LINDESNES
KOMMUNE

REVIDERT PLAN FOR LEGETJENESTER

Planperiode 2027 – 2028



Innhold

Sammendrag 4

1.0 Innledning 5

2.0 Formål med planen 6

3.0 Om fastlegeordningen 7

4.0 Bakgrunn 9
- 4.1 Utviklingstrekk nasjonalt 9
- 4.2 Status i Lindesnes kommune 10
  - 4.2.1 Helse og levekår 10
  - 4.2.2 Fastlegeordningen 11
  - 4.2.3 Organisering av fastlegesenter og kommunal bistand til drift 11
  - 4.2.4 Legevakt 12
  - 4.2.5 Samfunnsmedisin 13
  - 4.2.6 Andre kommunale legetjenester 13
  - 4.2.7 Utdanning 13
- 4.3 Utfordringsbildet i Lindesnes kommune 14

5.0 Tiltak 16
- Vedlegg 1: Lover, forskrifter, avtaler og nasjonale føringer 20
- Vedlegg 2: Ordforklaring 22
- Vedlegg 3: Fakta tabell om fastlegeordningen i Lindesnes kommune 24

Sammendrag

Lindesnes kommune hadde stadig økende utfordringer med rekruttering av fastleger frem til plan for legetjenester 2022 – 2024 ble iverksatt. Planen inneholdt en rekke tiltak som førte til betydelig bedring med tanke på rekruttering av fastleger.

Ved revisjon av Plan for legetjenesten høsten 2026 er situasjonen at det er ansatt leger i alle fastlegehjemlene i Lindesnes kommune. Det er imidlertid fortsatt en sårbar situasjon, da det er vanskelig å rekruttere vikarer og vi har behov for å beholde fastlegene vi har.

Tiltak for å rekruttere og beholde fastleger:

- Kompensasjon av tapt arbeidsinntekt for fravær i forbindelse med egen sykdom/barns sykdom for næringsdrivende fastleger inntil 10 dager per kalenderår
- Etableringsstøtte til næringsdrivende fastleger. Ordningen endres noe fra forrige planperiode.
- Leieavtaler med næringsdrivende leger i kommunale legesentre reforhandles
- Utrede legestruktur i Mandal sentrum
- Opptrappingsplan for lengde på pasientliste
- Opprette ny Lege i spesialisering (LIS1) plass
- Økning av antall fastlegehjemler ved at det opprettes ny fastlegehjemmel når ledig liste-kapasitet nærmer seg 3% av innbyggertallet
- Systematisk kvalitet- og utviklingsarbeid
- Søke eksterne tilskuddsordninger

1.0 Innledning

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

For å ivareta denne plikten utarbeidet Lindesnes kommune i 2022 en plan for legetjenesten. Denne ble revidert i 2024 og revideres på nytt igjen i dette dokumentet i 2026. Plikten til å ha en plan for legetjenester er fastsatt i punkt 6.2 i ASA 4310 – Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene:

> «Kommunen skal sørge for nødvendig planlegging, slik at legen har forutsigbarhet i sin virksomhet i henhold til gitte rammebetingelser, slik som forventet listestørrelse, sammensetning av pasientpopulasjon, veiledning av LIS1, ALIS mv. Kommunen skal utarbeide plan for legetjenesten i kommunen. Planen skal rulleres og forelegges samarbeidsutvalget til vurdering og uttalelse.»

Planen danner grunnlag for dimensjonering av tjenestene, den synliggjør hvordan kommunen kan bidra til å styrke styringssystemene og trekker opp retningslinjer for forbedrings- og utviklingsarbeidet i legetjenesten. Planen fokuserer på tiltak for å møte fremtidige utfordringer i helsetjenesten.

Ved revisjon av plan for legetjenesten er det kun fastlegeordningen som er prioritert, ikke øvrige kommunale allmennlegeoppgaver og samfunnsmedisin. I planperioden prioriteres tiltak som kan videreføre stabilisering av fastlegeordningen og bidra til å rekruttere fastleger til Lindesnes kommune, innenfor kommunens økonomiske rammer.

Det jobbes nasjonalt med fastlegeordningen. Revidert plan har derfor kort varighet, for å kunne endres i tråd med endringer i nasjonalt i knyttet til fastlegeordningen.

2.0 Formål med planen

Plan for legetjenester i Lindesnes kommune skal bidra til at legetjenestene i kommunen fyller de behov befolkningen har for primærlegetjenester og samfunnsmedisinske legetjenester. Videre skal plan for legetjenesten bidra til at tjenestene er i samsvar med krav fastsatt i lover, forskrifter og politiske vedtak i både omfang og innhold, jamfør Fastlegeforskriften §1. Mål og strategier i vedtatt kommuneplan danner et rammeverk for utarbeidelse av plan for legetjenester. Plan for legetjenester skal bidra til å sikre likeverdige og faglig gode helsetjenester for befolkningen.

Målet er videre at fastlegetjenesten i Lindesnes kommune har rett kompetanse og god kapasitet til å dekke kommunens samlede behov, og at innbyggerne har frihet til å bytte fastlege når de ønsker det. Målet er å oppnå dette ved å rekruttere og beholde kompetente leger gjennom å legge til rette for gode arbeidsforhold, utdanning og kompetanseutvikling. Og at fastlegetjenesten og Lindesnes kommune samarbeider godt om gode pasientforløp, kvalitet i og utvikling av helsetjenestene, og utvikling av teambasert fastlegeordning.

