



**HAMMERFEST
KOMMUNE**



Plan for legetjenesten 2018-2021



En del av helse- og omsorgsplanen

1 INNHOLD

2	INNLEDNING.....	3
2.1	BAKGRUNN OG FORMÅL FOR PLANEN, SAMT MÅLSETNING	3
2.2	KOMMUNEPLANENS SAMFUNNSDEL/ FOLKEHELSE OG LEGETJENESTEN	4
	<i>Livskvalitet og folkehelse.....</i>	4
	<i>Kunnskap og kompetanse</i>	4
	<i>Tjenester og demokrati</i>	4
2.3	HVA ER SAMFUNNSMEDISIN	5
2.4	HVA ER ALLMENNEMEDISIN	5
2.5	OM FASTLEGEORDNINGEN	5
2.5.1	Utfordringer	6
2.5.2	Listelengde/ antall fastleger/ tilgjengelighet	6
3	FREMTIDENS BEHOV OG ANBEFALTE TILTAK	8
3.1	GENERELT	8
3.2	TILTAK I FASTLEGETJENESTEN.....	9
3.1.1	Kapasitet	9
3.1.2	Areal	10
3.1.3	Samhandling.....	11
3.1.4	Spesialistutdanning og etterutdanning	11
3.1.5	Undervisning/veiledning	12
3.1.6	Kvalitetsarbeid og kompetanseheving	12
3.1.7	Hjelpepersonell.....	13
3.1.7	Oppsummering, tiltak for fastlegetjenesten	13
3.3	TILTAK, KOMMUNALE OPPGAVER	14
3.3.1	Samfunnsmedisin	14
3.3.2	Sykehjem	14
3.3.3	Helsestasjon	15
3.3.4	Oppsummering, tiltak for kommunale oppgaver.....	16
3.4	TILTAK LEGEVAKT.....	16
3.4.1	Oppsummering tiltak for legevakt.....	17
4	BAKGRUNNSINFORMASJON: ORGANISERING, DRIFT OG KAPASITET	17
4.1	ORGANISASJONSKART.....	17
4.2	FASTLEGETJENESTEN I KOMMUNEN	18
4.2.1	Fastlegene, drift og kapasitet.....	18
4.2.2	Hjelpepersonell.....	20
4.3	KOMMUNALE OPPGAVER	20
4.3.1	Sykehjem	21
4.3.2	Helsestasjon	21
4.3.3	Veiledning.....	21
4.4	LEGEVAKT	21
4.4.1	Legevakt	21
4.4.2	Øyeblikkelig hjelp på dagtid	22
4.4.3	Annen vaktberedskap.....	22
4.5	SAMFUNNSMEDISIN	22
4.6	DAGENS REKRUTTERINGS- OG STABILISERINGSTILTAK	23
5	BAKGRUNNSINFORMASJON: UTFORDRINGER I LEGETJENESTEN	23
5.1	NASJONALE TRENDER	23
5.2	LOKAL UTFORDRINGER.....	24
5.1.1	Legekapasitet	24
5.1.2	Stabilitet	24
5.1.3	Hjelpepersonell.....	25
5.1.4	Lokaliteter	25
5.1.5	Driftsformer.....	25
5.1.6	Rekruttering	26

5.1.7	Kvalitet og manglende ledelse	26
5.1.8	Listelengde og lokale forhold	26
5.1.9	Samhandling.....	27
5.1.10	Eksempler på kommuner som har lyktes med stabilisering	27
5.1.11	Legevakt	27
6	PRIORITERINGER AV TILTAK OG ØKONOMI	28
6.1	PRIORITERINGER OG KOSTANDER	28
6.1.1	Prioriterte tiltak:	28
6.1.2	ØVRIGE TILTAK I UPRIORITERT REKKEFØLGE:	28
6.2	LOKALE STYRINGSMÅL	29
7	VEDLEGG	30
7.1	LOVER, FORSKRIFTER, AVTALER, STORTINGSMELDINGER.....	30

2 INNLEDNING

2.1 BAKGRUNN OG FORMÅL FOR PLANEN, SAMT MÅLSETNING

Visjonen «**Sammen for Hammerfest**» er vår felles drivkraft til å skape gode helsetjenester for alle i kommunen. Hammerfest kommune har til nå ikke hatt en plan for legetjenesten. Plan for legetjenesten skal være rådmannens verktøy for å iverksette og følge opp politiske vedtak. I henhold til rammeavtalen mellom KS og Legeforeningen (ASA 4310) skal kommunen utarbeide en slik plan:

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.

Planen vil gi en oversikt over det allmennmedisinske, og en del av det samfunnsmedisinske arbeidet, i kommunen. Planperioden er fra 2018-2021, med revidering hvert år.

Planen er underordnet kommuneplanens samfunnsdel 2015-2027, og helse- og omsorgstjenesteplan som nå er under utarbeiding.

Planen starter med å knytte kommuneplanenes samfunnsdel opp mot folkehelse og legetjenesten. Videre er hovedfokus på framtidens behov og tiltak i legetjenesten, med tanke på å lykkes med rekruttering og stabilisering. Til slutt finnes bakgrunnsinformasjon som organisering, drift og kapasitet av legetjenesten og utfordringer i legetjenesten i Hammerfest.

Mandat:

Å gi en fremstilling av legetjenesten i Hammerfest, beskrive dagens utfordring og framtidens behov og foreslå tiltak etter lokale styringsmål.

Målsetning

Det finnes ingen klare nasjonale eller politiske målsetninger for fastlegeordningen eller primærhelsetjenesten. Heller ikke i Stortingsmelding 26 «Fremtidens primærhelsetjeneste –nærhet og helhet» er det satt opp målsetninger for primærhelsetjenesten. Det nærmeste vi kommer en målsetning, er paragraf 1 «Formål og definisjoner» i Fastlegeforskriften:

«Formålet med fastlegeordningen er å sikre at alle får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid, og at personer bosatt i Norge får en fast allmennlege å forholde seg til.»

Ut fra det ovenstående, er hovedmålene for Hammerfest kommune:

- å gi tilstrekkelig legetjenester av god kvalitet til befolkningen
- å ha en god rekruttering og stabilisering i legetjenesten

Strategier for å nå hovedmålet fremkommer i form av tiltakene i kapittel 3 i planen: «Fremtidens behov og anbefalte tiltak».

2.2 KOMMUNEPLANENS SAMFUNNSDEL/ FOLKEHELSE OG LEGETJENESTEN

LIVSKVALITET OG FOLKEHELSE er et av fem satsingsområder Hammerfest kommune har valgt i kommuneplanens samfunnsdel 2015-2027:

Strategi 1C: prioritere helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende aktiviteter for alle aldersgrupper, med vekt på lavterskeltilbud.

90 % av folkehelsen skapes utenfor helsevesenet, og 10 % skapes i helsetjenesten. Dette fordi helsen skapes der folk lever og bor, nemlig i lokalsamfunnet. Helsetjenesten reparerer i hovedsak helsen vår når vi har fått symptomer eller er blitt syke. Fastlegene er likevel en svært viktig ressurs til den delen av folkehelsen som skapes i behandlingsapparatet. Fastlegene bidrar til å forebygge sykdom og fremme helse gjennom for eksempel svangerskapsomsorgen og ved å ta celleprøver hos kvinner. Viser her til #sjekke deg kampanjen som var høsten 2017, hvor Hammerfest utmerket seg.

I dag ser vi at fastlegeordningen og finansieringssystemet rundt fastlegene begrenser deres deltakelse i folkehelsearbeidet. Den etablerte arenaen for å drive folkehelsearbeid for legene er helsestasjon og skolehelsetjenesten. 98 % av alle barn følger helsestasjonsprogrammet første to år. Her kan legene sammen med helsesøstre drive viktig folkehelsearbeid.

Det ligger muligheter i mer forebyggende arbeid ved fastlegesentrene. Ved å bygge større legesentre med flere helsepersonellgrupper involvert, har man mulighet til å drive mer forebyggende arbeid.

KUNNSKAP OG KOMPETANSE er et annet satsningsområde:

Strategi 5G: styrke det tverrfaglige samarbeidet rundt barn og unge med sammensatte behov og ha systemer som setter oss i stand til å iverksette tiltak tidligst mulig.

I det tverrfaglige samarbeidet rundt barn og unge vil det for mange være aktuelt å ha fastlege med. Legene i helsestasjonen og skolehelsetjenesten kan også bidra til tverrfaglig samarbeid.

TJENESTER OG DEMOKRATI er et tredje satsningsområde:

Strategi 18B: kommunale tjenester skal tilpasses endrede behov og mangfoldet i befolkningen.

Strategi 19A: vi skal videreutvikle kompetanse og rutiner som sikrer høy kvalitet i beslutningsgrunnlaget for investeringer og drift».

For legetjenesten er de viktigste endringene i befolkningen økt bosetting av flyktninger, en stor andel innvandrere, eldrebølgen og folkeveksten generelt. Det er behov for mer forskningsbasert kunnskap på lokalt nivå. Det må settes av tid til forskning og det må ledes av allmennlegene selv.

2.3 HVA ER SAMFUNNSMEDISIN

Samfunnsmedisin innebærer **medisinskfaglig rådgiving for hele kommunen**, og er en kommuneoverlegefunksjon. Kommuneoverlegene jobber på tvers av sektorene og er organisatorisk plassert under rådmannen.

Et av målene for dette fagfeltet er å fremme folkehelsen. Samfunnsmedisin handler om samspillet mellom samfunnet og befolkningens helse. Andre arbeidsområder er beredskapsarbeid, samhandling innad i kommunen og med spesialisthelsetjenesten, miljørettet helsevern, saksbehandling, planarbeid og kvalitetsarbeid. Samfunnsmedisin i legetjenesten, som denne planen omhandler, er kun en liten del av arbeidsområdet.

2.4 HVA ER ALLMENNMEDISIN

Allmennmedisin er definert som helsetjenester utført av allmennlegen. Allmennlegen jobber i primærhelsetjenesten, og skal ha generell kunnskap om sykdommer og helseplager som rammer befolkningen. Oppgavene til allmennlegen favner alle livsfaser fra omsorgen for det ufødte liv til ivaretagelse av den døende pasienten.

Allmennmedisin omfatter følgende tjenester: **fastlegetjenesten, legevakt og kommunale legeoppgaver**.

Organisatorisk er allmennmedisin egen virksomhet i sektor helse- og omsorg. Virksomhetsleder ivaretar de administrative oppgavene, økonomi- og personalansvar for legetjenesten. Fastlegeordningen, fastlegeforskriften og sentrale avtaler regulerer hvordan legetjenesten skal organiseres i kommunen.

Samarbeidet i legetjenesten er formalisert gjennom to utvalg:

- 1) **Allmennlegeutvalget (ALU)**: skal bidra til nødvendig samarbeid mellom legene i kommunene. Dette utvalget kan fremme saker for LSU på vegne av allmennlegene.
- 2) **Lokalt samarbeidsutvalg (LSU)**: skal legge til rette for samarbeid mellom legene og kommunen, og sikre allmennlegene innflytelse, slik at driften skjer på en hensiktsmessig måte.

2.5 OM FASTLEGEORDNINGEN

Gjennom **fastlegereformen** i 2001 fikk kommunene plikt til å organisere allmennlegetjenester slik at hver pasient fikk sin faste lege, en fastlege.

Formålet med fastlegereformen:

- Å heve kvaliteten gjennom bedre tilgjengelighet til legetjenesten.
- Å gi mulighet for kontinuitet i lege-pasientforhold.

Hovedmodellen i fastlegeordningen er at allmennleger er selvstendig næringsdrivende i helprivate kontorer. Denne modellen er utgangspunkt for de nasjonale føringene, og utgangspunktet for finansieringssystemet. Modellen har vært gjennomførbar i de store byene, men ikke i distriktskommunene. I Hammerfest gikk alle legene over i hel- eller delvis selvstendig drift når fastlegeordningen ble innført. Etter hvert ble det et ønske om, og en mulig til, å få en kommunal ansettelse.

