemslege.

Normberegning for legetjeneste i sykehjem:

Denne beregningen er gjort med utgangspunkt i Den Norske Legeforening (DNLF) sitt policynotat fra 2012 for normering av legetjeneste i sykehjem. Normeringen tar hensyn til fravær for kurs og andre utdanningsvirksomheter. Man gjør oppmerksom på at dette var før samhandlingsreform og ny kompetanseforskrift.

¹ Definisjon på KAD: Kommunal akutte døgnplasser.

Avdeling	Pasienter	Normberegning	Utgjør stillingsprosent
Langtidsplasser Ytterøy	10	$10 \times 1/90 \times 0,85 = 0,09$	10 %
Korttidsplasser (Korttid og Rehab)	19 (13+6)	$19 (13+6) \times 1/20 \times 0,85 = 0,80$	80 %
KAD	3	$3 \times 1/10 \times 0,85 = 0,25$	20 %
Palliasjon	6	$6 \times 1/6 \times 0,85 = 0,85$	50 %
Demens	10	$10 \times 1/60 \times 0,85 = 0,14$	20 %
Studentundervisning			10 %
Sykehjemsoverlege			30 %
Vikar ALIS i legekantor	600 pasienter	1200	
Sum legeressurs			220 %

Tabellen viser normberegning av legeressurs i institusjon

6.2.2. Interkommunal Legevakt

Legevakten er et interkommunale samarbeid mellom Frosta, Inderøy og Verdal. Dette er kommunens beredskap utover normal arbeidstid. Den interkommunale legevakten drives som et eget selskap med egen leder, eget styre og separat budsjett. De ulike kommunene betaler inn en andel basert på kostnadsnøkler etter kommunens folketall. Kommunenes fastleger inngår i dette samarbeidet. Fastlegene har fastlønn på natt, men driver som selvstendig næringsdrivende utover tidsrommet 2300 – 0800.

Alle fastlegene i Levanger inngår i legevaktturnus med mindre de er fritatt for dette gjennom søknad til kommunen. Legevaksarbeid utgjør en tilleggsbelastning for fastlegene i Levanger, og krav til ventetider og tilgjengelighet begrenser mulighet for fri før og etter vakt. Per nå er det noen få leger som tar en svært stor andel av legevaktene. I 2019 ble 45 % av legevaktene betjent av 4 leger. Om disse legene slutter, eller ønsker å redusere sin innsats, vil det sannsynligvis medføre frafall blant de fastleger som da må øke sitt vaktbidrag.

6.2.3. utfordringer knyttet til dagens legevaksarbeid

Flere av fastlegene i Levanger kommune gir tydelig uttrykk for at muligheten til å gi bort legevakter gjør at de fremdeles klarer å arbeide som fastlege. Fastleger kan søke fritak fra legevakt fra fylte 55 år. Fra fylte 60 år har de krav på fritak om de ønsker dette. Samlet sett vil dette medføre at mange kommuner vil ha utfordringer med å sikre legedekning på legevakt som tilfredsstiller kravene i akuttmedisinforskriften på sikt.

Akuttmedisinforskriftens kompetansekrav til legevaktleger presiserer at lege som ikke fyller kompetansekravene ikke kan ha selvstendig legevakt, og at kommunen må sørge for bakvakt som fyller kompetansekravene.

For å møte disse utfordringene må Levanger kommune sikre langsiktige løsninger som ivaretar dette. Ansettelse av egne legevaksleger, eventuelt med fastlønn på natt, kan være et alternativ. Dette er imidlertid ikke beslutninger som kan tas av Levanger kommune, men av Innherred interkommunale legevakt, der Levanger kommunen inngår som én av flere eiere.