3.0 Om fastlegeordningen

Fastlegeordningen ble etablert i 2001. Bakgrunn for ordningen var å gi alle innbyggere bedre tilgjengelighet til allmennlege, forbedre kontinuitet i forholdet mellom allmennlege og pasient, samt å oppnå bedre prioriteringer av tilgang til spesialisthelsetjenester gjennom krav om henvisning.

Helsedirektoratet skriver i nyhetsbrevet 23.03.22 at forskning viser at samme fastlege over tid gir lavere dødelighet og bedre ressursbruk. Kontinuitet i pasient-fastlegeforholdet er en sentral indikator for kvalitet.

De statlige føringene er at fastlegene primært skal være selvstendig næringsdrivende, med en individuell avtale med kommunen. Rekrutteringsutfordringer, særlig tilbake til rundt 2022 når første plan for legetjenesten i Lindesnes kommune ble utarbeidet, medførte at en åpnet opp for kommunal ansettelse av fastleger. Ved revisjon av plan for legetjenesten i 2024 fjernet man muligheten for nyansettelser av kommunalt ansatte fastleger, for å følge de nasjonale føringene.

Fastlegene følger sine listepasienter gjennom ulike livsfaser. Innbyggere har fritt fastlegevalg, uavhengig av kommunegrenser. Egenandeler fra pasientene, offentlige refusjoner og basistilskudd utgjør fastlegens inntekter. Staten har ansvar for basistilskuddet per pasient til legen og dette er regulert i avtale mellom helse- og omsorgsdepartementet (HOD), Kommunenes sentralforbund (KS) og Regionalt helseforetak (RHF) og Den norske legeforeningen (DNLF) (Statsavtalen). Fastlegene kan pålegges kommunale allmennlegeoppgaver inntil 7,5 time per uke, for eksempel sykehjem, fengselshelsetjeneste eller helsestasjon/skolehelsetjeneste. I tillegg har fastlegene plikt til å delta i legevaktarbeid på kveld/natt og helg/høytid.

Ifølge Fastlegeforskriften, skal kommunen legge til rette for samarbeid mellom kommunen og fastlegene. Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommune (ASA 4310), regulerer hvordan kommunen skal legge til rette for dette. **Allmennlegeutvalget (ALU)** er fastlegenes eget møte, og skal bidra til nødvendig samarbeid mellom legene i kommunen for å ivareta legenes oppgaver i fastlegeordningen. **Samarbeidsutvalget (SU)** er et samarbeidsorgan mellom fastlegene og kommunen og skal sikre at allmennlegene får innflytelse over drift og organisering av egen praksis og eget listeansvar.

Fastlegene har individuell avtale med kommunene, og kommunene har ansvar for å følge opp avtalene. Ifølge avtaleverket (ASA4310) skal fastlegene være til stede i sin praksis 44 uker i året. De resterende ukene kan benyttes til kurs og ferie. Fravær inntil 8 uker i året dekkes av kollegial fraværsordning (legene inngår avtale med kollegaer om å ivareta listeansvaret ved fravær).

I tillegg til ASA 4310, reguleres fastlegeordningen av andre avtaler, lover og forskrifter, se vedlegg 1.

4.0 Bakgrunn

4.1 Utviklingstrekk nasjonalt

Når Plan for legetjenesten ble utarbeidet i 2022 var situasjonen svært krevende med tanke på rekruttering av fastleger. Evaluering av fastlegeordningen, som Helsedirektoratet gjennomførte i 2019 konkluderte med at fastlegeordningen over tid har hatt ønsket effekt for mange, men ikke for alle. Legedekningen var god, innbyggere som ønsker det har fått fastlege, og nesten hele befolkningen deltok i ordningen. Men stabiliteten i fastlegegruppen var synkende, og når fastlegenes oppgavemengde ble for stor, fikk enkelte pasientgrupper ikke den oppfølgingen de hadde behov for. Endringer i rammevilkårene for fastlegene hadde gitt økt belastning på legene, og situasjonen var utfordrende for mange. Evaluering av fastlegeordningen konkluderte med at det ville være formålstjenlig å få flere fastleger inn i ordningen, og at oppgavemengden måtte reduseres. Hvis ikke, var sannsynligheten stor for at enda flere allmennleger ville fratrer sitt yrke, og færre ville rekrutteres. Forutsetningene for at fastlegeordningen skulle kunne gi ønskede effekter, ville falle.

Tall fra Helsedirektoratet viser at utviklingen knyttet til fastlegeordningen har vært positiv de siste årene. Antall fastleger økte fra 4 858 i 2019 til 5 720 i 2025. Antall innbyggere uten fastlege ble redusert fra over 214 000 i 2023 til 110 000 våren 2026. Det er fortsatt behov for å arbeide med rekruttering av fastleger, men nasjonale og kommunale tiltak har heldigvis ført til at situasjonen er sterkt bedret fra 2022. Det er fortsatt vanskelig å få ny fastlege dersom man flytter eller ønsker å bytte fastlege.

Nasjonale tiltak ble beskrevet i Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 (Helse- og omsorgsdepartementet) og innebar å styrke fastlegeordningen gjennom bedre finansiering av fastlegeordningen, økt kapasitet og oppføling av ALIS-leger (allmennleger i spesialisering), flere LIS1 – stillinger (tidligere turnuskandidater) og redusert arbeidsoppgaver. Tiltakene skulle bidra til en attraktiv, kvalitetssikker og teambasert fastlegetjeneste. Oslo economics gjennomførte Evalueringsrapport allmennlegetjenesten 2024 som viste at iverksatte tiltak hadde hatt effekt og bidratt til å stabilisere fastlegeordningen. Dette gjaldt særlig rekruttering, fastlegens økonomiske situasjon og arbeidsbelastning.

