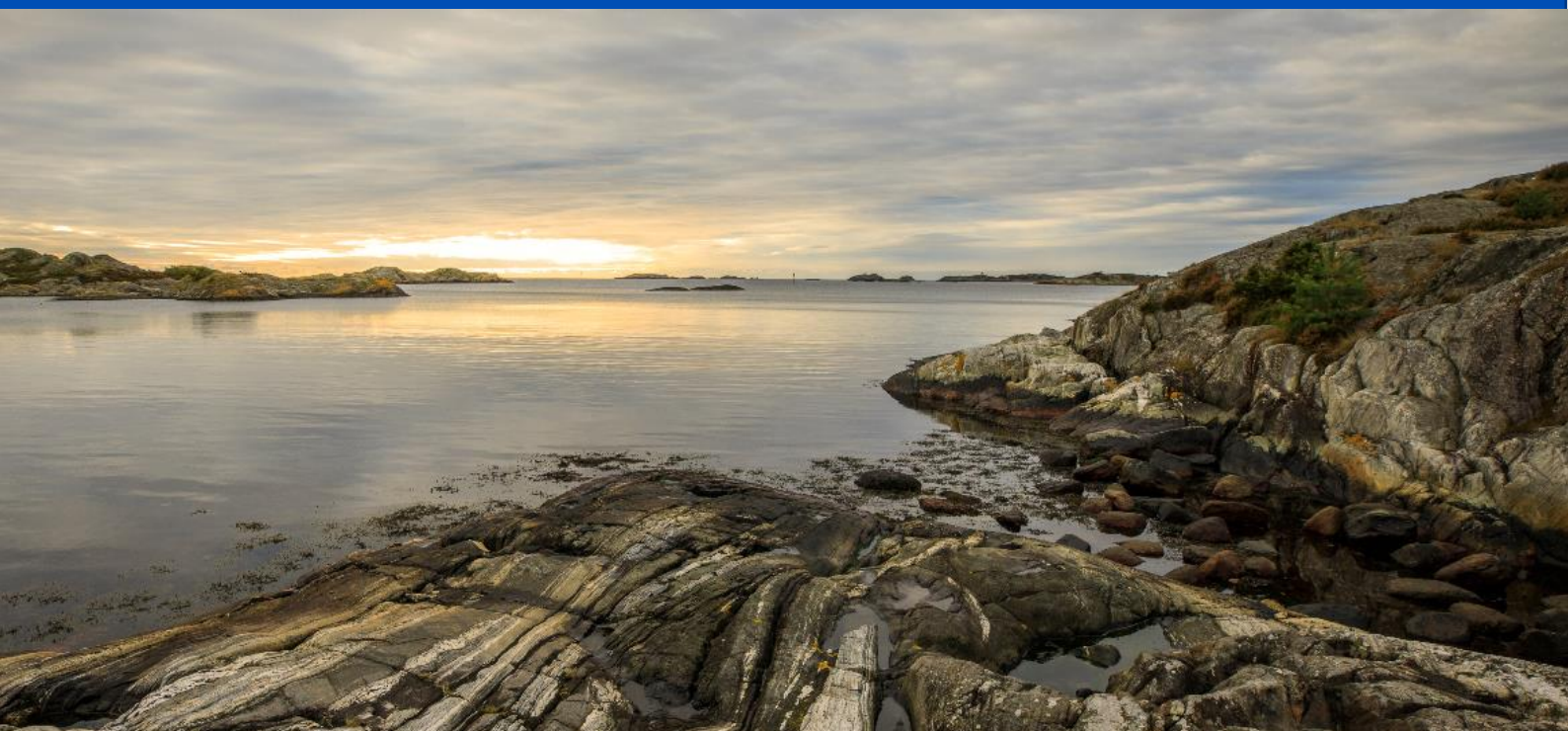




Grimstad



Plan for legetjenesten 2023 - 2026

Revidert utgave mai 2024

Temaplan

Innhold

Innledning	3
Fakta.....	3
Høy arbeidsbelastning og mindre lønnsomhet	4
Kompetanse og utdanning	6
Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020 - 2024	7
Tall, kapasitet og behov for legetjenesten i Grimstad:.....	8
Prosess:.....	9
Forslag til tiltak fra legetjenesten	9
Rekruttere og beholde	9
Videre- og etterutdanning.....	10
Legeoppgaver i helse- og omsorgtjenesten	11
Mål og tiltak.....	14
Økonomi	16
Om fastlegeøkonomi:	16
Privat praksis:	16
Fastlønnsalternativet.....	17
8.2-avtaler.....	18

Innledning

Dagens og morgendagens helse- og omsorgstjeneste byr både på utfordringer og muligheter. For å møte utfordringene trenger vi faglig sterke allmennlegetjenester og en attraktiv og robust fastlegeordning.

I henhold til Helse- og omsorgstjenestelovens § 3-1 skal kommunen sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten.

For å ivareta denne plikten har Grimstad kommune laget en plan for legetjenester i kommunen.

Plikten til å ha en plan for legetjenesten er fastsatt i punkt 6.2 i ASA 4310 – Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene.

Plan for legetjenesten beskriver anbefalte tiltak for utvikling av kvalitet, kapasitet, tverrfaglig samhandling og ledelse av de ulike deler av legetjenesten, med utvidelse av kapasitet i takt med befolkningsvekst og tilfang av oppgaver. Tiltak som kan sikre nødvendig rekruttering, og gi anbefaling om alternative tilsettingsformer beskrives. Planen beskriver hvilke økonomiske konsekvenser de ulike tiltakene vil medføre.

Planen skal ta utgangspunkt i de lokale behov, ønskede forbedringer og utviklingstiltak som anses tjenlige, og de sentrale krav, forventninger og føringer som foreligger for tjenesten.

Foreliggende plan ble vedtatt av kommunestyret i Grimstad 06.06.2022 KS sak 109/2022.

I etterkant av at planen ble vedtatt har allmennlegetjenesten vært gjenstand for betydelig politisk aktivitet på nasjonalt nivå.

- Solberg-regjeringen la i 2020 frem en [Handlingsplan for allmennlegetjenesten](#)
- Og nedsatte i etterkant av denne et ekspertutvalg som 18.04.2023 fremla sin rapport [Gjennomgang av allmennlegetjenesten](#) med 59 anbefalinger for den fremtidige allmennlegetjenesten
- Støre-regjeringen har fulgt opp med tydelige signaler om at allmennlegetjenesten skal styrkes, og innførte i statsbudsjettet fra 01.05.2023 et nytt system for basistilskudd – såkalt pasientbasert basistilskudd – som har bedret grunnfinansieringen av store deler av fastlegeordningen.
- ALIS-tilskudd for utdanningsstillinger i allmennmedisin ble i 2021 opprettet som et søknadsbasert tilskudd, og ble fra 2023 styrket og etablert som en refusjonsbasert regulær ordning.
- [Meld. St. 9 \(2023–2024\) Nasjonal helse- og samhandlingsplan](#) beskriver «en god og tilgjengelig allmennlegetjeneste» som et av seks hovedgrep for en bærekraftig fremtidig helsetjeneste. Mange tiltak trekkes frem og skal utredes videre med tanke på innføring fra 01.07.2025
- Støre-regjeringen har signalisert at de skal fremlegge en egen stortingsmelding om allmennlegetjenesten våren 2025, og at nye helhetlige tiltak for å sikre en god fremtidig allmennlegetjeneste skal innføres fra og med 01.07.2025.

Fakta

Det er kommunene som har det overordnede ansvaret for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til dem som oppholder seg i kommunen, og fastlegeordningen inngår i dette ansvaret. Antallet fastlegeavtaler er ikke regulert ved lov eller av sentrale myndigheter. Den enkelte kommune må ansette personell eller inngå det antall driftsavtaler som er nødvendig.