Forskrift om fastlegeordning i kommunene gir fastlegen en tredelt rolle:

- 1) Fastlegetjenesten
- 2) Kommunale oppgaver*
- 3) Legevakt*

*Kommunale oppgaver og legevakt kommer i tillegg til fastlegearbeidet. Fastlegene kan også tilpliktes deltagelse i kommunalt organisert legevakt frem til fylte 60 år.¹ Og kommunen kan tilplikte fastleger til allmennmedisinske offentlige oppgaver knyttet til sykehjem, helsestasjon, skolehelsearbeid mv, i inntil 7,5 timer per uke.

Fastlegeordningen har vært en av de mest suksessrike reformene i Norge i nyere tid. Det personlige listeansvaret var nøkkelen til suksess. Tidligere evalueringer har konkluderte med at innføringen av ordningen i hovedsak har vært vellykket. Det er derfor god grunn til å ta vare på de grunnleggende strukturene i dagens fastlegeordning. I områder med stabilitet i legestillinger og/eller god rekruttering til stillingene, har ordningen bidratt til god kontinuitet i lege-pasient forhold.² «Innbyggerundersøkelsen 2017» utført av Direktorat for forvaltning og IKT, viser at fastlegetjenesten totalt scorer 86 av 100 poeng på brukertilfredshet. Dette kategoriseres som svært fornøyd.

2.5.1 UTFORDRINGER

Fastlegeordningen fungerer imidlertid ikke like godt for pasienter som ikke selv etterspør helsetjenester, eller som har vansker med å oppsøke legekontor på eget initiativ. Fram til 80-tallet var sykebesøk i pasientens hjem vanligere enn i dag. Mange hjemmeboende er sykere og mindre mobile enn før, og det kan derfor være en stor belastning å bli transportert til legekontor eller til legevakt.³ Likevel sikrer fastlegeordningen tross alt at disse pasientene har en ansvarlig lege, noe de ikke hadde før fastlegeordningen. Erfaringsmessig er det også enklere for fastlegene å prioritere hjemmebesøk dersom listelengden, og dermed arbeidsmengden, reduseres.

Med samhandlingsreformen ble det forutsatt en betydelig styrking av antallet leger i kommunene. Dette er ikke realisert.⁴ Det er også et fokus fra flere hold, blant annet kommunenes sentralforbund (KS), på at det er for lite kommunal ledelse og dårlig integrering av fastlegene. Evaluering av samhandlingsreformen har bekreftet disse tendensene.

De siste årene har allmennlegenes arbeidsoppgaver blitt betydelig flere uten at dette har blitt kompensert i form av flere leger. Rammebetingelsene har også blitt dårligere. Dette har ført til betydelig rekrutteringssvikt nasjonalt og man ser at dette også rammer de store byene. I Hammerfest har det vært ustabilitet i de faste ansettelsene. Dette gir stor slitasje på de legene som blir igjen. Det er derfor ekstra viktig at man rekrutterer leger i ledige stillinger. De siste årene har også arbeidsbelastningen blitt betydelig større, og flere leger har sluttet fordi belastningen har blitt for stor.

2.5.2 LISTELENGDE/ ANTALL FASTLEGER/ TILGJENGELIGHET

Det nasjonale normtallet på 1500 pasienter pr liste har ikke blitt endret seg siden 2001, til tross for at Helsedirektoratet anbefalte reduksjon allerede i 2008.

Oppgavene har derimot økt vesentlig siden 2001, se boks 1 under. En slik oppgave-økning krever en tilsvarende reduksjon i listelengde i nasjonal norm. Det er nå et nasjonalt fokus på at hele fastlegesystemet står i fare for å ødelegges på grunn av enormt stort arbeidspress. Det er store rekrutteringsproblemer til yrket, og mange fastleger slutter. Fastlegene i Hammerfest rapporterer at den økte arbeidsmengden gjør at nærmere halvparten av fastlegens arbeid nå skjer uten pasient på kontoret.

¹ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>

² Norsk forskningsråd. Evaluering av fastlegereformen 2001-2005; sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter. 2006.

³ Helse- og omsorgsdepartementet. St.meld.nr.47 (2008-2009), Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid.

⁴ Helse- og omsorgsdepartementet. St.meld.nr.47 (2008-2009), Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid.

Boks 1 Eksempler på oppgaver som har blitt overført til fastlegene i Norge uten at rammene for listelengde har blitt endret:

- Etter samhandlingsreformen skrives pasientene tidligere ut fra sykehus til kommunene, og fastlegene har der for en sykere pasientpopulasjon som krever mer oppfølging.
- Fastlegene forventes å koordinere pasientforløp i større grad enn før, og følge opp pasienter som tidligere ble fulgt opp på poliklinikkene på sykehus.
- Krav om årlig legemiddelgjennomgang for pasienter med tre eller flere faste medisiner.
- Sykemeldinger, strengere krav fra 2015:
hyppigere dialogmøter i forbindelse med sykemeldinger, økte krav til legeerklærings omfang og hyppighet, allmennleger har ikke mulighet til å utstede sykemeldinger for lenger enn fire uker av gangen (i motsetning til sykehusspesialister). Dette betyr flere konsultasjoner hos fastlege i sykemeldingsforløp.
- Nye førerkortregler fra 2016:
oppgaven har tidligere tilhørt fylkeslegen, nå skal fastlege vurdere alle tilfeller hvor det er spørsmål om pasienten har helsemessige årsaker til ikke å inneha førerkort. Dette handler om alt fra besvimelser, epilepsi, diabetes, hjertesykdom, vanedannende medikamenter eller adferdsforstyrrelser - listen er lang og jobben er omfattende.
- Legeerklæring ved sykefravær i videregående skole fra 2016.
- Stadig flere får privat helse- og livsforsikring, krever at fastlege utsteder legeerklæring.
- Tydelig krav om å prioritere hjemmebesøk til utsatt grupper.
- Økende andel eldre i befolkningen
- Større krav til dokumentasjon
- Krav om tilgjengelighet (fastlegeforskriften, 2013):
fastlegen skal normalt være tilgjengelig på telefon innen to minutter for 80 prosent av alle telefonhenvendelser og ventetid på konsultasjon skal normalt ikke overskride fem dager.
- Fastlegene skal ha større fokus på individrettet forebygging
- Endring i lovgivningen innen psykisk helsevern gjør at fastlegene overtar mer av de alvorligst psykisk syke.
* denne listen viser ikke lokale forhold som påvirker arbeidsmengde/ listelengden i Hammerfest. Se neste boks for «Lokale forhold som påvirker arbeidsmengde og listelengde i Hammerfest».

Boks 2 Lokale forhold som påvirker arbeidsmengde og listelengde i Hammerfest:

- Fastlegene i kommunen må behandle pasienter med psykiske lidelser og livskriser. Dette er store pasientgrupper som i andre byer direkte oppsøker privatpraktiserende psykolog/ psykiater.
- Det finnes ikke akuttpsykiatrisk tilbud i Hammerfest eller i Finnmark forøvrig, noe som kompliserer håndteringen av alvorlige akuttpsykiatriske tilfeller for fastlegene med tanke på logistikk og ivaretagelse av pasienten i påvente av transport til Tromsø. Det forventes også at fastlegene tar vare på, og behandler, sykere pasienter enn tidligere.
- Stort vikarbruk og mange korttidsvikarer krever opplæring, og medfører ofte dårligere tjenestekvalitet og oppfølging. Dette gir merarbeid for det øvrige legekollegiet.
- Det er ingen privatpraktiserende spesialister i hud, gynekologi, psykiatri, øre/nese/hals og øye sykdommer i Hammerfest. I andre byer kan pasientene bestille time direkte hos disse i stedet for hos fastlege. Dette utgjør mange konsultasjoner og oppfølginger årlig.
- Underkapasitet og mangel på heldøgnbemannede omsorgsboliger i Hammerfest medfører at flere multisyke eldre blir boende hjemme og ivaretas av blant annet fastlegen.
- Det er mer komplisert å spesialisere seg for unge leger i Finnmark, reisetid til

- veiledningsgruppe og kurs innebærer lengre fravær fra kontoret enn i mer sentrale strøk.
- Folk er sykere i Finnmark enn i landet for øvrig, på grunn av dårligere levevaner.⁵ Dette betyr større jobb for fastlege med tanke på forebyggende arbeid, og motivasjon til livsstilsendringer i tillegg til behandling av etablert sykdom som følge av levevanene.
 - Lang ventetid på fysioterapitime. En stor andel av pasientene hos fastlegene har muskel- og skjelettplager, og fastlege må følge opp i ventetiden på fysioterapitime, gjerne med et sykemeldingsløp.

*Se også tabellen over for nasjonale forhold som påvirker arbeidsmengde og dermed listelengde.

Befolkningen reagerer ofte på at fastlegen ikke er tilgjengelig på kontoret når de ønsker time, men fastlegene har også andre oppgaver som gir fravær fra kontoret. Se eksempler på dette i boksen under. Pasienten har alltid rett til time hos annen lege ved samme kontor når fastlegen ikke er tilgjengelig.

Boks 3 Årsaker til at fastlegen ikke er tilgjengelig for time på kontoret:

- Pålagte kommunale oppgaver som sykehjem, helsestasjon osv.
- Samfunnsmedisinske oppgaver som kriseteam, smittevern osv.
- Avspasering etter legevakt med nattarbeid.
- Obligatorisk kurs i grunn- eller videreutdanning.
- Obligatorisk veiledning/utfører veiledning.
- Tverrfaglige møter/ansvarsgruppemøter angående pasienter.
- Hjemmebesøk/utrykning.
- Daglegevakt.
- Samarbeidsmøter med spesialisthelsetjenesten, NAV osv.

3 FREMTIDENS BEHOV OG ANBEFALTE TILTAK

3.1 GENERELT

Rekruttering/ stabilisering

Erfaringene fra de siste årene tilsier at Hammerfest kommune må jobbe mer strukturert med stabilisering av fastleger i hjemlene sine. Kommunen har de siste ti årene stort sett rekruttert unge leger direkte fra turnustjeneste, eller med kort arbeidstid etter turnus. Dette betyr at kommunen har hatt flere leger i spesialisingsløp og fødselspermisjoner.

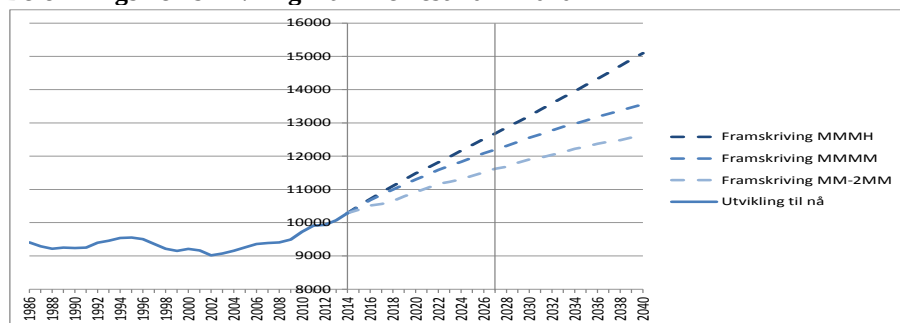
Vi må videreføre det gode rekrutteringsarbeidet som gjøres, slik at vi også for fremtiden fortsetter å rekruttere leger med tilknytning til Hammerfest. Her er det viktig å ha fokus på medisinstudentene som utdannes i Hammerfest, samt studenter i Tromsø med lokal tilhørighet. Erfaring tilsier at de er lettest å rekruttere, og har størst tendens til å bli etter spesialiseringen.