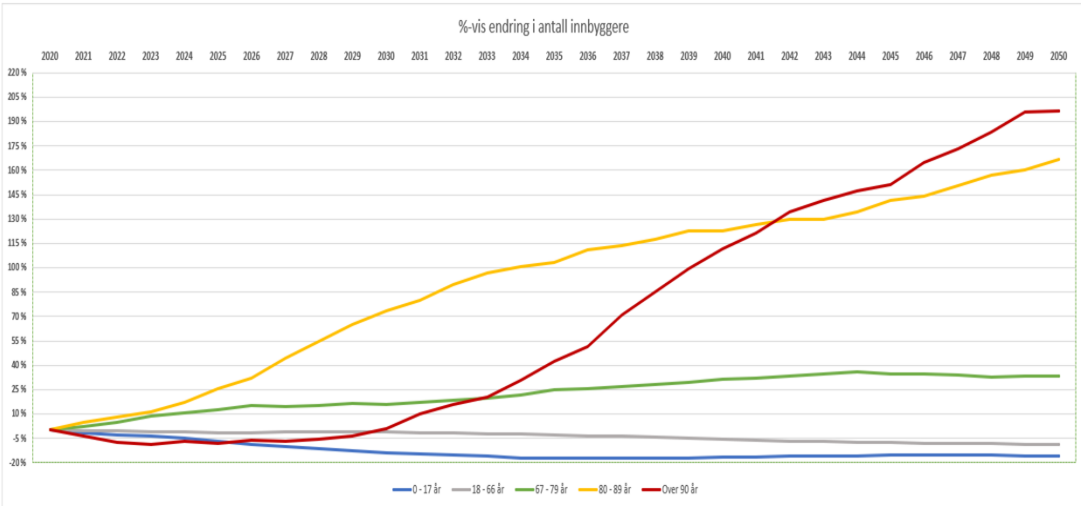
Rapporten fra KS Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen 2022 viser at 81% av landets kommuner har innført kommunale tiltak som subsidierer fastlegeordningen, for å rekruttere og beholde fastleger, i tillegg til de statlige tiltakene.

4.2 Status i Lindesnes kommune

4.2.1 Helse og levekår

Befolkning og alderssammensetning

I 2026 bor det 23 722 personer i Lindesnes kommune. Kommunen vil oppleve en betydelig endring i demografisk sammensetning i årene fremover. Tabellen under viser den prosentvise endringen i ulike aldersgrupper frem til 2050. Antall personer over 80 år vil øke, samtidig som den yrkesaktive delen av befolkningen vil ha en nedgang, og det samme gjelder barn/unge 0 – 18 år.



Folkehelse

Oppvekst og levekår er viktige premisser for helse og livskvalitet. Vanlige levekårsparametere er utdanning, sysselsetting, inntekt, helse og bolig. De fleste i Lindesnes lever bra og har et godt liv, men kommunen har store levekårsutfordringer. Lindesnes skiller seg ut på både fylkes- og landsbasis med lavere andel av befolkningen i yrkesaktiv alder. Vi har en høy andel innbyggere som lever i vedvarende lavinntektsfamilier. Agder har et høyt antall mottakere av uførepensjon, og Lindesnes kommune ligger i det øvre sjiktet. Forekomsten av psykisk uhelse og innbyggere med muskel- og skjelettlidelser er høyere i Lindesnes kommune enn ellers i Agder og resten av landet.

Bruk av fastlegetjenester

Statistikk fra SSB viser at innbyggere på Agder går hyppigere til fastlegen enn resten av landet. Antall konsultasjoner øker med alderen.

Bruk av fastlegetjenesten

	Konsultasjoner pr. pas. 2023	
	Hele landet	**Agder**
Alle aldre	3,0	3,1
0 – 5 år	1,9	1,9
6 – 15 år	1,4	1,5
16 – 19 år	2,4	2,3
20 – 29 år	2,6	2,7
30 – 49 år	3,2	3,2
50 – 66 år	3,5	3,5
67 – 79 år	3,9	4,1
80 – 89 år	4,8	5,2
90 år og eldre	3,5	4,3

Økningen i antall eldre i Lindesnes kommune, kombinert med høy andel uføre, lav andel i yrkesaktiv alder og omfanget av innbyggere med psykiske- og muskel/skjelett plager, setter ekstra press på kommunens tjenester, inkludert fastlegetjenesten.

4.2.2 Fastlegeordningen

Det er 5 fastlegesenter i kommunen, og disse er lokalisert på Vigeland, Marnardal og i Mandal sentrum. Fastlegene har en gjennomsnittlig pasientliste per september 2026 på ca. 924 korrigert for kommunale bistillinger. Fastlegene har en gjennomsnittsalder på 40,8 år. Det er jevn fordeling av kvinnelige og mannlige fastleger.

Innbyggerne kan velge fastlege på tvers av kommunegrensene. Det vil si at en innbygger kan ha folkeregistrert adresse i en kommune og velge fastlege i en annen. Det er flere innbyggere bosatt i Lindesnes kommune som velger fastlege i andre kommuner, enn motsatt. Det er per nov. 2026 en underdekning på ca. 417 listeplasser i forhold til innbyggertallet. Dette er en nedgang fra underdekning på 731 innbyggere i september 2024. Det er viktig å merke seg at det ikke tilsvarer at vi har 417 innbyggere uten fastlege, da en del av disse har fastlege i andre kommuner. For mer fakta vises til vedlegg 3.

