

# Framtidige legetjenester i Rælingen kommune 2020-2023

---

## Plan for legetjenesten



---

Vedtatt i kommunestyret 11.12.2019.

## Innhold

Innledning.....	3
Oppsummering av anbefalinger:.....	5
<b>Del 1 Bakgrunn.....</b>	<b>6</b>
1. Lov- og avtaleverk, nasjonale og kommunale føringer. ....	6
<b>Del 2 Situasjonsbeskrivelse og utfordringsbildet .....</b>	<b>8</b>
1. Fastlegetjenesten .....	8
2. Andre allmennt medisinske oppgaver .....	9
3. Samarbeid mellom leger og kommunale helse- og omsorgstjenester .....	10
4. Videreutdanning av leger .....	11
5. Legetjenester til sårbare grupper i kommunen .....	12
<b>Del 3 Vurderinger og anbefalinger .....</b>	<b>14</b>
1. Organisering/plassering og ledelse av kommunale leger .....	14
2. Legebemanning (i annet allmennt medisinske arbeid) .....	15
3. Organisering og forvaltning av fastlegetjenesten .....	19
4. Kommunen som utdanningsvirksomhet .....	21
5. Gode legetjenester til alle innbyggergrupper .....	23

## Innledning

### Bakgrunn for planen

En godt utbygget allmennhelsetjeneste skal være grunnmuren i helsetjenesten i Norge og en god allmennlegetjeneste har stor betydning for innbyggerne Rælingen. Legetjenesten er en viktig del av kommunens totale helsetjeneste og legenes oppgaver finnes innen både forebyggende og kurative oppgaver.

Rælingen kommune skal sikre framtidig god dekning av fastlegetjenester til befolkningen gjennom riktig dimensjonering av ordningen. Tjenestene skal være tilgjengelige for alle og bære preg av kontinuitet og høy grad av kvalitet.

Endringer i ulike lovverk og nye reformer innen helse og omsorgsfeltet stiller krav til at både kommunen og legene er i stand til å omstille seg. Økning i befolkningen, økte krav fra befolkningen, større andel eldre og innføring av nye reformer er eksempler på endringer i arbeidsoppgaver og kompetansekrav for legene. Dette krever mer samarbeid eksternt så vel som internt.

Denne planen skal bidra til en helhetstenkning innen legetjenestene i kommunen samt å sikre en fortsatt forsvarlig dimensjonering og god kvalitet på offentlige allmennlegetjenester. Planen er utarbeidet for å sikre en utvikling av legetjenestene i Rælingen de neste fire årene i tråd med nasjonale- og lokale føringer, demografiutviklingen, helsetilstanden i befolkningen samt nye og endrede oppgaver.

I planen gis det en gjennomgang av fastlegetjenesten i kommunen og dimensjonering av legetjenestene i henhold til befolkningsvekst og helsetilstanden i kommunen. Planen skal i tillegg sikre at krav til tilgjengelighet, kvalitet og samhandling følges i henhold til lovverket.

### Avgrensninger

Planen omtaler ikke samfunnsmedisin eller legevaktstjenesten. Disse områdene tas inn i revideringen av helse, - omsorgs- og velferdsplanen samt tilstandsrapporten for helse, - omsorg og velferd.

### Hvordan har vi jobbet:

Det ble opprettet en arbeidsgruppe med kommuneoverlege, kommuneplanlegger og rådgiver helse- og omsorg. Arbeidsgruppa har hentet innspill fra avdelingsledere, ressurspersoner og legene (fastleger og kommunale leger). Ressurspersonene er ansatte som har kontakt med sårbare grupper. De ga innspill underveis, særlig på risiko når arbeidsgruppa foreslo tiltak, og bidro med innspill til utfordringsbildet. Arbeidsgruppa har hatt tett dialog med prosjektgruppa for kommunal akutt døgnhet (KAD) og lindrende enhet (LE), særlig om bemanningsbehov. Oppdraget ble også sett i sammenheng med andre pågående oppdrag i hjemmetjenesten, på tjenestekontoret og bruk av korttidsplasser.

### Begrunnelse for arbeidet med legeplanen

I dag er legetjenesten delt mellom enhet familie og helse (fastlegene, helsestasjon og kommuneoverlegen), institusjonstjenesten og hjemmebaserte tjenester (korttidsavdelingen).

Fra 1.1. 2020 skal kommunen overta ansvar for egne pasienter til KAD og lindrende enhet. Dette vil blant annet øke kravet til legebemanning. Det er behov for å se på organiseringen av legetjenesten samlet. Skal alle være organisert i en enhet, eller skal de organiseres der de utfører tjenester? Hvor stort er bemanningsbehovet?

Fra mars 2019 ble nye krav til spesialisering av allmennlegetjenesten innført. Alle nyansettelser av lege som yter tjenester må enten være spesialister eller være i spesialisering. Kommunen må også legge til rett for at de legene som allerede er ansatt tilfredsstiller kravene. Kommunen blir med dette en utdanningsvirksomhet. Vi har behov for å se på hvordan vi skal ordne og tilrettelegge for praksis i kommunen og for sykehuspraksis. Praksis i kommune kan enten foregå i et kommunalt legesenter eller at kommunen inngår avtale med et privat legesenter.

Ifølge fastlegeforskriften skal kommunen legge til rette for samarbeid mellom kommunen og fastlegene, legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og andre tjenesteytere samt sikre en hensiktsmessig og god integrering av fastlegeordningen i kommunens øvrige helse- og omsorgstjenestetilbud. Vi ønsker at fastlegens arbeidsoppgaver blir en helhetlig del av primærhelsetjenesten, at plassen deres er tydeligere. Fastlegene har også en sentral rolle i det forebyggende arbeidet i kommunen og en medisinskfaglig koordineringsrolle.

Kommunale leger, og særlig fastleger, har også en sentral rolle i samhandlingsreformen. Etter innføring av samhandlingsreformen har en så stor mengde oppgaver blitt overført fra spesialisthelsetjenesten til fastlegetjenesten at det kan være vanskelig å ta unna oppgavene innenfor normal arbeidstid.

Kommunen overtar ansvaret for stadig sykere pasienter, samtidig som vi har et mål om at flere skal bo hjemme med tjenester fra hjemmebaserte tjenester. Vi har behov for å se kommunens legetjeneste mer i sammenheng hvor det blant annet samarbeides om sårbare grupper (alvorlige psykiske syke – eller ruspasienter, hjemmeboende eldre med kronisk sykdom, terminale pasienter, pasienter med sammensatte lidelser og psykisk utviklingshemma). Hvordan sikrer vi at alle disse pasientene får gode nok medisinske tjenester?