Dimensjonering:

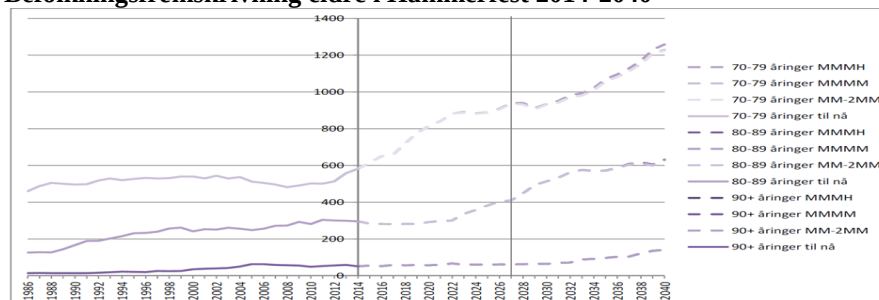
Legetjenesten må dimensjoneres slik at det er tilstrekkelig med ressurser til å ta unna de nye oppgavene og kravene som allerede er innført (se boks 1 og 2), og som kommer i årene fremover. Dette gjelder både hjelpepersonell og leger. Tilveksten må inkludere Kvalsund fra 2020.

⁵ Folkehelseplan, Hammerfest kommune. 2017.

Befolkningsfremskrivning Hammerfest 2014-2040



Befolkningsfremskrivning eldre i Hammerfest 2014-2040



Kurvene over viser at befolkningen i Hammerfest forventes å øke i årene fremover, samtidig som det vil bli flere eldre i kommunen. Samlet sett gir dette alene et behov for økte tjenester fra fastlegene. Det vil også bli en kommunesammenslåing med Kvalsund i 2020. Det er signalisert at legekontoet i Kvalsund vil bestå etter sammenslåingen. Kvalsund har to leger til sin befolkning på rundt 1050 personer. Den ene legen er også kommuneoverlege i en bistilling.

Tiltakene som følger i dette kapitlet vil være med på å rekruttere leger fordi arbeidspresset blir mindre, og fordi legene kan velge mellom å fullføre spesialiseringen som kommunalt ansatt eller selvstendig næringsdrivende.

Tiltakene vil også stabilisere de legene vi allerede har fordi arbeidsbelastningen blir mindre, og det blir et øket fokus på faglighet, samarbeid og kvalitet i tjenesten. Flere tiltak vil virke på både rekruttering og stabilisering. I tillegg vil tjenestetilbudet til befolkningen bli bedre fordi legen får mer tid til hver enkelt pasient, og den faglige kvaliteten øker.

3.2 TILTAK I FASTLEGETJENESTEN

3.1.1 KAPASITET

Det må etableres to nye fastlegehjemler i 2018 og to til i 2019-2020. Hjemlene bør utlyses som utdanningsstillinger.

Siste nye fastlegehjemmel ble opprettet i 2012, siden da har Hammerfest økt med 500 personer, og vi er dermed på etterskudd med tanke på ny hjemmel. Befolkningen er ventet å øke. Siden legene vi rekrutterer er leger i spesialisering, noe som innebærer kortere lister, betyr det to nye hjemler allerede i 2018. I denne beregningen er det tatt hensyn til både oppgaveveksten som har vært (se boks 1), og det økende folketallet. Frem mot 2020 vil behovet være ytterligere to hjemler.

Det er anslått et mål for listelengde på bakgrunn av erfaringskunnskap fra allmennlegene i Hammerfest, bedømt ut fra dagens situasjon. Den tilsier 200 pasienter per kurative dag for spesialister og 150 pasienter per kurative dag for leger i spesialisering. Det betyr at en spesialist i spesialist i allmennmedisin med 20 % bistilling og 10 % administrativ tid bør ha en listelengde på 700

pasienter, og tilsvarende for leger i spesialisering, som i tillegg avviker lesetid, en listelengde på 450 pasienter. Dette krever flere fastleger, da listelengden i dag er 817 i snitt.

Samhandlingsreformen forutsatte at det ble flere fastleger i kommunene. Det har ikke skjedd. Flere av fastlegene ønsker i dag kortere lister på grunn av stort arbeidspress og overtid. Det kan ikke gjennomføres uten at det opprettes flere fastlegehjemler.

Befolkningen skal kunne velge å bytte fastlege, dette krever tilstrekkelig listekapasitet. Det er anbefalt 5 % ledig listekapasitet. Dette betyr at vi per i dag bør ha listekapasitet på til sammen 11.200 pasienter. Dagens fastleger har listekapasitet til 9200 pasienter. Hammerfest kommune må øke fastlegekapasitet med 2000 pasienter for å innfri anbefalingene. Kommunen har nå 3,5 % ledige plasser totalt på listene, før sommeren hadde vi 4,7 %. Mange av plassene er på lister uten en fast lege, fordi fastlegen har sagt opp, og listene skal utlyses. Prosenten er derfor enda lavere, og befolkningen har snart ikke en reell valgmulighet når det gjelder fastlege.

Legetjenesten er ikke tilstrekkelig dimensjonert i forhold til nye krav og oppgaver. Dette viser seg i form av at alle fastlegene de siste årene stadig har hatt mer ettermiddags-, helge- og kveldsarbeid til å administrere listen etter kontorets stengetid.

En annen indikator på at kapasiteten i legetjenesten ikke er tilstrekkelig, er bruken av legevakt til oppgaver som tilhører fastlegen. Legevakta får i økende grad henvendelser fordi det ikke har vært mulig å få time ved fastlegesenteret på dagtid.

Vi må sikre god fastlege-tilgjengelighet for pasientene og andre samarbeidspartnere. Det må også være mulighet for fastlegene å ha kapasitet til å dra på hjemmebesøk, samt å bidra i lindrende behandling i hjemmet. Dette er tidkrevende og presser frem et behov for kortere lister enn i dag.

Det er pr i dag vanskelig å få besatt samtlige kommunale bistillinger, og noen står tomme. Vi trenger også her mer kapasitet i form av flere fastleger.

Fravær i forbindelse med pålagt spesialisering og fri etter vakt kan ikke reduseres, men vi må organisere oss slik at vi tar høyde for dette. Dette medfører at sentrene må ha tilstrekkelig antall leger for at kollegial fraværdekning skal være realistisk.

Utdanningsstillinger for leger i spesialisering, er et tiltak som viser seg å ha god effekt i de pilotkommunene det har vært gjennomført. Legene får da en kommunal stilling med en noe kortere pasientliste, der det er lagt til rette for å bli spesialist. Kommunen har allerede slike stillinger i praksis uten at benevnelsen utdanningsstilling er brukt. Alle som vil får ansettelse med kommunal lønn, og kommunen har lagt til rette for veiledning og kurs, samt lesetid i sine rekrutterings- og stabiliseringstiltak, se kapittel 4.6. Legene bør også slippe å betale for en fastlegeliste ved tilsetting i slik stilling. Det anbefales at kommunen kaller dette utdanningsstillinger ved utlysning, da det kan virke rekrutterende.

3.1.2 AREAL

Det er behov for å starte planleggingen av et fjerde legesenter.

Det vil bli behov for nytt legesenter, med tanke på at vi trenger å opprette fire nye hjemler innen 2020. Vi har per i dag ikke kontor nok til at studenter kan ha eget kontor til å ta imot pasienter. Det kommer nå medisinstudenter til Hammerfest for å gå de to siste årene av utdannelsen.

Ved de tre eksisterende legesentrene er det per i dag ikke kontor til å øke antall hjemler. Det er kun ved Bryggen det er mulig å ombygge innenfor eksisterende sentre, men det vil være mulig å planlegge flere kontoret inn i nye lokaler for Allmed på Nissensenteret. Det er også mulig å etablere

delekontor, ved at to leger deler samme kontor og arbeider i fastlegepraksis hver sine dager og dekker korttidsfravær for hverandre. Slik sikres kontinuitet ved kontoret. Dette tenkes kombinert med 30-40 % kommunal oppgave, hvorav 10 % er lesetid. Det kan også kombineres med forskning. I og med at svært mye av fastlegearbeidet foregår uten pasient på kontoret, bør legene ha tilgang til kontorplass for å utføre annet pasientrelatert arbeid.

Det anbefales legesenter på minimum 5-6 leger for å stabilisere fastlegekapasitet, gi undervisning og redusere sårbarhet ved fravær og avspasering etter vakt. Det bør ikke være knyttet mer enn 3000 pasienter til hvert legesenter, da høyere pasienttall erfaringsmessig gir utfordringer i forhold til service.

3.1.3 SAMHANDLING

Det er behov for at det avsettes midler i budsjettet for forhåndsbestemt møtegodtgjørelse for fastlegene. Det er viktig med fokus på samhandling med sykehus og universitet ved bygging av nytt sykehus.

Fastlegens medisinskfaglige koordinerende rolle må styrkes og tverrfaglige møteplasser må sikres. Det er behov for samarbeidsarenaer mellom fastlegene og andre offentlige tjenester som NAV, rus/psykiatri, tjenesten for funksjonshemmede, fysioterapi, helsestasjon, VPP, jordmødre, frisklivssentralen, kreftkoordinator og hjemmetjeneste. For å muliggjøre at alle fastlegene kan delta i fellesmøter på dagtid må sentrene holdes stengt i denne tiden. Det gir økonomiske ringvirkninger.

Større legesentre med flere yrkesgrupper vil bidra til at pasienter kan få løst flere helseproblemer samme sted. Det bedrer samarbeidet. Det er derfor viktig med blant annet sykepleiere med spesialkompetanse som kan benyttes av legesentrene, spesielt jordmødre. For å sikre legenes tilstedeværelse på legesentret er det lurt å planlegge inn egne møterom på legesentrene.

Primærhelseteam bestående av lege, sykepleier og helsesekretær er nå en nasjonal satsning. Det er imidlertid både uklar finansiering, lovverk og faglig forankring for slike team i stortingsmeldingen. Fastlegekorpset i Hammerfest er klar på at det de ønsker er mer tid til hver pasient, og ikke en ny organisering i slike team. De frykter også dette vil bety ytterligere merarbeid for dem.

Hammerfest kommune har nylig inngått en intensjonsavtale til trepartssamarbeid med Finnmarkssykehuset og Norges arktiske universitet i forbindelse med bygging av nytt sykehus. Dette gir muligheter for samhandling rundt enkelte helsefunksjoner, ny legevakt, samt bygging av et nytt legesenter.

3.1.4 SPESIALISTUTDANNING OG ETTERUTDANNING

Alle leger i kommunen skal være spesialister eller under spesialisering

«Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten» slår fast at: «Kommunen skal sikre at leger som tiltrer en fastlegehjemmel, stilling ved kommunal legevakt eller annen stilling med oppgave om å yte helsehjelp i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven». Dette betyr at alle leger skal ha spesialistgodkjenning i allmennmedisin eller være under spesialisering. Kommunen må legge til rette for at dette skjer, ved at legene får nødvendig studietid til å oppnå de kompetansekrav som finnes for å oppnå eller beholde denne spesialiteten, og at de får den veiledning som trengs for å oppnå dette.

3.1.5 UNDERVISNING/VEILEDNING

Det må legges til rette for undervisning/ veiledning med både personale og arealer. Fokus på å rekruttere medisinstudenter.

Universitetet legger opp til mer allmennmedisinsk undervisning i distriktet. Hammerfest kommune skal være vertskommune for 24 femte og sjetteårs medisinstudenter, noe som øker rekrutteringsmulighetene. Det vil bli behov for 20 prosent undervisningsressurs ansatt ved universitetet. Det skal være 40 prosent undervisningsstilling totalt, en av fastlegene har allerede 20 prosent av denne. Det øvrige vil utlyses som to 10 prosentstillinger.