4.2.3 Organisering av fastlegesenter og kommunal bistand til drift

Den utfordrende rekrutteringssituasjonen Lindesnes kommune stod i når plan for legetjenesten ble utarbeidet i 2022 har påvirket organisering og drift av fastlegesentrene. For å sikre forsvarlig drift inngikk kommunen i perioden 2020 til 2022 avtale om kommunal drift av flere legesenter i kommunen. Det er flere modeller for organisering og drift av fastlegesenter i kommunen vår.

Modell 1 - Alle fastleger er selvstendig næringsdrivende og driver privat legesenter

Kommunen inngår individuell avtale om allmennpraksis i fastlegeordningen med hver enkelt fastlege. Legen inngår samarbeidsavtaler med øvrige leger i det aktuelle legesenteret, for eksempel

som et DA (delt ansvar) eller AS. Legene mottar basistilskudd i henhold til antall pasienter på listene, og drifter legesenteret med personell, lokaler og utstyr i egen regi. Dersom legen sier opp sin hjemmel tildeler kommunen denne til ny lege som søker seg hit og praksis overdras. Marnardal legesenter drives etter denne modellen.

Modell 2 - En kombinasjon av selvstendig næringsdrivende og kommunalt ansatte fastleger. Privat drevet legesenter

Denne modellen er lik modell 1, med tillegg av kommunalt ansatt fastlege. Kommunen betaler den kommunalt ansatte fastlegens andel av kontorutgiftene. De selvstendig næringsdrivende fastlegene står for driften av legesenteret. Kommunen har ikke ansvar for drift. Sjøsanden legesenter drives etter denne modellen.

Modell 3 - Kommunalt drevet legesenter med en kombinasjon av kommunalt ansatte og selvstendig næringsdrivende fastleger

Kommunen har totalansvar for driften av legesenteret, inkludert personalansvar for kommunalt ansatte og økonomi- og fagansvar for hele legesenteret. Alt hjelpepersonell og noen fastleger er kommunalt ansatte. Noen fastleger er selvstendig næringsdrivende og betaler en månedlig sum for å dekke sin andel av legesenterets driftsutgifter i form av listevederlag. Vigeland, Halse og Øvrebyen legesenter drives etter denne modellen.

4.2.4 Legevakt

Fastlegeforskriften § 13 sier at fastlegen plikter å delta i:

1. Kommunal eller interkommunal legevakt utenfor ordinær åpningstid.
2. Kommunens organiserte øyeblikkelig hjelp-tjeneste i kontortid, herunder tilgjengelighet i helseradionettet/nødnettet og ivaretakelse av utrykningsplikten.

Kommunen kan frita fastlegen fra plikt til legevaktdeltakelse, når legen av helsemessige eller vektige sosiale grunner ber om det. I denne vurderingen tas det særlig hensyn til lege over 55 år. Dette gjelder ikke deltakelse i kommunens organiserte øyeblikkelig hjelp-tjeneste i kontortid. Videre har legene krav på fritak ved fylte 60 år, ved graviditet siste 3 måneder, når graviditet er til hinder for deltakelse eller ved amming i inntil 1 år.
Pr. i dag har Lindesnes legevakt en lege på vakt mellom klokken 15.00 og 08.00 på hverdager og 24 timer i døgnet i helg, høytid og 7 uker sommertjeneste. På dagtid på hverdager er det fastlegene som ivaretar legevaktstjenesten. Det er daglegevakt på Vigeland, i Marnardal og i Mandal. Disse dekker hver sine områder innen de gamle kommunegrensene.

Kommunen har i flere år hatt ansatte vikarleger til å dekke mesteparten av vaktene på legevakten, for å avlaste fastlegene. Per sept. 2026 har fastlegene i snitt mindre enn 1 legevakt i måneden. Fra kommunens side er det viktig at fastlegene deltar noe i legevakt, for å ivareta den akuttmedisinske beredskapen i kommunen.

Lindesnes er en hytte- og turistkommune, og innbyggertallet stiger betraktelig i helger i sommerhalvåret, ferie og høytider. Dette gir økt behov for legevaktstjenester i perioder av året.

4.2.5 Samfunnsmedisin

Kommuneoverlegefunksjonen er en samfunnsmedisinsk oppgave som alle kommuner er pliktig til å ivareta. Det er lovpålagt å ha en eller flere kommuneleger. Kommuneoverlegens lovpålagte oppgaver er sektorovergripende. Blant kommuneoverlegenes viktigste oppgaver er medisinskfaglig rådgivning, smittevern, miljørettet helsevern og beredskap.

Lindesnes kommune har 1 årsverk kommuneoverlege. Anbefaling fra 1999 fra Helse- og omsorgsdepartementet sier at kommuner med over 10 000 innbyggere bør ha kommuneoverlege i full stilling.

4.2.6 Andre kommunale legetjenester

Våren 2021 økte Lindesnes kommune antall årsverk sykehjemsleger fra 2 til 2,4. Kommunen lå frem til da lavt på antall legetimer per uke per beboer (0,37 timer), både i forhold til landet utenom Oslo (0,57 timer) og kostragruppe 9 (0,60 timer). Etter økningen er det i Lindesnes kommune en dekningsgrad på 0,56 timer. Tilsvarende tall for kostragruppe 9 og landet utenom Oslo er 0,62 timer. I denne planperioden er det ikke planlagt å øke legedekningen på sykehjem, men på lengre sikt vil det med bakgrunn i økning av antall eldre være behov for å øke antall årsverk med sykehjemsleger.