6.2 Alternative organiseringsmåter for fastlegetjenesten og kostnadsvurderinger

Dagens løsning med fastlegene som selvstendig næringsdrivende og ansvarlige for drift av legesentrene har vært den gjeldende driftsmodellen i flere år, og er økonomisk gunstig for kommunen. Realitetene per i dag er rekrutteringsvansker i hele landet, og mange kommuner, inkludert våre nabokommuner, har innført andre driftsløsninger. Levanger kommune har ikke lyktes i å rekruttere fastleger til ordinær næringsdrift. Flere kommuner har ansatt nye fastleger i kommunale stillinger, kjøpt opp praksis fra fastleger som har gått av med pensjon, og leid seg inn i etablerte sentre for å ha praksissted for nyopprettede hjemler. Nedenfor beskrives kort ulike måter å organisere fastlegetjenesten på. Vurderingene nedenfor er basert på fastlegedrift og inkluderer ikke kostnader og ressurser knyttet andre kommunale legetjenester, veiledningsfunksjoner og annet som uansett må være på plass, uavhengig av driftsform.

6.2.1. Fastlegene er selvstendig næringsdrivende og driver private legesentre

En ren næringsmodell har vært driftsformen frem til nå for de fleste fastleger i Levanger og omliggende kommuner, og har en total årlig kostnad per lege på cirka kr. 5 000,- til 10 000,- for kommunen. Dette er kompensasjon for deltakelse i møter m.m. Vi ser at det imidlertid ikke lenger er mulig å tiltrekke seg nye fastleger med en slik ordning. Flere fastleger vil med all sannsynlighet slutte ved videreføring av en ren næringsmodell, ifølge flere landsdekkende undersøkelser foretatt senere tid, jf. Helsedirektoratets undersøkelse (publisert 5. september 2019).

Kommunen inngår individuell avtale om allmennpraksis i fastlegeordningen med hver enkelt fastlege. Legen inngår samarbeidsavtaler med øvrige leger i legesenteret. Legene mottar basistilskudd fra kommunen i henhold til antall pasienter på listene, og de drifter praksis med personell, lokaler og utstyr i egen regi. Dersom lege sier opp sin hjemmel tildeler kommunen denne til ny lege som søker seg hit og praksis overdras. Det er en nasjonal trend at ingen leger søker seg til fastlegeavtaler på disse vilkårene. Ny spesialistforskrift gjeldende fra 01.03.19 påla kommunene i større grad å bidra sterkere inn i legenes spesialisering og resertifisering av spesialistene ([spesialistforskriften.](#))

Vurdering: Fastlegeordningen er organisert som dette nå, men vi ser at denne modellen ikke er bærekraftig på sikt, særlig når det gjelder rekruttering og stabilisering. Å opprettholde en slik modell vil medføre store kostnader knyttet til vikarbyrå og fremtvungne faste ansettelser. Det koster ca. 200 000,- per måned for å leie inn vikar fra vikarbyrå. I tillegg må kommunen bekoste hybel/leilighet, reise og eventuelle bilutgifter.

6.2.2. Fastlegene er selvstendig næringsdrivende, og kommunen tilrettelegger for kompetanseheving og økonomisk trygghet

Alternativ som over, men kommunen tar større ansvar for å planlegge og finansiere utdanning av spesialister og vedlikeholde spesialiststatus for fastlegene gjennom tilretteleggingstilskudd som bidrar til kompetanseheving, pålagt spesialisering/resertifisering og noe kostnadsdekning. Dette må sammenholdes med kommunens lovpålagte oppgaver som utdanningsvirksomhet i allmennmedisin. Ved en slik ordning fortsetter fastlegene som næringsdrivende og kommunen har ingen rolle i drift av legesentre.

Vurdering: Dette er sannsynligvis den best egnede modellen for fremtidens organisering av fastlegeordningen. Denne modellen vil innebære noe økte kostnader for kommunen, men modellen vil kunne bidra til å opprettholde næringsmodellen, sørge for kontinuitet og faglige gode tjenester. Man unngår den store utgiftsøkningen knyttet til kommunalt drevne fastlegekontor og kommunalt ansatte fastleger.