Fastlegene utgjør det største volumet av kommunale legetjenester. De møter hele befolkningen, også de som ikke har andre kommunale helse- og omsorgstjenester. Fastlegene kan pålegges å arbeide for kommunen i inntil 7,5 timer per uke, med offentlige allmennlegeoppgaver som helsestasjon, skolehelsetjeneste, sykehjem eller fengselshelsetjeneste. Ut over dette har fastlegene plikt til å delta i legevaktarbeid på kveld og helg/høytider. Det er mye nasjonal oppmerksomhet om fastlegeordningen. Det er igangsatt en rekke prosesser for å gjennomgå dagens fastlegeordning og vurdere hvilke endringer som bør gjennomføres for å sikre en bærekraftig fastlegeordning i framtiden.

De øvrige kommunale legeårsværkene finnes i sykehjem, legevakt, helsestasjon og blant kommuneoverlegene. Kommunens fastleger har en sentral rolle for pasientene i mange av de kommunale tjenesteområdene som de hjemmebaserte tjenestene, tjenester for personer med utviklingshemming og legevakt, og for samarbeidet med spesialisthelsetjenesten. For disse pasientene er det behov for et enda bedre og tettere samarbeid mellom de ulike profesjonene.

Legetjenesten har en viktig rolle i alle deler av den kommunale innsatstrappen. En velfungerende legetjeneste er en forutsetning for god helse og bidrar til at innbyggerne kan bo hjemme og få tjenester på de nederste trinnene i den kommunale innsatstrappen.

Høy arbeidsbelastning og mindre lønnsomhet

Fastlegeordningen har vært inne i en vanskelig periode, med økende slitasje på fastleger på grunn av vedvarende økt arbeidsbelastning over tid, og store problemer med å rekruttere til ledige stillinger fordi helheten av oppgaver, ansvar, autonomi og økonomi ikke er i samsvar med de forventninger både leger, og folk flest, har til jobben sin.

Gjennom de tiltak som har vært innført lokalt i Grimstad kommune, og på nasjonalt nivå, har situasjonen bedret seg noe og

I etterkant av samhandlingsreformen har fastlegene stadig fått økt ansvar for oppfølgingen av kronisk syke og skrøpelige pasienter som i større grad ble håndtert av spesialisthelsetjenesten tidligere. Samtidig bor de eldre og syke lenger hjemme enn tidligere, noe som stiller nye krav til tjenester fra fastlegene i hjemmet. Presset er også stort på fastlegene med tanke på dokumentasjon av helseopplysninger til NAV, forsikringsselskaper og andre instanser i samfunnet. I tillegg krever administrasjon og ledelse av legekantorene mye av fastlegene. Kravene til profesjonell drift av legekantorene som bedrifter oppleves tidkrevende av flere fastleger og bidrar til den høye arbeidsbelastningen.

Fastlegene beskriver at de økonomiske betingelsene har endret seg betydelig de siste årene. Driftsutgifter som husleiekostnader, lønnskostnader og utgifter til IKT har økt mer enn inntektene hvert år. Dette begrenser legenes mulighet til å styre egen arbeidsbelastning. Basistilskudd er kommunens grunnfinansiering av legetjenesten. Basistilskuddet per pasient fra kommunen til legen er regulert i avtalen mellom Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), Kommunenes sentralforbund (KS) og Regionalt helseforetak (RHF) og Den norske legeforening (DNLF) (Statsavtalen)¹. Fastlegeordningen ble innført i 2001 og da ble basistilskuddet beregnet til å dekke de faktiske driftsutgifter for en gjennomsnittlig legepraksis, beregnet etter listelengde på 1500 personer. I 2022 er gjennomsnittlig listelengde 1130 og gjennomsnittlig arbeidsuke 55,6 timer per uke. Basistilskuddet har ikke økt i takt med lønns og prisvekst, og da første utgave av denne planen ble skrevet hadde Legeforeningen definert at utviklingen av basistilskuddet hadde et etterslep på ca. 20%.

¹ [Basistilskudd for fastlegeordningen](#)

Fra 01.05.2023 økte regjeringen rammen for basistilskudd og innførte en helt ny måte å beregne basistilskudd på – det såkalte «pasienttilpassede basistilskudd»². Basistilskuddet beregnes nå individuelt for hver enkelt person på fastlegens liste etter personens alder, kjønn, tidligere bruk av fastlegetjenesten, sosioøkonomiske forhold og kommunens sentralitet.

Systemet har fått en del kritikk fordi det er komplisert, vanskelig å forstå, skaper til dels store forskjeller fra lege til lege som kan være vanskelig å begrunne, og det kan være vanskelig å se i hvilken grad dette tilskuddet påvirker allmennlegetjenesten, all den tid den enkelte lege ingen mulighet har til å tilpasse sin virksomhet etter tilskuddet. Men totalt sett er det tilført mer penger til basistilskuddordningen slik at de aller fleste leger har fått styrket sin økonomi.

Arbeidsmengden for den enkelte fastlege har økt betydelig over de senere årene. Arbeidsforholdene for fastleger har vært kartlagt flere ganger, både av Legeforeningen³ og av Helsedirektoratet⁴ på oppdrag fra Regjeringen, med sammenfallende resultat.

- 9 av 10 fastleger jobber mer enn normalarbeidstiden på 37,5 timer
- Gjennomsnittlig arbeidstid på landsbasis er 55,6 timer
- Dette tilsvarer ca. 150% stilling
- Situasjonen forverres år for år

Mange fastleger opplever arbeidsbelastningen som stor. Fastlegene har i alle år jobbet lange dager. Nå synes mange at dagene har blitt for lange. Flere innbyggere har flere kroniske sykdommer, der fastlegene har en sentral rolle i oppfølgingen og den medisinskfaglige koordineringen. Mer av oppfølgingen skal skje i kommunen. Legevaksarbeid er også en årsak til den samlede belastningen for fastlegene. Brukernes forventninger og behov har endret seg og spiller inn. Legens rolle i sykemeldingsarbeidet krever mer tid enn før. Kravene til dokumentasjon økes, nye elektroniske kommunikasjonskanaler etableres, kravene til rapporteringer og andre oppgaver av administrativ natur øker. Flere etterspør også attester eller erklæringer fra fastlegene for mange ulike formål. Som illustrasjon kan nevnes at bestemmelsene om fraværsgrense for elever i videregående skole alene kan anslås å generere opp mot 1000 legekonsultasjoner årlig i Grimstad.

Summen av dette har økt arbeidsbyrden og utfordringer med rekruttering av leger til kommunene.

I tillegg til at det er store utfordringer med å få rekruttert leger til ledige stillinger, så har Grimstad kommunen over år ikke opprettet tilstrekkelig med nye stillinger til å dekke behovet, i tråd med befolkningsveksten og økende oppgavetilfang. Dette etterslepet har ført til at vi i Grimstad i 2021 – 2023 i all hovedsak har stått uten ledige listeplasser. Innbyggerne har da ikke kunnet benytte sin rett til å bytte fastlege, og tilflyttende, studenter, gjestearbeidere, flyktninger og andre besøkende i kommunen har ikke kunnet velge seg lege i kommunen og det har kunnet oppleves vanskelig å få nødvendig legehjelp når de har behov. Fra mars 2024 er alle opprettede legestillinger ivaretatt og det er pr 15.04.2024 400 ledige listeplasser, men det er fortsatt behov for å øke antall legestillinger og listeplasser.

Hva slags tilsettingsform legene bør tilbys er et viktig tema. Fortsatt er den nasjonale politikken basert på at privat næringsdrift skal være den grunnleggende tilsettingsform, fordi det gir god effektivitet for samfunnet, og for legene gir det både autonomi og inntektsmuligheter. De senere årene har vist at før det gjøres omfattende forbedringer av betingelsene så er det vanskelig å rekruttere til ordinær privat praksis. Dels ser vi at mange fastleger opplever, og gir offentlig uttrykk for, at økende arbeidsbelastning er et problem, og at det bidrar til at leger kan kvie seg for å søke slike jobber. Dels opplever vi et generasjonsskifte der yngre leger har helt andre forventninger til sitt yrkesliv enn hva som har vært vanlig tidligere. Yngre leger ønsker å ha kontroll over arbeidstiden og

² [Pasienttilpasset basistilskudd](#)

³ [fastlegeordningen-i-krise-hva-sier-tallene-endelig-rapport.pdf \(legeforeningen.no\)](#)

⁴ [Evalueringsrapport av fastlegeordningen 2019 - sluttrapport](#)

ønsker samme mulighet til fritid og privatliv som de fleste andre yrkesgrupper har. Ordningen med at en ny påtroppende fastlege skal kjøpe praksisen fra avtroppende lege, med et prisnivå oftest rundt 1 million, er også noe som de senere årene i økende grad er et hinder for å få søkere til ledige fastlegehjemler.