Undervisningen av medisinstudentene skal foregå på tvers av tjenester, dette krever fleksibilitet i tilgjengelighet. Vi må derfor øke legekapasiteten. Det må sikres tilrettelegging fra kommunen med avtaler om kommune-veileder (erfaren allmennlege) og det må legges studentveiledning til alle kommunale legeoppgaver. Vi vet at det å begynne i jobb i Finnmark eller være student her, gjør at folk lettere blir værende. Vi må jobbe aktivt for å rekruttere studenter og turnusleger.

3.1.6 KVALITETSARBEID OG KOMPETANSEHEVNING

Det må være medisinskfaglig ledelse ved sentrene, gode rutiner og felles journalsystem.

Fastlegene er fagansvarlige for seg selv, og må derfor drive systematisk kvalitetsarbeid i egen praksis. Virksomhetsleder har økonomi- og personalansvar, og skal ikke ha fagansvar. Kommunen ønsker å legge til rette for og støtte kvalitetsarbeid ved fastlegekontorene. Det trengs ledelse ved hvert kontor for å få dette til. Denne faglige ledelsen er det ønske om å formalisere i en faglederstilling ved hvert kontor, hvor en av legene har denne rollen. Dette bør organiseres gjennom en administrerende legeleder i 10 % stilling ved hvert senter for kvalitetsarbeid, systemutvikling og kontakt med kommunen.

Kvalitetsverktøy, internkontroll, skriftlige prosedyrer:

Per i dag er det usammenhengende prosedyrer basert på klagesaker. Kommuneoverlegen jobber med å få på plass gode rutiner ved klagesaksbehandling. Det skal også lages mer sammenhengende rutiner ved revidering av de eksisterende.

Senter for kvalitet i legetjenesten, SKIL, har utarbeidet et kvalitetsverktøy til bruk i allmennpraksis. Dette verktøyet kan kjøpes og etableres ved de tre sentrene.

Det er ikke gjennomført brukerundersøkelser om pasienttilfredshet eller fastlegeundersøkelser. Det bør utarbeides gode rutiner for kontraktsinngåelse ved ansettelse av vikarer og faste leger, samt rutiner for utlysning av ledige stillinger. Kommunen har mistet leger fordi de ikke har fått kontrakt i tide.

Digitale løsninger/ Journalsystemet:

Det er behov for en superbruker på IKT-systemet, slik det har vært tidligere. Dette må formaliseres i en deltidsstilling på hvert legesenter.

Direktoratet for e-helse jobber tett med EPJ-leverandørene (Elektronisk Pasient Journal) for å utvikle eksisterende og nye løsninger for kommunikasjon og samhandling i helsetjenestene. Legetjenesten tar i bruk nye løsninger etter hvert som de blir lansert.

Legetjenesten benytter CGM Journal som EPJ. CGM tilbyr digital dialog mellom pasientene og legesentrene via www.besøklegen.no. Legetjenesten abonnerer på tjenesten og har tilgang til å bruke full funksjonalitet, men vi har ikke vært særlig frampå med hensyn til å orientere og framheve

tjenesten på grunn av interne kapasitetsproblemer. Vi har nylig begynt å ta det litt mer i bruk, og kommer til å legge litt mer til rette for å bruke tjenesten og reklamere noe mer for det.

Helsenorge.no (Direktoratet for e-helse står bak) er en offentlig portal som tilbyr stadig nye helserelaterte tjenester og opplysninger. Direktoratet jobber med en digital dialog-løsning som skal tilbys alle Norges fastleger og legekontor via EPJ-leverandørene. CGM er i pilot med sin integrasjon av helsenorge.no, og så snart løsningen blir allment tilgjengelig kommer også legetjenesten til å bytte ut eksisterende løsning mot helsenorge.no sin løsning.

3.1.7 HJELPEPERSONELL

Det må settes av midler til kurs og etableres en fast vikarstilling

Hjelpepersonellet må integreres bedre i Helse- og omsorgssektoren. Det må lages en oversikt over eksisterende kompetanse, og rutiner for kurs og hospitering. Det må avsettes tilstrekkelig med kursmidler til dette. I tillegg bør det vurderes å etableres en vikarstilling, gjerne som et prosjekt, som kan dekke opp for sykefravær og kortere fravær i forbindelse med kurs og hospitering.

3.1.7 OPPSUMMERING, TILTAK FOR FASTLEGETJENESTEN

Fastleger:

- Etablere to ny fastlegehemler i løpet av 2018
- Etablere to hemler til 2019-2020
- Etablere studentkontor ved hvert legesenter for 5. og 6. års legestudenter
- Legeleder ved hvert senter i 10 % stilling
- Utarbeide et fastlønnsforslag med insentiv
- Utarbeide opplæringsrutiner for nytilsatte og vikarer
- Jobbe mot felles journalsystem på alle tre sentre
- Utrede muligheten for delekontor
- Utdanningsstillinger bør utlyses ved opprettelse av nye hemler
- Veiledet tjeneste for alle første året i allmennpraksis

Hjelpepersonell:

- Opprette vikarstilling som et prosjekt
- Utarbeide rutiner for kurs og hospitering

Kompetanse og kvalitetsarbeid:

- Innføre 5 % lesetid for spesialister
 - Lage gode rutiner for utlysning av stillinger og utarbeiding av kontrakter
 - Alle leger skal være spesialist eller i spesialistutdanning i allmennmedisin.
 - Alle leger skal ha personlig veiledning det første året i allmennpraksis. Veiledningen skal utvides på sikt.
 - Alle leger skal ha jevnlig veiledning på spesialiserings- og resertifiseringsprosessen.
 - Det innføres regelmessige felles fagmøter for leger og personale ved hvert legesenter.
 - Gjennomføre undersøkelser om pasienttilfredshet og fastlegetilfredshet
 - Vurdere innkjøp av verktøy for kvalitet i legetjenesten (SKIL)
-

3.3 TILTAK, KOMMUNALE OPPGAVER

3.3.1 SAMFUNNSMEDISIN

Det er behov en stilling innen miljørettet helsevern, og en «Samfunnsmedisinsk enhet»

De samfunnsmedisinske oppgavene ivaretas av kommuneoverlegene. Det oppleves å være tilstrekkelig kapasitet til medisinsk faglig rådgivning i kommunen. Organisatorisk plassering i rådmannens stab er hensiktsmessig i utøvelsen i samfunnsmedisin, og er en suksessfaktor med tanke på å lykkes med medisinsk faglig rådgivning i alle sektorer.

Det bør imidlertid i tillegg være et egnet fagmiljø for samfunnsmedisin. Det anbefales derfor at det opprettes en samfunnsmedisinsk enhet der kommuneoverleger og andre leger med samfunnsmedisinske bistillinger, samt eventuelt folkehelsekoordinator og kommunepsykolog kan jobbe sammen i et kontorfellesskap. En ansatt innen miljørettet helsevern kan også ha kontor her, se neste avsnitt. Det er allerede opprettet flere slike samfunnsmedisinske enheter rundt i Norge.

Innenfor fagområdet miljørettet helsevern mangler kommunen både kompetanse og kapasitet til å gjennomføre lovpålagte oppgaver som for eksempel tilsyn i skoler og barnehager. Det er behov for en egen stilling til miljørettet helsevern, gjerne i et interkommunalt samarbeid. En slik stilling kan innehas av en miljøhygieniker/ miljøkonsulent. Det er søkt om skjønnsmidler til dette, men stillingen bør komme på plass uavhengig av midlene.

3.3.2 SYKEHJEM

Det er behov for en demenslege. Tilsynsressursene kan omdisponeres.

Sykehjemsmedisin blir stadig mer komplisert. Det trengs systematisk fagutvikling, med undervisning av annet helsepersonell og kvalitetsarbeid. Fra 2016 er sykehjemsmedisin tellende til spesialitet i allmennmedisin. Dette er en viktig del av et løft for sykehjemsmedisinen i Norge, det er både rekrutterende og kvalitetshevende.

Det har vært foreslått en nasjonal standard for legetjenester i sykehjem.⁶ Denne standarden har latt vente på seg og det er derfor opp til hver kommune å definere sine behov.

Det finnes imidlertid en anbefaling fra Legeforeningen om behov for legeårsverk i sykehjem:

- Alminnelige langtidsplasser: minst 1 legeårsverk per 90 pasienter
- Korttidsplass for opphold av 3–4 ukers varighet: minst 1 legeårsverk per 20 pasienter
- Rehabiliteringsplass for mer aktiv utrednings-, behandlings- eller rehabiliteringsopphold: minst 1 legeårsverk per 10 pasienter
- Spesialavdelinger for demente med atferdsproblemer: minst 1 legeårsverk per 60 pasienter
- Palliativ behandling og/eller terminalomsorg: minst 1 legeårsverk per 6 pasienter.⁷

⁶ stortingsmelding «Mestring, muligheter og mening» 2005-2006

⁷ «Flere leger i sykehjemmene» fra 2012

Omskrevet til Hammerfest kommune blir dette:

	Rypefjord sykehjem:	Kirkeparken omsorgssenter: langtidsplasser	Kirkeparken omsorgssenter: intermediærenhet	Utsikten bokollektiv
Anbefalt legeressurs	37 ordinære sykehjemsplasser: 41 % skjermet demensenhet 7 % = 48 %	40 ordinære sykehjemsplasser: 10 % spesialplasser demens 33 % = 43 %	20 intermediærplasser: lindring 33 % rehabilitering 33 % øyeblikkelig hjelp 33 % Etterbehandling 33 % ordinær korttid 50 % = 182 %	8 spesialplasser psykisk utviklingshemming 15 %
Totalt per i dag	40 % stilling	Totalt på kirkeparken: 60 %+ 100% stilling		15 % stilling
Mangler	8 %	33 %		0 %

Det er politisk vedtatt 100 % legestilling til øyeblikkelig hjelp døgnetenhet ved intermediærenheten, 60 % av denne er besatt, 40 prosent vakant. Det er uhensiktsmessig at et helt legeårsverk skal øremerkes øyeblikkelig hjelp døgnetenhet, da denne kun består av 2 av 20 plasser på en intermediærenhet med 20 senger. Det er et stort behov for øket legetilsyn på hele avdelingen. Det anbefales at hele denne ressursen brukes som intermediærlege i 100 %, forutsatt at intermediæravdelingen brukes etter intensjonen.

Det vil da ifølge tabellen over mangle en 33 % stilling på Kirkeparken omsorgssenter for å nå målsetningen i anbefalingene fra legeforeningen. Kommunen vil likevel stå rimelig godt rustet med tanke på sykehjemsressurser sammenliknet med andre kommuner i Finnmark.

Demenslege

Det jobbes for å få gjenopprettet demensteamet. Gjennom demensplan foreslås det at Hammerfest kommune oppretter 20 prosent stilling som demenslege. Denne stillingen vil også dekke en eventuell helsestasjon for eldre.

Lindrende enhet

Spesialisthelsetjenesten anbefaler at det opprettes lindrende team i kommunene. Stadig mer terminalpleie og komplisert omsorg skal tas hånd om i primærhelsetjenesten. Hammerfest har en egen sykepleier som kreftkoordinator, mens legetjenesten utføres av fastlegen. Det er et mål at de som ønsker det skal få dø hjemme, det forutsettes da at lege er tilgjengelig for hjemmebesøk. Det kan opprettes en egen bistilling til dette, lignende legestillingen i demensteamet.

3.3.3 HELSESTASJON

Det er behov for økte legeressurser på helsestasjonen til folkehelsearbeid

Helsestasjon er i dag fastlegens eneste etablerte arena for å jobbe systematisk med folkehelse arbeid. Også i helsestasjonsarbeidet er det behov for systematisk fagutvikling. Per i dag er det tre leger som har helsestasjonsoppgavene: **Helsestasjon for småbarn, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom.** Helsestasjon for ungdom er et lavterskeltilbud til alle mellom 13-25 år.

I tillegg er det en stilling som **innvandrerelege** på 20 % som ikke er besatt på grunn av kapasitetsmangel blant fastlegene.