Vår vurdering er at tilskuddet bør tilsvare dagens basistilskudd for LIS 3 og ligge på 50 % av basistilskuddet for spesialister. Per januar 2020 er den totale årlige kostnaden kr. 499,- per pasient for LIS 3 og kr. 250 per pasient per spesialist, jf. ASA 4301, punkt 2.1 som omhandler basistilskudd for allmennleger. Basistilskuddet justeres årlig på nasjonalt plan. Det individuelle tilskuddet må ses opp mot de nasjonale endringene i basistilskuddet. For basistilskudd utover kr. 499,- per pasient i temaplanens periode vil tilskuddet fra kommunen kunne reduseres krone for krone. Dette gjelder både for LIS 3 og for spesialister. Dette betyr at basistilskuddet og det individuelle tilskuddet ikke kan overstige kr. 998,- per pasient for LIS 3 og kr. 750,- per pasient for spesialist.

Tilskuddet for LIS 3 forutsetter spesialisering på normert tid fra og med oppstart i allmennpraksis, med fratrukk for eventuelle innvilgede permisjoner og sykefravær over 16 dager. Tilskuddet for spesialister forutsetter re-spesialisering hvert 5. år.

Tilskuddet vil kun gjelde for fastleger som har startet spesialisingsløp eller starter spesialisingsløp med forventet fullført spesialisering i allmennmedisin i løpet av 5 år. Fastleger som ikke er spesialist eller har påbegynt spesialisingsløp vil få tilsvarende spesialist.

Tilskuddsordningen foreslås fra og med 01.01.21. Premissene for tilskuddet vil presiseres i individuell avtale med hver enkelt fastlege. Administrasjonen gis fullmakt til å utarbeide disse avtalene i tråd med temaplan for legetjenester.

6.2.3. Fastlegene er selvstendig næringsdrivende, og kommunen har ulike roller i legesentre

Kommunen kjøper ut lege som slutter og inngår avtale med øvrige leger ved senteret om samarbeid rundt drift/leie i virksomheten. Det er juridisk utfordrende om kommunen må inn som deleier i legesenteret og kommunen må da opprette et eget AS for dette. Kommunen tildeler hjemmel til ny lege og inngår avtale med denne om vilkår for leie av praksis. Dette er i prinsippet en variant av

såkalt «hybridmodell» som Levanger avskaffet i 2011. Videre utvikling kan skje mot gradvis innføring av «hybridmodell» igjen eller til at kommunen selger praksis til ny lege når/hvis situasjonen endres.

Vurdering: Denne modellen vil gi betydelige driftsutfordringer både for kommunen og fastlegekontoret. Dette er en kostbar modell, da kommunen må bidra økonomiske både med personell og driftskostnader, samt at kommunen vil få betydelig administrative oppgaver knyttet til denne modellen.

6.2.4. Blanding av selvstendig næringsdrivende og kommunalt ansatte fastleger

Kommunen ansetter nye leger i faste stillinger. Kommunen må da også kjøpe ut leger som i punktet over og inngå avtaler med legesentre hvor de fast ansatte skal praktisere. Eierforhold må vurderes som i modell beskrevet i 6.2.3. Erfaringer fra vår egen og andre kommuner viser at leger med fastlønn arbeider annerledes enn selvstendig næringsdrivende, og det er utfordringer knyttet til ledelse av slik tjeneste og hvor mange pasienter de har på sine lister. Kommunen vil ved en slik løsning ha en større frihet til å flytte en hjemmel til annen lokalisasjon, men det vil samtidig få betydelige administrative oppgaver knyttet til fastlønnede leger (herunder deling av hjelpepersonell, kontorutgifter etc.)

Vurdering: For kommunen vil det utgjøre store kostnader med å ha faste ansatte leger. I tillegg ser vi at det også vil bli behov for flere leger, da legene ønsker å ha færre pasienter på sine lister. Kommunen vil få betydelige driftsoppgaver, samtidig som vi ser at ulike driftsformer på samme legesenter kan gi vanskelige driftsforhold og konflikter ved legesenteret.

6.2.5. Kommunen etablerer kommunalt drevet legesenter med fast ansatte leger

Kommunen oppretter et nytt legesenter, utstyret og bemanner dette, og driver senteret i kommunal regi. Ved en slik løsning unngår man utfordringer knyttet til at leger i samme senter har ulik organisering som over. Man får på den annen side et skille mellom ulike driftsformer, og det vil være vesentlige ulikheter i kommunens ledelsesmuligheter ved ulike sentre.