Rådmannsgruppas mandat peker ut disse resultatmålene for arbeidet med legeplanen:

- En anbefaling om organisering av den kommunale legetjenesten og bemanningsbehov
- En anbefaling om samhandling, dialog og organisering av fastlegene
- En anbefaling om hvordan kommunen skal organisere utdanningen av egne spesialister
- En vurdering av den helhetlige legetjenesten (fastleger og kommunale leger) og hvordan vi sikrer medisinske tjenester til alle innbyggergrupper

## Oppsummering

### Arbeidsgruppa har disse anbefalingene:

1. Fastleger og leger i andre allmennt medisinske stillinger skal være organisert sammen.
2. Legetjenestene kan med fordel organiseres sammen med andre behandlende helsetjenester.
3. Kommunen legger denne planens anbefalinger til grunn for styrking av legebemanningen i institusjonstjenesten. Det vil tilsvare en styrking med 0,3 legestillinger fram til 2022 og ytterligere 0,8 legestilling fram til 2024.
4. Kommunen legger denne planens anbefalinger til grunn for styrking av legebemanningen i helsestasjon- og skolehelsetjenesten. Det vil tilsvare en økning med 0,10 legestilling fram til 2024.
5. Kommunen skal styrke legebemanning med en fleksibel legeressurs. Det vil tilsvare 0,4 legestilling fram til 2022 og ytterligere 0,2 legestilling fram til 2024.
6. Kommunen skal bidra til samarbeid om faglig og kollegial utvikling av legetjenesten.
7. Kommunen skal bidra til bruk av elektroniske verktøy til kvalitetsutvikling i fastlegetjenesten.
8. Kommunen utarbeider kriterier for å vurdere etablering av nye hjemler. Hvis én av følgende kriterier er oppfylt, bør det vurderes å etablere en ny hjemmel:
  - Mindre enn 3 % ledige plasser på listene
  - Kun 2 fastlegelister med ledige plasser
  - Kun 1 legesenter med ledige plasser på listene
9. Kommunale hjemler etableres hvis leger i spesialisering har behov for uselektert allmennpraksis og det ikke er mulig å vikariere i privat legesenter
10. Kommunale hjemler knyttes fortrinnsvis til de eksisterende legesentrene. Hvis kommunen etablerer tre eller flere kommunale hjemler, bør det vurderes å etablere et kommunalt legesenter.
11. Leder for den nye avdeling for legetjenester har det formelle ansvaret for at kommunen oppfyller sine plikter som utdanningsvirksomhet.
12. Kommuneoverlegen følger opp utdanningsplanene til den enkelte fastlege og kommunalt ansatte lege som er i spesialisering i allmennt medisin.
13. Spesialisering i allmennt medisin bør fortrinnsvis skje i fastlegehjemler med individuell avtale med kommunen
14. Kommunen legger til rette for å rekruttere og beholde legespesialister til stillinger for annet allmennt medisinsk arbeid

### Arbeidsgruppa har disse vurderingene om hvordan kommunen kan bidra til gode legetjenester for alle innbyggergrupper:

- God legedekning til pasienter i institusjonstjenesten
- Hjemmebaserte tjenester bør bidra til at pasienter med kommunale tjenester får dekket sine behov for legetjenester
- Hjemmebaserte tjenester bør ha tilgang på medisinsk faglig veiledning
- Hjemmebaserte tjenester bør bruke felleskonsultasjoner hos fastlegen i større grad

## Del 1 Bakgrunn

### 1. Lov- og avtaleverk, nasjonale og kommunale føringer

#### Aktuelle lover, forskrifter og avtaleverk

##### Helse- og omsorgstjenesteloven

Loven beskriver kommunenes ansvar for å tilby nødvendige helse og omsorgstjenester, herunder allmennlegetjenester.

##### Lov om helsepersonell

Loven regulerer legers yrkesutøvelse og rettigheter og plikter i yrkesutøvelsen.

Loven stiller krav om medisinsk faglig forsvarlig yrkesutøvelse for det enkelte helsepersonell.

Kommune har plikt til å tilrettelegge for at loven kan oppfylles.

##### Forskrift om fastlegeordning i kommunene (fastlegeforskriften)

Ansvarsfordelingen mellom kommunen og fastlegene i fastlegeordningen er definert i fastlegeforskriften. Forskriften stiller blant annet krav om at pasientene skal få enkel tilgang til fastlegekontoret, tilbud om hjemmebesøk, tilbud om forebyggende tiltak, og følges opp også når de selv ikke klarer å etterspørre tjenesten. Det er fokus på fastlegens rolle som henviser til spesialisthelsetjenesten, medisinsk faglig koordinator samt samarbeid med øvrige kommunale tjenester. Forskriften presiserer at kommunene har ansvar for at fastlegene fyller tydelige kvalitetskrav til tjenesten, skal sikre god integrering av fastlegeordningen med øvrige kommunale tjenester samt tilrettelegge for godt samarbeid mellom fastleger, øvrige kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten.

##### Forskrift om ledelse og kvalitetssikring

Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.

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

Forskriften definerer hva som kreves for å bli legespesialist i de ulike fagspesialitetene. Kommunen gis rollen som utdanningsinstitusjon for spesialitetene allmenntjenestemedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin. Spesialistutdanningen for leger omfatter praktisk tjeneste, teoretisk undervisning og andre læringsaktiviteter i minst seks og et halvt år etter tildelt autorisasjon eller lisens som lege.

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

Forskriftene definerer formelle krav for leger som skal ansettes i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. For å ansettes i en fast stilling må legen være ferdig spesialist i allmenntjenestemedisin eller annen relevant spesialitet eller være under spesialisering i allmenntjenestemedisin.

### Individuell avtale mellom kommunen og fastlegen

Dette er en avtale mellom kommunen og selvstendig næringsdrivende leger om allmennpraksis i fastlegeordningen. Avtalen reguleres av fastlegeforskriften. Her bestemmes blant annet åpningstid, telefontid og annen kommunal oppgave. Det framgår av den individuelle avtalen hvilke leger som inngår i kollegial fraværsordning.

### Legeavtaler

Legene er dels selvstendig næringsdrivende, dels tilsatte i kommunen. Tre avtaler regulerer legens rettigheter og plikter i kommunen: SFS 2305 (kommunelegeavtalen), ASA 4310 (rammeavtalen) og ASA 4301 (statsavtalen).

## Viktige nasjonale og kommunale føringer

### **Samhandlingsreformen, Meld. St. 47**

Samhandlingsreformen er en velferds- og forvaltningsreform som skal sikre et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet, med høy pasientsikkerhet og tilpasset den enkelte bruker. Reformen har medført en ny kommunerolle og ansvar for nye pasientgrupper. Kommunene skal tilby tjenester som omfatter forebyggende tiltak, utredning, behandling, pleie og omsorg, akuttberedskap, habilitering og rehabilitering og oppfølging på tvers av sektorer. Tjenestene skal organiseres slik at den enkelte kan fortsette å leve et trygt, meningsfullt og mest mulig selvstendig liv til tross for sosiale og helsemessige problemer eller funksjonssvikt. Tilgjengeligheten til tjenestene skal økes i tillegg til kvaliteten og kompetansen.

### **Kommunale føringer**

*Helse- og omsorgsplan* har et langsiktig og overordnet perspektiv og skal sikre at kommunen oppfyller sin plikt etter helse- og omsorgstjenesteloven. Det er utarbeidet mål og strategier for planperioden. Legeplanen har også grensesnitt til demensplan og temaplan for tjenester i avdeling psykisk helse og avhengighet.