Innvandrere er en utsatt gruppe og Hammerfest har valgt å bosette en stor andel flyktninger. Imdi har også sagt at de plasserer flyktninger med krevende helseutfordringer i byen, fordi det er sykehus her. Den nyopprettede stillingen kan brukes til:

- Helseundersøkelse av nyankomne (herunder tuberkulosescreening)

- Lege for nyankomne uten fastlege, sørge for at de får fastlege når de kan
- Helseundervisning for innvandrere

I nasjonal norm for legebemanning på helsestasjon er minstestandard:

- En lege i 20 % stilling kan følge opp 100 fødsler.
- En lege i 5 % stilling kan følge opp 100 skolebarn i barneskole
- En lege i 20 % stilling kan følge opp 550 elever i ungdomsskole
- En lege i 20 % stilling kan følge opp 800 elever i videregående⁸

Omgjort til Hammerfest kommune blir dette:

	Helsestasjon for småbarn	Skolehelsetjeneste	Helsestasjon for ungdom	Innvandrerhelse
Anbefalt legeressurs	Gjennomsnittlig 130 fødsler per år: 30 %	921 elever i barneskole 50 % 353 elever i ungdomsskole 15 % 450 elever i videregående skole 10 %	20 %	20 %
Totalt per i dag	20 %	20 %		
Mangler	10 %	55 %	10 %	

Som tabellen over viser, bør skolehelselege stillingen bør øke til 75 % stilling. Skolelegen må ut på skolene å jobbe forebyggende. Psykisk helse hos barn og unge bør være et fokus i arbeidet, da folkehelseplanen viser at dette er en av de store utfordringene i Hammerfest. Skolelegen kan både ha samtalegrupper og drive med klasseundervisning. Helsestasjon for små barn må kunne ta 2-årskontroller, og foreslås derfor øket til 30 % stilling.

3.3.4 OPPSUMMERING, TILTAK FOR KOMMUNALE OPPGAVER

Samfunnsmedisin:

- Vurdere å opprette en samfunnsmedisinsk enhet
- Det er behov for en egen stilling (ikke lege) til miljørettet helsevern

Sykehjem:

- Opprette ny stilling som demenslege
- Ta i bruk hele tilsynsstillingen til øyeblikkelig hjelp døgnetenhet, og bruke denne på hele intermediearenheten

Helsestasjon:

- Øke stilling for småbarnskontroller fra 20 % til 30 %
- Øke stilling for skolehelsetjeneste 20 % til 75 %

3.4 TILTAK LEGEVAKT

Det må etableres observasjonssenger på legevakten og ressursene bør økes.

Legene er selvstendig næringsdrivende i legevaktsarbeidet. Det kan være hensiktsmessig å utarbeide et forslag om fastlønn på legevakt. Fastlønn sikrer legene enn viss inntekt, samtidig som det ikke blir lønnsomt for legevakslegen å bruke legevakten som et sted som erstatter fastleger.

⁸ «IS-1798 Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten», Helsedirektoratet.

Det er behov for 1-2 observasjonssenger på legevakten. Pr i dag er det ikke senger for dårlige pasienter på legevakten. Disse sengene er ment for pasienter som er for dårlig til å sitte på venterommet. Pasientene må ofte utredes med blodprøver og røntgenundersøkelsen på legevakten, og kan da ligge i observasjonsseng mens rett behandlingsnivå avgjøres: hjem, KAD-seng eller innleggelse i sykehus.

Det må sikres tilstrekkelig hjelpepersonell på legevakt slik at legen får assistanse der det er nødvendig. Kommunen betaler for en administrativ legevaktansvarlig sykepleier i 30 % stilling. Arbeidsmengden i denne stillingen har øket de siste årene, og stillingen foreslås derfor øket til 50 %.

Med **ny akuttmedisinforskrift** kommer det skjerpede krav for å høyne kvaliteten i legevakt. Dette er nye krav til de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus. Den nye forskriften stiller krav til at leger i kommunal legevakt må gjennomgå kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering. Det vil også bli et krav om bakvakt på legevakten for de uerfarne legene med virkning fra 01.01.18. Dette medfører en øket vaktbelastning på fastlegene. Det må foreligge en konkret strategi for hvordan få alle leger godkjent for selvstendig vakt, dette arbeidet er påbegynt.

Det er behov for systematisk fagutvikling på legevakten. Dette er en oppgave for legevaktoverlegen, og det anbefales dermed at stillingen økes.

Legevaktoverlegen jobber for tiden med å starte akuttøvelser og samtrening mellom ulikt hjelpepersonell, noe som ikke har vært satt i system tidligere. Ved etablering av nytt sykehus bør kommunen være en pådriver for et simuleringsrom i sambruk med universitet og sykehus.

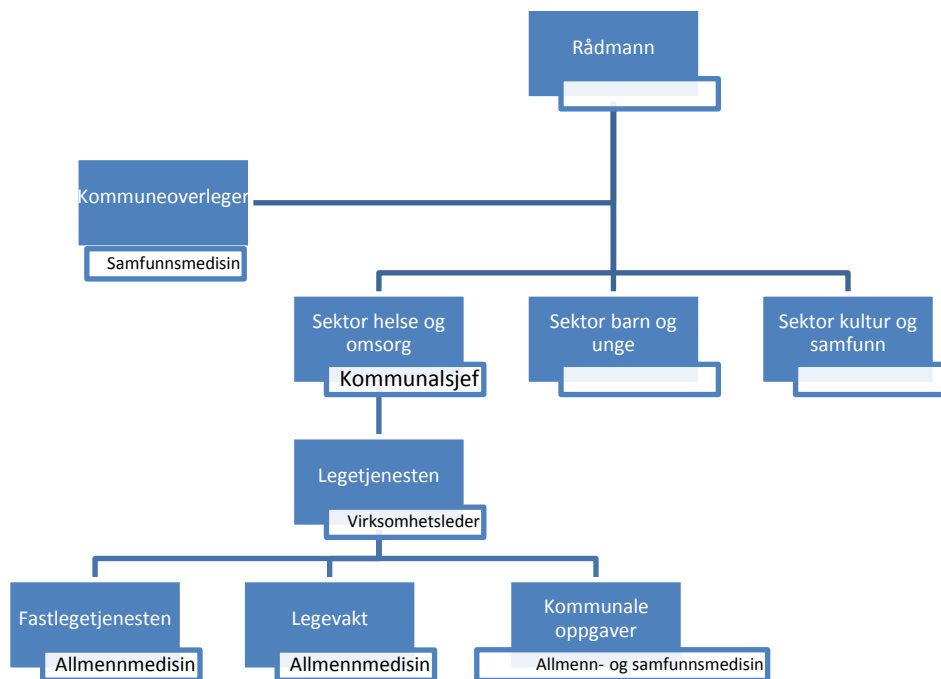
3.4.1 OPPSUMMERING TILTAK FOR LEGEVAKT

- Øke stilling for legevaktoverlege fra 10 % til 30 %
- Øke stillingen for legevaktansvarlig sykepleier fra 30 % til 50 %
- Etablere to observasjonssenger ved legevakten
- Utarbeide forslag til fastlønn på legevakt
- Etablere to årlige fagmøter for de som jobber ved legevakten
- Utarbeide en strategi for å møte kravene i akuttmedisinforskriften
- Etablere bakvaksordning for legevakt innen 1.1.18
- Jobbe for simuleringsrom i samarbeid med universitetet og sykehuset

4 BAKGRUNNSINFORMASJON: ORGANISERING, DRIFT OG KAPASITET

4.1 ORGANISASJONSKART

Se neste side.



4.2 FASTLEGETJENESTEN I KOMMUNEN

Fastlegetjenesten gir legetjenester til de som står på fastlegens liste. Fastlegene skal sørge for nødvendig utredning, forebygging og behandling. De skal også koordinere behovet for annen medisinsk hjelp til innbyggere på sin liste. Dette omfatter samarbeid med andre kommunale tjenester, henvisning til og oppfølging etter behandling i spesialisthelsetjenesten.

4.2.1 FASTLEGENE, DRIFT OG KAPASITET

Fastlegesentrene i Hammerfest er Skarven, Bryggen og Allmed. Alle tre er kommunale legesentre, hvor kommunen stiller med lokaler, utstyr og hjelpepersonell. Det er 13 fastlegehjemler med egen pasientliste, tre turnuslegestillinger, og en fastvikarstilling for å dekke opp fraværet ved utdanningspermisjoner.

Driften er enten ansettelse med fastlønn eller selvstendig næringsdrift. Dette er en valgmulighet som Hammerfest kommune ønsker å tilby alle legene. Legen tildeles først en hjemmel, før valg av driftsform avgjøres. For tiden jobber åtte fastleger i privat næringsdrift og fem er fastlønnet. Det er bare noen år siden kommunen fikk de første fastlønnede legene.

De selvstendig næringsdrivende fastlegene har avtale med kommunen om leie av kontor, utstyr og personell. De jobber i enkeltmannsforetak og får sin inntekt fra basistilskudd, refusjoner fra HELFO, honorar fra offentlige instanser og egenandeler fra pasientene. I tillegg får de fastlønn for sine kommunale oppgaver. De fastlønnede legene er ansatt i kommunen og lønn fastsettes kollektivt i lokale forhandlinger med Legeforeningen.

Kapasitet

Økningen av fastlegetjenester i Hammerfest siste fem år har vært:

- Opprettelse av én ny fastlegehjemmel i april 2012
- To bistillinger er blitt tatt ut og omgjort til hele kommunale stillinger (kommuneoverlege og tilsynslege). Dette har frigitt listekapasitet for fastlegelistene som før hadde bistillingene.

Det er opprettet en fastvikarstilling. Denne ment til å dekke opp for de rullerende utdanningspermisjonene, og frigir derfor ikke listekapasitet. Av kommunale oppgaver er det opprettet én heltidsstilling som sykehjemslege i 2015 og en 60 % stilling som lege for kommunal

øyeblikkelig hjelp i 2016. Det er også opprettet en 20 prosent stilling som innvanderlege i 2016, denne er foreløpig ubesatt.

Tabell 1: Legekapasitet i Hammerfest per 01.11.17

Antall pasienter på fastlegelistene	10 565
Total kapasitet på fastlegelistene	10 965
Ledige plasser	400
Ledig kapasitet i prosent	3,6 %

Som tabellen over viser er den ledige listekapasiteten pr i dag på 3,6 %. Det er seks lister som har ledig kapasitet pr 01.11.17. Det er en nedgang fra ni lister, og nesten 100 færre ledige plasser bare siden juni i år. Det er anbefalt å ha 5 % ledig kapasitet, slik at pasientene har en reell valgmulighet. Kapasiteten er dermed ikke i henhold til anbefalingen. I tillegg er 5 av listene uten fastlege, og disse dekkes av vikarer. Av de lister som betjenes av fast fastlege medio desember 2017 er det kun 59 ledige plasser hos en lege, og denne legen har signalisert at han ønsker å senke listetaket. Befolkningen står fritt til å velge hvilken fastlege de vil, og de trenger ikke velge fastlege i bostedskommune.

Tabell 2: Innrapporterte tall til Statistisk sentralbyrå (KOSTRA) 2016:

	Hammerfest	Sør- Varanger	Finnmark	Kostragruppe 12
Legevårsværk pr 10.000 innbygger	19,5	12,3	16,6	12,3
Legetimer pr uke pr sykehjemsbeboer	0,98	0,66	0,57	0,94
Årsverk lege i helsestasjon per 10.000 innbygger 0-5 år	10,3	11,8	9,8	8,1
Fastlegekonsultasjoner per person i legens praksiskommune	2,75	2,12	2,56	2,71
Gjennomsnittlig listelengde	817	939	728	942
Reservekapasitet fastlege*	103	99	106	103

*angir kapasiteten i forhold til antall pasienter på listene i prosent, verdi > 100 betyr at det er ledig plass

Kostratallene er relativt svake tall statistisk sett, og dermed usikre. Dette begrunnes med at tallene bare gir et øyeblikksbilde på slutten av rapportåret, og ikke et oversiktsbilde over siste året. Forskjellig forståelse av innrapporterings-instruksene, og dermed feilaktig innrapportering er et kjent problem. Til tross for dette er tallene tatt med i planen for å gi et slag bilde på legedekningen i Hammerfest sammenliknet med Sør-Varanger, Finnmark for øvrig og kostragruppe 12.

