
Plan for legetenesta i Sogndal kommune



26.mars 2019

Rapport frå arbeidsgruppe:

Kommuneoverlege Leiv Erik Husabø (leiar)

Kommuneoverlege Henrik Høberg

Kommuneoverlege Jan Ove Tryti

Fastlege Sharline Riiser (tillitsvald)

Plan for legetenesta i Sogndal kommune

1. BAKGRUNN	3
2. STATUS I DAG FOR LEGETENESTA I DEI TRE KOMMUNANE	4
2.1 UTFORDRINGAR I DAG.....	7
2.2 MÅLSETJING FOR TENESTA	7
2.3 VISJON.....	7
2. ORGANISERING I EIN NY KOMMUNE	7
2.1 LOKALISERING.....	7
2.2 ADMINSTRASJON OG LEIING.....	7
2.3 KAPASITET.....	9
2.4 AKUTT HJELP PÅ DAGTID.....	9
2.5 OVERFØRING AV FASTLEGEAVTALANE.....	10
2.6 REKRUTTERING.....	11
2.7 OFFENTLEGE ALLMENNEMEDISINSKE LEGEOPPGÅVER.....	12
2.7.1 Sjukeheim, pleie og omsorg, KAD-senger.....	12
2.7.2 Helsestasjon og skulehelseteneste.....	13
2.7.3 Andre kommunelegeoppgåver.....	14
2.8 LEGEVAKT	14
2.9 SAMFUNNSMEDISIN.....	16
2.9.1 Smittevern.....	16
2.9.2 Miljøretta helsevern.....	17
2.9.3 Helsemessig beredskap.....	17
2.9.4 Medisinsk fagleg rådgjeving	17
2.9.5 Oversikt over helsetilstand og folkehelsearbeide.....	18
2.9.6 Stillinga som kommuneoverlege.....	18
2.10 FORVENTA FRAMTIDIGE KRAV TIL LEGETENESTA	19
3. GEVINSTREALISERING	20
4. KONKLUSJON OG TILRÅDING	20
4.1. OVERSIKT OVER STILLINGAR NO OG TILRÅDING VIDARE:	21

1. Bakgrunn

Arbeidsgruppa i helse og omsorg gjorde 4/12-2018 vedtak om å sette ned ei arbeidsgruppe for å lage ein samla plan for legetenesta i nye Sogndal kommune. Mandatet er å utgreie dei spørsmåla som står i tiltaksplanen under legetenester (drift av legekantora, legeavtalane, kommuneoverlegeoppgåver, legevakt, rekruttering og gevinstrealisering). Frist for arbeidet er 31/3-2019. Gruppa har vore dei tre kommuneoverlegane Henrik Høberg, Leiv Erik Husabø og Jan Ove Tryti og tillitsvald for legane har vore Sharline Riiser. Den nye kommunalsjefen for Helse og omsorg Åslaug Brænde har delteke i eit møte. Det vart informert om arbeidet og drøfta innspel på legemøte i Sogndal/Leikanger 20/3-2019.

Fastlegeordninga er mellom dei offentlege tenestene som kjem best ut i brukarundersøkingar. Men det er no nasjonal merksemd på fastlegeordninga på grunn av problema knytta til manglande kapasitet og sviktande rekruttering, og dette gjeld no både små og store kommunar (Helsedep. Dagens Medisin 24/1-2019). Arbeidsmengda har auka vesentleg på grunn av demografiske og medisinske endringar og politiske reformar (Menon, 2019). Gjennomsnittleg arbeidstid for ein fastlege er no i følge SSB på 55,6 timar pr veke. Regjeringa har gitt oppdrag til Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet om å evaluere alle sider av fastlegeordninga innan medio 2019 (Regjeringen, 2018). Både organisering, finansiering og andre verkemiddel er oppe til ei brei drøfting, og det er venta at regjeringa kjem med ein handlingsplan for fastlegeordninga våren 2020.