### **Fremtidens primærhelsetjeneste, Meld. St. 26 (2014-2015)**

Fremtidens primærhelsetjenestemelding - nærhet og helhet har fokus på helhetlige pasientforløp og tilbud og er en oppfølging og konkretisering av samhandlingsreformen. Pasientens helsetjeneste er i fokus og tjenester levert i nærhet til innbyggerne sentrale. Kommunene skal gjøres i stand til å oppfylle samhandlingsreformens intensjoner om koordinerte og helhetlige pasientforløp, mer forebygging og tidlig innsats, flere tjenester nær der brukerne bor, og at en større andel av tjenestene leveres i kommunene. For å sikre en framtidigrettet og pasientorientert tjeneste må samfunnsoppdraget i sterkere grad enn i dag legge vekt på brukermedvirkning, forebygging, proaktiv oppfølging og gode forløp. Da er det behov for en annen type og flerfaglig oppfølging over tid, mens personen bor hjemme. Denne utviklingen stiller økte krav både til kapasitet og kompetanse samt samarbeid og god ledelse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette tenkes oppnådd bl.a. ved opprettelse av primærhelseteam og oppfølgingsteam.

## Del 2 Situasjonsbeskrivelse og utfordringsbildet

### 1. Fastlegetjenesten

#### **Om fastlegene**

Fastlegen har ansvaret for å tilby nødvendig helsehjelp på dagtid til innbyggere på sin pasientliste. Med nødvendig helsehjelp menes både behandling av akutt sykdom og oppfølging av kroniske sykdommer. Legevakta har ansvaret hvis det oppstår akutt sykdom utenom ordinær arbeidstid. Alle innbyggere kan fritt velge sin fastlege, gitt at det er ledig plass på fastlegenes pasientlister. Fastlegene er pasientens medisinske koordinator, og samarbeider med andre instanser som gir helse- og omsorgstjenester.

Alle fastleger i Rælingen kommune tilhører et av kommunenes tre legesentre: Fjerdingby legesenter, Stallbakken legesenter og Løvenstadtunet legesenter. Totalt er det 12 fastlegehjemler i Rælingen, som betjenes av 13 fastleger. Åtte av fastlegene er ferdige spesialister i allmenntilleggsmedisin.

Hver enkelt fastlege har mellom 15-25 pasientkonsultasjoner daglig. Samlet sett hadde fastlegene i Rælingen 44 531 pasientkonsultasjoner i løpet av 2018. Hver dag gjennomfører kommunens fastleger til sammen 150 legekonsultasjoner som omhandler somatiske problemstillinger og 30 legekonsultasjoner som omhandler problemstillinger innen psykisk helse. 70 % av kommunens innbyggere var i kontakt med fastlegen sin i løpet av siste året. Tall er hentet fra KUHR (Helsedirektoratets statistikkbank).

#### **Organisering, drift og samarbeid**

Fastlegene er selvstendig næringsdrivende med individuelle avtaler med kommunen. Enhetsleder i enhet for familie og helse er ansvarlig for avtaleoppfølging, i tett samarbeid med kommuneoverlegen. Kommuneoverlegen har en årlig samtale med hver enkelt fastlege. Samtalen skal sikre at forholdene ligger til rette for at fastlegene kan følge opp sine lovmessige plikter og den individuelle avtale mellom kommune og fastlege. Annen oppfølging av fastlegene vil være rådgiving, klagebehandling, endring av listetak, vurdere søknader om permisjoner, inntak av vikar og opprettelse og tildeling av fastlegehjemler.

*Lokalt samarbeidsutvalg (LSU)* skal legge til rette for at driften av fastlegetjenesten skjer på en hensiktsmessig måte gjennom samarbeid mellom kommunen og fastlegene. I LSU møter én representant fra hver av de tre legekantorene og tre representanter fra kommunen. Det avholdes møter fire ganger i året.

*Allmennlegeutvalget (ALU)* er fastlegenes eget møte hvor alle fastlegene møter. ALU skal bidra til nødvendig samarbeid mellom fastlegene i kommunen. Kommuneoverlegen deltar på deler av møtet. Det avholdes møte fire ganger i året.

*Tirsdagsmøter* er fastlegenes faglige møtearena. Tema kan enten være medisinskfaglige eller samarbeid mellom fastlegene og andre kommunale tjenester. Alle fastlegene samt



kommuneoverlege stiller på disse møtene. De kommunale legene og andre samarbeidspartnere inviteres ut ifra tema. Det avholdes ca. åtte møter i året.

## 2. Andre allmennt medisinske oppgaver

### Legetjeneste ved institusjon

Institusjonslegen har ansvaret for å tilby nødvendig helsehjelp mens pasienten er innlagt i kommunal institusjon. Nødvendig helsehjelp er både behandling av akutt sykdom og oppfølging av sykdommer over tid. Utenom ordinær arbeidstid ivaretar legevakta ansvaret dersom det oppstår akutt sykdom.

Rælingen kommune har to kommunale institusjoner med til sammen 86 senger. To leger i til sammen 150% stilling er ansatt i enhet Løvenstadtunet:

Korttidsplasser (Fjerdingsby helsetun)	16 plasser	0,70 legestilling
Langtidsplasser (Løvenstadtunet)	37 plasser	0,40 legestilling
Plasser med skjerming (Løvenstadtoppen)	32 plasser	0,40 legestilling

Institusjonslegene er organisert direkte under enhetsleder i enhet Løvenstadtunet.

Det er ikke etablert faste møttestrukturer for institusjonslegene for å ta opp fag- eller samarbeidstemaer, men de er invitert til tirsdagsmøtene, sammen med fastlegene.

### Helsestasjon- og skolehelsetjeneste

Helsestasjonslegen gir forebyggende legetjenester til barn og unge. Hovedtyngden består i planlagte helsekontroller for bestemte aldersgrupper. Alle barn tilbys helsekontroll hos lege ved 6 uker, 6 mnd., 1 år, 2 år, 4 år og 6 år. Men det er også et tilbud om helsehjelp for barn og unge som tar kontakt for problemstillinger der det er behov for forebyggende helsehjelp.

Rælingen kommune har to helsestasjoner, skolehelsetjeneste knyttet opp mot alle kommunens skoler og helsestasjon for ungdom. To leger i til sammen 0,82 stilling ivaretar behovet for legetjenester.

- Helsestasjon	0,60 legestilling
- Skolehelsetjeneste	0,16 legestilling
- Helsestasjon for ungdom	0,05 legestilling

Helsestasjonslegene er organisert i avdeling for forebyggende helsetjenester i enhet for familie og helse.

Samarbeidsmøte for helsestasjon og samarbeidsmøte for skolehelsetjenesten er en arena for å utvikle det faglige samarbeidet. Helsestasjonslegene, kommuneoverlege, faghelsesykepleier og relevante helsesykepleiere deltar. Møtene avholdes to ganger i året.

