



# Handlingsprogram for legetjenestene i Sarpsborg 2020-2026

Legetjenester som møter fremtidens behov gjennom:

- Tilgjengelighet
- Kvalitet, ledelse og kompetanse
- Samarbeid
- Bærekraftig samfunnsutvikling og mestring av eget liv

Vedtatt av Utvalg for velferd og folkehelse 20. oktober 2020



## Innholdsfortegnelse

Handlingsprogram for legetjenestene i Sarpsborg 2020-2026.....	1
1 Innledning .....	4
1.1 Bakgrunn .....	4
1.2 Innhold .....	4
1.3 Prosessen .....	4
1.4 Oppsummering av de viktigste tiltakene .....	5
2. Nasjonale føringer for legetjenestene .....	6
2.1 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. ....	6
2.2 Kommuneoverlege:.....	6
2.3 Fastlegeordningen .....	7
2.4 Samhandlingsreformen .....	7
2.5 Plan for legetjenesten .....	7
2.6 Kompetansekrav .....	7
3. Tilgjengelige legetjenester til befolkningen .....	8
3.1 Kapasitet i tjenestene .....	8
3.1.1 Legebemannning på Helsehuset .....	9
3.1.2 Legebemannning i sykehjem.....	11
3.1.3 Kapasitet i fastlegeordningen .....	12
3.1.4 Legebemannning ved legevakten .....	13
3.1.5 Leger i familiesentrene .....	13
3.1.6 Samfunnsmedisinsk kompetanse/kommuneoverleger .....	13
3.2 Rekruttering og stabilitet.....	13
3.2.1 Rekruttering i fastlegeordningen. ....	14
3.2.2 Rekruttering og stabilitet i faste legestillinger. ....	14
3.2.3 Legedekning ved legevakt.....	14
3.2.4 Samfunnsmedisinere .....	15
4. Legetjenester av høy kvalitet .....	16
4.1 God ledelse sikrer god kvalitet i tjenestene .....	17
4.3 Veiledning, fagutvikling og kompetanseheving .....	17
4.4 Kommunen som utdanningsvirksomhet. ....	18
5. Helhetlige og koordinerte tjenester inkludert samarbeid SØ .....	20
5.1 Samordning av tjenester.....	20
5.2 Digital dialogutveksling .....	21
5.3 Samarbeid om enkeltpasienter.....	21

5.4 Samhandling med spesialisthelsetjenesten .....	21
6. Bærekraftig samfunnsutvikling og mestring av eget liv .....	23
6.1 Demografisk utvikling og endring av sykdomsbilde .....	23
6.2 Folkehelseprofil.....	23
7. Økonomiske og administrative konsekvenser av nye tiltak.....	26

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn

Den demografiske utviklingen med et økende antall eldre og oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, fører til et økt krav om effektive legetjenester av god kvalitet. For å møte utfordringene med fragmenterte tjenester må legetjenestene samarbeide godt med og være en integrert del av den øvrige helse- og omsorgstjenesten i kommunen. God samhandling med spesialisthelsetjenesten er nødvendig for å sikre helhetlige, koordinerte og trygge pasientforløp og en avklart ansvarfordeling.

Sarpsborg kommunes folkehelseprofil for 2020 viser at flere barn i lavinntektshusholdninger enn landet som helhet og frafallet i videregående skole er høyere. Andelen med høyere utdanning er lavere og en større andel av den voksne befolkningen står utenfor arbeidslivet enn i landet for øvrig. Sykdomsbyrden er stor og forekomsten av kroniske livsstilssykdommer er høyere i Sarpsborgs befolkning enn landsgjennomsnittet. Arbeidet med å utjevne sosial ulikhet i helse foregår hovedsakelig utenfor helsetjenesten. Men tidlig innsats og samarbeid med andre tjenester som Nav og barnevern, skal bidra til at befolkning i størst mulig grad er i arbeid og aktivitet og at unge kan utnytte sitt potensial.

Handlingsprogram for legetjenestene bygger på Kommunedelplan helse og omsorg 2017-2028. Kommunedelplanen gir strategiske føringer for hvordan legetjenestene skal utvikles for å bidra til aktivitet, mestring og trygghet for den enkelte samt sosial og økonomisk bærekraft. Planen har fire innsatsområder der legetjenestene er en viktig bidragsyter.

Handlingsprogram for legetjenestene vil ha hovedfokus på to av disse innsatsområdene:

- Kvalitet, ledelse og kompetanse
- Samarbeid, samhandling og ressursmobilisering

## 1.2 Innhold

Handlingsprogrammet skal peke ut retningen legetjenestene i Sarpsborg skal utvikle seg i og omfatter alle legetjenestene i kommunen. Nasjonale føringer og rammer gir grunnleggende forutsetninger for utviklingen. Forslag til tiltak som har som mål å sikre stabil legedekning, god rekruttering, god samhandling og at krav i lov og forskrift innfris, er beskrevet.

Målet er legetjenester av god kvalitet som møter befolkningens behov; effektive tjenester med riktig kompetanse og kapasitet som samhandler godt og er hensiktsmessig organisert. Tidlig innsats og tilrettelegging bidrar til å forebygge sykdom og bedre folkehelsen.

Handlingsdelen (kapittel 3-6) er bygd opp rundt følgende innsatsområder:

- Tilgjengelige legetjenester
- Kvalitet, ledelse og kompetanse
- Samarbeid og samhandling
- Bærekraftig samfunnsutvikling og mestring av eget liv

## 1.3 Prosessen

Virksomhet helse fikk i 2018 i oppdrag fra direktør helse og velferd å utarbeide en fagplan for legetjenestene i kommunen; handlingsprogram for legetjenestene. En prosjektgruppe med representanter for legetjenestene, sykehjem, hjemmetjenestene, Helsehuset og tillitsvalgte ble etablert. Prosjektgruppen har gitt innspill til planene i flere møter. Det har vært arrangert to workshops der alle legene i kommunen har vært invitert og en workshop der leger og deres samarbeidspartnere i kommunen har deltatt. Handlingsprogrammet har vært tema i

allmennlegeutvalget. Kommuneoverlegene har ført handlingsprogrammet i pennen, og utkastet er sendt på høring til legetjenestene og deres samarbeidspartnere.

## 1.4 Oppsummering av de viktigste tiltakene

Her kommer en oppsummering av de viktigste tiltakene som skisseres i planen rettet mot de enkelte legetjenestene.

Tiltak på tvers av legetjenestene:

- Involvere legene i utredninger/utviklingsarbeid som viktige aktører i en samlet helhetlig helse – og omsorgstjeneste
- Etablere samhandlingsarenaer mellom legetjenestene og de øvrige helse – og omsorgstjenestene i kommunen, NAV, barnevern og spesialisthelsetjenesten.
- Etablere et felles fagmiljø. Kommunen arrangerer klinisk emnekurs årlig.
- Invitere alle leger til Allmennlegeutvalget og bidra til at utvalget brukes aktivt av kommunens ledelse
- Tilgjengelige beslutningsstøtteverktøy for leger ansatt i kommunen
- Tilrettelegger for at legene lett kan finne informasjon om forhold i kommunen som angår dem gjennom bruk av nettside, nyhetsbrev, allmennlegeutvalget o.l.
- Sikre at alle leger har tilgang til kommunens internkontrollsystem
- Opprette lokal utdanningskomite sammen med tillitsvalgte for legene
- Tilrettelegge for spesialisering i allmennmedisin og samfunnsmedisin, LIS 3
- Sikre systematisk opplæring og mottak av nye leger
- Videreføre arbeidet med å sikre en forutsigbar lønnsutvikling og ferdigstille plan for kompetanseheving
- Øke fokuset på tidlig innsats og folkehelsearbeid

Fastlegeordningen

- Opprette ny fastlegeliste når det blir under 1000 ledige plasser på fastlegenes lister
- Etablere samarbeid med fastlegene om systematisk kvalitetsarbeid på fastlegekontorene
- Gjennomføre samarbeidssamtale på alle fastlegekontor mellom fastlegene og kommuneoverlege/virksomhetsleder Helse hvert annet år
- Etablere avtale om honorar for fastleger som deltar i prosjekt, møter o.l. i regi av kommunen
- Innføre opplæringsdag for nye fastleger
- Revidere fastlegeavtalen og bruke den som verktøy for ledelse av fastlegeordningen
- Følge opp tiltak i regjeringens handlingsplan for allmennlegetjenesten

Kommunale legetjenester

- Følge legeforeningens norm for bemanning
- Øke bemanningen med 1,1 stilling på sykehjem i 2020

- Øke bemanningen med 0,6 stilling på helsehus i 2020
- Fortsette med faste nattevaktleger og faste vikarer i tillegg til fastlegene på legevakt
- Ha medisinsk faglig overlege tilgjengelig i kommunen for sykehjem og helsehusleger.
- Ha medisinsk faglig lege tilgjengelig for opplæring og kvalitetsarbeid i legevakt
- Sikre at legene inngår i kvalitetsteam og deltar på fagmøter i den virksomheten der de utfører sin tjeneste.

#### Kommuneoverleger

- Jobbe for å øke fra 2,5 til 3,5 årsverk i handlingsprogramperioden for å sikre kapasitet til å bidra i utvikling av kommunens helsetjenester, ledelse av fastlegeordningen og god samhandling med fastlegene, samt utføre lovpålagte oppgaver og nødvendig medisinsk faglig rådgivning og folkehelsearbeid.
- Ha leger med samfunnsmedisinsk kompetanse som ledere for legetjenestene
- Bruke styringsverktøy for ledelse og dimensjonering av legetjenestene
- Være rådgiver for kommuneledelsen i spørsmål der samfunnsmedisineren har en rolle

## 2. Nasjonale føringer for legetjenestene

### 2.1 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

Kommunen plikter etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) § 3-1 å sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- omsorgstjenester. Kommunens ansvar gjelder alle pasient- og brukergrupper.