De fleste kommuner har derfor blitt nødt til å lage egne lokale løsninger, med betydelig merkostnad for kommunen, for å klare å rekruttere. Alternativer er ordinær ansettelse i fastlønn, eventuelt med ulike insentivordninger der merarbeid gir mer inntekt, eller såkalte «8.2-avtaler» der kommunen overtar eierskapet til legekontoet og dekker alle driftsutgifter mens legen beholder alle egengenererte inntekter, og ulike hybride løsninger som kan tilpasses den enkelte leges ønsker.

Det er behov for å vurdere helheten i arbeidsoppgaver for fastlegen og legge til rette for oppgavefordelinger etter den enkeltes styrker og preferanser.

Med økende oppgavetilfang øker behovet for planlegging og daglig ledelse av legetjenesten, både på overordnet nivå i kommunen, og på det enkelte legekantor. Det er avgjørende at fastlegene selv bidrar til at vi finner løsninger som fungerer på legenes premisser og oppleves som en støtte og hjelp for legene.

Legetjenesten ønsker i større grad å bli involvert i prioriteringsbeslutninger og kunne bidra til valg av løsninger i helse- og omsorgstjenestene.

Kompetanse og utdanning

Med ny ordning for spesialisering, der spesialistforskriften og forskrift om kompetansekrav for leger stiller detaljerte krav både til legene og til kommunen, så er kommunen forpliktet til å sikre og ta ansvar for legenes etter- og videreutdanning. Dette krever både planlegging, kunnskap og kapasitet.

Fra høsten 2018 har betegnelsen turnuslege falt bort, og blitt erstattet av betegnelsen lege i spesialisering 1 (LIS1). For tjeneste i kommune helsetjenesten er det en rekke læringsmål med tilhørende læringsaktiviteter og vurderingsformer som skal godkjennes i en elektronisk portal. Grimstad kommune har for tiden to nye LIS1 hvert halvår. Kommunen erfarer at LIS1-tjeneste er en god måte å rekruttere fastleger til kommunen på, og det er aktuelt å vurdere flere slike stillinger i framtiden.

Kravene til å bli spesialist i allmennmedisin er beskrevet på Helsedirektoratet sin side for spesialistutdanning for leger. Kompetansekravforskriften forplikter både kommunen og legen til å sikre at lege som ikke er spesialist i allmennmedisin skal være under spesialisering. Ny forskrift om spesialistutdanningen i allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin trådte i kraft 1. mars 2019. De nye reglene medfører betydelig merarbeid for kommunen, som fra 2022 er registrert som utdanningsvirksomhet. Utdanningsvirksomheten har ansvar for å lage utdanningsplan for den enkelte spesialitet og en individuell plan for den enkelte lege i spesialisering (LIS3) for hele forløpet i spesialistutdanningen, for kommunen gjelder det spesialitetene i allmennmedisin og samfunnsmedisin. LIS skal vurderes etter oppnådde læringsmål. Læringsmålene definerer hva en legespesialist skal forstå, kunne eller være i stand til å utføre etter endt læringsprosess. Kommunen som utdanningsvirksomhet har ansvaret for at legen får løpende vurdering og dokumentasjon på oppnådde læringsmål. Forskriften stiller tydelige krav til systematisk og tydelig veiledning og supervisjon og krav til veilederkompetanse.

Kommunen har opprettet egne utdanningsstillinger – ALIS-stillinger – etter kommunestyrets vedtak 22/6-2021 i sak 21/77. Per 15.04.2024 er nå 14 av kommunens 25 fastlegestillinger ALIS-stillinger. Ved alle ansettelser i ledige legestillinger blir legen ansatt som ALIS dersom legen ikke er ferdig spesialist. ALIS-tilskuddet på kr 375 000 per år (2023/24) gir god drahjelp til å gjennomføre dette omfattende arbeidet, men det gir en betydelig belastning på administrasjonen å følge opp dette. Det

er også en utfordring å rekruttere veiledere for disse utdanningsstillingene, siden veileder må være spesialist i allmennmedisin. De aktuelle leger har allerede i utgangspunktet for mange oppgaver.

Kommunene på Agder samarbeider med UiA og SSHF, i tiltaket «UiO Campus Sør», som startet opp i august 2023. Universitetet i Oslo har da utvidet sitt opptak av medisinerstudenter, og 10 studenter i hvert årskull får den kliniske del av utdanningen sin ved Sørlandet sykehus. I 5. år, modul 7 av utdanningen, får de 6 uker praksis i en kommune som har tegnet samarbeidsavtale med UiO. Fastlege i kommunen er veileder for studenten ved praksis på legens kontor, og kommunen sørger for at studenten får etablering av praksisplasser i kommunene fra våren 2024. Grimstad kommune har inngått samarbeidsavtale med UiO, og vi har per mai 2024 3 fastleger i kommunen som er studentveiledere. Praksisplass for studenter må antas å være et virkningsfullt tiltak for å rekruttere og beholde leger, og det vil bidra til å utvikle kommunen som kompetansevirksomhet, med ringvirkninger både for kommunens tjenester, for kommunens attraktivitet for næringsetablering, for UiA Campus Grimstad, og for høykompetansevirksomhetene i det lokale næringsliv.

Grimstad er en kommune med fokus på innovasjon og utvikling. Kommunen har i mange år hatt rollen som vertskommune for USHT – Utviklingssenter for hjemmetjenester og sykehjem i Agder (øst). I dette arbeidet utviklingsarbeidet er det i større grad behov for å ha med fastlegene i arbeidet.

Samarbeidet med Universitetet i Agder – og den helt unike situasjon vi har etter etableringen av I4Helse – gir helt spesielle muligheter for at legene kan delta i utviklingen av nye tjenester og tjenesteinnovasjon, særlig innen området velferdsteknologi og e-helse. Denne muligheten bør utnyttes bedre.

Helsehus/helsesenter har vært diskutert politisk i flere tidligere saker; fortsatt er det både faglig og praktisk gode grunner til å arbeide videre med tanken om å samlokalisere et større legesenter med flest mulig andre helsetjenester, som blant annet helsestasjon, jordmortjeneste, rus- og psykisk helsetjeneste, ergo- og fysioterapi - og omsorgstjenester.

Grimstad kommune har vedtatt å arbeide for å opprette et universitetssykehjem. Et grunnleggende poeng er å arbeide aktivt med kvalitetsutvikling, praksisnær forskning og tjenesteinnovasjon for bedre bærekraft i tjenestene og bedre å kunne klare å håndtere de fremtidige kapasitetsutfordringer som endret befolkningssammensetning gir. Det vil være aktuelt å lokalisere et større legesenter i eller ved dette universitetssykehuset, for å skape et bredt kompetansemiljø og – forhåpentligvis – forskningsmiljø der legene ved senteret inngår i et tverrfaglig helhetlig miljø.

Fra årsskiftet 2024/25 åpner nytt legesenter i «Helsebygget Campus», samlokalisert med hjemmetjenesten og NAV, ved flytting av Vinkjelleren legesenter og opprettelse av ytterligere 2 legestillinger

Det nasjonale pilotprosjekt med primærhelseteam ble avsluttet i 2023, og evaluerings- og sluttrapporten⁵ fra EY og Vista analyse viser til såpass positive erfaringer at det er grunn til å anta at mye av innholdet i primærhelseteammodellen vil kunne bli videreført i de endelige rammer for fastlegeordningen regjeringen har lovet skal innføres fra 01.07.2025. Det er derfor noe som kan bli aktuelt for flere legesentre, og vi må planlegge for denne muligheten.

Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020 - 2024

I mai 2020 lanserte Regjeringen Solberg II en handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024⁶. Handlingsplanen er en forpliktende opptrappingsplan, som har som mål å ruste opp

⁵ [Evalueringsrapport om forsøk med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger](#)

⁶ [Handlingsplan for allmennlegetjenesten \(regjeringen.no\)](#)

allmennlegetjenesten for fremtiden ved å sikre rekruttering, styrke kvalitet og legge til rette for en teambasert tjeneste. Dette gjøres gjennom 17 tiltak, fordelt på tre målområder:

- En trygg og sikker karrierevei
- God kvalitet til alle
- Fremtiden er teambasert

Handlingsplanen er evaluert av OsloEconomics i mai 2022 ⁷, de oppsummerer: «*Vår vurdering er at tiltakene i handlingsplanen synes å være relevante, men at flere av tiltakene ikke er kraftfulle nok, ikke er iverksatt eller ikke har vært iverksatt lenge nok*».

Ekspertutvalg for allmennlegetjenesten

Utvalget ble nedsatt av regjeringen og avla sin rapport 18. april 2023, med en grundig analyse av tjenesten og med «59 forslag for en bærekraftig allmennlegetjeneste». ⁸

Rapportens forslag skal utredes og vurderes videre, og være del av bakgrunnen for den stortingsmelding om allmennlegetjenesten regjeringen skal fremlegge våren 2025, og nye tiltak for fastlegeordningen som skal innføres fra 01.07.2025.

Tall, kapasitet og behov for legetjenesten i Grimstad:

Grimstad kommune har 25 038 innbyggere per 1. mars 2024.

Kommunen har listeavtale med legene for i alt 24 050 innbyggere, mens det står 24 545 innbyggere tilmeldt. Forklaringen på dette er at flere fastleger har måttet be om redusert listelengde, og når reduksjonen skjer ved «naturlig avgang» tar endringen tid.

Så står det 2 115 innbyggere på venteliste hos kommunens leger. Det betyr ikke at så mange står uten fastlege, men det er så mange som har satt seg på liste fordi de ønsker å bytte fastlege og har satt seg på liste hos den legen de ønsker å bytte til. Det er grunn til å tro at dette tallet ville vært svært mye høyere om innbyggerne hadde tro på at det nyttet å stå på venteliste. Mange innbyggere har måttet velge seg fastleger i annen kommune, og det er grunn til å tro at en del av disse ville foretrukket å ha lege i egen kommune om det var tilgjengelig.

Universitetet i Agder (UiA), Campus Grimstad, har ca. 3 500 studenter, som har rett til fastlege i kommunen, men ikke har muligheten.

Kommunen har mange hytteturister, båtturister og andre tilreisende med behov for legetjeneste

Kommunen er en vekstkommune, og har behov for, og ønske om, etablering av nye virksomheter og arbeidsplasser.

Nytilflyttede innbyggere har ikke mulighet til å velge seg lege. Dette gir utfordringer som ikke er bra for kommunens anseelse. Legemangelen bidrar heller ikke positivt til næringslivets eller kommunens mulighet for å rekruttere nøkkelpersonell.

Kommunen bosetter flyktninger, de senere år rundt 200 årlig, og i tillegg kommer en del som bosettes gjennom familiegjenforening. Dette er grupper som ofte har betydelig behov for legetjenester.

En særlig utfordring er det relativt store antall arbeidsinnvandrere fra andre land som jobber i kommunen i kortere eller lengre tidsrom, og der det i praksis ofte oppstår situasjoner hvor det kan være vanskelig å sikre et forsvarlig legetilbud.

⁷ [Evalueringsplan for allmennlegetjenesten | Oslo Economics](#)

⁸ [Gjennomgang av allmennlegetjenesten \(regjeringen.no\)](#)

Kommunen er videre en vekstkommune, og med økende folketall må antall tilgjengelige listeplasser hos fastlegene øke tilsvarende.

Brannstasjonen legesenter har et definert ansvar for å sikre at alle som oppholder seg i kommunen kan få dekket akutte behov for allmennmedisinsk legehjelp, og med fra 2024 7 fastleger og 1 LIS1-lege vil legesenteret normalt ha kapasitet til å sikre dette. Men dette sikrer kun akutte tilfeller, ikke behovet for å ha en fastlege som kan følge opp over tid.

Kommunen må planlegge for å ha et tilstrekkelig antall leger og antall listeplasser til at alle som bor eller oppholder seg i kommunen kan få ivaretatt sin rett til å få fastlege og bytte fastlege. Fra fastlegeordningen ble innført i 2001 har det vært gitt som en generell anbefaling at kommunen bør ha en overkapasitet på ca 5% av innbyggertallet, og i tillegg ta høyde for «lokale forhold».

Når kommunen har passert 25 000 innbyggere, skal ivareta 3 500 studenter, flyktninger, arbeidsinnvandrere og tilreisende hytte-/båt-/campingturister, så bør kommunen planlegge for å ha rundt **30 000** avtalte listeplasser.

Prosess:

For å sikre en god plan for legetjenesten er involvering av legene i kommunen viktig. Kommunene er ut fra Rammeavtale⁹ mellom KS og Den norske legeforening pliktig å ha et Allmenlegeutvalg (ALU) og samarbeidsutvalg (LSU). Våren 2022 har det vært avholdt flere møter med legene. Prosess med plan for legetjenesten ble først presentert i LSU, deretter i ALU, før alle legene har vært kalt inn til tre ulike work-shops med tema;

1. Rekrutterer og beholde
2. Videre- og etterutdanning
3. Legeoppgaver i kommunale helse og omsorgstjenester

Det var god deltakelse fra legene på work-shopene. Alle legekantorene var representert med flere leger. Legene var takknemlige over å få være med på å komme med forslag til tiltak og beskrive utfordringsbildet. Legene sier at de trives med å jobbe som leger i kommunen og alle ønsker det beste for pasientene og innbyggerne i kommunen. Det kommer likevel frem flere utfordringer som det er viktig å finne løsninger på for å sikre en bærekraftig legetjeneste.

Revisjon av plan for legetjenesten 2024

Allmenlegeutvalget var invitert til en work-shop 11.04.2024, der planen ble gjennomgått og behov for oppdateringer, endringer og tillegg vurdert. Forslag til revidert plan ble behandlet i lokalt samarbeidsutvalg 17.04.2024 og i ordinært allmenlegeutvalgsmøte 24.04.2024.

Forslag til tiltak fra legetjenesten

I møtene med legene våren 2022 kom det frem mange innspill og anbefalinger til kommunen som presenteres under, revidert etter gjennomgangen i april 2024.

Rekruttere og beholde

Det har over flere år vært utfordrende å få besatt ledige stillinger ved legekantorene i kommunen. Det er satt i gang flere tiltak og situasjonen har bedret seg noe det siste året. For å sikre rekruttering og beholde leger i kommunen ble det påpekt flere områder det bør satses på.

1. Det anbefales å fortsette samarbeidet med UiO Campus sør og legge til rette for å øke antall fastleger som kan være praksisveiledere for medisinerstudenter. Det å ha studenter i praksis og sikre god opplæring kan bidra til at studenter ønsker å bosette seg og jobbe i kommunen når de er ferdig utdannet.