### 3. Samarbeid mellom leger og kommunale helse- og omsorgstjenester

Fastlegene har rollen som medisinskfaglig koordinator. Medisinskfaglig koordinator innebærer å vurdere hva slags medisinske tjenester pasienten har behov for. Fastlegens medisinskfaglige kompetanse og kjennskap til pasienten, vil være avgjørende for disse vurderingene. I noen tilfeller vil fastlegen veilede og eventuelt bistå pasienten i å søke på kommunale tjenester, i andre tilfeller kan det være aktuelt for fastlegen å henvise pasienten til spesialisthelsetjenesten. For å ivareta rollen som medisinskfaglig koordinator best mulig, har fastlegen behov for å gi og motta relevant informasjon om pasienten til samarbeidspartnere. Det er behov for gode kommunikasjonskanaler mellom fastlegen og øvrige tjenester. Lege i institusjonstjeneste ivaretar rollen som medisinskfaglig koordinator for pasienter som er inneliggende i institusjonstjenesten.

#### **Pleie- og omsorgsmeldinger/dialogmeldinger**

Fastlegene og de ulike kommunale helse- og omsorgstjenestene kan kommunisere via pleie- og omsorgsmeldinger/dialogmeldinger. Dette er sikre elektroniske meldinger knyttet opp til den elektroniske pasientjournalen. Fastlegene har personlig meldingsoppfølging, men for de andre tjenestene er oppfølging av meldinger lagt til funksjon. Hver måned sendes det ca. 300 meldinger mellom fastlegene og de andre helse- og omsorgstjenestene. Leger som jobber med kommunale legeoppgaver kan kommunisere via PLO-meldinger, men har ingen personlig meldingsinnboks. Disse er da synlige for alt helsepersonell som har tilgang til den aktuelle pasienten.

Hvis det haster med å få avklart medisinskfaglige forhold, benyttes telefonkontakt mellom lege og annen tjenesteutøver.

#### **Felleskonsultasjoner**

For pasienter med komplekse medisinske tilstander, som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester, kan felleskonsultasjon hos fastlege være nyttig. På en felleskonsultasjon er ansatte i kommunale tjenester sammen med pasienten hos fastlegen. Dette gir god overføring av nødvendig kunnskap og tiltak. Dette har i stor grad blitt erstattet med PLO-meldinger, men brukes fortsatt av tilrettelagte tjenester, demensteam, rustjenesten og enkelte andre.

#### **Ansvarsgruppemøter/instansmøter – koordinering av pasientens oppfølging**

I sammensatte saker, der flere yter tjenester til pasienten, utnevner tjenestekontoret i tillegg en koordinator for pasienten, som skal ta hånd om den helhetlige koordineringen og samarbeidet. Fastlegen deltar på ansvarsgruppemøter der medisinskfaglig koordinering er sentralt.

#### **Tirsdagsmøter**

Fastlegene har månedlige fagmøter (tirsdagsmøter). Hvis det er behov for å diskutere samarbeidet med andre kommunale tjenester, blir disse møtene benyttet til det. Aktuelle kommunale tjenestene blir da invitert.

## 4. Videreutdanning av leger

Kommunene har tidligere hatt et ansvar for å legge til rette for turnustjenesten for leger. Nå har turnuslegene blitt erstattet av *Leger i spesialisering 1 (LIS1)*, og kommunen har fått et større ansvar for å legge til rette, følge opp underveis og kontrollere at LIS1-legene har tilegnet seg nødvendige kunnskaper og ferdigheter.

### **Lege i spesialisering 1 (LIS1)**

Kommunen har siden 2016 hatt ansvaret for turnuslege/LIS1. Det har vært lagt til rette for nødvendig veiledning, kurs og praksis. Turnuslege/LIS1 har ukentlig hatt tre dager med allmennlegepraksis på Fjerdingby legesenter, én dag på helsestasjon og én dag på sykehjem. I tillegg har det vært kurs og praksisbesøk i kommunale tjenester.

### **Spesialisering i allmennmedisin**

For å bli spesialist i allmennmedisin kreves det at legen følger et utdanningsprogram på minimum 5 år, som inneholder fastlegepraksis, sykehuspraksis, veiledning og diverse kurs.

Fram til nå har ikke kommunen hatt noe ansvar for videreutdanning av leger. Fastlegene har ivaretatt dette selv. Leger i annet allmennmedisinsk arbeid har ikke nødvendigvis vært under spesialisering.

1.3.2019 kom en forskriftendring i *forskrift om spesialisering av leger og tannleger mv*. Oppnåelse av læringsmål er nå sentralt i videreutdanningen. Selve innholdet i videreutdanningen er i stor grad uendret. Ansvaret for å legge til rette for utdanningen er flyttet fra den enkelte lege til kommunen. Kommunen har dermed blitt en utdanningsvirksomhet for videreutdanning av leger.

En utdanningsvirksomhet skal utarbeide utdanningsplaner, der det beskrives hvordan kommunen legger til rette for nødvendig praksis, kurs og veiledning for å oppnå læringsmålene som kreves for å bli spesialist i allmennmedisin. Et spesialiseringsløp skal inneholde minimum 2 års praksis med uselektert allmennpraksis, ½ år med sykehuspraksis, noe praksis fra helsestasjon og noe praksis fra kommunens institusjonstjeneste. Spesialisingsløpet skal inneholde bestemte kurs tilsvarende ca. 400 timer, et gruppeveiledningsprogram over 2 år og individuell veiledning gjennom hele utdanningsløpet.

En utdanningsvirksomhet skal utarbeide individuelle utdanningsplaner for legene som er i spesialisering i allmennmedisin, der det beskrives tidspunkt og praktisk gjennomføring av hvordan den enkelte lege skal oppnå læringsmålene.

En utdanningsvirksomhet skal følge opp leger i spesialisering med jevnlig evalueringer, slik at de har normal progresjon i utdanningsløpet sitt.

## 5. Legetjenester til sårbare innbyggergrupper i kommunen

Rælingen kommune har plikt til å sørge for forsvarlige legetjenester til alle kommunens innbyggere. Vi ser at på noen områder er det risiko for at sårbare innbyggergrupper ikke får så gode legetjenester som kommunen ønsker:

### Innbyggere med komplekse og sammensatte lidelser

Samhandlingsreformen og kommunens vridning mot hjemmebaserte tjenester, har ført til at også innbyggere med komplekse og sammensatte lidelser i større grad kan bo hjemme hos seg selv. Disse innbyggerne får legetjenester fra sin fastlege. Hvis sykdom hindrer dem å komme seg til fastlegen, kan fastlegen tilby hjemmebesøk. For fastlegen kan et hjemmebesøk gi et verdifullt innblikk i innbyggerens liv og funksjon, men de diagnostiske mulighetene er begrensede. Det er dessuten ressurskrevende for fastlegen å foreta hjemmebesøk. Dette kan gå ut over akuttberedskapen og den generelle kapasiteten på legesenteret. Dette gjør at det er og må være høy terskel for hjemmebesøk.