For å oppfylle ansvaret etter § 3-1, skal kommunen ifølge § 3-2 blant annet tilby helsetjenester i skoler og helsestasjonstjenester, svangerskaps og barselomsorgstjenester, legevaktstjenester og heldøgns mediskakuttberedskap, psykososial beredskap og oppfølging, fastlegeordning, helsetjenester i hjemmet og i sykehjem. For å utføre disse og flere andre helse- og omsorgstjenester, skal kommunen ha tilknyttet lege.

Videre skal enhver som yter helse- og omsorgstjenester etter §§ 4-1 og 4-2 og tilhørende forskrifter sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Dette innebærer blant annet en kontinuerlig kvalitetssikring og forbedring av legetjenestene.

### 2.2 Kommuneoverlege:

Helse- og omsorgstjenesteloven § 5-5 fastsetter kommunes plikt til å ha en eller flere kommuneleger som medisinsk faglig rådgiver. Kommunelegen har lovpålagte oppgaver etter psykisk helsevernloven, smittevernloven og folkehelseloven. Kommunelegens rolle er beskrevet i forarbeidet til både helse- og omsorgstjenesteloven og folkehelseloven.

I følge [SFS 2305](#) (se punkt 2.3) skal kommunens medisinsk-faglige rådgiver benevnes kommuneoverlege. Kommuneoverlegen har en sentral rolle i mange kommuners ledelse av fastlegeordningen. Det er ikke gitt føringer på hvilken formell plassering kommuneoverlegen

skal ha i kommunens administrasjon, men i forarbeidet til folkehelseloven antyder man at en plassering i tilknytning til rådmannens stab er klokt.

### 2.3 Fastlegeordningen

Det er kommunen som har et overordnet ansvar for at innbyggerne tilbys fastlegetjenester i tråd med nasjonale krav. Dette ansvaret er presisert i kapittel 2 i [fastlegeforskriften](#).

Fastlegeavtalen er en individuell avtale som kommunen inngår med den enkelte fastlege. Avtalen beskriver rammene for den tjenesten fastlegen skal gi, og er utgangspunktet for kommunens dialog og samhandling med fastlegen.

Rammeavtalen, [ASA 4310](#), er en avtale om fastlegeordningen mellom KS og legeforeningen. Denne skal sammen med fastlegeavtalen sikre at både kommunen og legene fyller kravene til fastlegeordningen i helse- og omsorgstjenesteloven og fastlegeforskriften. Avtalen beskriver kommunens plikt til å organisere fastlegeordningen slik at legene kan oppfylle sin del av avtalen. I tillegg beskriver avtalen økonomiske forhold og strukturert samhandling. Allmennlegeutvalget (ALU) og Lokalt samarbeidsutvalg (LSU) skal ivareta samarbeidet mellom fastlegene og kommunen.

SFS 2305 er en særavtale mellom KS og legeforeningen om legetjenesten i kommunen hvor vilkår for fastleger og turnusleger/LIS1 i kommunehelsetjenesten omtales. Denne regulerer arbeidstid i fastlegepraksisen, praksiskompensasjon og legevaksarbeid.

### 2.4 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen ble innført i 2012 og endret utviklingen av helsetjenestene med økt behandling og rehabilitering i kommunene. Dette har ført til at flere og mer komplekse helse- og omsorgsoppgaver skal løses i kommunen, noe som setter større krav til å rekruttere og beholde personell med riktig kompetanse i kommunen.

Koordinerte og helhetlige pasientforløp var ett av målene i Samhandlingsreformen. I tillegg til krav om større fokus på forebygging, tidlig intervensjon, samt økt satsing på folkehelsearbeid.

### 2.5 Plan for legetjenesten

Rammeavtalen, [ASA 4310](#), pålegger kommunen å utarbeide en plan for legetjenesten som skal omfatte drift og utvikling. Planen skal utarbeides i samarbeid med allmennlegene og legges frem for lokalt samarbeidsutvalg. Den skal danne grunnlag for nødvendige prosesser og tiltak for å sikre tilstrekkelig legedekning, fordeling av oppgaver, samt gi forutsigbarhet for legene i sin praksis. Dette handlingsprogrammet for legetjenesten er en plan for legetjenestene i Sarpsborg kommune.

### 2.6 Kompetansekrav

De siste årene har det kommet endringer i spesialistutdanningen for leger og strengere kompetansekrav til kommunens legetjeneste. [Forskrift om kompetansekrav](#) for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten krever at alle leger som ansettes eller inngår avtale med kommunen om stillinger utover vikariater på 1 år etter 1.mars 2017, må være spesialister i allmennmedisin eller under spesialisering. Krav til spesialistutdanningen er nærmere beskrevet i [Spesialistforskriften](#). Denne har gitt kommunen et utvidet ansvar for spesialiseringen av leger.

Tidligere turnusleger er erstattet av LIS1 (leger i spesialiseringer, del 1). Kommunen har plikt til å ta imot det antall LIS 1 som fastsettes fylkesvis av Helsedirektoratet og fordeles til den enkelte kommune i samråd med fylkesmannen. Forskriften pålegger kommunen betydelig flere oppgaver med LIS 1 ordningen og et tettere oppfølgingsansvar enn i tidligere turnusordning.

Fra 01.03.19 skal alle leger som starter i spesialisering i allmenntidmedisin og samfunnsmedisin spesialiseres etter ny ordning, LIS 3. Denne ordningen krever langt mer administrasjon av kommunen enn tidligere da spesialiseringsløpet var overlatt til den enkelte lege.

[Akuttmedisinforskriften](#) beskriver kompetansekrav for leger i vakt. Kompetansekravet innebærer at legen enten er spesialist i allmenntidmedisin, godkjent allmenntidlege med veiledet tjeneste, eller har gjennomført 30 måneder tjeneste etter grunnutdanningen. I tillegg må legen ha gjennomført 40 legevakter eller ha arbeidet ett år i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Minst en av legene i vakt må inneha kompetansekravet.

### 3. Tilgjengelige legetjenester til befolkningen

Nye og mer krevende oppgaver i kommunene krever økt tilgang på legetjenester. Dette fordrer tilstrekkelig kapasitet i tjenestene, god rekruttering og at legene blir i sine stillinger over tid. Lokalene der pasienter skal motas, må dessuten ha universell utforming.

#### 3.1 Kapasitet i tjenestene

Det er flere faktorer enn innbyggertall som påvirker behovet for legeressurser i kommunen. Helsetilstanden i befolkningen er en faktor. Forholdet mellom antall korttidsplasser, boliger der det ytes heldøgns tjenester og antall langtidsplasser på sykehjem er en annen.

Det finnes ingen statlig norm eller sentralt måltall som kommunene skal følge vedrørende bemanning i sykehjem og Helsehus. Det er opp til den enkelte kommune å fastsette en lokal norm for legedekning ([IS-1436 Veileder fra Helsedirektoratet «Legetjenester i sykehjem»](#)).

Sarpsborg kommune vedtok den 15.12.2007 Saksnummer i 360: 07/10325 å følge legeforeningens anbefalte bemanningsnorm for sykehjemmene. Normen ble oppdatert i 2012 og kan leses [her](#):

Normen angir at behovet for legeressurser varierer mellom type avdeling og pasientkategorier:

- 1 uketime per 3 langtidsplasser, dvs. minst 1 legeårsverk per 90 pasienter
- 1,5 uketimer per korttidsplass for opphold av 3–4 ukers varighet, dvs. minst 1 legeårsverk per 20 pasienter
- 3 uketimer per 1 rehabiliteringsplass for mer aktiv utrednings-, behandlings- eller rehabiliteringsopphold, dvs. minst 1 legeårsverk per 10 pasienter
- 1 uketime per 2 plasser i spesialavdelinger for personer med demens med atferdsproblemer, dvs. minst 1 legeårsverk per 60 pasienter
- 5 uketimer per plass beregnet for palliativ behandling og/eller terminalomsorg, dvs. minst 1 legeårsverk per 6 pasienter



### 3.1.1 Legebemannning på Helsehuset

Helsehuset som ble åpnet i 2016 har ingen langtidsplasser, men 85 korttidsplasser. Disse består av 8 kommunale akutte døgnplasser (KAD), 67 korttidsplasser, 6 rehabiliteringsplasser, og 4 palliative plasser.

**Korttidsplass:** tidsbegrenset heldøgntilbud hvor formålet er klart definert. Det gis individuell oppfølging ut fra formålet og brukers sykdomstilstand. Et eksempel er opphold for pasienter som utskrives fra sykehus, men som ikke kan utskrives direkte til hjemmet. Oppholdet kan vare fra noen få dager til flere uker.

**KAD:** kommunal akutt døgnplass. Dette er en lovpålagt tjeneste og et allmennt medisinsk tilbud. Tilbudet gis til pasienter som har behov for observasjon, behandling og tilsyn, men som ikke har behov for innleggelse i sykehus. Dette krever tettere medisinsk oppfølging og høyere medisinsk kompetanse enn ordinære korttidsplasser.

**Palliative plass:** tilbudet er utviklet for pasienter med inkurabel (uhelbredelig) sykdom og kort forventet levetid. Målet med behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten.

**Rehabiliteringsplass:** formålet med tilbudet er å sikre at personer som har behov for medisinsk rehabilitering, tilbys tverrfaglige tjenester. Dette skal bidra til stimulering av egen læring, motivasjon og økt funksjons- og mestringsevne.

**Rulleringsplass:** plass som er tilpasset pasienter med sammensatte og kompliserte lidelser som har behov for regelmessig oppfølging av tverrfaglig helsepersonell. Fastlegen har det medisinske ansvaret når pasienten bor hjemme. Medisinsk utredning og behandling under innleggelse skal gjøres i nært samarbeid med fastlegen.