Ut fra tabellen ovenfor kan det se ut som om Hammerfest kommune har ansatt mange flere leger per innbygger enn andre kommuner det er naturlig å sammenlikne seg med. Det høye tallet på legeårsverk kan forklares med at Hammerfest rapporterer inn begge de samfunnsmedisinske stillingene i dette tallet. Det er usikkert om de andre kommunene gjør det. Samfunnsmedisinere driver ikke med pasientrettet arbeid, og er ikke en del av fastlegekorpset. I tillegg hadde Hammerfest en ekstra turnuslege ved slutten av 2016, noe som drar opp statistikken med ett helt årsverk. Kommunen har også en fastvikarstilling som ikke er en fastlegehjemmel, men denne drar også opp statistikken. Det er kjent at legetjenesten i Sør-Varanger er under sterkt press, og at kommunen nå skal opprette et nytt legesenter med flere nye hjemler.

Listelengden i Hammerfest er noe kortere enn i kostragruppe 12 og Sør-Varanger, men lengre enn i Finnmark. Listelengden i Sør-Varanger forventes å gå ned når de oppretter et nytt senter.

Det er akkurat nå et nasjonalt fokus på viktigheten av å øke antallet fastleger, og se på hvordan fastlegene kan få bedre tid til hver pasient gjennom blant annet kortere lister. Hammerfest ligger ut

fra disse tallene noe bedre an til å møte utfordringen, men også her er det et klart behov for flere fastleger og kortere pasientlister.

Utgifter til vikarbruk siste 2 år.

INNLEIE LEGE VIKARER 2016:	2 228 393
INNLEIE LEGE VIKARER 2017 (januar-september):	424 026

Vikarbehovet er gått ned i 2017 på grunn av noe større stabilitet i fastlegekorpset, noe som kommer godt frem i forhold til utgiftene i tabellen over. Det lønner seg å stabilisere leger.

Spesialistutdanning: Det forventes at leger fortsetter et spesialiseringsløp i den grenen de velger å jobbe, enten det er samfunnsmedisin eller allmennmedisin. Fra mars 2017 er det innført et lovkrav om at alle som skal jobbe som fastlege eller i kommunale heltidsstillinger må enten være spesialist i eller under spesialisering til allmennmedisin.⁹ Hammerfest kommune ønsker at alle kommunens leger følger dette kravet. Spesialiteten må fornyes hvert 5. år, ved arbeid i til sammen ett år som allmennlege, samt kurs og andre utdanningstiltak.

Spesialisingsløpet i allmennmedisin er et strukturert løp, som fastlegen følger parallelt med fulltidsarbeid, se tabell under.

Spesialisingsløpet omfatter:

- Fire år arbeid i åpen uselektert fastlegepraksis.
- I kombinasjonsstilling med eksempelvis andre kommunale oppgaver eller forskning, må minimum to årsverk være i åpen uselektert praksis.
- Et år i institusjonstjeneste (kan være i andre helseinstitusjoner enn vanlig sykehusavdeling, krav om at det er overlege i fulltidsstilling i institusjonen).
- Sykehjem og kommunal øyeblikkelig hjelp er godkjent som praksis for 2 år.
- Deltakelse i veiledningsgruppe i to år
- Obligatoriske kurs
- Minimum 40 legevakter utenom kontortid
- Praksisbesøk hos andre allmennleger¹⁰

4.2.2 HJELPEPERSONELL

Det er til sammen ansatt 13 hjelpepersonell ved de tre legesentrene. Dette er fire sykepleiere, seks helsesekretærer, to hjelpepleiere og to ufaglærte. Skarven har to sykepleiere, en hjelpepleier, en helsesekretær og en ufaglært. Bryggen har en sykepleier, to helsesekretærer og en ufaglært. Allmed har en sykepleier, tre helsesekretærer.

4.3 KOMMUNALE OPPGAVER

Kommunale oppgaver er definert som allmennmedisinsk legearbeid. Eksempel er tilsynsleger i institusjoner, helsestasjonslege, innvandrerlege og veiledere. Disse er fastlønnete del- eller heltidsstillinger. Legene som er selvstendig næringsdrivende har i tillegg praksiskompensasjon (et tilskudd for å dekke deler av fastlegenes løpende praksisutgifter). I Hammerfest har nesten alle legene enten en kommunal deltidsstilling eller andre oppgaver ved siden av. Ikke-kommunale oppgaver kan eksempelvis være en stilling ved universitetet, i Legeforeningen eller hos fylkeslegen og denne type oppgave fritar legen fra kommunale oppgaver.

⁹ Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

<https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2017-02-17-192>

¹⁰ <https://helsedirektoratet.no/autorisasjon-utdanning-og-godkjenning/spesialistgodkjenning/lege/allmennmedisin#videreutdanning>

4.3.1 SYKEHJEM

Hammerfest er eneste kommunen i Finnmark som har heltidsstillinger i institusjonene. Totalt 200 % stillinger fordelt på 2 leger, disse dekker til sammen Rypefjord sykehjem og Kirkeparken omsorgssenter. Se også 3.3.2. for ytterligere informasjon.

4.3.2 HELSESTASJON

Helsestasjon og innvandrerhelsetjeneste dekkes av mindre stillingsbrøker, totalt 70 % stilling fordelt på 4 leger. Se for øvrig kapittel 3.3.3.

4.3.3 VEILEDNING

Allmennlegene veileder turnusleger, studenter og nye fastleger i deres første arbeidsår. Totalt 30 % stilling fordelt på 3 leger. Disse oppgavene gjør fastlegene i tillegg til drift av fastlegepraksisen sin. I tillegg dekkes de samfunnsmedisinske oppgavene smittevern og legevaktoverlege av fastleger, fordi det er hensiktsmessig at leger i pasientrettet arbeid innehar disse funksjonene.

Tabell 4: Per 1.5.17 har Hammerfest kommune følgende kommunale oppgaver:

Oppgave	Stillingsstørrelse i prosent	Lege i stillingen
Helsestasjon		
Småbarn	20	Besatt
Skole	20	Besatt
Ungdom	10	Besatt
Innvandrerhelse	20	Ubesatt
Sykehjem		
Rypefjord	40	Besatt
Kirkeparken	160	
- Langtidsplasser		Besatt
- Korttidsplasser/ KAD		Besatt/ Ubesatt
Utsikten bokollektiv	15	
Turnusveiledning		
Skarven	10	Besatt
Bryggen	10	Besatt
Allmed	10	Besatt
Veileder for spesialiseringsplan	5	Besatt

4.4 LEGEVAKT

Kommunen plikter å ha medisinsk beredskap for øyeblikkelig hjelp 24 timer i døgnet til alle som oppholder seg i kommunen. Vaktberedskapen er delt inn:

- 1) Legevaksarbeid på kveld/ natt/ helg/ helligdag.
- 2) Øyeblikkelig hjelp på dagtid

4.4.1 LEGEVAKT

I Hammerfest kommer legevaktarbeidet i tillegg til ordinær arbeidstid for legene. Det er interkommunal legevakt med Kvalsund. Legevaktarbeidet foregår i tidsperioden 15.30-08.00 på hverdager, samt døgntkontinuerlig i helge- og helligdagene. Legevakten er samlokalisert med Hammerfest sykehus.

Tidligere har legevaktarbeidet foregått uregulert i forhold til arbeidet i fastlegepraksisen. Legen risikerte dermed å jobbe 24 timer i strekk, for så å gå på jobb neste dag. Fra 2014 har legene avtalefestet rett til åtte timer arbeidsfri påfølgende dag ved pasientarbeid etter klokken 23.00 på kvelden.¹¹ Graviditet og alder > 60 år gir rett på vaktfritak.

¹¹ <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Avtaler/Avtalearkiv/KS/SFS-2305/>

Legevakten leier lokaler og sykepleierressurs hos Finnmarkssykehuset. Fastlegene, vikarer og turnuslegene dekker alle legevaktene. Antall leger som deler på vakt er per april 2017 er 13 (fastleger i Hammerfest og Kvalsund, samt turnusleger). Det er 5 leger som av forskjellige grunner ikke går vakt. Turnuslegene dekker normalt 6-8 vakter per måned. Dermed er det i gjennomsnitt 1-2 vakter per fastlege i måneden. Korttidsvikarer etterspør normalt sett et høyt antall vakter. Det er en fastlege som er legevaktoverlege i 10 % samfunnsmedisinsk stilling.

4.4.2 ØYEBLIKKELIG HJELP PÅ DAGTID

På hverdagene har fastlegene ansvar for «øyeblikkelig hjelp på dagtid». Denne øyeblikkelig hjelpberedskapen ruller mellom de tre legesentrene, slik at én lege til enhver tid har vaktansvar. Beredskapen gjelder for «blålys-utrykninger» med ambulanse, og for personer som oppholder seg i kommunen uten å ha fastlege.

Døgnåpen legevakt har vært vurdert, men anbefales ikke av allmennlegeutvalget fordi det svekker fastlegetjenesten. Det er kun et fåtall som oppholder seg i Hammerfest og ikke har fastlege, og få «blålys» utrykninger pr vakt. Egen daglegevakt for disse er ikke hensiktsmessig.

4.4.3 ANNEN VAKTBEREDSKAP

Flere av legene i Hammerfest deltar i en egen, frivillig legepool for mottak av pasienter etter seksuelle overgrep og vold i nære relasjoner. Seksuelle overgrep er annenlinjetjenestens ansvar og vold i nære relasjoner er kommunens ansvar. I praksis er det imidlertid slik at det er samme lege- og sykepleiepool som håndterer akutte situasjoner, og mottaket administreres av samme personer. Dette bør fortsette slik som det er nå for å sikre kontinuitet. Kommuneoverlege i Kvalsund Tarja Stenersen er leder for mottaket i dag.

I tillegg inngår noen av legene i en pool for vaktberedskap for petroleumsindustrien, hvor legen er i vaktberedskap i en uke i strekk. Dette er på oppdrag for Offshore Health Services (OHS), som ønsker å benytte leger i allmennlegetjenesten og med lokal kjennskap til sitt legeberedskapsarbeid. Dette arbeidet skal ikke gå på bekostning av legens kommunale arbeid, etter overensstemmelse mellom OHS og Hammerfest kommune.

4.5 SAMFUNNSMEDISIN

Kommuneoverlegene jobber i rene samfunnsmedisinske stillinger. Disse er plassert i rådmannens stab, fordi medisinsk faglig rådgivning, beredskapsarbeid og folkehelsearbeid er sektorovergripende arbeid. Kunnskapen om samspillet mellom helse og samfunn som kommuneoverlegen kan bidra med, må nå ut til alle sektorene, derfor er organisatorisk plassering viktig.

I Hammerfest er det to kommuneoverleger som jobber kun med samfunnsmedisin. Tidligere har det vært vanlig at kommuneoverlegerollen har vært kombinert med en fastlegestilling. Dermed har legen jobbet både med individrettet arbeid i allmennmedisin og befolkningsrettet arbeid i samfunnsmedisin. Erfaringen fra slike kombinasjonsstillinger er at det er det individrettede arbeidet som får prioritet. Det er derfor en fordel med dagens ordning for å få et helhetlig fokus i samfunnsmedisinen. Bistillinger innen samfunnsmedisinske oppgaver er smittevern, legevaktoverlege og leder for kriseteamet og innehas av fastleger. Dette fordi stillingene er knyttet tett opp til individrettet legearbeid.