Kommunen har totalt 0,75 årsverk skole- og helsestasjonslege, fordelt på Vigeland, Mandal og Marnardal helsestasjoner. Ifølge SSB er det i gjennomsnitt 0,4 årsverk skole- og helsestasjonslege per 10 000 innbyggere på landsbasis. Dersom Lindesnes kommune skulle hatt tilsvarende antall årsverk som landsgjennomsnittet, tilsvarer det 0,93 årsverk. I denne planperioden er det ikke planlagt en økning i årsverkene med bakgrunn i prognoser fra SSB, som tilsier en nedgang i antall barn og unge.
Fengselshelsetjenesten har 0,4 årsverk med fengselslege. Erfaringene så langt viser at behovet er dekket med nåværende nivå.

4.2.7 Utdanning

Lindesnes kommune ser på utdanning av nye fastleger som en prioritert oppgave. Oppgaven er viktig ut fra et samfunnsperspektiv, men også for å rekruttere nye fastleger lokalt.

Lindesnes kommune har pr. i dag to LIS1 – plasser (tidligere turnustjeneste). Når LIS1 er gjennomført, kan legene søke på ledige fastlegehjemler. Tildeling av fastlegehjemmel forutsetter at legen fortsetter i et spesialiseringsløp i allmennmedisin – LIS3/ALIS. Flere av de nytilsatte fastlegene er rekruttert via LIS1 tjeneste i kommunen.

Lindesnes kommune er registrert som utdanningsvirksomhet i allmennmedisin og samfunnsmedisin. Det betyr at fastleger kan gjennomføre ALIS-løpet her. Kommunen har ansvar for å lage utdanningsplan for den enkelte spesialitet og individuell plan for den enkelte lege for hele spesialistutdanningen. Kommunen som utdanningsvirksomhet har ansvaret for at legen får løpende vurdering og dokumentasjon på oppnådde læringsmål (supervisjon). Forskrift om spesialisering i allmennmedisin stiller tydelige krav til systematisk veiledning og supervisjon, og krav til veilederkompetanse.

Det planlegges at Lindesnes kommune skal delta med praksisplasser i en ordning som er del av desentralisert legeutdannelse, Campus Sør.

ALIS-kontor Sør har ansvar for faglig oppdatering og utvikling av ALIS-legene. ALIS-kontor Sør er lokalisert i Kristiansand.

Kristiansand kommune inviterer jevnlig fastleger i Lindesnes kommune til emnekurs for faglig oppdatering.

4.3 Utfordringsbildet i Lindesnes kommune

I 2022, når plan for legetjenesten ble utarbeidet, var situasjonen i Lindesnes kommune utfordrende med tanke på fastlegesituasjonen. Det var flere ledige fastlegehjemler og høy vikarbruk. Fastlegene rapporterte om høy arbeidsbelastning og at de ikke hadde tid nok til å ivareta flere av arbeidsoppgavene som var knyttet til samhandling med øvrige helse- og omsorgstjenester i kommunen og øvrige samarbeidspartnere. Dette gjaldt blant annet oppfølging av skrøpelige eldre, hjemmebesøk, oppfølging av pasienter med rusproblemer, legemiddelgjennomganger og deltakelse på samarbeidsmøter.

Som følge av plan for legetjenester 2022 – 2024 ble det iverksatt en rekke tiltak, som ble videreført i revisjon av plan for legetjenesten i 2024:

- Økonomiske tiltak knyttet til selvstendig næringsdrivende fastleger:
    - Styrke basisfinansieringen av fastlegeordningen med kommunalt basistilskudd. Dette reduseres tilsvarende som statlig basistilskudd økes.
    - Etableringsstøtte til næringsdrivende fastleger
    - Kompensasjon av tapt arbeidsinntekt i forbindelse med egen sykdom / barns sykdom
- Nye / endrede tiltak:
    - Fastleger som ikke ønsker næringsdrift tilbys kommunal stilling med incentivordning
    - Leieavtaler med næringsdrivende leger i kommunale legesentre reforhandles
    - Utrede legestruktur i Mandal sentrum

    - Opptrappingsplan for lengde på pasientliste. Ønsket gjennomsnittlig listelengde på 1000 pasienter for spesialister i allmennmedisin og 800 for leger i ALIS (spesialisering i allmennmedisin) i 100% stilling
    - Opprette ny Lege i spesialisering (LIS1) plass
- Generelle tiltak:
    - Økning av antall fastlegehjemler. Det opprettes ny fastlegehjemmel når ledig liste-kapasitet nærmer seg 3% av innbyggertallet
    - Mulighet for å ha ulike driftsmodeller av fastlegesentrene ble videreført
    - Søke aktuelle tilskuddsordninger

Status i 2026 er at det er ansatte leger i alle fastlegehjemler i Lindesnes kommune.

5.0 Tiltak

For å møte utfordringene med å rekruttere og beholde fastleger, ble det iverksatt flere tiltak i Plan for legetjenesten i perioden 2022 – 2024, beskrevet i punkt 4.3. Tiltakene har ført til betydelig bedring i fastlegesituasjonen i kommunen. For å beholde fastlegene og fortsatt rekruttere foreslås det å videreføre noen av tiltakene.

Kommunen ønsker å følge nasjonale føringer som anbefaler næringsdrivende fastleger. Det prioriteres derfor tiltak som stimulerer til næringsdrift.

5.1 Kompensasjon av tapt arbeidsinntekt for næringsdrivende leger ved fravær i forbindelse med egen sykdom/barns sykdom

Fastleger kan delta i sykehjelps- og pensjonsordningens (SOP) hvor formålet er å bidra til økonomisk sikring av medlemmene og deres familie ved arbeidsuførhet, alderdom og død, samt ved fravær fra egen praksis i forbindelse med sykdom, fødsel og adopsjon. SOP trer ikke i kraft før legen har vært borte fra arbeidet i minimum 16 dager. Det ble i 2022 innført kompensasjon for inntektstap inntil 10 dager per kalenderår ved egen sykdom/barns sykdom.