Generelt er fastlegeordninga styrt på nasjonalt nivå med lover (spes. Helse- og omsorgstenestelova) og forskrifter (spes. Fastlegeforskrifta), og i tillegg eigne avtalar mellom Den norske legeförening, staten og KS. Det kommunale handlingsrommet for styring og lokal tilpassing vert oppfatta som avgrensa. Det er særleg gjennom fastlegeavtalen med den enkelte legen at kommunen kan utøva styring av tenesta. Dei avtalefesta møtepunkta mellom fastlegane og kommunen er lokalt samarbeidsutval (LSU), som skal ha minst to møte i året. Kommuneoverlegen skal førebu saker til dette utvalet. Dei fleste mindre kommunar har tilpassa økonomiske ordningar der kommunen i større eller mindre grad står for drifta av legekantora. I rapport frå KS er det vist at 70 % av kommunane subsidierer fastlegeordninga. Subsidiering skjer oftare i dei mindre sentrale kommunane og dei mindre folkerike kommunane. Av dei kommunane som ikkje har slik subsidiering vil over halvparten truleg starte med dette hvis ordninga held fram som i dag (KS, 2018b).

Evaluering av fastlegeordninga og evalueringa av samhandlingsreforma har peikt på at fastlegane er for lite integrerte i dei samla helse- og omsorgstenestene (Forskningsrådet, 2016). Ein rapport frå KS i 2016 viser at kommunane i liten grad styrer fastlegane (Kaupang/KS, 2016). På Helsedirektoratet sin fastlegekonferanse 5. desember 2018 var eit av fleire hovudtema korleis få til betre kommunal leiing av fastlegane. Legeföreningen har i 2017 gitt ut eit dokument om leiing av kommunale helsetenester der dei tilrår at legane blir meir aktive inn mot kommunen og at dei går inn i stillingar i linja med leiaransvar. Dette for å styrka den medisinske kompetansen i kommunen, og for å få eit betre samarbeide på tvers mellom dei ulike helsetenestene i kommunen (Legeföreningen, 2017).

I rammeavtalen mellom KS og legeföreningen (ASA 4310) står det i punkt 6.2. at kommunen skal utarbeide ein plan for legetenesta. Planen skal rullerast og leggest fram for legane til vurdering og uttale.

Denne planen er laga for få ein god overgang til ny kommune med dei nødvendige ressursane i tenesta. Truleg vil det vera nyttig på eit noko seinare tidspunkt, til dømes om to år, å sjå lengre framover og lage ein plan for legetenesta dei neste 4-5 åra.

2. Status i dag for legetenesta i dei tre kommunane

Balestrand legekontor er eit kommunalt drive kontor med om lag 2 årsverk for legar der ein lege har fastlegeavtale/privat praksis og ein er fastløna lege. Det er om lag 2,4 årsverk tilsette på ekspedisjon og laboratorium. Legekantoret er samlokalisert med helsestasjon/jordmortjeneste og fysioterapi i eit helsesenter av nyare standard. Kontoret er utdanningspraksis for siste-års-medisinerstudentar frå UIB 24 veker i året med den fastløna legen som lektor. Av dei to lege-årsverka er 0,2 stilling ekstern tilsynslege på helsetunet (omsorgssenteret) i kontrakt eit år om gangen frå 1. januar.

Leikanger legekantor er eit kommunalt kontor der 3 legar har fastlegeavtale og driv privat praksis og betaler leige til kommunen. I tillegg er det ein stilling som LIS1 lege (tidl. turnuslege). Det er 2 årsverk på ekspedisjon og laboratorium med sjukepleiar og helsesekretær. I 2018 hadde kontoret omlag 7000 legekonsultasjonar og tillegg 2500 besøk på laboratoriet utanom legetime. Kontoret vart opna i 2013 og ligg i same bygg som resten av helse- og omsorgstenestene i Leikanger kommune.

Sogndal legesenter har 11 fastlegar og ein LIS1 og har 6,85 årsverk hjelpepersonell fordelt på 3 helsesekretærer (90%75%+30%) +, 4 sjukepleiar (90%+90%+90%+80%)og 2 bioingeniørar (80%+60%). Alle fastlegane driv privat praksis med eigen avtale om drift av kontoret i samarbeide med kommunen. Lokala er i nye Sogndal Helse og omsorgssenter som vart opna i januar 2019. Kontoret har kapasitet til 3 fleire legar enn i dag.