Innbyggere med komplekse og sammensatte lidelser mottar ofte mange ulike kommunale tjenester. For pasienten kan det være uklart hvem som har ansvar for hva, når det er flere tjenesteutøvere inne (ansvarsdiffundering). En hjemmeboende kan ha inntrykk av at den oppfølgingen som hjemmetjenester gir, er tilstrekkelig oppfølging. Den hjemmeboende er kanskje ikke klar over at hen trenger medisinsk oppfølging fra lege i tillegg. Dette gir stort behov for koordinering og samhandling mellom de ulike tjenestene.

### Innbyggere med psykisk utviklingshemming, kognitiv svikt/demenssykdom

Innbyggere med kognitive begrensninger kan ha ulik grad av forståelse og innsikt i behov for helsehjelp. Dette gir utslag i evne til å be om og evne til å motta helsehjelp. Når innbyggere med kognitive begrensninger avstår fra helsehjelp, må det vurderes samtykkekompetanse og om det er grunnlag for tvungen helsehjelp. Vurderingen om samtykkekompetanse vil også være avgjørende for nærmeste pårørendes rett til informasjon.

Kommunikasjonen mellom fastlege og eventuelt øvrige kommunale tjenester begrenses av taushetsplikten. Har innbyggeren samtykkekompetanse, velger innbyggeren selv i hvilken grad fastlegen og øvrige kommunale tjenester skal kunne dele informasjon. Hos innbyggere med milde kognitive begrensninger, men som vurderes å ha samtykkekompetanse, kan manglende samtykke til informasjonsdeling være utfordrende i oppfølgingen.

Hos innbyggere med store kognitive begrensninger, der det er påkrevd at pårørende og andre kommunale tjenester får nødvendig informasjon, vil en eventuell manglende kommunikasjon mellom fastlege og øvrige kommunale tjenester føre til at de medisinskfaglige vurderingene ikke blir fulgt opp. Mangelfull vurdering av samtykkekompetanse gjør at innbyggeren ikke får den nødvendige helsehjelpen, eller at det blir gitt tvungen helsehjelp der det ikke er grunnlag for dette.

### Innbyggere med ruslidelser og alvorlige psykiske lidelser

Innbyggere med ruslidelser og alvorlige psykiske lidelser kan ha vanskeligheter med å følge opp behovet for legehjelp. Fornektelse av behov for hjelp, økonomiske utfordringer og manglende evne til å planlegge kan være forklaringer på hvorfor ikke alle får nødvendige oppfølging fra lege. Statistisk har innbyggere med alvorlige rus- eller psykiske lidelser stort behov for legeoppfølging. I tillegg til behov for oppfølging av rus- og/eller psykisk lidelse, så har en stor andel av disse personene også en somatisk sykdom.

### Innbyggere med flerkulturell bakgrunn

Innbyggere med flerkulturell bakgrunn har økt forekomst av både psykiske og somatiske lidelser. Til tross for dette, bruker denne innbyggergruppen mindre legetjenester enn innbyggere født i Norge. En annen sykdomsforståelse og manglende kunnskaper om det norske helsevesenet kan være forklaringer. I tillegg vet vi at språkproblemer og kulturelle ulikheter kan vanskeliggjøre kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient og gjøre det utfordrende for helsepersonell å yte gode helsetjenester. Tolk brukes i mindre grad enn det behovet skulle tilsi.

### Innbyggere på korttids/rehabiliteringsplasser i kommunen (Fjerdingby helsetun)

Samhandlingsreformen har ført til at pasienter skrives ut tidligere fra sykehus. Rehabilitering etter et sykehusopphold får pasienten i kommunen, enten i hjemmet eller på Fjerdingby helsetun. Legebemannning på Fjerdingby helsetun er begrenset til hverdager. Med stadig sykere pasienter som kommer til helsetunet, så er det stadig oftere behov for legetjenester også i helg.

### 1. Organisering/plassering og ledelse av kommunale leger

Ledelse og en hensiktsmessig organisering er en viktig ramme for å kunne yte gode helsetjenester. Legene har det overordnede ansvaret for pasientene og tar vanskelige avgjørelser hver dag. God ledelse og kollegialt samarbeid er nødvendig for å klare å stå i en krevende arbeidshverdag.

De nye kravene til hvordan kommunen skal tilrettelegge for videreutdanning av leger, legger noen premisser for hvordan det er hensiktsmessig å organiseres legetjenesten. Et videreutdanningsløp innebærer at legen har ulike arbeidsoppgaver/praksis (sykehjem, helsestasjon, uselektert allmennpraksis og sykehustjeneste). I tillegg skal legen gjennomføre kurs og gruppeveiledning og individuell veiledning. For å få til dette på normert tid, krever det mye koordinering og tilpasninger innad i legegruppen. Det virker fornuftig at den som har arbeidsgiveransvar også har ansvaret for å legge til rette for utdanningsplanen, og at én leder har dette ansvaret for alle legene.

Det kan være fordeler med at legene er organisert i den avdelingen de yter helsetjenester fordi legene blir tettere knyttet til tjenestestedet, og kan dermed bidra mer i den faglige og sosiale utviklingen. Men organisering av legene i en egen avdeling synes allikevel å være det beste alternativet. Dette vil best kunne legge til rette for utvikling av et fagmiljø og et legefelleskap, som er nødvendig for at legene skal ivareta legerollen og oppgavene sine på forsvarlig vis.

En egen avdeling for legene blir nødvendig for at kommunen skal ivareta sine plikter som utdanningsvirksomhet. Siden kommunen har de samme pliktene for tilrettelegging for fastleger med individuell avtale og for kommunalt ansatte leger, vil samorganisering av fastleger og de kommunalt ansatte legene være naturlig, slik at ansvaret for videreutdanning kan ivaretas av en og samme leder. Dette vil også kunne føre til at fastlegene blir sterkere knyttet til de kommunalt ansatte legene og kommunen generelt.

#### Anbefaling:

- Fastleger og leger i andre allmennmedisinske stillinger skal være organisert sammen
- Legetjenestene kan med fordel organiseres sammen med andre behandlende helsetjenester

## 2. Legebemanning i annet allmenntilleggsarbeid

Legene har det medisinskfaglige ansvaret i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. God legebemanning er en forutsetning for et godt tjenestetilbud. Det er sett direkte sammenheng mellom legebemanning og kvalitet i sykehjem (SINTEF helse, 2004). I tillegg er legene støttespillere for de andre helseprofesjonene, slik at de kan utføre jobben sin på best mulig måte.