⁹ [ASA-4310-2024-25.pdf \(ks.no\)](#)

2. For å rekruttere og beholde leger blir det også viktig å tilrettelegge for fleksible ansattformer.
 - a. Vi har i dag 7 fastleger i fastlønnssavtale, med tilleggsbetaling i form av insentivlønn som beregnes som en prosentsats av den inntekt legen utløser i form av pasientegenandeler, takstrefusjoner og honorarer.
 - b. Vi har 4 fastleger i såkalte 8.2. avtaler eller annen medfinansiering av næringsvirksomhet ble fremhevet.
 - c. 14 leger har ordinær fastlegeavtale for næringsdrift.
 - d. Det vil være en fordel med lik avlønningsform for legene ved samme legekantor.
3. Flere leger ønsker å kunne kjøpe egen praksis, men det å kunne ha en garanti for å unngå tap gjennom en gjenkjøpsavtale er fremhevet. Gjenkjøpsavtale er imidlertid juridisk problematisk i forhold til bestemmelsene i kommuneloven.
4. Det er fortsatt behov for å øke antall legestillinger. Det anbefales å planlegge for ett legeårsværk per 750-1000 innbyggere dersom legen skal kunne klare å ivareta alle oppgavene som medfølger ordinær arbeidstid på 37,5 timers uke.
5. Systemkvalitet trekkes frem som viktig. Kommunen bør ha et overordnet system for oppfølging av legetjenesten som kjenner legetjenestens behov. Gode forventningsavklaringer mellom kommune og leger er avgjørende.
6. Det må satses på opplæring av nye leger for å sikre rekruttering. Alle fastlegestillinger må kunne tilbys som ALIS. Det må sikres tilstrekkelig antall veiledere for LIS1 og ALIS stillinger.
7. Fastlegene opplever at timelønna har gått ned de siste årene på bakgrunn av økte krav til administrative oppgaver. Fastlegene har kompensert med dette med å jobbe flere timer. Legene bør sikres lønn ved kurs og sykdom. Det blir viktig å se alle legeoppgaver i en sammenheng. Normal arbeidstid, inkl. legevakt, bør være normen.
8. Basistilskuddene har ikke fulgt den generelle lønns- og prisvekst og dekker ikke de reelle driftsutgiftene. Et økt basistilskudd vil gjøre det mulig for fastlegen å ivareta sine driftsutgifter innenfor en normal arbeidstid. Dette må primært løses i nasjonalbudsjettet. Mange kommuner har måttet vedta lokale basistilskudd i tillegg til de sentralt fastsatte, og Grimstad har fra 2023 besluttet et basistilskudd på kr 100 per listepasient frem til en nasjonal ordning som bedre ivaretar behovet er på plass, forhåpentligvis med nye helhetlige tiltak for allmennlegetjenesten fra 01.07.2025.
9. Kommunen bør være i forkant av å ta i bruk nye tekniske og elektroniske løsninger, eks håndholdt ultralyd, v-scan mm. Det bør være mulighet for kompetanse ved legekantorene innen spesielle områder som legen har interesse for som eksempel ultralyd og annet teknologisk utstyr. Det ønskes støtte til kurs i bruk av nytt utstyr.
10. Bruk av e-konsultasjoner/telefonkonsultasjoner kan være en måte å hjelpe ventelistene på. I planleggingen av arbeidsdagen må e-konsultasjoner erstatte ordinære timer, ikke komme i tillegg.
11. Et godt fungerende journalsystem er viktig og det må legges til rette for at legekantorene til enhver tid har godt utstyr. Kommunen skal sørge for å ha det beste tilgjengelige journalsystemet for de kommunale legekantorene. Kommunen skal være ledende innen bruk av IKT og helseteknologi slik at kommunens legekantor er i forkant av teknologisk utvikling og benytter nytt utstyr. Private legekantor inviteres til å delta.

Videre- og etterutdanning

Videre- og etterutdanning er et formalisert krav både for legene og kommunen. Det er behov for god informasjon om hva som skal til for å bli spesialist og rutiner for oppfølging og veiledning.

1. Det foreligger mange krav og kommunen bør være en pådriver til helsedirektoratet for å gjøre det lettere for leger og kommunen å sette seg inn i kravene som gjelder.
2. Veiledning av studenter må ses i sammenheng med den totale kapasiteten. Ressurser til å veilede tett studenter og LIS1 leger er viktig. Kompensasjon for veiledning av studenter er viktig og det vises til utredningsarbeid for Campus sør. Kommunen vil inngå avtale med Universitetet om praksis for legestudenter.
3. Det bør legges til rette for praksisbesøk for å lære av hverandre.
4. Det bør legges til rette for kompetanse ved alle legekantorene. Kommunen vil videreføre samarbeide med Senter for kvalitetsutvikling og pasientsikkerhet i legetjenester (SKIL)¹⁰ og jobbe med fortsatt bruk av systematisk kvalitetsarbeid i egen praksis ved hjelp av verktøy og metoder anbefalt av SKIL.
5. Det kan være arbeidsbesparende om legekantorene deler på sin kompetanse. Har et legekantor laget gode prosedyrer for ett område kan disse deles med andre legekantor. Dersom det ene legesenteret har kompetanse på sårstell, kognitiv terapi, indremedisin osv. kan det andre dra nytte av dette - enten gjennom at vi tar konsultasjoner rettet mot dette for hverandre eller ved ordninger som internundervisning.
6. Kommunen bør legges til rette for kommunal PhD stilling. Praksisnær forskning bør være i fokus. Forskning kan bidra til rekruttering og utvikling av et godt fagmiljø.
7. Det oppfordres til felles kurs for hele legekantoret der leger og medhjelpere deltar sammen. Samling for alle leger i kommunen 2-3 ganger i året med faglig og sosialt innhold bør gjennomføres. Det oppfordres til uformelt sosialt treff for leger i kommunen utenfor arbeidstid.

Legeoppgaver i helse- og omsorgstjenesten

I tillegg til fastlegefunksjonen er det flere oppgaver som må dekkes av legekompetanse.

1. Det bør være attraktivt å ha en kommunal bistilling og avlønning for dette bør vurderes, slik at inntekten av slikt arbeid står i forhold til inntekten fra øvrig fastlegearbeid.
2. Kommunen har tre faste sykehjemsleger i 2,2 årsverk. Det anbefales at kommunen har tre hele stillinger for sykehjemsleger – i tråd med legeföreningens forslag til bemanningsnorm.¹¹
3. Det kan vurderes faste leger også for beboere i omsorgsboliger og boliger innen habilitering, særlig for de som har behov for mye hjelp. Det er vanskelig for fastlegene å gi god oppfølging av disse, og samarbeidet med personalet som har oppfølgingsansvaret vil også styrkes ved å ha egne legestillinger for dette. Det foreslås å sette av en legestilling – 100% - til dette arbeidet, fortrinnsvis fordelt på 5 fastleger med 20% stilling hver.
4. Helsestasjonen kan klare seg med 80% legestilling som i dag, dersom det aldri er fravær. I de senere årene har imidlertid sykefravær blant leger gått fra å være nærmest ikke-eksisterende til i 2022 ligge på rundt 5% - og siden legen har en nøkkelfunksjon vil alt fravær være vanskelig. Vi bør derfor etablere en liten overkapasitet som kan klare å håndtere slike svingninger. Det foreslås å øke kapasiteten til 100% fordelt på 5 leger med 20% hver.
5. Skolehelsetjenesten har i dag ingen egen legetjeneste utover faglig bistand fra kommuneoverlegen. Flere kommuner, blant annet Arendal, har med stort hell styrket både helsestasjons- og skolelegetjenesten med engasjerte leger med kompetanse på barn. En slik legefunksjon kan ha et medisinskfaglig ansvar for alt helsefremmende og forebyggende arbeid rettet mot barn og unge, i tett samarbeid med enhet for barn, unge og familier i oppvekstsektoren.
6. Gode samarbeidsrelasjoner mellom fastleger og hjemmetjenesten er viktig. Det bør arbeides med å etablere et system for at alvorlig syke pasienter kan få hjelp til blodprøvetaking fra hjemmetjenesten. Dette vil være ressurs sparende og mindre belastende for pasientene.