Samfunnsmedisinske stillinger:

Kommuneoverleger i 1,5 stilling.

Legevaktoverlege i 10 % stilling.

Smittevernlege i 20 % stilling.

Leder for kriseteamet i 5-10 % stilling.

Miljørettet helsevern 10 % stilling.

4.6 DAGENS REKRUTTERINGS- OG STABILISERINGSTILTAK

Hammerfest kommune har lang tradisjon for tiltak for å rekruttere og stabilisere leger, disse stammer tilbake til tiden før fastlegeordningen. Vilåårene er felles for alle leger i allmennmedisin og samfunnsmedisin. Tiltakene gis til fast ansatte og til langtidsvikarer. Tiltakene er som følger:

Fastlønn. Et viktig stabiliseringstiltak er muligheten for å være i fastlønnet arbeid når man har behov for det. Denne muligheten gjelder alle. Det kan være perioder i livet som gjør at behovet for et sosialt sikkerhetsnett er viktigere enn ellers. Denne muligheten gjør at leger som ellers ville søkt seg til fastlønnet arbeid andre steder (som for eksempel i spesialisthelsetjenesten) heller kan velge fastlønnet arbeid og fortsette i allmennpraksis i kommunen.

Utdanningspermisjon er et stabiliseringstiltak som Hammerfest kommune har benyttet seg av så lenge fastlegeordningen har eksistert. Dette i likhet med andre distriktskommuner over hele landet, som sliter med rekruttering og stabilisering av leger. Legen opparbeider seg retten til fire måneder permisjon med full lønn hvert tredje år. Denne permisjonen kan benyttes til for eksempel fagoppdatering, forskning, hospitering. Fra 2015 er dette satt i system, slik at alle leger for å få utdanningspermisjon, må gå til veiledning hos en erfaren allmennlege, for å planlegge fagutviklingsløpet sitt.

Lønnsstige. I over 10 år har Hammerfest kommune og Legeforeningen vært enige om en lønnsstruktur som skal gjelde for alle leger i allmenn- og samfunnsmedisin i kommunen. Denne strukturen baserer seg på en grunnlønn, med tillegg som skal bidra til både stabilisering og rekruttering. Grunnlønnen er utgangspunktet for rekrutteringen, mens tilleggene skal bidra til stabilisering. Tilleggene omfatter et stabiliseringstillegg etter ett års tjeneste, deretter økning etter treårs tjeneste. I tillegg gis det spesialisttillegg, tillegg for doktorgrad og tillegg for samfunnsmedisinsk arbeid hvor man er tilgjengelig utover ordinær arbeidstid.

Kursdager. Alle leger har rett til ti dager med lønn for kurs per år. I spesialiseringsløpet både i allmennmedisin og samfunnsmedisin er det en rekke kurs som kreves for nå spesialiteten. Etter at man er spesialist i allmennmedisin kreves det også kurs for å resertifisere spesialiteten hvert femte år.

Feriedager. Legene har rett til 10 feriedager i året utover de ordinære fem ferieukene.

5 BAKGRUNNSINFORMASJON: UTFORDRINGER I LEGETJENESTEN

5.1 NASJONALE TRENDER

Norsk allmennmedisin er for tiden inne i en rekrutteringskrise. Mange turnusleger er positive til en yrkeskarriere i allmennpraksis, men veien inn er uforutsigbar og kostbar;

- Kjøp og salg av fastlegehemler er lite forenlig med en myk oppstart i allmennmedisin.
- Det ikke å ha et sosialt sikkerhetsnett gjennom trygdesystemet, oppleves som en høy terskel for en nyutdannet lege i etableringsfasen i livet.
- Opptak av lån for å investere i egen hjemmel.
- Store forpliktelser og mye ansvar gjennom fastlegeordningen.

Dette er forklaringen på hvorfor yngre leger i større grad etterspør fastlønnede avtaler. Unge legers ønske om normal arbeidstid i tråd med arbeidsmiljøloven vil føre til at **én pensjonert allmennlege ofte må erstattes av to unge leger**. Opprettelse av nye listehjemler er tidkrevende og komplisert.

Rammebetingelsene for fastlegens virksomhet er ikke justert mot nye oppgaver og forventninger siste 10 år. Fastlegen pålegges stadig nye oppgaver, uten vurdering av konsekvenser for kapasiteten. Byråkratisering uten konsekvensanalyser fører til at det ikke er samsvar mellom oppgaver og kapasitet. Se for øvrig boks 1 og 2 kapittel 2.5.2 for ytterligere informasjon.

5.2 LOKAL UTFORDRINGER

5.1.1 LEGEKAPASITET

Utfordringer ved kapasitetsmangel er grundig omtalt i kapittel 3.1.1 «Kapasitet»

5.1.2 STABILITET

Manglende stabilitet både på fastlegelistene og i kommunale oppgaver har vært en betydelig utfordring i Hammerfest de siste årene.

- **Lengre fravær** domineres av foreldre- og utdanningspermisjoner og obligatorisk sykehusår i spesialiseringen. Ved denne type fravær trengs vikarer.
- **Forhold fra dag til dag** som virker destabiliserende på fastlegelistene er fravær fra praksis i forbindelse med fri etter vakt, sykefravær, kommunale oppgaver på faste ukedager og fravær i forbindelse med kurs/veiledningsgrupper. Kollegial fraværdekning dekker denne type fravær.
- **Sykefraværet** blant legene er svært lavt.

Med en høy andel unge leger, blir både korttids- og langtidsfraværet høyere, fordi legene skal spesialisere seg samtidig som de etablerer seg med familie. Dette kan påvirkes om vi klarer å stabilisere fastlegene i hjemlene sine over lengre tid.

Kollegial fraværdekning

For å dekke opp ved fastleges fravær i inntil tre uker er kollegial fraværdekning lagt til grunn. Dette innebærer at legene ikke bare må ha kapasitet til egen liste, men også til øyeblikkelig hjelp til sine kollegaers pasienter. Med marginal kapasitet ved fastlegesentrene er det ikke rom for «uforutsette hendelser» som for eksempel at legen selv blir syk. Slik situasjonen er i dag, er det ikke kapasitet i legekollegiet til å ivareta pasientene på en tilfredsstillende måte i andre legers fravær.

Det er heller ingen som ivaretar og følger opp den syke legen, fordi legen er sin egen arbeidsgiver. Dette er en utfordring for fastlegens egen helse i det lange løp. Ved fravær av lege i de kommunale stillingene, har i hovedsak ikke fastlegene reservekapasitet til å dekke sykefraværet.

Vikarer

Det å engasjere vikarer er relativt vanlig i fastlegeordningen. Det vil forekomme selv om alle hjemler er besatt til enhver tid. Man kan ikke organisere seg bort fra dette, det vil alltid forekomme noe fravær. Selv om fastlegen er stabil i sin stilling, oppleves bruken av vikarer som ustabil for pasientene. Kvaliteten på vikarene er svært variabel, noen veldig flinke med god kjennskap til allmennmedisin, andre med så lav faglig standard at det ikke har vært forsvarlig å ha dem i praksis. Vikarene som ikke er rekruttert lokalt, er i all hovedsak dansk- eller svenskspråklige vikarer fra byrå.

En analyse av Norsk Senter for Distrikts Medisin (NSDM) viste følgende viktige forklaringsfaktorer for variasjon i stillingsstabilitet kommunene imellom:

- lokal oppfatning av legetjenesten som et *kollektivt ansvar*
- *et godt samarbeidsklima mellom leger og kommuneledelsen* (administrativt og politisk)
- *en godt organisert legevakt*
- *nærhet til spesialisthelsetjenesten*
- *insentivordninger* (økonomiske og permisjoner).

Lav legestabilitet er en belastning for pasientene.¹² Sju fastlegelister i Hammerfest har vært preget av vikarstafett de siste årene, uten kontinuitet og med dårlig kvalitet. Pasient- og brukerombud, andre deler av lokalt helsevesen og brukerorganisasjoner har meldt bekymring for manglende legestabilitet.

Grunnet det personlige listeansvaret har ikke fastlegene anledning til å regulere arbeidstiden sin på lik linje med andre arbeidstakere. Legen har ansvar for å ivareta arbeidsoppgavene, og kommunen har ansvar for organisering slik at legen kan gjøre dette innen vanlig arbeidstid. Dette stiller større krav til kommunen for å *tilrettelegge med tilstrekkelig legedekning*, slik at fastlegen kan drive forsvarlig praksis. Slik situasjonen er etter samhandlingsreformen og fastlegeforskriften, har ikke fastlegene i Hammerfest mulighet til å drifte fastlegelisten sin uten overtidsarbeid. Se også kapittel 3.1.1. Kapasitet.

5.1.3 HJELPEPERSONELL

Økt arbeidsbelastning.

Også hjelpepersonellet har opplevd økt arbeidsbelastning de siste årene, samtidig som personell ressursen pr lege har gått ned fra 1 til 0,8:

- Økte oppgaver i forbindelse med samhandlingsreformen og krav om tilgjengelighet i forbindelse med fastlegeforskriften.
- Den høye legevikarbruken fører til økt belastning på hjelpepersonellet grunnet at vikarene først og fremst henvender seg til hjelpepersonellet ved behov for hjelp.
- Hjelpepersonellet opplever at mye av opplæringen av vikarleger tilfaller dem.
- Økende spekter av laboratorieprøver har gitt en formidabel økning i produksjon på laboratoriet de siste årene.
- Arbeidsbelastningen øker også på hjelpepersonellet når det er studenter ved legesentrene.

Det oppleves som tilstrekkelig med hjelpepersonellressurs per legestilling forutsatt at alle er på jobb.

Sykefravær.

Sykefravær og manglende innleie av vikarer øker arbeidsbelastningen og fører til høyere sykefravær. Det oppleves vanskelig å få tak i egnede hjelpepersonellvikarer når man trenger det.

5.1.4 LOKALITETER

Vi har for lite kontorareal for tilvekst av fastlegehjemler for å sikre tilstrekkelig dimensjonering. Sentrene i dag har for få fastleger for kollegial fraværdekning og er arealmessig for små for å ta imot ønsket antall studenter. Studenter er et svært viktig rekrutteringsgrunnlag. Se for øvrig kapittel 3.1.2 for ytterlige informasjon.

5.1.5 DRIFTSFORMER

I Hammerfest har 38 prosent av fastlegene fastlønn og 62 prosent er private næringsdrivende med leieavtale. Det etterspørres i større grad fastlønnsavtaler fra unge leger i dag. Det er en utfordring at fastlegeordningen ikke i utgangspunktet tilrettelegger for fastlønn, samtidig som dette etterspørres i større grad. Dette krever at kommunene skaper lokale tilpasninger. Fastlegene i Hammerfest drifter ikke etter hovedmodellen. Alle legesentrene er kommunale og fastlegene har inngått en lokal fastlegeavtale med Hammerfest kommune, som ligger til grunn for fastlegevirksomheten uavhengig av driftsform. Kommunen har erfart at søkere til fastlegehjemler som ønsker å arbeide på fast lønn, ikke finner det rimelig å betale for kjøp av pasientliste.

Til sammenligning har Nasjonalt senter for distriktsmedisin kartlagt driftsformen i kommuner med under 20.000 innbyggere, som har vist at 33,9 prosent av fastlegene har private næringsdriftavtaler

¹² «Lav stillingsstabilitet som utfordring for fastlegeordningen i Finnmark og Nord-Trøndelag», NSDM, 2005.

med kommunal leieavtale for lokaler, utstyr og/eller personell, mens 20,1 prosent hadde driftsform basert på fastlønn.¹³

For kommunen betyr det å ha fastlønnete leger en mulighet til å øke sin inntjening. Legen jobber for en fastsatt lønn, mens refusjoner fra Helfo tilfaller kommunen. Ved riktig takstbruk kan dette for kommunen sin del bety et overskudd. Legen kan sørge for høyere inntjening for kommunen enn den tjener selv. Enkelte kommuner har innført fastlønn med incentiv, hvor legen da får en prosentandel av refusjonene fra Helfo. Disse kommunene har rapportert at kommunens inntjening da har gått betydelig opp, fordi den fastlønnete legen får et incentiv til riktig takstbruk. Vi har for tiden ikke et slikt incentivsystem for de fastlønnete legene i Hammerfest.