### Bemanning institusjonstjenesten

Det er ingen nasjonal norm for legedekning i sykehjem. Det er opp til hver enkelt kommune å fastsette dette. Legeforeningen utarbeidet i 2003 en anbefaling til hva som bør være normen for legebemanning i sykehjem. Kravene til medisinsk oppfølging og pasient- og pårørendeinvolvering er mye større i dag enn i 2003, men legeforeningens norm er likevel fortsatt en referanseramme for mange kommuner. Normen beskriver hvor mye tid hver pasient bør få med lege ukentlig:

- Pasienter på langtidsavdeling: 0,33 legetimer per pasient ukentlig
- Pasienter på skjermet avdeling: 0,5 legetimer per pasient ukentlig
- Pasienter på rehab-/korttidsavdeling: 1,5-3 legetimer per pasient ukentlig
- Pasienter på palliative plasser: 5 legetimer per pasient ukentlig
- Pasienter på KAD: 5,25 legetimer per pasient ukentlig (anb. fra direktoratet fra 2012)

Ut ifra dagens legebemanning i Rælingen kommune, er legebemanning til de ulike typer institusjonsplasser slik:

- Pasienter på langtidsavdeling: 0,41 legetimer per pasient ukentlig
- Pasienter på skjermede avdeling: 0,47 legetimer per pasient ukentlig
- Pasienter på korttidsavdeling: 1,64 legetimer per pasient ukentlig

Siste året har det blitt meldt flere avvik på korttidsavdelingen, som kan relateres til for lav legedekning. For lite legeressurser kan føre til ineffektiv og uforsvarlig drift. Mangelfull legedekning har blitt særlig merkbart når det har vært sykdom eller annet fravær hos lege. Pasientene har krevende medisinske utfordringer og det er store krav i pårørendearbeid. Dagens norm på 1,64 legetimer per pasient ukentlig for korttids plassene er derfor for lite.

Bemanningen på langtidsavdelingene og skjermede avdelinger vurderes å være tilstrekkelig, men også der er det sårbart ved sykdom eller annet fravær hos lege. Det er derfor behov for en buffer mot fravær, slik at ordinær drift kan opprettholdes.

KAD og lindrende plasser tas tilbake til egen kommune (Fjerdingby helsetun) fra 01.01.2020. I forberedelsen av dette, er det vurdert at en god legebemanning på Fjerdingby helsetun er avgjørende for at kommunen skal ivareta disse tjenestene på en god måte. Det er vurdert at det er behov for daglig legebemanning på hverdage og med beredskap for legebemanning i helgene. En tilstrekkelig beredskap for legebemanning i helgene vurderes å være lørdag og søndag kl. 08.00 – 16.00.

Befolkningsprognoser for Rælingen viser vekst i befolkningstall i årene framover. Kommunens strategi er å løse befolkningens helse- og omsorgsbehov med hjemmebaserte tjenester i størst mulig grad. Kommunens tilbud om institusjonsplasser vil holdes stabilt. Dette gjør at behov for legebemannning i institusjonstjenestene ikke vil være direkte proporsjonal med befolkningsstørrelse. Men med en større befolkning på det samme antall institusjonsplasser, vil sykkeligheten og ressurskravet til hver plass bli større.

Følgende bemanning i perioden 2020-2022 vil kunne ivareta framtidens behov for legetjenester i heldøgns omsorg:

- Pasienter på langtidsavdeling: 0,41 legetimer per pasient ukentlig
- Pasienter på skjermet avdeling: 0,47 legetimer per pasient ukentlig
- Pasienter på rehab-/korttidsavdeling: 1,9 legetimer per pasient ukentlig
- Pasienter på palliative plasser: 5 legetimer per pasient ukentlig
- Pasienter på KAD: 5 legetimer per pasient ukentlig + særavtale om beredskap for legebemannning i helgene

Følgende bemanning i perioden 2022-2024 vil kunne ivareta framtidens behov for legetjenester i institusjonstjenesten:

- Pasienter på langtidsavdeling: 0,51 legetimer per pasient ukentlig
- Pasienter på skjermet avdeling: 0,59 legetimer per pasient ukentlig
- Pasienter på rehab-/korttidsavdeling: 3,5 legetimer per pasient ukentlig
- Pasienter på palliative plasser: 5 legetimer per pasient ukentlig
- Pasienter på KAD: 5 legetimer per pasient ukentlig + særavtale om beredskap for legebemannning i helgene

Anbefaling:

- Kommunen legger denne planens anbefalinger til grunn for styrking av legebemanningen i institusjonstjenesten. Det vil tilsvare en styrking med 0,3 legestillinger fram til 2022 og ytterligere 0,8 legestilling fram til 2024



## Bemanning helsestasjon- og skolehelsetjeneste

Helsedirektoratet har utarbeidet normtall for bemanning i helsestasjon- og skolehelsetjenesten. For legebemanning er det følgende anbefalinger:

- Helsestasjon: Per 100 nye fødsler per år – 20% legestilling
- Barneskole: Per 100 elever per årskull – 5% legestilling
- Ungdomsskole: Per 100 elever per årskull – 3,6% legestilling
- Videregående skole: Per 100 elever per årskull – 2,5% legestilling
- Helsestasjon for ungdom (HFO): Ikke normert

Tas det utgangspunkt i dagens befolkning og de anbefalte normtallene fra Helsedirektoratet, vil det gi følgende legebemanning i Rælingen kommune:

- Helsestasjon: 0,48 legestilling
- Barneskole: 0,125 legestilling
- Ungdomsskole: 0,09 legestilling
- Videregående skole: 0,063 legestilling
- Helsestasjon for ungdom: Ikke normert (dagens tilbud er 0,05 legestilling)

Kommunen har samlet sett har en legebemanning i tråd med anbefalte normtall. Men kommunen bruker mer legeressurs på helsestasjonen (0,60 mot anbefalt 0,48) og mindre på skolehelsetjenesten (0,16 mot anbefalt 0,28) enn det normtallene tilsier. I disse beregningene har vi holdt legebemanning på HFU utenfor (0,05).

	Dagens bemanning	Anbefalt (normtall)
Helsestasjon	0,60 stilling	0,48 stilling
Skolehelsetjeneste	0,16 stilling	0,28 stilling
Helsestasjon for ungdom	0,05 stilling	Ikke angitt (0,05 stilling)
<b>Samlet</b>	<b>0,82 stilling</b>	<b>0,82 stilling</b>

Tilbakemelding fra tjenestene er at dagens bemanning er tilstrekkelig, men sårbar hvis legen har sykefravær eller annet fravær. Det er behov for en buffer mot fravær, slik at ordinær drift kan opprettholdes. Det er meldt inn ønske om at legene kunne bidratt mer inn i forebyggende arbeid i barnehager og skoler sammen med helsesykepleier.

Ut ifra befolkningsprognoser vil det være behov for en økning på 0,07-0,10 legestilling knyttet til helsestasjon- og skolehelsetjenesten i 2024, hvis kommunen ønsker å følge Helsedirektoratets anbefalte norm.

### Anbefaling:

- Kommunen legger denne planens anbefalinger til grunn for styrking av legebemanningen i helsestasjon- og skolehelsetjenesten. Det vil tilsvare en økning med 0,10 legestilling fram til 2024

### **Fleksibel legeressurs**

Fleksibel legeressurs vil bli benyttet der behovet er størst den enkelte uke. Det kan være at pasientbelegget krever ekstra legeressurser eller for å dekke opp for fravær hos den ordinære legen.

Med nye krav i forbindelse med at kommunen blir utdanningsvirksomhet for leger i spesialisering i allmenntmedisin, organisering av kommunens legetjenester i samme avdeling og behov for å etablere en mer robust legetjeneste som kan ivareta svingninger i behov, er det hensiktsmessig med en mer fleksibilitet i legetjenestene enn det er i dag.