**Avlastningsplass:** plass for pasienter hvor pårørende har behov for avlastning på grunn av særlig tyngende omsorgsarbeid. Fastlegen har det medisinske ansvaret når pasienten bor hjemme. Medisinsk utredning og behandling under innleggelse skal gjøres i nært samarbeid med fastlegen.

Legeressursen er per 1. januar 2020 5.8 årsverk fordelt på 5 avdelinger. Legene arbeider dagtid på hverdager. I tillegg er det en lege på jobb fem timer på helg og helligdager. Dette er ikke tilstrekkelig for å fylle kravene i legeforeningens bemanningsnorm.

I tråd med samhandlingsreformens intensjoner er det et økende krav til legetjenesten ved Helsehuset. Flere pasienter som tidligere fikk behandling i spesialisthelsetjenesten skal nå behandles i kommunen. Fra 2017 til 2019 var det en økning på 44 % i antall opphold ved Helsehuset fra 1752 til 2521.

Mange pasienter har sammensatte sykdomsbilder og flere kroniske lidelser. Medikamentutfordringer som høyt forbruk av vanedannende medisiner, lange medisinlister med økt fare for bivirkninger og interaksjoner samt sosial problematikk, forekommer ofte. Oppfølging og behandling av den enkelte krever også involvering av pårørende og tverrfaglig samarbeid med annet helsepersonell.

Sykehuset Østfold har utfordringer vedrørende kapasitet og liggetiden har hatt stort fokus. Flere av pasientene som utskrives fra sykehuset krever mer medisinsk oppfølging og har større behov for kommunale helse og omsorgstjenester enn tidligere. En stor andel av disse innlegges på Helsehuset.

Legetjenesten har fått flere oppgaver på grunn av flere innleggelser og økt sykdomsbyrde hos de innlagte, derfor ble legedekningen i helgene økt fra 6 timer til 10 timer i 2018. Helgevakter genererer lovpålagte fridager (jfr. Arbeidsmiljøloven) noe som fører til bemanningsutfordringer på enkelte hverdager.

Det er i dag ingen ekstra bemanning i legetjenesten for å dekke opp lovpålagt fri før og etter helgevakt, sykdom, ferie, kurs og permisjoner. Dette gir ofte mangel på legetjenester som igjen fører til lengre liggetid, dårligere behandlingskvalitet og økt belastning på de øvrige legene og annet helsepersonell. Tjenestene har flere avvik grunnet dette.

Medisinsk-faglig ansvarlig overlege har 20 % av stillingen avsatt til fagutvikling. Denne ressursen benyttes jevnlig til klinisk arbeid for å dekke opp for noe av fraværet, på bekostning av fag- og kvalitetsutviklingen.

### Tabell 1.

Tabellen viser legebemanning på Helsehuset per 1. januar 2020 opp mot anslått behov ut fra legeföreningens norm. Det er lagt inn kommentarer der det ikke finnes norm og der behovet antas å avvike fra normen.

Avdeling	Antall plasser	Legebemanning per 1. januar 2020	Anslått bemanningsbehov	Kommentarer
KAD	8		1,0	Ingen norm for KAD. Estimert behov
Rehabiliteringsplass	6		0,6	Jf. normen
Palliasjon	4		0,8	Jf. normen
Korttid	67		3,8	Legebehovet er større enn normen (3,4) fordi liggetiden er kortere enn 3-4 uker*.
Medisinskfaglig ansvar			0,2	Angitt ut fra behov.
Til sammen	85	5,8 årsverk	6,4årsverk	

Tabell 1.

\*Gjennomsnittlig liggetid på Helsehuset er 11 dager. Hyppigere utskiftning av pasienter øker behovet for legetjenester. Legeföreningen legger en liggetid på 3-4 uker til grunn for sin bemanningsnorm (2012).

### Konklusjon:

Det er behov for ytterligere 0,6 årsverk legetjenester ved Helsehuset for å fylle vedtatt bemanningsnorm.

### 3.1.2 Legebemanning i sykehjem

Kommunens mål er at innbyggere skal bo hjemme så lenge som mulig. De pasientene som nå legges inn på sykehjem har et dårligere funksjonsnivå og er sykere enn tidligere. Utviklingen er i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen, og har ført til at flere medisinske prosedyrer og behandlingsformer som tidligere ble gjennomført i spesialisthelsetjenesten, nå utføres ved sykehjemmene. Eksempler på dette er intravenøs behandling, smertepumper o.l.

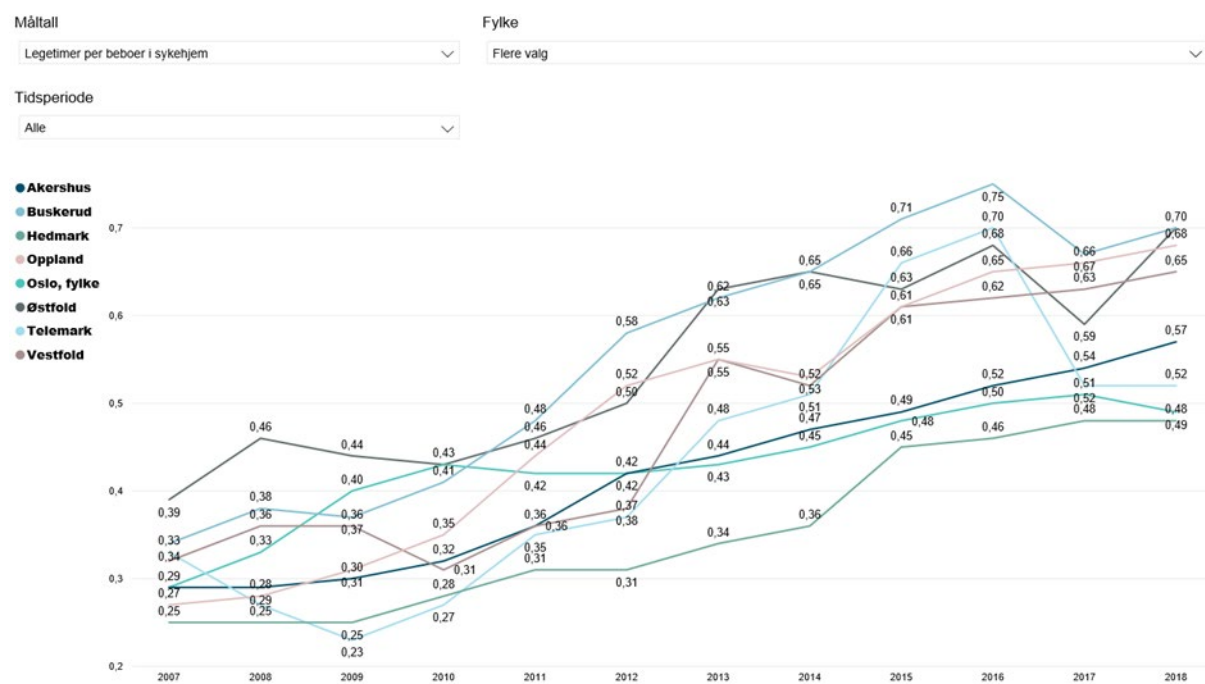
80-90 % av pasientene ved sykehjemmene har kognitiv svikt/demens. Flere pasienter som bor på vanlige langtidsavdelinger har dermed atferd som krever like tett oppfølging som pasienter på skjermet avdeling.

Legetjenesten har ansvar for årskontroller, legemiddelgjennomgang, avklaring av behandlingsnivå og vurdering av tvangsvedtak, i tillegg til den daglige medisinske oppfølgingen av den enkelte beboer.

Det er seks sykehjem i kommunen med 370 plasser hvorav 98 er skjermede plasser. Bortsett fra 15 korttidsplasser som brukes til rullering/avlastning, er dette langtidsplasser. Kommunen har per 1. januar 2020 2,8 stillinger fast ansatte sykehjemsleger. I tillegg har to fastleger 20 % stilling som tilsynsleger ved sykehjem. Frem til 01.04.20 har kommunen i tillegg en lege i 40 % stilling lønnet via NAV tilskudd. Denne ble ikke videreført.

Ved fravær som kortvarig ferie, kurs, sykdom og permisjoner er det ingen vikarordning. Legene dekker opp for hverandre, noe som kan føre til samtidighetskonflikter.

Tabell 2 viser antall legetimer/uke per beboer i sykehjem fra 2007 til 2018 for fylker som er sammenlignbare med Østfold. Antall legetimer per beboer i sykehjem har økt fra 0,4 timer i 2007 til 0,68 timer i 2018, noe som reflekterer det økte behovet for legetjenester i tidsrommet.



Tabell 2.

Tabell 3. Legebemanning ved sykehjemmene. Tabellen viser bemanning per 1. januar 2020 opp mot anslått bemanningsbehov beregnet ut fra legeforeningens bemanningsnorm:

- 1 årsverk per 90 pasienter i langtids plass
- 1 årsverk per 20 pasienter i korttids plass
- 1 årsverk per 60 pasienter avdelinger for personer med demens med atferdsproblemer/skjermet avdeling

Sykehjem	Antall pasienter	Legedekning per 01.01.2020	Legedekning vurdert fra norm og erfart behov
Kurland	112	100 % stilling	125 %
Tingvoll- langtid	50	60 % stilling	55 %
Tingvoll, skjermet avd.	12		20 %
Kruseløkka langtid	17	20 %	15 %
Kruseløkka kortid; avlastning /rullering	13		20 %
Haugvoll langtid	48	80 %	50 %
Haugvoll skjermet avd	16		25 %
Borgen dement / adferd	70	80 %	110 %
Valaskjold	32	40 % (fram til 01.04.2020)	30 %
<b>Totalt</b>	<b>370</b>	<b>3,4 stillinger</b>	<b>4,5 stillinger</b>

#### Vurdering av bemanningen på sykehjem:

##### Konklusjon:

Kommunen har en samlet bemanning på sykehjem som ligger under vedtatt norm for bemanning. Det er behov for ytterligere 1,1 årsverk legetjenester ved sykehjemmene.