Vurdering: Dette er en faglig god driftsmodell. Denne modellen vil kunne gi forutsigbarhet og god rekruttering. Dette er imidlertid den klart mest kostbare modellen for kommunen. Vi har beregnet at modellen vil koste ca. 26 mill., og inkluderer driftskostnader, men tar ikke høyde for etablerings- og oppkjøpskostnader.

6.2.6. Forslag til organisering av fastlegetjenesten i Levanger

Kommunen anser at tilpasninger er nødvendige for å rekruttere til ledige fastlegeavtaler og stabilisere/hindre frafall. Dagens ordning i Levanger er i utgangspunktet som punkt 6.2.1 beskriver, men med noen tilpasninger gjort for å rekruttere og beholde leger. Levanger kommune opprettet i 2017 fastlønnede leger i spesialisingsløp ALIS/LIS 3, og ansatte 4 leger.

En ordning som beskrevet i punkt 6.2.2 vil være den mest egnede modellen for fremtidens organisering av fastlegetjenestene. Det er erfaring med at en slik ordning bidrar til å rekruttere og beholde fastleger. I anser at denne modellen være den mest bærekraftige løsningen både på kort og lang sikt, samt at den vil være den enkleste å administrere. I denne modellen vil kommunen gi et

tilskudd for hver pasient på fastlegelista opp til 1200 pasienter. Dette vil være en konstant sum for fastlegen, for kommunen så vil tilskuddet reduseres tilsvarende økning i basistilskuddet. Kommunen vil også unngå administrasjonskostnader da legen selv bekoster kurs, spesialisering, driftsutgifter osv. Gjennom Helsedirektoratets kontroll med at legenes spesialiseringssløp, der kommunen bidrar med veileder, supervisjon og generell tilrettelegging, sikres det at legen forvalter disse midlene på adekvat vis.

Alternativ 6.2.5 vil faglig sett, og med tanke på rekruttering, være et godt alternativ, men medføre store merkostnader for kommunen. Erfaringsstall fra fastlønnsmodell (ALIS-ordningen), viser en nettokostnad på ca.kr. 1 100 000,- per lege per år.

Kommunen har gjennom høringssvar på temaplan for legetjenester helse og velferd fått følgende tilbakemeldinger fra fastlegene i Levanger:

- Flere ønsker fast ansettelse og mener de legene som ønsker det, bør få dette.
- Mange ønsker færre pasienter på listen uten reduksjon i lønn, da driftskostnadene ved legesentrene er økende.
- De fleste mener et tilretteleggingstilskudd, gitt at fastlønn ikke er aktuelt, bør tilsvare 100% av basistilskudd for LIS 3 og minst 70% for spesialister.
- Mange er prisgitt at andre leger tar deres legevakter for at de skal kunne fortsette som fastleger og presiserer sårbarheten i legevaktsarbeidet.
- Flere ønsker overlegepermisjon på lik linje med sykehusspesialister.
- Flere ønsker en plan for bedre ivaretagelse av beboerne i omsorgsboliger, f.eks. en tilsynslegefunksjon ved omsorgsboligene.

Vår vurdering er at tilskuddet bør tilsvare dagens basistilskudd for LIS 3 og ligge på 50 % av basistilskuddet for spesialister. Per januar 2020 er den totale årlige kostnaden kr. 499,- per pasient for LIS 3 og kr. 250 per pasient per spesialist, jf. ASA 4301, punkt 2.1 som omhandler basistilskudd for allmennleger. Basistilskuddet justeres årlig på nasjonalt plan. Det individuelle tilskuddet må ses opp mot de nasjonale endringene i basistilskuddet. For basistilskudd utover kr. 499,- per pasient i temaplanens periode vil tilskuddet fra kommunen kunne reduseres krone for krone. Dette gjelder både for LIS 3 og for spesialister. Dette betyr at basistilskuddet og det individuelle tilskuddet ikke kan overstige kr. 998,- per pasient for LIS 3 og kr. 750,- per pasient for spesialist.