Kompensasjon av tapt arbeidsinntekt for næringsdrivende leger ved fravær i forbindelse med egen sykdom / barns sykdom videreføres.

5.2 Etableringsstøtte

Etableringsstøtte til næringsdrivende fastleger i etableringsfasen gis i form av:

- Engangs etableringstilskudd på inntil kr. 300 000,-

5.3 Leieavtaler med næringsdrivende leger i kommunale legesentre reforhandles

I forbindelse med at kommunen overtok driften av Vigeland, Halse og Øvrebyen legesenter ble det innført en ordning hvor de næringsdrivende fastlegene betalte listevederlag til kommunen for utgifter til hjelpepersonell på legesenteret, leie av lokaler, utstyr og forbruksvarer.

Ordningen reguleres i ASA 4310 Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene pkt. 8.2. som beskriver at leger som mottar ytelser fra kommunen i form av hjelpepersonell, lokaler, utstyr eller forbruksvarer skal refundere kommunens utlegg i sin helhet.

Leieavtaler med næringsdrivende leger i kommunale legesentre reforhandles med følgende mål:

- Næringsdrivende leger på kommunalt drevne legesentre som mottar ytelser fra kommunen i form av hjelpepersonell, lokaler, utstyr eller forbruksvarer refunderer kommunens utlegg i sin helhet
- Administrasjon av ordningen forenkles
- Reforhandling av leieavtalene må også sees i sammenheng med endring i basistilskudd

5.4 Utrede legestruktur i Mandal sentrum

Lindesnes kommune har i dag 3 legesentre som er kommunalt drevet. Det skal utredes sammenslåing og samlokalisering av legesentrene i Mandal sentrum. Det vurderes som hensiktsmessig å videreføre legesentre i ulike deler av kommunen, som i Marnardal, på Vigeland og i Mandal. Utredningen skal inkludere mulig privat drift av legesentrene og hensiktsmessig størrelse på legesentrene.

Tiltaket må også sees i sammenheng med tiltak 5.6 og 5.7 da det pr. i dag ikke er fysisk plass til flere leger / LIS1 leger (tidligere kalt turnuslege) i Mandal sentrum.

5.5 Opptrappingsplan for lengde på pasientlister

Nasjonal anbefaling for listelengde er gjennomsnittlig 1000 pasienter for spesialister i allmennmedisin og 800 pasienter for leger under spesialisering (ALIS) i 100% stilling. Gjennomsnittlig listelengde for alle fastlegene i Lindesnes kommune er 924 pasienter, korrigert for kommunale bistillinger.

Det er en målsetting å øke listelengden, opptil nivå med nasjonale anbefalinger. En opptrapping til anbefalt listelengde vil gi økt kapasitet. Fra 2024 til 2026 er listekapasiteten økt med netto 287 plasser. I dag har Lindesnes 16 fastleger inkludert vikarer, som er i ALIS-løp og skal i løpet av de kommende årene gjennomsnittlig øke fra 800 til 1000 pasienter.
Opptrappingsplan må inkludere rutiner knyttet til drift av fastlegekontorene som leverer tjenester fastlegene er avhengige av, for å levere effektiv drift.

På lengre sikt er det en målsetting å legge til rette for oppgavedeling som åpner for at listelengden kan økes utover det som er beskrevet over, uten at det går utover fastlegenes arbeidsmengde. Det vil sannsynligvis ikke være nok leger i fremtiden til å dekke behovet for fastleger uten å øke listelengden. Endring i oppgavedeling må sees i sammenheng med nasjonale tiltak da det henger sammen med lovverk og takstsystem.

5.6 Opprette ny LIS1 plass (tidligere kalt turnuslege)

Å tilby LIS1 plasser vurderes som viktig både med tanke på rekruttering lokalt og å ivareta samfunnsansvaret med å sikre nok utdannede leger. I dag har Lindesnes kommune 2 LIS1 leger, en på Vigeland og en i Marnardal. Det er ønskelig å øke slik at Lindesnes tilbyr 3 LIS1 leger. Dette må

sees i sammenheng med foreslått tiltak 5.4 da det i dag ikke er fysisk plass til flere leger ved dagens legesentre i Mandal.

5.7 Økning av antall fastlegehjemler

Målet er at det opprettes ny fastlegehjemmel når ledig listekapasitet nærmer seg 3% av innbyggertallet. Ved utarbeidelse av plan for legetjenesten i 2022 var det et mål å redusere listelengden, da flere av fastlegene hadde uhensiktsmessig stor arbeidsbelastning. Reduksjonen av lengden på pasientlistene, samt økt antall innbyggere i kommunen, har gitt behov for å økt antall listeplasser. Det ble opprettet ny fastlegehjemmel i Lindesnes kommune i august 2024. Som beskrevet i punkt 4.2.2 har Lindesnes kommune en underkapasitet på 417 plasser i forhold til antall innbyggere. Pr. 22.09.2026 var det 131 ledige listeplasser i Lindesnes kommune. Dette er bedring sammenlignet med forrige revisjon av plan for legetjenesten, da det tilnærmet ikke var noen valgfrihet av fastlege. Antall fastlegehjemler må økes i tråd med at innbyggertallet øker. Dette må sees i sammenheng med pkt. 5.5 opptrappingsplan for lengde på pasientlister. Det prioriteres å benytte fastlegeressursene vi har før det opprettes nye hjemler.