### 3.1.3 Kapasitet i fastlegeordningen

Det er bred enighet om at det er kapasitetsutfordringer i fastlegeordningen og at legene har lange dager. Stadig færre velger fastlegeyrket. Fastlegeordningen er styrt av statlige rammer, men utfordringene oppleves først og fremst i kommunene. «[Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024](#). Attraktiv, kvalitetssikker og team basert» ble lansert av regjeringen våren 2020. Planens mål er faglig sterke allmennlegetjenester og en attraktiv og robust fastlegeordning.

Regjeringen vil styrke basisfinansieringen gjennom et tidsbegrenset grunntilskudd tilsvarende basistilskuddet ved 500 pasienter på listen. Dette skal gjøre det enklere for yngre leger å etablere fastlegepraksis. I tillegg vil tilskuddet til de 1000 første pasientene på listen være høyere. Legene kan dermed redusere antall pasienter uten å få et stort tap i basistilskudd.

Størrelsen på basistilskuddet legen får utbetalt fra kommunen, bestemmes av antall pasienter på listen. Kommunen kan kostnadsfritt opprette en ny fastlegehjemmel. Det er antall innbyggere i kommunen som bestemmer kommunens utgifter til fastlegeordningen (per capita tilskudd)

### 3.1.4 Legebemanning ved legevakten

Det ble høsten 2018 gjort en utredning med tanke på kapasitet på legetjenestene ved Sarpsborg og Rakkestad legevakt. Formålene med utredningen var å øke kvaliteten på tjenesten og innfri kravet til kompetanse etter akuttmedisinforskriften. Målet var bedre pasientflyt og økt mulighet for legen å rykke ut til hasteoppdrag og reise på sykebesøk. Det var også ønskelig at flere fastleger skulle ta legevakter uten at belastningen på den enkelte fastlege blir for stor. Som et resultat av utredningen ble legetjenesten utvidet med en «fastlegelinje» og en linje for andre leger som ønsker å ta vakter, på ettermiddag og kveld samt i helger. Bakvaktordningen ble avsluttet. Fastlegevaktene ble kortere. Ny ordning startet 1.2. 2019. Evaluering etter 6 måneder viser at tiltakene treffer målene og at kapasiteten i tjenesten nå er på riktig nivå.

### 3.1.5 Leger i familiesentrene

Det er i dag en fulltids legestilling tilknyttet hvert familiesenter med oppgaver i helsestasjon, skolehelsetjeneste, ungdommens helsestasjon (UHS) og helseteam for flyktninger. I tillegg er det inngått avtale med en fastlege om 4 timer pr uke i UHS. Legenes arbeidsoppgaver er i stor grad styrt fra Virksomhet forebyggende tjenester. Ved å ha et tettere samarbeid på virksomhetsleder/ teamledernivå nivå, vil Virksomhet Helse ha en bedre forutsetning for å vurdere kapasitet og innhold i legetjenestene.

Det er pr 1.1. 2020 ikke avsatt egne legeressurser til flyktningehelsetjenesten. Tilbakemeldingen fra Virksomhet Forebyggende tjenester er at det er et behov for dette. Mangel på separate kontor for lege og helsesykepleier ved skolene, krever dessuten økte ressurser fordi konsultasjon hos skolelege og helsesykepleier ikke kan gjennomføres parallelt.

### 3.1.6 Samfunnsmedisinsk kompetanse/kommuneoverleger

Samfunnsmedisinerne i kommunen bidrar i ledelse, tjenesteutvikling, kvalitetsarbeid, beredskap, planarbeid, miljørettet helsevern og folkehelsearbeid. Samhandling og tverrfaglig arbeid internt, med spesialisthelsetjenesten, andre kommuner og statlige organer er også viktige oppgaver. Hovedfunksjonen er å være medisinskfaglig rådgiver for kommunen, slik at det medisinskfaglige aspektet blir sikret før avgjørelser tas.

Kommunen har 2,5 årsverk kommuneoverlegestilling. Virksomhetsleder helse og teamleder for kommunale legetjenester utfører også enkelte kommuneoverlegeoppgaver. I tillegg utfører Helsesjefen samfunnsmedisinske oppgaver som rådgiver i staben til direktør for helse og velferd.

Kommuneoverlegene er spesialister eller under spesialisering i samfunnsmedisin.

Samhandlingsreformen, folkehelsearbeidet, utfordringene med fastlegeordningen samt kommunens nye oppgaver med spesialisering av allmennleger øker behovet for samfunnsmedisinsk kompetanse/kommuneoverleger.

## 3.2 Rekruttering og stabilitet

Godt fagmiljø og kollegial støtte er viktig for å beholde legene. Legene påpeker at mulighet for kompetanseheving, konkurransedyktig lønn og involvering i utvikling av egen

arbeidshverdag er faktorer som gjør en stilling attraktiv. Et godt samarbeid med kommunens ledelse og det at ledelsen har kjennskap til legenes arbeidshverdag, er også avgjørende.

### 3.2.1 Rekruttering i fastlegeordningen.

Det er et økende problem med rekruttering til fastlegepraksiser. Fastleger i hele landet uttrykker at de har et stort arbeidspress, og at dette har økt betydelig etter innføringen av samhandlingsformen. En [studie gjort av forskere ved Uni Research i Bergen](#), publisert i 2018 viste at fastlegene hadde en gjennomsnittlig ukentlig arbeidstid på 56 timer.

Sarpsborg kommune hadde fram til 2018 en stabil fastlegegruppe. Etter dette har imidlertid mange erfarne fastleger sluttet, og det har vært en utskiftning på mer enn 30 % av fastlegekorpset. De aller fleste gikk over i andre legestillinger. Etter 2018 har det kun vært 1-3 søkere pr. hjemmel mot tidligere 10-15. I tillegg har de fleste av søkerne begrenset eller ingen erfaring. Gjentatte utlysninger har vært nødvendig. Rekrutteringen til fastlønnede fastlegestillinger har imidlertid vært god. Mye tyder på at mange yngre leger ikke ønsker å kjøpe seg inn i og drifte en fastlegepraksis som næringsdrivende. Forutsigbarheten med ordinær arbeidstid, sykelønnsordninger og fast lønn, angis som viktigere enn muligheten til høyere inntekt.

Fastlønnede fastlegestillinger er betydelig dyrere for kommunen, enn å opprette en ordinær fastlegehjemmel.

Statlige rammer som gir alle fastleger faglig utvikling, trygge økonomi og en god balanse mellom arbeid og fritid vil være gunstig for rekrutteringen. Det er flere tiltak i regjeringens handlingsplan for allmennlegetjenesten som ble lansert våren 2020 (omtalt i kapittel 3.1.3) som har som målsetting å bedre rekrutteringen.

### 3.2.2 Rekruttering og stabilitet i faste legestillinger.

Å rekruttere leger som innfrir aktuelle kompetansekrav og beholde leger over tid i kommunens helsetjenester, er en utfordring. Risikoanalyse viser at lokal lønnsstige for leger innenfor HTA kapittel 5, samt plan for kompetanseutvikling/spesialisering kan bidra til mindre kompetanselekkasje og større stabilitet i legegruppen.

Legene meritterer inntil 2,5 år til spesialiteten allmennmedisin ved arbeid i sykehjem/helsehus. For å få allmennmedisinsk spesialitet må legene i tillegg ha minst to år i en fastlegepraksis.

Virksomhet helse har til nå hatt ulike praksis for avlønning, kursvirksomhet og permisjoner ved de ulike arbeidsstedene (familiesenter, legevakt, helsehus/sykehjem). For å fylle kravene til å bli spesialist i allmennmedisin, må legene rotere mellom ulike arbeidsplasser i virksomheten. En lønnsutjevning mellom de ulike arbeidsplassene er påkrevd. En ensartet praksis for kompetanseutvikling/videreutdanning og permisjoner fører til forutsigbarhet for den enkelte lege.

### 3.2.3 Legedekning ved legevakt.

Alle fastleger har plikt til å ta vakter ved legevakten. Med en gjennomsnittlig arbeidstid på 56 timer ved fastlegekontoret, er det forståelig at mange likevel ikke ønsker disse vaktene. Kommunen har i mange år hatt fast ansatte leger på natt. Etter omlegging i februar 2019 til ny legedekning på legevakten med to leger på vakt ettermiddag, kveld og i helger, har det ikke vært problemer med å få leger til å ta vakter ved legevakten. Faglig og kollegial støtte på vakt er viktig for at belastningen ved å ha legevakt ikke oppleves for stor. Fastlegenes totale

arbeidsbelastning inkludert legevakt, vil være et tema i oppfølgingen av regjeringens Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024.

### 3.2.4 Samfunnsmedisinere

Samfunnsmedisin er et medisinsk fagområde og spesialitet som integrerer kunnskap fra samfunnsfag og helsefag. Fokus ligger på [helsetilstanden](#) i hele eller deler av befolkningen, på samfunnsforhold og befolkningens levekår, og sammenhengen mellom disse.

Det har vært hyppigere utskifting av samfunnsmedisinere i kommunen det siste året enn tidligere og det er få søkere til stillinger ved utlysninger. Et godt samfunnsmedisinsk miljø, mulighet for spesialisering, mulighet for å bruke kompetansen og varierte arbeidsoppgaver er viktige faktorer når samfunnsmedisinere skal rekrutteres.

Det er samfunnsmedisinere som leder de andre legetjenestene i kommunen. De er dermed viktig også for å sikre stabilitet og god rekruttering til de andre legestillingene.