Når kommunen blir en utdanningsvirksomhet for spesialisering i allmenntmedisin, vil en god del legeressurser gå med til obligatoriske kurs og veiledning.

- LIS3 skal ha minimum 3 timer veiledning per måned (+ transporttid) gjennom hele det femårige spesialisingsløpet.
- LIS3 skal delta i veiledningsgruppe i 2 år, og skal da ha 3 timers gruppeveiledning hver annen uke (+transporttid)
- LIS3 skal delta på obligatoriske og valgfrie kurs 14 virkedager per år
- LIS3 skal ha regelmessig oppfølging av leder på progresjon av spesialiseringen og gjennomgang av oppnådde læringsmål.

Det er vanskelig å beregne eksakt hvor mye legeressurser som må settes av til spesialiseringen i allmenntmedisin, men anslagsvis vil 10% av hver LIS3 stilling gå med.

En felles organisering av legene vil kunne bidra til styrking og utvikling av et medisinsk fagmiljø. Det vil være hensiktsmessig med faste ukentlige møtearenaer for å kunne prioritere og fordele legeressursene best mulig.

#### Anbefaling:

- Kommunen skal styrke legebemannning med en fleksibel legeressurs. Det vil tilsvare 0,4 legestilling fram til 2022 og ytterligere 0,2 legestilling fram til 2024

### Oppsummert om legebemanning i helse- omsorgstjenesten:

	Dagens bemanning	2020-2022	2022-2024
Fjerdingby helsetun	0,7 stilling	1,0 stilling	1,5 stilling
Løvenstadtunet	0,4 stilling	0,4 stilling	0,5 stilling
Løvenstadtoppen	0,4 stilling	0,4 stilling	0,5 stilling
Forebyggende helsetjenester	0,8 stilling	0,8 stilling	0,9 stilling
Fleksibel legeressurs		0,4 stilling	0,6 stilling
<b>Samlet</b>	<b>2,3 stilling</b>	<b>3,0 stilling</b>	<b>4,0 stilling</b>

## 3. Organisering og forvaltning av fastlegetjenesten

I kommunehelsetjenesten er det fastlegene som yter størsteparten av den helsehjelpen kommunen er pliktig å tilby etter helse- og omsorgstjenesteloven. Fastlegene legger i stor grad grunnlaget for de øvrige helse- og omsorgstjenestene som kommunen tilbyr. En velfungerende fastlegetjeneste vil derfor være av stor verdi for kommunens muligheter til å tilby gode helse- og omsorgstjenester.

### Organisering og samhandling

Premissene for den kommunale fastlegeordningen bestemmes i stor grad av hovedforhandlingene mellom legeforeningen, kommunenes sentralforbund og staten. Kommunen forsøker å legge til rette for at arbeidsbetingelsene lokalt er slik at fastlegene har forutsetninger for å yte gode allmennlegetjenester til befolkningen.

Ansvaret for administrativ oppfølgingen av fastlegetjenesten er lagt til enhetsleder i enhet for familie og helse. Faglig og personlig oppfølging av fastlegene er lagt til kommuneoverlege. Oppfølgingen av fastlegene fungerer godt, men det er en ulempe at oppfølgingen av fastlegene og kommunalt ansatte leger ikke ligger i samme avdeling, da dette gjør det vanskeligere å knytte disse gruppene sammen. Et godt faglig og kollegialt miljø mellom alle leger i kommunen vil kunne bidra til en enhetlig og god fastlegetjeneste.

Elektroniske verktøy for å analysere legekantorenes pasienter og tjenester, er nyttig i kvalitetsforbedrende arbeid. Aggregerte pasientdata kan være utgangspunkt for refleksjon og identifisering av utfordringsområder. Senter for kvalitetsutvikling i legekantor (SKIL) anbefaler bruk av MEDRAVE som verktøy for dette.

Der innbyggere mottar tjenester hos både fastlegene og øvrige kommunale tjenester, er det viktig at samhandlingen og samarbeidet fungerer godt rundt den enkelte pasient. For å bidra til bedre

samarbeid rundt den enkelte pasient, har fastlegene og kommunen samhandlingsarenaer på et overordnet nivå (årlige fastlegesamtaler, ALU, LSU og tirsdagsmøter). De etablerte samhandlingsarenaene er velfungerende og tilstrekkelige.

Anbefaling:

- Fastleger og leger i andre allmennt medisinske stillinger skal være organisert sammen
- Kommunen skal bidra til samarbeid om faglig og kollegial utvikling i legetjenesten
- Kommunen skal bidra til bruk av elektroniske verktøy til kvalitetsutvikling i fastlegetjenesten

### **Antall hjemler i fastlegetjenesten**

I fastlegeforskriften står det: «Kommunen skal sørge for at et tilstrekkelig antall leger deltar i fastlegeordningen». Med dette menes at alle innbyggerne har mulighet til å velge en fastlege, og at det også er en viss valgfrihet for innbyggerne. Helst bør det være flere fastleger som har ledige plasser på listene, slik at innbyggere kan velge fastlege ut ifra preferanser som kjønn, alder, beliggenhet etc. Samtidig må kommunen ta hensyn arbeidsvilkår og betingelser for de eksisterende fastlegehjemlene. For mange nye hjemler vil kunne forringe inntektsgrunnlaget for de eksisterende hjemlene.

Anbefaling:

- Kommunen utarbeider kriterier for å vurdere etablering av nye hjemler. Hvis én av følgende kriterier er oppfylt, bør det vurderes å etablere en ny hjemmel:
  - Mindre enn 3 % ledige plasser på listene, totalt sett
  - Kun 2 fastlegelister med ledige plasser
  - Kun 1 legesenter med ledige plasser på listene

### **Kommunal eller privat fastlegehjemmel**

Med private fastlegehjemler med individuell avtale med kommunen, sikres innbyggerne forsvarlige allmennelegetjenester. Det er en velfungerende ordning som gir tjenester av høy kvalitet, og som også innbyggerne er fornøyde med. Det er også den mest kostnadseffektive måten kommunen kan oppfylle sine plikter til å gi innbyggerne allmennelegetjenester.

For at kommunen skal ivareta kravene om tilrettelegging for spesialisering i allmenntmedisin for de legene som er kommunalt ansatte, kreves det at det skal legges til rette for å jobbe minimum 2 år med uselektert allmennpraksis. Kommunale fastlegehjemler kan bli nødvendig for å ivareta dette behovet dersom det ikke er mulig med vikariater i et privat legesenter.

Kommunale fastlegehjemler kan i så fall knyttes til de eksisterende legesentrene ved at kommunen leier kontor, personell og utstyr av de private legesentrene. Ved å legge nye hjemler til de eksisterende legesentrene vil det styrke robustheten ved legesentrene. Kommunalt legesenter er kun aktuelt hvis det er minimum tre kommunale fastlegehjemler, for å sikre at legesenteret blir robust nok og kan ivareta plikter etter lov og forskrifter.