¹⁰ [SKIL](#)

¹¹ [utkast-bemanningsnorm-sykehjem-v4.pdf \(legeforeningen.no\)](#)

7. Legene er forpliktet til å skrive elektroniske resepter til den nasjonale reseptformidleren. Det sikrer at all reseptforskrivning er registrert/dokumentert og medisinen kan hentes ut på et hvilket som helst apotek. Det er en alvorlig mangel ved Gerica, det journalsystem som brukes av kommunens omsorgstjenester, at det fortsatt ikke kan brukes til å skrive resepter. Sykehjemslegene må derfor ha et eget journalsystem i tillegg for å kunne skrive resepter, dette er tungvint, tidkrevende, dyrt og øker risiko for feil.
8. Det er viktig å sikre informasjon fra kommunen til fastlegene, slik at de har lett tilgang til den informasjon de trenger om de øvrige kommunale tjenester. I lokalt samarbeidsutvalg arbeides det med å lage gode løsninger for hvordan dette best kan utformes og vedlikeholdes.
9. En rekke fastlegekonsultasjoner skyldes pasienter som har behov for oppfølging, men der andre faggrupper med fordel kunne bidratt. Mange personer med psykiske utfordringer kunne hatt vel så stor nytte av psykologtjeneste, og personer med fysiske rehabiliteringsbehov eller ulike smerteplager og funksjonshindre kunne fått vel så god hjelp hos fysioterapeut. Når psykologtjeneste ikke er et reelt tilbud for de aller fleste, og fysioterapitjenesten har begrenset kapasitet og lang ventetid, så må fastlegen gjøre sitt beste for å ivareta dem.
 - a. Kommunen bør ansette en eller to psykologer som kan etablere et lavterskeltilbud, der aktuelle innbyggere raskt kan få et begrenset antall samtaler for kartlegging og hjelp til å håndtere sine problemer. Det vil gi en bedre kvalitet på tjenesten for innbyggerne, en god avlastning av fastlegene, og kommunen kan igjen ivareta sin forpliktelse til å ha en psykologtjeneste. Denne må ses i sammenheng med det gode tilbud til rask psykisk helsehjelp som er etablert ved innsatsteamet i enhet for psykisk helse og rus, med familiesenteret, og med samarbeidet med DPS som må videreutvikles og styrkes.
 - b. Økt antall fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen vil bedre tilgjengeligheten på tjenesten. Det kan gjøres avtale om lavterskeltilbud med rask avklaring og bistand til å håndtere primært smertetilstander og rask rehabilitering etter sykdom/skade
10. Økt tverrfaglighet ved legekantorene er ønskelig. I primærhelsemeldingen har det vært jobbet nasjonalt med løsninger for primærhelseteam^{12 13}. Finansiering av andre helsefaglige ansatte og ressurser for å ivareta disse funksjonene må ses på. Primærhelseteam kan bli vedtatt som nasjonal ordning i nasjonalbudsjett for 2023, men om det ikke skjer bør kommunen vurdere å innføre en lokal modell. Et godt alternativ kan være å ansette sykepleiere med videreutdanning innen avansert klinisk allmennsykepleie (AKS) på legekantoret, som kan følge opp pasienter med stort behov, og ved det gi bedre kvalitet på oppfølgingen fra legekantoret og avlaste fastlegen for oppgaver.
11. For at legetjenesten skal fungere bra er det viktig med oppfølging fra kommunen. Det er behov for 1,5 stilling som kommuneoverlege for å ivareta miljørettet helsevern, smittevern, beredskap og medisinsk faglig rådgivning. Det er også viktig med administrative stillinger for administrasjon av legekantorene og merkantil støtte for kommuneoverlegen. Pandemiarbeidet har vist hvor sårbar denne tjenesten er når den bare er ivaretatt av en person, og det er helt nødvendig å ha minimum 2 leger med kommuneoverlegeansvar.

KS og legeforeningen kom i mai 2022 til enighet om å arbeide for å sikre kommuneoverlegenes arbeidsbelastning, og uttaler følgende:

¹² [Primærhelseteam - pilotprosjekt - Helsedirektoratet](#)

¹³ [evaluerings-pht-sluttrapport.pdf \(regjeringen.no\)](#)

«..I lys av en rekke erfaringer, blant annet fra pandemien, er det enighet om å se på deres arbeidstidsbetingelser. Partene skal utarbeide felles informasjon og veiledning til kommunene og legene, for at kommuneoverlegene skal sikres en forsvarlig arbeidsbelastning, også i langvarige krisesituasjoner.

Partene nedsetter et utvalg som skal ferdigstille grunnlaget for denne informasjonen.»

Helsedirektoratet har etter dette fått i oppdrag fra HOD å utarbeide en nasjonal veileder for håndtering av kommunenes samfunnsmedisinske oppgaver og for kommunelegens oppgaver og funksjon ¹⁴. Forslag til veileder skal sendes på høring sommeren 2024. Kommunen bør derfor avvente dette arbeidet.

I mellomtiden har KS og Legeforeningen blitt enig om en protokolltilførsel til kommunelegeavtalen SFS 2305¹⁵ som gir noen rammer for ansvar, arbeidstid og oppgaver for kommuneoverlegen.

Legevakt

Grimstad kommune har, som sin andel av den interkommunale legevakten i Arendal, ansvar for å dekke ca. 5040 arbeidstimer per år av den interkommunale legevakten. Dette tilsvarer ca. 2.6 årsverk.

Alle fastleger har plikt til å delta i kommunens legevaktordning utenom arbeidstid. Legene opplever at legevakttjeneste i tillegg til praksis på legekantoret er det som oppleves mest belastende. I den senere tid har legevakten hatt tiltagende utfordringer med å få dekket vaktene, og det har ikke rent sjeldent medført at fastlegen blir beordret på vakt.

Kommunen har, sammen med de øvrige kommunene i Østre Agder-samarbeidet, vært i tett dialog med vertskommunen Arendal for å støtte opp arbeidet med å få en bedre organisering og tryggere bemanning av legevakten. Det er vedtatt en god, fremtidig løsning for dette, og midlertidige tiltak frem til endelig løsning er på plass. Sentralt her er at Arendal vil opprette et eget fastlegekontor i legevaktens lokaler, med 9 leger som alle har arbeid på legevakten som en vesentlig del av sin arbeidsplan. Dette vil i vesentlig grad bedre bemanningen på legevakten og redusere vaktbelastningen på de øvrige fastleger. Legevakten flyttet 1. september 2023 inn i nye, tidsmessige lokaler.

Hvis en lege har vært på nattevakt ved legevakten har legen fortsatt ansvar for de løpende lønns- og driftsutgifter ved kontoret dagen etter. Kommunen bør innføre høy nok praksiskompensasjon til å dekke dette så legen kan ta fri etter nattevakt uten kostnad. Den sentralt fremforhandlede kompensasjonen for dette dekker bare en liten andel av utgiften.

Kommunen er forpliktet til å sikre at nødnettradio kan besvares av lege døgnet rundt. På dagtid går dette ansvaret på omgang mellom fastlegene etter en vaktliste. Dette må ses i sammenheng med legevakt og det må etableres en kompensasjon for dette arbeidet som gjør det mulig for legen å sette av tid til denne beredskapen.

Den 23/5-2022 kom KS og Dnlf, i de årlige sentrale forhandlingene om særavtalen for leger i kommunehelsetjenesten (SFS 2305), til enighet om en felles intensjon om at «... legevaktarbeidet ikke må komme på toppen av en allerede svært presset fastlegehverdag. Partene vil jobbe for at legevakt skal regnes som en offentlig allmennmedisinsk oppgave. Det vil kreve flere leger i kommunene og at staten går inn med nødvendig forskriftsendring og finansiering ...». ¹⁶

Dersom staten og KS/Dnlf ikke klarer finne gode løsninger sentralt vil kommunen måtte se på behovet for å håndtere dette lokalt.