<b>Hovedmål:</b> Tilgjengelige legetjenester til Sarpsborgs befolkning.	
<b>Slik vil vi ha det</b>	<b>Slik gjør vi det</b>
Styringsdata for sikker dimensjonering av tjenestene	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Årsrapport fra fastlegeordningen</li> <li>• Årlig vurdering av kapasiteten på legetjenester i sykehjem og helsehus opp mot legeforeningens bemanningsnorm</li> <li>• Bruker avvikrappoterering</li> <li>• Tett dialog om jobbtfredshet</li> <li>• Oppfølging av avvik, klagesaker, ventetid og responstid på telefonen</li> </ul>
<b>Nok kapasitet i tjenestene til å møte fremtidens krav</b>	
<b>Fastlegeordningen</b>	Det opprettes en ny fastlegeliste når det blir under 1000 ledige pasientplasser på fastlegens lister.
<b>Sykehjem</b>	I 2020 økes bemanningen med 1,1 stilling for å innfri vedtatt norm for bemanning
<b>Helsehus</b>	I 2020 økes bemanningen med 0,6 stilling. Dette inkluderer 20 % stilling til fagutvikling.
<b>Familiesentrene</b>	Kapasiteten vurderes i samråd med forebyggende tjenester. Tilføre midler fra tilskudd til flyktninger, til dedikert legeressurs til gruppen. Kontorfasiliteter som sikrer effektiv utnyttelse av legeressursene.
<b>Legevakt: nok leger til å sikre forsvarlig pasientflyt og mulighet for å reise på sykebesøk.</b>	Fortsetter med faste nattevaktleger og faste vikarer i tillegg til fastlegene. Behov og mulighet for samarbeid med nærliggende kommuner om en ekstra legeressurs på natt utredes i 2020
<b>Kommuneoverleger</b>	Øker fra 2,5 til 3 årsverk grunnet økende oppgaver med spesialisering av leger, systematisk kvalitetsarbeid og ledelse av

	fastlegeordningen. Leder for legetjenestene skal ha samfunnsmedisinsk kompetanse.
<b>God rekruttering og beholde legekompentansen i kommunen</b>	
<b>Legene skal ha et godt faglig miljø, ha kollegial støtte samt oppleve å være inkludert, involvert og en viktig aktør i kommunen.</b>	<p>Følge tabell 6.3 i Plattform for medarbeiderskap og ledelse</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nok kapasitet i tjenestene (se over)</li> <li>• Legetjenester av høy kvalitet (se kapittel 5)</li> <li>• Sosiale møteplasser som sommerfest og julebord.</li> <li>• Alle leger inviteres til Allmennlegeutvalget og utvalget brukes aktivt av kommunens ledelse</li> <li>• Kommunen arrangerer en møteserie/klinisk emnekurs årlig.</li> <li>• Kommuneoverlegene/ ledelsen er tilgjengelig for legene ved behov</li> <li>• Legene involveres i utredninger/utviklingsarbeid</li> <li>• Godt informerte leger gjennom bruk av intranett, nyhetsbrev o.l.</li> <li>• Godt mottak og oppfølging av nye leger <ul style="list-style-type: none"> <li>○ System for mottak, opplæring og oppfølging av nyansatte</li> <li>○ Informasjonspakke til nye leger</li> <li>○ Oppfølging av nye fastleger etter 6 mnd.</li> <li>○ Fadderordning innføres</li> </ul> </li> </ul>
Forutsigbar lønnsutvikling og konkurransedyktig lønn	Felles plan for lønnsutvikling (se lønnsforhandlinger 2019)
Kommunen skal være attraktiv for arbeidssøkende leger	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fokus på å rekruttere LIS1-leger til legestillinger i kommunen</li> <li>• Etablerer ALIS stillinger (se kap.5)</li> <li>• Plan for kompetanseheving (se kap. 5)</li> <li>• Kommunen etablerer introduksjonsavtaler som varslet i regjeringens Handlingsprogram for legetjenesten</li> </ul>

#### 4. Legetjenester av høy kvalitet

Kvalitet er et resultat av god kompetanse og godt organiserte tjenester. Tjenester av god kvalitet er virksomme, trygge og sikre. De involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet. Ressursene utnyttes på en god måte og tjenestene er tilgjengelige og rettferdig fordelt. (REF. nasjonal strategi; og bedre skal det bli).

Fra 1. januar 2017 ble kommunens ansvar for kvaliteten i tjenestene ytterligere presisert gjennom [forskrift om ledelse og kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten](#). Den slår



tydelig fast at det er ledelsen som har ansvaret for at virksomheten planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres. Forskriften stiller krav til styring og ledelse i helse- og omsorgssektoren. Forskriften stiller også krav til fastlegekontoret som virksomhet, hvor systematisk kvalitetsarbeid skal inngå i arbeidet med å lede kontoret.

#### 4.1 God ledelse sikrer god kvalitet i tjenestene

Sarpsborg kommune har vedtatt plattform for ledelse og medarbeiderskap. Dette inkluderer legetjenestene. Agenda Kaupangs utredning fra 2016 på oppdrag fra KS «[kommunens legetjeneste, kan den ledes?](#)» viste at ledelse av legetjenesten ikke prioriteres på samme måte som ledelse av andre store helse- og omsorgstjenester i kommunene. Samtidig er kommunenes handlingsrom i styringen av fastlegene noe begrenset. En masteroppgave fra UIO 2018; Leder kommunen fastlegeordningen?

<https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/62859/Leder-kommunen-fastlegeordningen.pdf?sequence=1&isAllowed=y> konkluderte med at legene i ulik grad lar seg lede av kommunen. Legene er mer positive til kommunen der kommunen tar et større ledelsesansvar for fastlegeordningen.

Gjennom «[Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024](#)» er det varslet at fastlegenes takstsystem skal gjennomgås for å understøtte faglig riktig praksis. Regjeringen ønsker å bedre kvaliteten på allmennlegetjenesten og det systematiske arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. De har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide et nasjonalt system for systematisk arbeid med kvalitetsforbedring i allmennlegetjenestene inkludert fastlegeordningen. Et slikt system vil kunne bli et godt verktøy for det enkelte fastlegekontor, men også for at kommunen kan innfri sin plikt i henhold til fastlegeforskriften §7 om systematisk kvalitetsarbeid i allmennlegetjenesten.

Kommunene er ikke i mål med å sikre at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring i legetjenestene. Representant for de kommunalt ansatte legene er sjelden involvert i kvalitetsteamene eller i kvalitetsarbeidet i de virksomhetene der de til daglig har tjeneste. Leger i sykehjemmene inngår for eksempel ikke i sykehjemmets kvalitetsteam. Kommunens kvalitetssystem er i dag ikke innrettet etter legetjenestene. Det er en utfordring at legene ikke har oppdatert kjennskap til kommunens prosedyrer. Forankring og implementering av endringer som påvirker eller inkluderer legenes praksis er vanskelig når prosedyrer i kommunens internkontrollsystem utvikles uten samråd med legene.

Representant for fastlegene inngår i dag ikke i kommunens kvalitetsteam. De har heller ikke enkel tilgang til kommunens digitale avvikssystem.

Kommunen har i dag ikke god nok oversikt over om fastlegekontorene har et system for kvalitetsforbedring. I en travel fastlegehverdag, er dette en oppgave som kan bli nedprioritert av fastlegekontorene.

#### 4.3 Veiledning, fagutvikling og kompetanseheving

Legene står ofte i krevende situasjoner og deres avgjørelse kan få store implikasjoner for pasienter og pårørende. Flere leger arbeider uten andre legekolleger i nærheten. Leger i kommunen har påpekt at de savner et felles fagmiljø. Faglig støtte fra kollegaer som fadderordninger og systematisk veiledning er ikke satt i system.

Fram til for noen få år siden hadde de nye fastlegene flere års erfaring fra allmennpraksis. Mange var også spesialister i allmennmedisin. Som nevnt i kapittel 4 er det for tiden store utfordringer med rekrutteringen, og søkerne har ofte ingen eller kort erfaring fra

allmennpraksis. Behovet for kommunal oppfølging og faglig veiledning har dermed økt betydelig.

Den enkelte lege er forpliktet til å vedlikeholde og videreutvikle sin kompetanse. Plan for kompetanseheving er fremforhandlet lokalt med legeföreningen og sikrer at alle fast ansatte leger har krav på et bestemt antall dager permisjon med lønn å utvikle sin kompetanse bl.a. gjennom utdanning, kurs, opplæring, veiledning og faglige møter.

Tidspress og hyppig utskiftning av leger fører ofte til lite opplæring og at den enkelte lege opplever liten støtte fra andre kollegaer.

#### 4.4 Kommunen som utdanningsvirksomhet.

Sarpsborg kommune er en registrert utdanningsvirksomhet og har plikt til å legge til rette for at leger ansatt i kommunen etter 1.3.2017 skal bli spesialister i allmennmedisin eller samfunnsmedisin. Dette innebærer at utdanningskandidaten skal få relevant praksis og oppfølging inkludert minimum 2 år i åpen, uselektert praksis (dvs. fastlegepraksis). Videre har kommunen en oppgave med å rekruttere spesialister i allmennmedisin som veiledere for disse. Veiledere skal ha veilederkompetanse, samt kunnskap om ny spesialisering og læringsmål.

Helsehuset er søkt godkjent som utdanningsvirksomhet i Sarpsborg kommune. Hvis dette går igjennom, kan leger i spesialisering i allmennmedisin gjennomføre hele sin spesialitet innad i kommunen, uten å måtte gjennomføre deler av spesialiseringen på sykehus.

Regjeringen har varslet gjennom «Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024» at det skal opprettes ALIS (allmennleger i spesialisering) kontor som skal bistå kommunene med planlegging og gjennomføring av spesialiseringen av legene. For å legge til rette for spesialisering i allmennmedisin for leger ansatt i annet allmennlegearbeid i kommunen (for oss vil det si legene i team kommunale legetjenester) vil regjeringen etablere introduksjonsavtaler. Dette er en toårig avtale som gir leger i spesialisering rett til trygderefusjon under visse vilkår, når de arbeider på andre fastlegers lister. Dette er et tiltak som gjør det betydelig enklere for våre leger i kommunale stillinger, fastlegene og kommunen.