Tilskuddet for LIS 3 forutsetter spesialisering på normert tid fra og med oppstart i allmennpraksis, med fratrukk for eventuelle innvilgede permisjoner og sykefravær over 16 dager. Tilskuddet for spesialister forutsetter re-spesialisering hvert 5. år.

Tilskuddet vil kun gjelde for fastleger som har startet spesialiseringssløp eller starter spesialiseringssløp med forventet fullført spesialisering i allmenntilleggsmedisin i løpet av 5 år. Fastleger som ikke er spesialist eller har påbegynt spesialiseringssløp vil få tilsvarende spesialist.

Tilskuddsordningen foreslås fra og med 01.01.21. Premissene for tilskuddet vil presiseres i individuell avtale med hver enkelt fastlege. Administrasjonen gis fullmakt til å utarbeide disse avtalene i tråd med temaplan for legetjenester.

Fordelene med en slik modell er som følger:

1. God rekruttering, konkurransedyktige premisser
2. Stabilitet og kontinuitet i eksisterende fastlegekorps, også blant spesialister
3. God pasientbehandling
4. Betydelig rimeligere for kommunen enn fastlønnsmodell.
5. En opprettholder én type driftsform på legesentrene og unngår interessekonflikter i legegruppen eller mellom fastleger og kommunalt eierskap i legekantor
6. Svært lave administrasjonskostnader for kommunen

7. Kunnskapsgrunnlag og lenkedokumenter

Lov om folkehelsearbeid

Lov om kommunale helse og omsorgstjenester

Lov om pasient og brukerrettigheter

Lov om sosiale tjenester i NAV

Lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne

Lov om rett til innsyn i dokument i offentlig verksemd (offentleglova)

Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker

Plan- og bygningsloven

Stortingsmelding nr. 20 (2006–2007) «Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller».

Stortingsmelding nr. 47 (2008/2009) Samhandlingsreformen

Stortingsmelding nr. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg.

Stortingsmelding nr. 34 (2012-2013) Folkehelsemeldingen «God helse – felles ansvar»

Stortingsmelding nr. 26 (2014-2015) «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet»

Stortingsmelding nr. 19 (2018-2019) «Folkehelsemeldinga»

Stortingsmelding nr. 15 (2017-2018) «Leve hele livet»

Fastlegeforskriften

Fastlegeforskriften, veileder og kommentarutgave

Forskrift om IKT-standard i helse- og omsorgstjenesten

Forskrift om kommunenes plikt til å sørge for øyeblikkelig hjelp døgntilbud

Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften)

Internkontrollforskriften

Strategi for folkehelsearbeidet i Nord-Trøndelag 2011-2014

Planstrategi 2013-2016

Samfunnsanalyse Levanger og Verdal 2016

Kommuneplanens samfunnsdel 2015-2030

Økonomiplan Levanger kommune 2015-2018

Kommunedelplan helse og omsorg 2015-2030 (Levanger)

Kommunedelplan oppvekst 2015-2022 (Levanger)

Kommunedelplan kultur 2015-2022 (Levanger)

Temaplan anlegg for lek, idrett og aktivitet (Levanger)

Nasjonale og regionale undersøkelser

Uni Reseratrch, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin; Bergen 2018. «Fastlegers tidsbruk»

https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/fastlegestatistikk/Rapport%20Fastlegers%20tidsbruk%202018.pdf/_attachment/inline/08f5d967-3d66-4701-ae3e-ab85f643726f:d93c603ae9befac348c2e29c341eb119f3f58990/Rapport%20Fastlegers%20tidsbruk%202018.pdf

Fastlegeordningen 2.0, 2018. «Trønderoppgjørets fastlegeundersøkelse og helsemedarbeiderundersøkelse» <https://www.flo20.no/undersokelsen/>

EY og Vista Analyse. «Evaluering av fastlegeordningen 2019».

<https://www.regjeringen.no/contentassets/7cd212bf5f0642c1a5d0d480f0923e6d/evaluering-av-fastlegeordningen---sluttrapport-fra-ey-og-vista-analyse.pdf>