Anbefaling:

- Kommunale hjemler etableres hvis leger i spesialisering har behov for uselektert allmennpraksis og det ikke er mulig å vikariere ved privat legesenter
- Kommunale hjemler knyttes fortrinnsvis til de eksisterende legesentrene. Hvis kommunen etablerer tre eller flere kommunale hjemler, bør det vurderes å etablere et kommunalt legesenter

## 4. Kommunen som utdanningsvirksomhet

Kommunene har tidligere hatt et ansvar for å legge til rette for turnustjenesten for leger. Nå har turnuslegene blitt erstattet av *Leger i spesialisering 1* (LIS1), og kommunen har fått et større ansvar for å legge til rette, følge opp underveis og kontrollere at LIS1-legene har tilegnet seg nødvendige kunnskaper og ferdigheter. I tillegg har kommunene fått ansvar for å legge til rette for videre spesialisering i allmenntmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin. *Lege i spesialisering 3* (LIS3) går et femårig utdanningsløp, etter LIS1-tjenesten, for å bli spesialist i allmenntmedisin, samfunnsmedisin eller arbeidsmedisin.

### **Plassering og oppfølging**

Det formelle ansvaret for at kommunen oppfyller sine plikter som utdanningsvirksomhet, skal tydelig plasseres i organisasjonen. Den praktiske organiseringen og oppfølgingen av den enkelte lege krever medisinsk faglig kompetanse og legges til kommuneoverlegen.

Anbefaling:

- Leder for den nye avdelingen for legetjenester har det formelle ansvaret for at kommunen oppfyller sine plikter som utdanningsvirksomhet
- Kommuneoverlegen følger opp utdanningsplanene til den enkelte fastlege og kommunalt ansatte lege som er i spesialisering i allmenntmedisin

### **Spesialisering i allmenntmedisin**

Forholdene ligger best til rette for å spesialisere seg i allmenntmedisin for de legene som har en fastlegehjemmel. De fleste læringsmålene kan oppnås mens legen jobber i en uselektert allmenntpraksis.

Det er mulig å legge til rette for spesialisering i allmenntmedisin for leger i andre allmenntmedisinske stillinger (sykehjem, helsestasjon), men de må da jobbe minimum 2 år jobbe i en uselektert allmenntpraksis.

Ved at spesialisering i allmenntmedisin foregår mens lege jobber i fastlegehjemmel, vil viktige prinsipper med fastlegeordningen bli ivaretatt - kontinuitet i fastlegetilbudet til innbyggere. Tilrettelegging for spesialisering i allmenntmedisin for leger i fastlegehjemler vil også være den mest kostnadseffektive måten å utdanne leger på.

Hvis en tenker at kommunen fortrinnsvis ønsker at spesialiseringen av legespesialister skjer i fastlegehjemler, må kommunen sørge for å rekruttere og beholde legespesialister til stillingene for annet allmenntmedisinsk arbeid. Dette betyr at vi må legge til rette for et spennende fagmiljø med gode arbeidsbetingelser, slik at dette blir attraktive arbeidsplasser for legespesialister.

Anbefaling:

- Spesialisering i allmenntmedisin bør fortrinnsvis skje i fastlegehjemler med individuell avtale med kommunen
- Kommunen legger til rette for å rekruttere og beholde legespesialister til stillinger for annet allmenntmedisinsk arbeid

## 5. Gode legetjenester til alle innbyggergrupper

Både de medisinskfaglige utfordringene og ivaretagelse av pasient- og pårørende rettigheter er stadig mer tidkrevende for pasienter i institusjonstjenesten. Kommunen bør prioritere god legedekning, for å møte disse utfordringene på en god måte. For de pasientene som kun har behov for heldøgns omsorg i en periode, kan god tilgang på legetjenester under et korttidsopphold, være med å legge grunnlaget for en stabil og avklart situasjon i hjemmet.

Fastlegeordningen sikrer effektiv tilgang på allmennlegetjenester til hele befolkningen. Mesteparten består av rask avklaring av begrensede problemstillinger. Pasientene tar selv ansvar, for å følge opp råd og oppfølging fra fastlegen. Noen innbyggere har vanskeligheter med å benytte seg av eller få dekt behov for helsetjenester i fastlegeordningen. Det kan være kommunikasjonsvansker, vanskeligheter med å ta ansvar for oppfølgingen eller vanskeligheter med å bestille time eller møte opp på legesenteret.

Kommunen og fastlegene har et felles ansvar for å oppdage og følge opp de som ikke selv kan ivareta helsesituasjonen sin. For pasienter uten kommunale tjenester, er det fastlegen eventuelt sammen med pårørende, som legger til rette for at pasienten får dekt sine behov for legetjenester.

For pasienter med kommunale tjenester bør fastlegen og de kommunale tjenestene, ha et felles ansvar for å legge til rette for at pasienten får dekt sine behov for legetjenester.

Det bør sikres at pasientene kommer på nødvendige kontroller hos fastlegen. Pasienter med kroniske lidelser bør til legekonsultasjon minimum årlig. Det bør også sikres at pasientene blir forstått, at pasienten forstår det som gis av informasjon og at nødvendig informasjon blir tilgjengelig for fastlegen slik at det kan tas best mulige valg for pasienten. De kommunale tjenestene har i mange tilfeller viktig informasjon om pasienten, og når pasienten samtykker, bør det sikres at de kommunale tjenestene aktivt gir nødvendig informasjon til fastlegen. PLO-meldinger og felleskonsultasjoner er nyttige redskap.

Med fokus på hjemmebasert omsorg og nye muligheter innen velferdsteknologi kan kommunen løse store omsorgsoppgaver i hjemmet, slik at pasienter med kompliserte behov innen helse og omsorgstjenester kan bo hjemme hos seg selv. Det er ingen tilsvarende opprusting av fastlegetjenesten. For at denne pasientgruppen skal få gode helsetjenester, krever det at hjemmebaserte tjenester har kompetanse og ressurser til å gjøre gode observasjoner, formidle dette til fastlegen og kunne følge opp råd og tiltak fra fastlegen. Noen kommuner har sett det hensiktsmessig å ha fast legeveiledning av hjemmebaserte tjenester (hjemmesykepleie, psykisk helse og avhengighet, bemannede omsorgsboliger), for å sikre at tjenestene holder et forsvarlig medisinskfaglig nivå. Rælingen kommune bør vurderer å etablere medisinskfaglig veiledning av de hjemmebaserte tjenestene.

Fastlegen og hjemmebaserte tjenester må ha et tett samarbeid. Fortsatt bruk av elektroniske meldinger vil være viktig, men også en økende bruk av felleskonsultasjoner.

Eventuelle kommunale fastlegehjemler kan gi kommunen større mulighet til å styre driften til å ivareta særskilte befolkningsgrupper på en bestemt måte, hvis kommunen mener at det er hensiktsmessig.

Anbefaling om hvordan kommunen skal ivareta gode legetjenester til alle innbyggergrupper

- God legedekning til pasienter i institusjonstjenesten
- Hjemmebaserte tjenester bør bidra til at pasienter med kommunale tjenester får dekt sine behov for legetjenester
- Hjemmebaserte tjenester bør ha tilgang på medisinskfaglig veiledning
- Hjemmebaserte tjenester bør bruke felleskonsultasjoner hos fastlegen i større grad