Regjeringen har også vedtatt å utvide antall LIS1 stillinger. Kommunen har i dag 3 LIS1 stillinger, Vi må forvente at dette blir utvidet til 4 LIS1 stillinger innen kort tid.

Ny ordning for spesialisering i allmennmedisin startet 1. mars 2019, jf. [spesialistforskriften](#).

Lege i spesialisering (LIS) skal vurderes etter oppnådde læringsmål.

Utdanningsvirksomheten har som ansvar å vurdere, godkjenne og dokumentere læringsmål legen har oppnådd fortløpende. Læringsmålene er forskriftsfestet.

Det skal utarbeides en utdanningsplan for hele spesialiseringen som beskriver hvilke læringsmål som skal gjennomføres hvor.

Det stilles dessuten krav til systematisk veiledning og supervisjon og krav til veilederkompetanse.

#### LIS1 – lege i spesialisering – del 1

LIS1 ordningen fra 2018 setter større krav til kommunen både når det gjelder planlegging av tjenesten til den enkelte og oppfølging av både kandidater og veiledere. Ordningen medfører også ytterligere ansvar for supervisorene, det vil si kommunens leger på sykehjem,

familiesenter og legevakt. Ordningen fører også til behov for tettere samarbeid og koordinering mellom Helseforetak, Fylkesmann og kommune i gjennomføring av LIS1.

### LIS3 – lege i spesialisering – del 3

Leger som har startet sin spesialisering før 01. mars 2019 har rett til å få læringsmålene vurdert opp mot ny ordning. Det er utdanningsvirksomhetens ansvar å få dette vurdert innen 01. mars 2022. Det er overgangsordninger. Kommunen må ha oversikt over spesialiseringssløpene til legene; antall leger under ny og gammel og deres progresjon.

Kvalitet, ledelse og kompetanse	
<b>Hovedmål: Sikre stabil legedekning og tjenester av høy kvalitet</b>	
Slik vil vi ha det	Slik gjør vi det
En kompetent og endringsdyktig ledelse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Følger plattform for ledelse og medarbeiderskap</li> <li>• Styringsverktøy for ledelse               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tilstrekkelig styringsinformasjon</li> <li>○ Gode arenaer for dialog og ledelse</li> <li>○ Gode samarbeidsarenaer med andre virksomheter</li> </ul> </li> <li>• Leger med samfunnsmedisinsk kompetanse som ledere for legetjenestene</li> <li>• Tilgjengelig ledelse</li> </ul>
Et systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Benytter avvik og klager for å identifisere forbedringspunkter</li> <li>• Representant for legene inngår i kvalitetsteamet i virksomhet helse</li> <li>• Legene som arbeider i andre virksomheter som f.eks. sykehjem inkluderes i denne virksomhetens kvalitetsteam</li> <li>• Tilgang til kommunens prosedyrer for alle leger</li> <li>• Sikrer system for kvalitetsarbeid på fastlegekantorene og evt. bidra til at legekantorene har hensiktsmessige systemer for eksempel via Trinnvis og SKIL (senter for kvalitet i legetjenesten)</li> <li>• Involverer legene i utvikling av nye prosedyrer og ved tjenesteutvikling</li> <li>• Gjennomfører brukerundersøkelser</li> <li>• Sikrer tilgjengelig beslutningsstøtteverktøy som:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ NEL (norsk elektronisk legehåndbok)</li> <li>○ Legevakthåndboken</li> <li>○ Metodebok for sykehjemsmedisin</li> </ul> </li> </ul>
Rett kompetanse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Systematisk opplæring av nye leger</li> <li>• Fadderordning for nye leger</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oppretter lokal utdanningskomite sammen med tillitsvalgte for legene</li> <li>• tilrettelegger for spesialisering i allmenntillegger og samfunnsmedisin, LIS3 <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Utarbeider generell utdanningsplan inkludert plan for kontroll av læringsmål</li> <li>○ Utarbeider individuelle planer for spesialisering og veiledning</li> <li>○ Engasjerer veiledere med rett kompetanse</li> <li>○ Sørger for at fast ansatte leger får nødvendig fastlegetjeneste</li> <li>○ Samarbeider med sykehuset om kompetansebygging og praksisplasser</li> </ul> </li> <li>• Etablerer felles fagmiljø for alle legetjenestene.</li> <li>• Etablerer en plan for kompetansebygging for kommunalt ansatte leger</li> <li>• Legger til rette for veiledning ut fra behov</li> <li>• Medisinsk faglig overlege tilgjengelig i kommunen for sykehjem og helsehusleger.</li> </ul>
--	--

## 5. Helhetlige og koordinerte tjenester inkludert samarbeid SØ

### 5.1 Samordning av tjenester.

Det er et overordnet mål at kommunens innbyggere skal oppleve samordnede tjenester. Fastlegeordningen er i dag ikke godt nok integrert med det øvrige tjenestetilbudet i kommunene, noe som kan føre til at det svikter i overgangen mellom tjenestene. I tillegg er systemet for dialogutveksling mellom aktørene mangelfullt.

Kommunen plikter å holde fastlegene informert om forhold som har betydning for fastlegenes praksis og sørge for at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring. Det skal også legges til rette for samarbeid mellom kommunen og fastlegene. En hensiktsmessig og god integrering av fastlegeordningen i kommunehelsetjenesten er helt avgjørende for å kunne tilby helhetlige og koordinerte tjenester.

Kommunens kvalitetssystem er ikke elektronisk tilgjengelig for fastlegene. Det er etablert flere samhandlingsrutiner som involverer fastlegene, men fastlegene orienteres ikke godt nok om disse. Ved revidering av samhandlingsrutinene involveres ikke legetjenesten i tilstrekkelig grad. Det er ikke etablert et system for å honorere fastlegene for å delta i arbeidet med prosedyrer og planer.

Under arbeidet med handlingsplanen ble det gjennomført flere workshops med kommunal helsetjeneste og fastleger. Mange hadde ikke møtt hverandre tidligere, og både utfordringer og forslag til løsninger ble godt belyst. Alle ønsket et tettere samarbeid velkommen, og det

ble vist stor vilje til å bistå hverandre i det daglige arbeidet. Det ble foreslått felles fagsamlinger og kurs for å knytte de ulike tjenestene bedre sammen.

Kommunen har arrangert klinisk emnekurs for legetjenestene for å fremme samarbeidet. Ved å invitere samarbeidsaktører som innledere f.eks. hjemmesykepleien, barnevernet, nav, kommunal rus og psykisk helsetjeneste, ble legene bedre kjent med de ulike tjenestene og samarbeidet utvikles.

Lokalt samarbeidsutvalg, LSU, og allmennlegeutvalget, ALU, har i noen grad blitt brukt aktivt som en arena for samhandling mellom fastleger og de andre tjenester i kommunen. Dette kan gjøres i større grad.

## 5.2 Digital dialogutveksling

Fastleger, sykehus og kommunen har ulike journalsystemer. Dette er utfordrende med tanke på overføring av informasjon og fortløpende samhandling. Kommunens sykehjemslege bruker mye tid på å innhente informasjon om pasientene fra både andre leger, kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten

Familiesenterlegenes journalsystem, HsPro, har ikke tatt i bruk elektronisk meldingsutveksling og elektronisk henvisning og e-resept mangler. Journalsystemet Gerica som pleie- og omsorgstjenesten bruker, inkludert Helsehus og sykehjem, er ikke koblet til reseptformidleren og resepter må skrives ut uten at de inkluderes i oversikten over pasientens resepter i reseptformidleren. Kjernejournal brukes i for liten grad. Dette fører til vanskeligere informasjonsflyt mellom tjenestene, dårligere samarbeid, risiko for feil og misforståelser. En annen risikofaktor er at både papirer og resepter kan komme bort.

Elektronisk melding er et godt verktøy for kommunikasjon mellom kommunal pleie- og omsorgstjeneste og fastlegene og er en del av pasientenes journal. Det er imidlertid ulik oppfatning av hvordan dette verktøyet skal brukes. Fastleger har gitt tilbakemelding på at det kan være vanskelig å skille viktig fra mindre viktig informasjon og kvaliteten på innholdet varierer. Dette kan gå ut over pasientsikkerheten. Meldinger som haster, må dermed fortsatt formidles per telefon. Tjenesteytere i kommunen opplever på sin side at elektroniske meldinger ikke blir besvart tidsnok. Ved tydeligere regler om bruk av elektronisk melding vil disse problemene kunne begrenses.

## 5.3 Samarbeid om enkeltpasienter

Fastlegen skal ivareta en medisinskfaglig koordineringsrolle og samarbeide med andre relevante tjenesteytere om egne listeinnbyggere jf. Fastlegeforskriften § 19. Ansvarsgrupper, samarbeidsmøter og individuell plan skal sikre at pasientene mottar helhetlige og koordinerte tjenester. Fastlegen er en viktig ressurs og deltager i utarbeidelsen av dette. Det kan være utfordrende å få tid til dette arbeidet i en travel fastlegehverdag hvis det ikke tilrettelegges for gjennomføring på fastlegens kontor.