5.1.6 REKRUTTERING

Kommunen har frem til de siste årene ikke hatt problemer med rekruttering og legeløse lister. Det har tradisjonelt vært større utfordringer med stabilisering enn med rekruttering. Rekrutteringen har i hovedsak kommet fra turnuslegene.

Situasjonen er imidlertid forverret de siste årene, og kommunen har nå fem lister der legene har sluttet, og man har ikke lyktes å rekruttere nye leger inn. I tillegg har lange permisjoner ført til ustabilitet i tjenesten.

Når det gjelder fastleger som blir i Hammerfest over tid, og etter spesialisering, ser vi at de fleste har en form lokal tilknytning: enten ved at de er født i Hammerfest, har studert i Tromsø og/eller har hatt turnus i Hammerfest. Dette er viktig å huske på ved rekruttering. Hammerfest har, i motsetning til landet for øvrig, et relativt ungt fastlegekorps med mange yrkesaktive år foran seg. Det er et mål å stabilisere disse legene i sine hjemler.

Legene opplever at det er vanskelig å få kontrakter i tide. Vikariatene som tilbys er ofte korte, dette gir usikkerhet for unge i etableringsfasen.

5.1.7 KVALITET OG MANGLENDE LEDELSE

Dårlig fungerende informasjons- og kommunikasjonsteknologi hemmer driften, og svekker kvaliteten i fastlegearbeidet. Fraværsassistent fungerer ikke optimalt, det er ikke gode systemer for kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten, elektroniske meldinger med pleie- og omsorgstjenesten er avhengig av at fastlegen er til stede, og vikarer på listen skaper problemer for denne form for kommunikasjon.

Som fastlege er hver og en lege ansvarlig for drift av egen praksis, herunder faglig kvalitet. Fastlegene har ingen faglig leder. Kommuneoverlege er medisinskfaglig rådgiver og jobber med kvalitetsarbeid i forbindelse med klagesaker, men er ikke faglig overordnet fastlegene. I kvalitetsarbeidet mangler det et overordnet system med fullstendige rutiner.

5.1.8 LISTELENGDE OG LOKALE FORHOLD

I budsjettet for Hammerfest kommune i 2017 stilles det spørsmål om hvorfor gjennomsnittlig listelengde i Hammerfest er kortere enn andre steder. På landsbasis er gjennomsnittlig listelengde på 1128 personer mot 820 i Hammerfest. Tendensen er at listelengden øker med økende folketall i kommunene.

Det er en lavere andel spesialister i allmennmedisin i Hammerfest (30 prosent) enn i andre kommuner det er naturlig å sammenlikne seg med (53 prosent). 33,7 prosent er under spesialisering i distriktskommunene, i Hammerfest er 70 prosent i spesialisering.¹⁴

¹³ Fastlegeordningen i kommuner med under 20.000 innbyggere, Nasjonalt senter for distriktsmedisin, 2016.

Det er utfordrende å ha mange leger i spesialisering, fordi spesialisering innebærer mye fravær fra pasientlista. Gjennomsnittlig listelengde blir da naturlig kortere, fordi en ikke kan forvente samme produktivitet av en lege i spesialisering som en ferdig spesialist. Det er flere grunner til dette; manglende erfaring gjør at arbeidsoppgavene blir mer krevende, og man klarer ikke jobbe like effektivt. I tillegg skal leger i spesialisering gjennom et relativt omfattende standardisert utdanningsløp som tar mye tid.

Viser for øvrig til oppsummeringen i boks 2, kapittel 2.5.2 for mer utdypende forklaring på lokale forhold som påvirker listelengde.

5.1.9 SAMHANDLING

Som nevnt tidligere har det vært store omstillinger i primærhelsetjenesten ved innføring av samhandlingsreformen, uten en god integrering og dimensjonering av legetjenesten. Se for øvrig kapittel 3.1.3.

5.1.10 EKSEMPLER PÅ KOMMUNER SOM HAR LYKKES MED STABILISERING

I Finnmark er det to kommuner som peker seg ut med å lykkes med fastlegeordningen; Karasjok og Nordkapp. Dette er de to kommunene i Finnmark som har klart å opprettholde god stabilitet uten større utskiftninger av leger siden fastlegeordningen ble innført.

I Karasjok er pasientlistene på 600-700 personer. Tre av fire fastleger er spesialist i allmenntmedisin. Det har alle fastlønner på over 1 million kroner.

I Nordkapp har de satset på overkapasitet i fastlegekorpset, med seks fastleger, turnuslege og kommuneoverlege, til et innbyggertall på knapt 3300. Dette gir 400 pasienter per fastlegeliste. Fem av seks fastleger er spesialist i allmenntmedisin. Legene har en privat driftsenhet og deler utbyttet likt seg imellom. Tre av de seks legene kommer fra Nordkapp kommune.

Felles for disse to kommunene er altså korte lister og fastlønner.

5.1.11 LEGEVAKT

For lav kapasitet ved legesentrene på dagtid går ut over legevakten. Legevaktoverleges ressurs går i dag til opplæring til det store antallet vikarer.

En av utfordringene vi opplever i forbindelse med sambruk av sykepleier med akuttmodtak, hvor sykehuspasienter i stor grad blir prioritert fordi de anses som sykere.

¹⁴ Fastlegeordningen i kommuner med under 20.000 innbyggere, Nasjonalt senter for distriktsmedisin, 2016.

6 PRIORITERINGER AV TILTAK OG ØKONOMI

6.1 Prioriteringer og kostander

6.1.1 Prioriterte tiltak:

	Tiltak	Kostnad	Ansvar	Periode
1	To nye hjemler Utdanningsstillinger bør utlyses ved opprettelse av nye hjemler	Per hjemmel: -Lege: 936.000 -Hjelpepersonell: 400.00 -Kontor:	Kommunalsjef Virksomhetsleder Kommuneoverlege	2018-19
2	Lege-leder ved hvert senter	Til sammen 330.000	Virksomhetsleder Kommuneoverlege	2017-2018
3	Helsestasjon	Økning: -10 % stillingshjemmel småbarn = 100.000 - 50 % stillingshjemmel skolehelsetjenesten = 500.000	Kommunalsjef Virksomhetsleder Kommuneoverlege	2018-2020
4	Alle leger skal ha personlig veiledning det første året i allmennpraksis. Veiledningen skal utvides på sikt.	Per lege: 55.000	Virksomhetsleder	2017-2018
5	Etablerer to observasjonssenger ved legevakten	0	Kommunalsjef Virksomhetsleder Kommuneoverlege	2017-2018
6	Fastvikar hjelpepersonell	500.000	Virksomhetsleder	2018-2020
7	Lage oversikt over kurs/hospitering hjelpepersonell	Årlige kursutgifter 100.000	Virksomhetsleder	2018-2020
8	Fastsatt møtegodtgjørelse for fastlegene i budsjettet	Årlig totalt 111.000	Virksomhetsleder	2018-2020

6.1.2 ØVRIGE TILTAK I UPRIORITERT REKKEFØLGE:

Tiltak	Kostnad	Ansvar
Etablere to hjemler til 2019-2020	Per hjemmel: -Lege: 936.000 -Hjelpepersonell: 400.00	Kommunalsjef Virksomhetsleder Kommuneoverlege
Øke stilling for legevaktansvarlig sykepleier fra 30 % til 50 %	Ca. 120 000	Virksomhetsleder
Opprette en vikarstilling for hjelpepersonellet som et prosjekt	Må avklares	Virksomhetsleder Kommunalsjef
Alle leger skal være spesialist eller i spesialistutdanning i allmennmedisin.		Hver enkelt lege
Utarbeide et fastlønnforslag med insentiv	Må avklares	Virksomhetsleder Kommunalsjef
Felles journalsystem på alle tre sentre	0	Virksomhetsleder IT-avdeling
Utrede muligheten for delekontor	Må avklares	Virksomhetsleder Kommuneoverlege

Etablere studentkontor ved hvert legesenter for 5. og 6. års legestudenter	Ev. ombygningskostnad	Virksomhetsleder
Utarbeide en strategi for å imøtekomme kravene i akuttmedisin-forskriften	0	Legevaktoverlege Kommuneoverlege Virksomhetsleder
Øke stilling for legevaktsoverlege fra 10 % til 30 %	Ca. 110 000	Kommunalsjef Virksomhetsleder
Utarbeide forslag til fastlønn på legevakt	Må avklares	Virksomhetsleder Tillitsvalgte
Vurdere innkjøp av verktøy for kvalitet i legetjenesten (SKIL)	Må avklares	Virksomhetsleder
Etablere fast tverrfaglig akuttmedisinsk trening	0	Legevaktoverlege
Etablere to årlige fagmøter for de som jobber ved legevakten	0	Legevaktoverlege
Det innføres regelmessige felles fagmøter for leger og personale ved hvert legesenter.	0	Hvert enkelt legesenter
Gjennomføre undersøkelser om pasienttilfredshet og fastlegetilfredshet	0	Fastleger i utdanningspermisjon
Jobbe for simuleringsrom i samarbeid med universitetet og sykehuset	Må avklares	Virksomhetsleder Kommunalsjef Kommuneoverlege
Vurdere å opprette en samfunnsmedisinsk enhet	0	Kommuneoverlege Rådmann
Opprette en egen stilling til miljørettet helsevern, ev i interkommunalt samarbeid.	Det er søkt midler fra fylkeskommunen	Kommuneoverlege Rådmann

6.2 LOKALE STYRINGSMÅL

Vikarbruk

Fravær leger/ hjelpepersonell

Varighet i fastlegejobben

Antall spesialister

Brukertilfredshet

Fastlegetilfredshet

Kvalitet (klagesaker)

7.1 LOVER, FORSKRIFTER, AVTALER, STORTINGSMELDINGER

Legetjenesten reguleres blant annet av følgende lover, forskrifter, planer og avtaleverk:

- Lovverk:
 - Helse- og omsorgstjenesteloven (LOV-2011-06-24-30)
 - Helsepersonelloven (LOV-1999-07-02-64)
 - Folkehelseloven (LOV-2011-06-24-29)
 - Pasient- og brukerrettighetsloven (LOV-1999-07-02-63)
 - Smittevernloven (LOV-1994-08-05-55)
 - Psykisk helsevernloven (LOV-1999-07-02-62)
- Forskrifter:
 - Forskrift om fastlegeordningen i kommunene (FOR-2012-08-29-842)
 - Forskrift om pasientjournal (FOR-2000-12-21-1385)
 - Forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus (FOR-2005-03-18-252)
 - Forskrift om medisinsk utstyr (FOR-2013-11-29-1373)
 - Forskrift om miljøretta helsevern (FOR-2003-04-25-486)
 - Forskrift om habilitering og rehabilitering (FOR-2011-12-16-1256)
 - Turnuslegeforskriften
 - Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- Sentrale avtaler om legetjenesten i kommunene
 - Avtale om økonomiske vilkår for allmennleger med kommunal fastlegeavtale og legespesialister med avtalepraksis, statsavtalen (ASA 4301)
 - Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene (ASA 4310)
 - Sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Den norske legeforening om vilkår for leger og turnusleger i kommunehelsetjenesten med arbeidsavtale, herunder leger i fastlegeordningen (SFS 2305)
- Lokale avtaler
 - Avtale om allmennpraksis i fastlegeordningen mellom Hammerfest kommune og lege.
- Stortingsmeldinger
- Kommunalt planverk