¹⁴ [Nasjonal veileder for samfunnsmedisinske oppgaver og kommunelegefunksjonen](#)

¹⁵ [Samfmed-protokoll-nr-5-endelig-rapport.pdf \(ks.no\)](#)

¹⁶ [Enighet om kommunelegeavtalen - KS](#)

Mål og tiltak

Mål	Foreslåtte tiltak	Tidsplan	Kostnader
Alle kommunens innbyggere har tilgang til gode allmennlegetjeneste, tilpasset sitt behov	1. Opprettet nok legehjemler slik at fastlegene har kapasitet til å ivareta innbygger på listen. Det må planlegges for å opprette listeavtale for ca 30 000. Ved opprettelse av nye stillinger planlegges det – inntil det lages nasjonale løsninger som kan tilsi noe annet - for en listelengde på 750 for de leger som ønsker det. 2. Antall legehjemler må da økes fra dagens 25 til 34. Antallet fastlegehjemler vil fra 01.01.2025 blir 29, og videre økning må planlegges. 3. Opprette nye legehjemler i tråd med befolkningsveksten 4. Tilby fastlegestillinger i ulike ansettelsesformer med privat praksis, fast lønn og ulike kombinasjoner 5. Vurdere økonomiske støtteordninger for kjøp av legehjemler. Regjeringen har signalisert at dette vil bli sentralt regulert fra 2025.	Innfases i løpet av planperioden Innarbeides i budsjett 2025/HP 2025-28	1. Forutsetter økt basistilskudd. Om dette ikke økes tilstrekkelig i statsbudsjett, må det finansieres kommunalt 2. Kostnad varierer med ansettelsesform. Når mulig brukes avtale om privat praksis 3. Ca. 500.000 hvert annet år som kompenseres gjennom rammetilskudd 4. Erfaringstall kostnad årlig pr listeplass: Privat praksis kr 900 8.2-avtale kr 1 150 Fastlønn kr 1 900 5. Forslag å videreføre 300.000 per hjemmel
Alle fastleger har en god arbeidssituasjon og kan ivareta sine forpliktelser innen rammen for normal arbeidstid på 37,5 timer i uka	1. Opprette nok legehjemler til at dette er mulig 2. Økning av basistilskudd, dersom dette ikke blir økt tilstrekkelig i statsbudsjettet, for å gjøre det mulig å redusere arbeidstid/dekke driftsutgifter – og for å kompensere for ulempene/skjevhetene i det pasienttilpassede basistilskudd 3. Alle legeoppgaver sees i sammenheng; fastlegearbeid, offentlige allmennlegeoppgaver og legevakt skal samlet ikke overstige normalarbeidstid 4. Det er også viktig å påpeke at dette ikke skal legge noen begrensning på leger som ønsker å ha arbeidstid som overskrider normalarbeidstid	Innfases i løpet av handlingsplanperioden	1. I prinsippet uten kostnad 2. Ved økning av basistilskudd til kr. 1000 - samlet merutgift ca. 5. mill.

Kommunen har nok legestillinger til å ivareta alle legeoppgaver; sykehjemslege kommuneoverlege, helsestasjonslege og annet	1. Sykehjemslegekapasiteten økes fra dagens 2,2 årsverk til 3 2. kommuneoverlegetjenesten må styrkes med 50% særlig av hensyn til beredskap	Innarbeides i budsjett 2025 og planperiode	1. Ca. 1.8 mill. 2. ca. 0,7 mill.
Fastlegene avlastes for oppgaver som kan ivaretas av annet personell	1. Etablere lavterskel psykologtilbud for rask avklaring og rådgivning ved psykisk lidelser 2. Vurdere ansettelse av AKS-sykepleier ved legekantoret/primærhelseteam 3. Vurdere kapasitet og tilgjengelighet for fysioterapi	Budsjett 2025 – ett årsverk psykolog. Ytterligere ett psykologårsverk innføres i løpet av handlingsplanperioden Primærhelseteam ses i sammenheng med nasjonalbudsjett	1. ca. 1.3 mill. per årsverk 2. ca. 900.000 per årsverk, men er finansiert dersom profesjonsnøytrale takster (evt primærhelseteam) innføres som nasjonal ordning 3. ca. 500.000 per driftstilskudd
Kommunen har en bærekraftig legevakt, som ivaretar god kvalitet, forsvarlig arbeidsbelastning og hensiktsmessig organisering	1. Tilby praksiskompensasjon etter legevakt 2. Støtte arbeidet i vertskommunen med å utvikle og forbedre legevakten	Vurderes i budsjett 2025 Følges opp i samarbeid med Østre Agder kommunene	1. Ca. 10.000 per døgn/500.000 per år 2. Kostnad må utredes i samarbeid med Østre Agder
Kompetente leger rekrutteres og beholdes gjennom å legge til rette for utdanning og kompetanseutvikling	1. Kommunen har gode rutiner for oppfølging av leger i utdanning 2. Alle nye leger som ansettes og som ikke har spesialistkompetanse ansettes som ALIS leger 3. Kommunen samarbeider med Campus sør	Er etablert men krever styrket administrativ kapasitet	1. 0,2 årsverk administrativt legearbeid. Ca. 300.000 per år 2. Finansiert av ALIS-tilskudd 3. ingen egen kostnad men krever administrativ oppfølging
Kommunen har gode rutiner for samarbeidet med fastlegene	1. Kommunen har god kapasitet på kommuneoverlegefunksjon og merkantile ressurser 2. Kommunen har faste møtepunkter med fastlegene og sikrer informasjonsflyt 3. Kommunen tilrettelegger for god elektronisk samhandling 4. Godt samarbeid med hjemmetjenesten og det	Innarbeides i budsjett 2025 Innfases i løpet av planperioden Innføres i 2024	0,3 årsverk administrativt legearbeid, 0,5 årsverk merkantil støtte; ca. 900.000 per år

	tilrettelegges for at hjemmetjenesten kan ta blodprøver av skrøpelige pasienter		
Kommunen er ledende innen e-helse og bruk av moderne IKT utstyr	1. Kommunen skal sørge for å ha det beste tilgjengelige journalsystemet for de kommunale legekantorene og tilbys nytt utstyr 2. Legekantorene skal tilby avansert utstyr og ha kompetanse for bruk av slikt utstyr, eks. ultralyd, digitale konsultasjoner og digital hjemmeoppfølging	Innfases i løpet av planperioden	500.000 årlig til investering
Kommunen legger til rette for forskning i praksis	1. Praktisk og økonomisk støtte til forskning i legepraksis 2. Opprette stilling for kommunal Phd	Innfases i løpet av handlingsplanperioden	1. 300.000 per år til prosjektarbeid 2. ca. 750.000 per år
Beholde eksisterende leger	1. Sykefraværdekning for næringsdrivende leger 2. Dekke inntektstap ved kursfravær for lege som ikke er i ALIS-stilling eller fastlønn.	1. vurderes etter 01.07.2025 2.	1. usikker kostnad – har ikke registertall for dette fraværet 2. full dekning – ca 2 mill – 50/50-fordeling – 1 mill

Økonomi

Om fastlegeøkonomi:

Kommunen kan ansette fastlegene i privat praksis, ansette med fast lønn, eller – som har vært nødvendig de siste par år – lage egne løsninger som kombinerer ulike elementer.

Håpet er at i regjeringens løfte om å innføre nye, helhetlige nasjonale løsninger for fastlegeordningen fra 01.07.2025 vil kunne bedre rekrutteringen og arbeidssituasjonen for eksisterende fastleger så det blir unødvendig for kommunen å etablere egne lokale ordninger for å kunne rekruttere og beholde fastleger.

Privat praksis:

- dette har siden innføringen av fastlegeordningen vært definert som den ansettelsesform som normalt skal benyttes
- legen eier da sin egen virksomhet, anskaffer kontorlokale, inventar og utstyr og ansetter egne medhjelpere
- legen har ansvar for alle utgifter
- legen har rett til å selge praksisen til neste lege når legen slutter, og ny lege må kjøpe praksisen. Denne overdragelsen er en sak mellom de to legene, og kommunen er ikke part