## 5.4 Samhandling med spesialisthelsetjenesten

Bedre samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjenesten er et satsningsområde i [Nasjonal helse- og sykehusplan](#). I løpet av 2020 skal det etableres helsefelleskap og det er føringer for at partene skal ha felles planlegging om tjenester til fire angitte pasientgrupper. Kommunene og sykehuset Østfold samhandler allerede i dag

gjennom to samhandlingsutvalg på henholdsvis strategisk og faglig nivå. Samarbeidet styres av overordnet samarbeidsavtale med underliggende retningslinjer. Det er en representant fra hvert av legevaktsdistriktene i Østfold i utvalgene. Fastlege- og brukerrepresentanter er observatører. Det er vedtatt at [«Anbefalinger om samarbeid mellom sykehusets leger og fastlegene»](#) skal være førende for samarbeidet mellom fastlegene og sykehuset.

Samhandlingsarbeidet er ikke godt nok kjent verken hos de ansatte på sykehuset eller i kommunene.

Pakkeforløpene som er utviklet både innen somatikk og psykiatri, krever også samarbeid på tvers av tjenester og nivå.

Samarbeid og samhandling	
Hovedmål: Helhetlige og koordinerte tjenester og aktiv samhandling	
Slik vil vi ha det	Slik gjør vi det
Pasienten skal oppleve at helsetjenestene er helhetlige, koordinerte og trygge	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablerer og videreutvikler arenaer og systemer for samhandling mellom tjenestene for å sikre gode pasientforløp innad i kommunen, og mellom kommunen og andre (spesialisthelsetjenesten, NAV med flere).</li> <li>• Kontinuerlig arbeider for å avklare oppgave- og ansvarfordeling mellom tjenestene</li> <li>• Felles planlegging og tjenesteutvikling</li> <li>• Inviterer samarbeidspartnere til fagmøter med legene og inn i lokalt samarbeidsutvalg</li> <li>• God informasjonsutveksling mellom tjenestene               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Elektronisk meldingsutveksling etableres der det mangler og felles regelverk utarbeides og følges</li> <li>○ Etablerer enhetlige prosedyrer</li> <li>○ Øker bruk av kjernejournal</li> </ul> </li> <li>• Avtale for honorering av fastleger som deltar i samarbeidsmøter utarbeides</li> <li>• Utvikler av felles pasientforløp mellom SØ og kommunene</li> <li>• Styrker kompetansen i legetjenestene (se kapittel 4)</li> <li>• Sørger for tilstrekkelige ressurser i legetjenestene (se kapittel 3)</li> </ul>
Fastlegene har god kunnskap om de kommunale tjenestene	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Helse- og omsorgstjenestene i kommunen gir legene inkl. fastlegene fortløpende informasjon ved forhold som påvirker legetjenesten</li> <li>• Legene involveres i utredninger og utviklingsarbeid</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Legene involveres i utvikling av samarbeidsrutiner</li> <li>• Legene informeres gjennom bruk av intranett, nyhetsbrev o.l.</li> <li>• Opplæringsdag for nye fastleger</li> <li>• Enkel elektronisk tilgang til kommunens internkontrollsystem, RISK for fastlegene.</li> </ul>
God informasjonsflyt fra Sykehuset Østfold til fastleger og kommunale legetjenester	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Virksomhet Helse informerer sykehuset om eventuelle endringer i fastlegenes kontaktinformasjon</li> <li>• Øker fastlegenes kjennskap til vedtatte samhandlingsretningslinjer</li> </ul>
Gode samarbeidsmøter mellom fastlegen og kommunale tjenester om enkeltpasienter	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeider for økt bruk av felleskonsultasjoner/ dialogmøter med pasient, pårørende og ulike tjenesteaktører</li> <li>• Oppfordrer til at møter legges til fastlegens kontor vedr enkeltpasienter</li> <li>• Øker bruk av individuell plan og oppfølgingsteam</li> </ul>

## 6. Bærekraftig samfunnsutvikling og mestring av eget liv

### 6.1 Demografisk utvikling og endring av sykdomsbilde

Utfordringene helse- og omsorgstjenestene står overfor er mange og sammensatte, noe som vil kreve nytenkning og innovative løsninger. Utviklingen i kommune- Norge går i retning av at færre skal ta vare på flere. Det blir stadig flere eldre, og levealderen øker. I dag utgjør personer 80 år og eldre 5 prosent av innbyggerne i Sarpsborg. I løpet av 25 år vil andelen stige til 8 prosent, og kommunen vil ha dobbelt så mange personer i denne aldersgruppen. Det vises til kunnskapsgrunnlaget for Kommunedelplanen Helse- og Omsorg 2017-2018 ([lenke](#)).

### 6.2 Folkehelseprofil

Sarpsborg kommunes folkehelseprofil for 2020 viser at kommunen har flere barn i lavinntektshusholdninger enn landet som helhet og frafallet i videregående skole er høyere enn i landet for øvrig. Det er en høyere andel røykere, flere med psykiske symptomer og lidelse, overvekt, fedme, hjerte- og karsykdommer og muskel- og skjelettplager. Innbyggerne i Sarpsborg kommune har lavere forventet levealder enn landet som helhet.

### 6.3 Bærekraftig utvikling

Et av delmålene i samhandlingsreformen er å styrke forebyggingen og bedre folkehelsen. Et godt folkehelsearbeid er essensielt for en bærekraftig utvikling av samfunnet. Kommunens samfunnsplan 2018-2030 beskriver at bærekraft skal være en betingelse for utviklingen av Sarpsborg. Folkehelsearbeid handler om hele samfunnets innsats for å forebygge at mennesker blir syke eller skader seg, og om å

styrke og fremme folks helse og evne til å delta i arbeid og aktivitet. 90 % av folkehelsearbeidet foregår utenfor helsetjenestene, men legetjenestenes bidrag er likevel vesentlig.

En viktig faktor i folkehelsearbeid er tidlig innsats. Tidlig innsats har flere betydninger. Det kan bety innsats tidlig i et barns liv eller tidlig i en problemutvikling på alle stadier i livet. Tidlig innsats kan være å hindre utvikling og forverring av sykdom. Tidlig innsats er vesentlig for en bærekraftig utvikling.

## **6.4 Folkehelsearbeid**

Det er behov for samfunnsmedisinsk kompetanse for å ivareta oppgavene i folkehelseloven. Samfunnsmedisinerne har fokus rettet mot helsetilstanden i hele eller grupper av befolkningen. De har kunnskap om sammenhengen mellom sosiale, økonomiske og kulturelle forhold, og befolkningens helseutvikling over tid. Samfunnsmedisinere er kommunens øverste medisinskfaglige rådgivere og skal bidra til at folkehelseperspektivet vurderes i alle kommunens planer og tjenester. Det er samfunnsmedisinsk kompetanse i kommunens tverrfaglige folkehelsegruppe. Arbeidet inkluderer arbeid med helseoversikten i kommunen, planarbeid, kunnskapsbygging internt og eksternt og pådriverfunksjon for tiltakene i folkehelseplanen. Samfunnsmedisinerne skal også være pådriver for at det forebyggende perspektivet fremmes i legetjenestene forøvrig.

Fastlegeforskriftens § 30 sier at fastlegene skal bidra i kommunens folkehelsearbeid, herunder i kommunens helseoversikt etter folkehelselovens § 5. Dette gjøres i liten grad nasjonalt, men også i liten grad kommunalt. Fastlegene sitter på unik kunnskap om befolkningens helsetilstand og det må jobbes mer med hvordan kommunen kan nyttiggjøre seg denne kunnskapen.

Legene i skolehelsetjenesten jobber i varierende grad systemrettet i skolene. Veileder for helsestasjon og skolehelsetjeneste har fokus på legenes rolle på system- og gruppenivå og opp mot ledelsen i skolene. Legene jobber mye på individnivå, men skolen er også en viktig arena for helsefremming og forebygging, og legene bør få en naturlig rolle i dette. Her er det utviklingsmuligheter som kommunen må jobbe mer med både på ledelsesnivå og på fagutøvernivå.

## **6.5 Individrettet forebygging**

Legene har kunnskap om hva som påvirker helsen og kan veilede om levevaner, påvirke adferd, vaksinere, oppdage individer i risiko, forebygge forverring og forhindre utvikling av sykdom. Legene bidrar til at innbyggerne kan mestre livet til tross for funksjonsnedsettelse og utfordringer med helsen.

Hvert av kommunes tre familiesenter har siden 2018 hatt tilknyttet en kommunalt ansatt lege. Dette har styrket legeressursen både på helsestasjon og i skolehelsetjenesten. Legene ser alle barn og unge i kommunen helt fra de er nyfødte. Det har en unik posisjon til å jobbe forebyggende og helsefremmende og oppdage tegn på negativ utvikling tidlig.

Fastlegene følger sine pasienter over tid. Med god kjennskap til nærmiljøet og den enkelte pasient, har de en unik mulighet til å bistå tidlig når problemer oppstår. Fastlegen har en viktig rolle i koordineringen av helsetjenestene, og er i en god posisjon for å arbeide med individrettet forebygging, sette inn tiltak tidlig for å unngå utvikling og forverring av sykdom.



Fastlegene har god kjennskap til den gravide og hennes familie. De kan vurdere den enkeltes levevaner både i svangerskapet og under barnets oppvekst, og gi råd om livsstilsendringer hos kvinnen til det beste for både mor og barn. Legene kan bidra sammen med andre tjenester til å øke muligheten til at neste generasjon kan utnytte sitt potensiale bedre enn generasjonen før. Et eksempel på dette [Sarpsborgmodellen](#).

En fastlegeordning med tilstrekkelig kapasitet og kompetanse vil gi fastlegene mulighet for å bidra ytterligere på dette feltet. (se kapittel 3).

I januar 2020 kom det en ny rapport bestilt av KS – «[Fastlegens rolle i forebyggende og helsefremmende arbeid 15.01.2020](#)». Denne viser at det er et gap mellom myndighetenes forventninger og det fastlegene selv forteller er praksis. Den beskriver også et behov for å øke kompetansen blant fastlegene om hva de kan bidra med i det forebyggende og helsefremmende arbeidet. Forebygging med legemidler tar en stor del av fastlegenes tid. Det blir også brukt tid på individrettet forebygging som røykeslutt og kostholdsendringer, men i varierende grad.