5.8 Eksterne tilskuddsordninger

Kommunestyret har vedtatt at Lindesnes kommune skal søke eksterne midler der det er mulig, for å videreutvikle og styrke kommunen. Aktuelle tilskudd knyttet til fastlegeordningen er Helsedirektoratets tilskuddsordning Nasjonal ALIS og veiledning. Fastleger i ALIS får dekket utgifter tilsvarende det kommunen får utbetalt fra Helsedirektoratet i støtte. 5% av tilskuddsbeløpet kan kommunen benytte til å administrere ALIS ordningen.

5.9 Kvalitet og utvikling

For å ivareta økt kvalitet og faglig utvikling prioriteres følgende tiltak i planperioden:

- Individuelle, og senterbaserte oppfølgingssamtaler med både næringsdrivende og ansatte fastleger for å følge opp fastlegeavtalen, med særlig fokus på tilgjengelighet, effektiv drift, faglig utvikling (LIS 1, ALIS og vedlikehold av allmennlegespesialiteten), og kollegaveiledning.
- Det tas initiativ til å lage struktur på tvers av legesentrene for gjensidig praktisk og faglig informasjonsdeling mellom fastlegene for å bidra til god leveranse av fastlegetjenester.
- Kommunal drift av flere legesenter legger til rette for utprøving av tiltak knyttet til kvalitets- og utviklingsarbeid.
- Bedre utnyttelse av etablerte og nye digitale muligheter.
- Legge til rette for deltagelse i regional faglig utvikling og opplæring.
- Digital samhandling og bruk av nasjonale digitale fellesløsninger.

Vedlegg 1: Lover, forskrifter, avtaler og nasjonale føringer

Helse - og omsorgstjenesteloven fastsetter kommunens overordnede ansvar for denne typen tjenester til alle som oppholder seg i kommunen, herunder fastlegeordning og legevakt.

Helse - og omsorgstjenesteloven pålegger kommunene å ansette en eller flere kommuneleger som bl.a. skal være medisinskfaglige rådgivere for kommunen.

Loven pålegger også kommunene å planlegge, gjennomføre og evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med lovkrav.

Pasientenes og brukernes rettigheter til helse - og omsorgstjenester er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven. Formålet er å sikre lik tilgang til helsetjenester uavhengig av alder, kjønn, bosted og status.

Akuttmedisinforskriften regulerer kommunenes plikt til å sikre at befolkningen ved behov for øyeblikkelig hjelp mottar forsvarlige og koordinerte akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Dette skjer hovedsakelig gjennom den kommunale legevaktordningen.

Fastlegeordningen er også regulert gjennom forskrift om fastlegeordning i kommunene og forskrift om pasient - og brukerrettigheter i fastlegeordningen.

Fastlegeordningen er i tillegg basert på et avtalesamarbeid mellom kommunene og legeforeningen. ASA 4301 Statsavtalen, ASA 4310 Rammeavtalen og SFS 2305 Særavtale mellom Kommunenes sentralforbund (KS) og Den norske lægeforening (DNLF) regulerer forholdene mellom kommunen og legene i fastlegeordningen.

Det inngås også individuelle avtaler mellom kommunen og den enkelte fastlege som konkretiserer og utfyller rammeavtalen.

Folkehelseloven gir kommune plikt til å fremme befolkningens helse, trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold. Videre plikter kommunen å bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, utjevning av sosiale helseforskjeller og til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen.

Folkehelseloven pålegger også kommunene å ha nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse for å ivareta oppgaver iht. loven. Dette gjelder blant annet rådgivning i kommunens folkehelsearbeid og utøvelsen av hastekompetanse innen miljørettet helsevern, smittevern og beredskap.

Smittevernlovens formål er å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved å forebygge dem og motvirke at de overføres i befolkningen, samt motvirke at slike sykdommer føres inn i Norge eller føres ut av Norge til andre land. Loven utdyper også oppgaver som er tillagt kommunelegene.

Enhver helseinstitusjon, herunder sykehjem, er ifølge forskrift om smittevern i helsetjenesten pålagt å ha et infeksjonskontrollprogram som er tilpasset institusjonen. Dette skal utgjøre en del av institusjonens internkontrollsystem.

Helsepersonelloven stiller krav om forsvarlig yrkesutøvelse for helsepersonell.

Kvalitetsforskriften skal sikre kvalitet på helse-/legetjenester gjennom individuelle, fleksible og helhetlige løsninger.

I forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten stilles bl.a. krav om at leger som ansettes i eller inngår avtale med kommunen fra 1. mars 2017 må være spesialister i allmennmedisin eller under spesialisering.

Forskrift om internkontroll pålegger kommunen å ha systematiske tiltak i form av innarbeidede rutiner som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i sosial - og helselovgivningen. Det skal klart framgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt. Forskriften pålegger kommunen å utføre risiko - og behovsvurderinger, for eksempel for legetjenester i sykehjem. Kommunen må bl.a. ha et system for håndtering av avvik for læring og forbedring.

I tråd med forskrift om habilitering og rehabilitering skal tjenester som inngår i kommunens helsetjeneste integreres i et samlet tverrfaglig rehabiliterings-/habiliteringstilbud. Tilbudet skal gis uavhengig av boform.

Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons – og skolehelsetjenesten regulerer også legetjenesten ved helsestasjons- og skolehelsetjenesten

ASA-4310 Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening

I tillegg til de nevnte lover og forskrifter er det de siste årene blitt publisert flere rapporter som viser ulike sider ved dagens fastlegeordning:

- Rapport: Kommunal legetjeneste – kan den ledes?
- Rapport: Fastlegers tidsbruk
- Rapport: Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen
- NOU 2015: 17 Først og fremst
- Handlingsplan for allmennleger
- Ekspertutvalgets rapport om allmennlegetjenesten
- Evaluering av tiltak i allmennlegetjenesten Oslo economics
- KS rapport 2022 Finansiering av fastlegeordningen

Vedlegg 2: Ordforklaring

ALIS avtale er en avtale alle leger som spesialiserer seg i allmennmedisin kan inngå med kommunen om særskilte tiltak som bidrar til forutsigbarhet og trygghet i tiden spesialistutdanningen pågår. Avtalen inneholder tiltak og oppfølging i spesialiseringsløpet som kommer i tillegg til det legen har krav på som følge av Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften).

Basistilskudd er et tilskudd fastlegen får for å drive praksis. Størrelsen på tilskuddet er avhengig av listestørrelsen. Deler av basistilskuddet er fastsatt i nasjonalbudsjettet. Deler av basistilskuddet har de siste årene vært kommunalt.

Deleliste:
Dersom legen planlegger å avvikle praksisen sin, kan vedkommende dele fastlegelisten med en annen fastlege ved samme legekontor for en periode.

Egenandel er den økonomiske andel en person dekker selv i forbindelse med en tjeneste som for øvrig er dekket på annen måte.

Fastlege er en lege som inngår avtale med en kommune om deltakelse i fastlegeordningen, uavhengig av om legen er ansatt i kommunen eller er selvstendig næringsdrivende.

Fastlegeavtale er en individuell avtale som inngås mellom kommune og den enkelte fastlege.

Helsehjelp er handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell.

LIS er forkortelse for lege i spesialisering. I den nye spesialiseringsordningen som gjelder for alle leger er det tre deler; del 1 (LIS1) er det som tidligere ble kalt turnuslege (1 år på sykehus og ½ år i kommunehelsetjenesten), del 2 gjelder bare for sykehusspesialiteter, del 3 (LIS 3) i allmennmedisin varer i minst 5 år etter ferdig LIS1. Det er krav om LIS1 for å jobbe i kommunehelsetjenesten og som fastlege.

Listeinnbygger/listepasient er en person som er tilknyttet en fastlegeliste.

Liste uten fast lege er en liste uten fast lege som betjenes av vikar eller andre leger ved legekontoret. I tilfeller der fastlegen har sluttet og det ikke er rekruttert ny fastlege, må en i en periode ha liste uten fast lege.

Listelengde angir hvor mange pasienter fastlegen har ansvar for.

Listetak angir maks grensen for hvor mange pasienter fastlegen har på pasientlisten sin.

Offentlig refusjoner (Helfo refusjoner) er en refusjonsordning for de som utfører behandling med refusjon fra Helfo, og kan kreve refusjon på bakgrunn av aktuelle takster og regelverk.

Primærhelsetjeneste er helsetjeneste som ytes i kommunen.

Primærlege og allmennlege er begreper som brukes om hverandre og betyr leger som jobber i primærhelsetjenesten (dvs. i kommunehelsetjenesten), og som skal ha en bred og generell kunnskap om vanlige sykdommer og alminnelige helseutfordringer.

Spesialisthelsetjeneste er helsetjeneste som ytes i sykehus/poliklinikk/avtalespesialister.

Spesialisthelsetjenesten har ansvar for å gi helsehjelp som krever spesialisthelsetjenestekompetanse, mens kommunen skal sørge for all annen helsehjelp.

Spesialist i allmennmedisin er en allmennlege som har gjennomført et definert spesialiseringsløp i allmennmedisin og blitt godkjent av helsedirektoratet etter definerte kriterier.

8.2 avtale (ref ASA 4310):
Avtale om at kommunen stiller med kontor, utstyr, hjelpepersonell mv. Dersom legen mottar ytelser fra kommunen skal legen refundere kommunens utlegg i sin helhet, med mindre kommunen av rekrutteringshensyn o.a. for et avtalt tidsrom aksepterer redusert innbetaling. I vår kommune er Vigeland legesenter kommunalt drevet. Næringsdrivende leger betaler en fastsatt sum i "leie". Dette beløpet utgjør mer enn basisgodtgjørelsen, men mindre enn de faktiske utgifter til drift.

Vedlegg 3: Fakta tabell om fastlegeordningen i Lindesnes kommune

	2022	2024	2026
Legesentre	5	5	5
• Privat drevne legesentre	2	2	2
• Kommunalt drevne legesentre	3	3	3
Fastlegehjemler/fastleger	24	27	27
• Fastleger som er selvstendig næringsdrivende	14	18	21
• Fastleger som er kommunalt ansatt	6	8	6
• Fastlegehjemler som mangler fast fastlege	4	1 (tilsettingsprosess pågår)	0
• Årsverk fastleger fratrukket kommunal stilling	22,65	22,65	22,65
• Snittalder	44,6 år	40,8 år	40,8 år
• Andel kvinner/menn	11/9	13/13	13/14
Totalt listeplasser	22790	23018	23305
• Innbyggere	23147	23 749	23722
• Underdekning ift. innbyggere	357	741	417
Kommunale legestillinger (årsverk)	4,85	4,85	4,85
• Kommuneoverleger	1,3	1	1
• Sykehjemsleger (inklusiv korttidsavdelinger)	2,4	2,4	2,4
• Skoleleger og helsestasjonsleger	0,75	0,75	0,75
• Fengselslege	0,4	0,4	0,4

LINDESNES KOMMUNE

Post: Nordre Heddeland 26, 4534 Marnardal
E-post: post@lindesnes.kommune.no
Telefon: 38 25 70 00

Høyreklikk på denne figuren
og velg “Sett inn bilde”
for å sette inn eller
endre bilde og grafikk