- i saken. Blir legene ikke enige om salgssum er det (fra 2024 i samarbeid mellom KS og Legeforeningen) opprettet en nasjonal nemnd som avgjør verdifastsettelsen
- legen har 3 inntektskilder i praksisen:
 1. **egenandeler** og andre egenbetalinger fra pasientene
 2. **takstrefusjoner** fra folketrygden/Helfo etter «Normaltariffen»¹⁷, honorarer og andre godtgjørelser
 3. **basistilskudd fra kommunen**, et fast månedlig beløp per innbygger som står på legens fastlegeliste. Basistilskuddet var ved ordningens innføring beregnet til å dekke gjennomsnittlig driftskostnad for en gjennomsnittlig legepraksis
 - Basistilskuddet er fra 01.05.2023 definert som «pasienttilpasset basistilskudd»¹⁸ der legen månedlig mottar et beløp som er beregnet ut fra en sum for hver enkelt innbygger på legens liste. Pasienttilpasset basistilskudd tar utgangspunkt i et utvalg indikatorer som skal forutse det antatte behovet for fastlegetjenester for innbyggerne på fastlegenes liste. Disse indikatorene er:
 - Kjønn (2 kategorier)
 - alder (6 kategorier)
 - bruk av fastlegetjenester siste 12 måneder (4 kategorier)
 - sentralitet (tillegg for kommuner i SSB sentralitetsindeks 5 og 6 – berører slik sett ikke Grimstad)
 - sosioøkonomi (tillegg for kommuner i kategori for «lav» sosioøkonomi – berører ikke Grimstad)
 - Videre plikter legen å la seg ansette i inntil 20% stilling for offentlige allmennlegeoppgaver, slik som sykehjemslegetjeneste, helsestasjon og annet. For dette arbeidet mottar legen fast lønn, og en praksiskompensasjon etter sentral avtale SFS 2305¹⁹ som skal dekke legens driftsutgifter i praksis mens legen utfører dette arbeidet for kommunen.
 - Legen plikter å delta i legevakten utenom arbeidstid. På legevakt dekker legen ingen utgifter og mottar ingen tilskudd utover en (beskjeden) vaktgodtgjørelse, men mottar alle pasientegenandeler og Helfo-refusjoner etter Normaltariffen. Nattevaktene godtgjøres med en fast lønn, og legevakten kan avtale med legene at også andre vakter godtgjøres med en fast lønn.
 - For kommunen er økonomien i dette forutsigelig og oversiktlig, og den er grunnlaget for beregning av kommunens økonomiske behov for rammefinansieringen i statsbudsjettet («grønt hefte»). Kommunen utbetaler et basistilskudd per person på listen til alle legene kommunen har avtale med. Innbyggerne velger lege uavhengig av kommunetilhørighet, men ved årsskiftet lager Helfo et utjevningsoppgjør slik at kommunen ender med å kun dekke kostnaden for de som er folkeregisterført i kommunen. Det pasienttilpassede basistilskuddet skaper problemer med oversiktligheten, og kommunen har selv ingen mulighet til presis forhåndsregning av hva kostnaden vil bli, men må stole på at beregningsgrunnlaget som er benyttet i «grønt hefte» er noenlunde i overensstemmelse med faktisk kostnad.

Fastlønnsalternativet

- Kommunen eier og driver legesenteret, ansetter medhjelperne og har ansvar for alle kostnader, slik som kommunen har for alle andre virksomheter i kommunens regi
- Kommunen utbetaler intet basistilskudd, dvs beholder basistilskuddet selv

¹⁷ [Fastlegetariffen-2023-2024.pdf \(legeforeningen.no\)](#)

¹⁸ [Pasienttilpasset basistilskudd - Helfo - for helseaktører](#)

¹⁹ [Legeavtaler - KS](#)

- Alle inntekter som genereres av legen, dvs pasientegenbetalinger, Helfo-refusjoner og honorarer, tilfaller kommunen
- Legene ansettes på lik linje med alle andre ansatte, og med samme plikter og rettigheter – med et viktig unntak:
 - ✓ Legen har fortsatt plikt til å delta i legevakten, og legevaktarbeidet er ikke innregnet i legens ordinære arbeidstid. På legevakt er også den fastlønnede legen «næringsdrivende» og inntekten er pasientegenbetalinger og Helfo-refusjoner etter Normaltariffen
- Kostnaden for kommunen er vesentlig større. Erfaringstall fra Grimstad tilsier at kommunen har en merkostnad per legeårsværk på 1 – 1,5 millioner. Dette skyldes særlig 4 forhold:
 1. fastlønnede leger ønsker ikke å jobbe 150% stilling, som gjennomsnittet er for øvrige fastleger, og det gir lavere aktivitetsbasert inntekt
 2. basistilskuddet som kommunen sparer (beholder selv) er ikke tilstrekkelig til å dekke de faktiske driftsutgifter
 3. med samme sosiale rettigheter som alle andre ansatte, til sykefravær og permisjoner, taper kommunen inntekter for det legen måtte ha av sykefravær og annet rettmessig fravær
 4. Siden legens lønn langt overstiger grensen for sykelønn og annen refusjon fra NAV (begrenset til 6G) medfører det også økt kostnad ved fravær

8.2-avtaler

- Dette er betegnelse på en avtale der legen er ansatt i en avtale for privat praksis, men der kommunen dekker alle utgiftene mot selv å beholde basistilskuddet.
- «8.2» sikter til pkt 8.2 «*avtale om at kommunen stiller med kontor, utstyr, hjelpepersonell mv.*» i rammeavtalen for fastlegeordningen ASA 4310²⁰. Slike avtaler inngås vanligvis med en tidsbegrensning på 4 år av gangen
- Legen har ansvar for sin pasientliste, og legens inntekt er alle pasientegenbetalinger, Helfo-refusjoner og honorarer.
- Kommunen ansetter medhjelpere og eier praksisen
- Legen kan starte i stillingen uten å måtte kjøpe praksisen eller gjøre andre investeringer
- Legen har ikke rett på noen godtgjørelse ved overdragelse av praksis til annen lege
- For kommunen er dette et alternativ med en merkostnad som er noe lavere enn for fast lønn. Kommunen dekker alle løpende driftsutgifter, men legen er næringsdrivende og kommunen taper ingen inntekt og dekker ingen kostnader forbundet med legens sykefravær eller annet rettmessig fravær

Fastlønn med aktivitetsbasert insentivlønn

- Kommunen har ved de siste fastlønnsansettelsene måtte tilby aktivitetsbasert insentivlønn. Dette betyr at lege er fast ansatt, mottar sin faste lønn, og kommunen dekker alle utgifter og mottar alle inntekter, som beskrevet over.
- Legen får en insentivlønn som beregnes som en prosentsats av legens egengenererte inntekter fra pasientbetalinger og Helfo-refusjoner.
- Det gir legen et insentiv til å jobbe mer og treffe flere pasienter, men gir kommunen noe lavere inntekt. Dersom legen faktisk arbeider mer på grunn av et slikt insentiv vil kommunen også få en større inntekt, og så langt er erfaringen at det for kommunen synes være omtrent likeverdig økonomi i dette som for fastlønn alene, og det er klart fordelaktig for rekrutteringen.

Gjenkjøpsavtale, kommunalt eierskap og investeringstilskudd

- Enkelte kommuner, som Vennesla, har rekruttert leger til privat praksis ved å gi dem en «gjenkjøpsavtale». Det betyr at kommunen i en av flere varianter stiller med en garanti for at

²⁰ [ASA-4310-2024-25.pdf \(ks.no\)](#)

legen ikke vil tape penger på å kjøpe seg en fastlegeavtale, og vil dekke prisforskjellen dersom legen slutter i stillingen innen et visst antall år og ikke får solgt sin praksis for et tilsvarende beløp som legen selv betalte for den. Juridisk er dette imidlertid vanskelig i forhold til bestemmelsene i kommuneloven.

- I Grimstad har vi med hell benyttet investeringstilskudd for 2 stillinger, der legen har fått 300 000 i tilskudd fra kommunen som bidrag til å kjøpe hjemmelen, og dette tilskuddet er gitt med en bindingstid på 2 år.
- Kommunen kan påta seg rollen som «eier» av praksisen og kjøpe praksis av avtroppende lege. Ny lege kan da gå inn i stillingen, og for øvrig drive ordinær privat praksis, men uten selv å måtte investere i et slikt kjøp, men kommunen vil da ha retten til å selge praksisen ved senere overdragelse.
- For kommunen vil slike ordninger utløse kostnader. Et investeringstilskudd er et tilskudd som utbetales der og da og ikke fås tilbake, et kjøp gir en investeringskostnad, som kan fås tilbake ved et eventuelt senere salg, dersom ikke reglene endres så kommunen mister mulighet til å «selge» praksisen på lik linje med en avtroppende fastlege.