Leger på Helsehuset har en stor mulighet til å jobbe med mestring hos pasientene. Mange har nyoppståtte plager som har ført til funksjonsnedsettelse. Det er da viktig med fokus på mestring, trygging og tilpassing av livet til den nye situasjonen. Dette kan medføre at flere kan bo hjemme lenger.

<b>Hovedmål:</b>	
Bærekraftig samfunnsutvikling og mestring av eget liv.	
<b>Slik vil vi ha det</b>	<b>Slik gjør vi det</b>
God utnyttelse av samfunnsmedisinerens kompetanse i kommunens folkehelsearbeid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rådgiver for kommuneledelsen for å bidra til at folkehelseperspektivet blir ivaretatt i alle kommunens planer og tjenester</li> <li>• Deltagelse i kommunens tverrfaglige folkehelsegruppe</li> <li>• Tilstrekkelig kommuneoverlegeressurs til at folkehelsearbeidet kan prioriteres</li> <li>• Samfunnsmedisinerne inkluderes og integreres i virksomhet helse arbeid med folkehelse.</li> </ul>

<p>Kommunens leger som aktive bidragsyter i folkehelsearbeidet</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kompetanseheving: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Arrangerer klinisk emnekurs for leger med tema som for eksempel tidlig innsats, praktiske elektroniske verktøy og motiverende intervju mv.</li> <li>○ Oppfordrer til deltagelse på eksterne emnekurs</li> </ul> </li> <li>• Bruker ALU og LSU aktivt som arenaer for kunnskapsbygging og involvering</li> <li>• Utvikler metoder for å innhente erfaringsbasert kunnskap og statistikk fra fastlegene</li> <li>• Ta med bidrag til folkehelse i revidering av fastlegeavtalene</li> </ul>
<p>Styrke samarbeidet mellom virksomhet forebyggende tjenester og virksomhet helse</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faste møter på ledelsesnivå</li> <li>• Familiesenterlegene inviteres til fagmøter i forebyggende tjenester</li> <li>• Utvikler og samarbeider om felles fokusområder</li> <li>• Utvikler legenes rolle på systemnivå i skolehelsetjenesten</li> </ul>
<p>Styrke samarbeidet mellom Kompetansesenter rus og psykisk helse og Virksomhet helse</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En av kommuneoverlegene har regelmessig samarbeid med kompetansesenter rus og psykisk helse</li> <li>• Styrker samarbeidet mellom legetjenesten og Kompetansesenter rus og psykisk helse, se kapittel 5</li> </ul>
<p>Styrke samarbeidet mellom virksomhet helse og kommuneområde oppvekst</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Innleder samarbeid med rådgiver/koordinator for samhandlingsteamet.</li> <li>• Etablerer faste samarbeidsarenaer</li> <li>• Utvikler legenes rolle på systemnivå i skolehelsetjenesten</li> </ul>
<p>Styrke samarbeidet mellom NAV, Barnevern og legetjenestene</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Legger til rette for et tettere samarbeid både på system- og individnivå for å legge til rette for at de unge kan unytte sitt potensial og få flere med i arbeid og aktivitet.</li> </ul>

## 7. Økonomiske og administrative konsekvenser av nye tiltak

I handlingsprogrammet foreslås det tiltak for å sikre at legetjenestene møter fremtidens behov og krav til kvalitet. Mange av de foreslåtte tiltakene kan gjennomføres innenfor ordinær budsjetttramme. Noen av tiltakene iverksettes allerede i 2020, mens noen nye tiltak tas med i fremtidige budsjett- og handlingsplanprosesser. De tiltakene som det ikke er budsjettmessig dekning for innenfor dagens rammer er oppsummert nederst i kapittelet.

### Tilgjengelighet

Det er foretatt en utvidelse av bemanningen ved helsehus og sykehjem i 2020 for å oppnå vedtatt bemanningsnorm. Dette vil gi en kostnad på 1,7 millioner i 2020. Kostnader fremover:

- Økning på 1,1 årsverk lege sykehjem, årslønn kr. 800 000 gir en årlig kostnad på kr. 1 190 000
- Økning på 0,6 årsverk lege helsehus, årslønn kr. 800 000 gir en årlig kostnad på kr. 658 000

I tillegg foreslås det å utvide med 1,0 årsverk kommuneoverlege m/samfunnsmedisin, årslønn kr. 950 000. Dette vil gi en årlig kostnad på kr. 1 282 000. 30 % av dette kan dekkes inn ved samarbeid med annen kommune. Kommuneoverlegen er en avgjørende ressurs for gjennomføring av tiltakene som er skissert i dette handlingsprogrammet.

Merutgiftene ved en lønnsutjevning og retablere en lønnsstige for legene, ble tatt i lønnsoppgjøret i 2019.

Legevakten fikk økt budsjetttrammen i 2019 med kr 800 000 for å dekke inn for kostnadene med en utvidelse av antall leger på vakt.

Regjeringens Handlingsplan for allmennlegetjenesten skisserer flere tiltak som vil bedre stabiliteten og rekrutteringen til fastlegestillinger og andre allmennlegestillinger i kommunen. Tiltakene forventes å bli finansiert av friske statlige midler.

Totalt gir økt bemanning som foreslått i handlingsprogrammet, en årlig kostnadsøkning fremover på kr 2 489 000. Det bemerkes at årslønnene vil variere ut fra legenes kliniske erfaring og spesialitet jamfør lønnsstige.

## **Kvalitet i tjenestene**

Å etablere et godt fagmiljø har ingen direkte økonomisk kostnad ut over eventuell bevertning ved møter eller innleie av forelesere. Kommuneoverlegen vil være en naturlig pådriver og administrator.

Systematisk kvalitetsforbedringsarbeid i legetjenestene er et nasjonalt satsningsområde som er under etablering. Kommuneoverlegen vil ha en viktig rolle ved iverksetting og gjennomføring av dette arbeidet. Tilgjengelig verktøy vil kunne understøtte arbeidet. Anskaffelse av beslutningsstøttesystem og internkontrollsystem samt kurs i systematisk kvalitetsarbeid for fastleger inkludert praksiskompensasjon vil gi en utgift på ca. kr 500 000. Utgiften kan tas over flere år og kan eventuelt delvis dekkes av fastlegene selv.

Utdanningsløpet for en LIS3-lege i allmennmedisin har en kostnadsramme på ca. kr 325 000 inkl. sosiale utgifter. Innleie av personell ved permisjon med lønn er iberegnet. Noe av denne kostnaden kan bortfalle ved at legene til en viss grad, kan dekke opp for hverandre ved fravær på grunn av kurs. Dette forutsetter at bemanningen er i tråd med vedtatte norm og at det ikke er annet fravær samtidig. Kostnaden vil fordeles over en femårs periode. Kommunen har pr 1.januar 2020 to fast ansatte utdanningskandidater etter ny ordning. I tillegg er 11 fast ansatte leger i et spesialiseringløp etter gammel ordning.

Utgifter til å vedlikeholde spesialiseringen hos legene som er spesialister, vil komme i tillegg. Noe av reise og oppholdsutgiftene dekkes av Legeforeningens utdanningsfond, kursavgiften må kommunen dekke. Estimert utgift pr lege 15 000/år.

LIS1 plass hos de private fastlegekontorene ga en netto kostnad på kr 914 000 i 2019. Det forventes at kommunen blir pålagt en opprette en LIS1 plass i løpet av 2020 eller 2021. Dersom denne legges til Lilletorget Legekontor vil denne kostnaden bortfalle. Legene ved Lilletorget mottar ikke honorar for veiledning av utdanningskandidatene og det er kommunen som eier kontor og utstyr.

Veiledning av LIS3 kandidater er tilskuddsfinansiert. De siste årene er det på grunn av rekrutteringsutfordringer, ansatt flere leger med et veiledningsbehov ut over dette. Utgiftene til dette må dekkes av kommunen. Årlig utgift til ytterligere veiledning estimeres til ca. 100 000 pr år.

### **Samhandling**

Involvering av fastleger i utvikling- og kvalitetsarbeid vil kreve honorering. Honorartaksten er fra 1. juli 2019 kr 880/ time. Det må inngås avtale med Sarpsborg kommune og fastlegene om honorering. Den virksomhet som engasjerer fastlegen, står ansvarlig for å dekke kostnaden.

God samhandling krever tilstrekkelig bemanning for å etablere samhandlingsarenaer og gode prosesser. Kommuneoverlegene vil ha en naturlig rolle i dette arbeidet.

Klinisk emnekurs for leger i kommunen i samarbeid med legenes samarbeidspartnere, har vært arrangert. Dette har hatt god deltagelse og er opplevd nyttig både for legene og andre tjenester i kommunen som legene samarbeider med. Dette avhenger av at ansatte stiller opp på kveldstid og avsetter tid til planlegging. Ut over dette er det ingen kostnader ved kursene.

### **Bærekraftig samfunnsutvikling og mestring av eget liv**

En forutsetning for å oppnå ønsket utvikling på området, er at kommunen har tilstrekkelig kommuneoverlegeressurser til å arbeide systematisk med folkehelsearbeid og kompetanseheving. Se beregning under kapasitet. Utgifter til kompetanseheving vil må også påregnes.

### **Tiltak som tas inn i fremtidige budsjett- og handlingsplanprosesser**

- Utvide med 1,0 årsverk kommuneoverlege; kr 1 280 000/år
- Anskaffe verktøy til og arbeid med systematisk kvalitetsforbedring i legetjenestene, kr 500 000 som engangsinvestering, deretter ca. 200 000/år
- Veiledning av leger i spesialisering kr 100 000/år
- Økt involvering av fastleger i planarbeid og lignende. Honoreres etter honorartakst. Estimert til ca. kr 100 000/år