Oversikt over fastlegane i dei 3 kommunane:

	Namn	Alder	Listetak	Ledige plassar 18/3-2019	Privat praksis?	Spesialist i allmenn-medisin?
Balestrand	Gunnar Engan	66	1000	113	Ja	Ja
1278 innb	Henrik Høberg	46	800	410	Nei, fastløn	Ja
			Sum B 1800	Sum B 523		
Leikanger	Karoline Eldhuset	31	700	0	Ja	Nei
2328 innb	Leiv Erik Husabø	57	1000	0	Ja	Ja
	Jenny K. Menes	39	650	81	Ja	Nei
			Sum L 2350	Sum L 81		
Sogndal	Andreas Englin	46	600	0	Ja	Nei
8138 innb	Andreas Franck	39	950	0	Ja	Ja
	Theresa Franck	38	850	0	Ja	Ja
	Kari H. Loftesnes	35	800	0	Ja	Nei
	Marit Isaksen	38	800	0	Ja	Ja
	Kristine Kalland	33	800	222	Ja	Nei
	Sharline Riiser	32	700	0	Ja	Nei
	Åsmund Rygg	37	1000	0	Ja	Nei
	Annelise Skeie	43	800	0	Ja	Ja
	Brede Skorve	45	820	0	Ja	Ja
	Jan Ove Tryti	41	800	0	Ja	Ja
Sum alle 11744			Sum S 8920	Sum S 222		
			Sum alle 13070	Sum alle 826		

Oversikt over kommunale stillingar for fastlegane i dei 3 kommunane:

	Namn	Kommunal stilling:	Admin. % stilling	Sjukeh./ KAD	Helsest. Skule
Balestrand	Lisa Grinde	helsetunet (omsorgsenter)		20	
	Gunnar Engan	Nei			
	Henrik Høberg	100% komm. stilling, 10 % helsestasjon, 20 % helsesjef og kommune- overlege, lektor, personalansv. Helse-avd., budsjett etc., fastlege 70 %	20		10
Leikanger	Leiv Erik Husabø	50% helsesjef og kommune- overlege, LIS1- rettleing, budsjett og personalansvar	50		
	Jenny K. Menes	20% helsestasjon			20
	Karoline Eldhuset	30% sjukeheim,		30	
Sogndal	Andreas Englin	Nei			
	Andreas Franck	Nei			
	Theresa Franck	Nei			
	Kari H. Loftesnes	7,5 timar skulehelseteneste			20
	Marit Isaksen	3,5 timar KAD (visitt og kvalitetsarbeid)		9,33	
	Brede Skorve	10 timar sjukeheim, 2 timar KAD		26,67	
	Åsmund Rygg	6 timar helsestasjon			16
	Annelise Skeie	5 t rettleiing, internkontroll	18,67		
	Jan Ove Tryti	18,75 timar tenesteleiar og kommuneoverlege, 7,5 timar ass. kommuneoverlege	70		
	Sharline Riiser	10 timar sjukeheim		21,33	
	Kristine Kalland	2 timar KAD		5,33	
	LIS1	7,5 timar helsestasjon			20
		Sum alle 3 kommunar	158,67	112,66	86

2.1 utfordringar i dag

1) Det har vore ei langvarig utfordring å få søkarar til ledige stillingar og vikariat. Det viser seg at det ofte er nødvendig å ta personleg kontakt med aktuelle interesserte legar og tilby stilling der ein prøver å tilpasse seg til legen sine ynskje. I det siste har fleire søkarar hatt ynskje om fast løn. Og nokre søkarar har gått vidare til andre kommunar som tilbyr det og teke imot stilling der.

2) Dei fleste fastlegane opplever ein krevjande arbeidssituasjon der mange arbeider utanom normal arbeidstid for å ta unna oppgåver. Dette kjem i tillegg til legevaktene. Arbeidspresset gjer at det vanlegvis er lite interesse for andre oppgåver enn det som er nødvendig for å ivareta fastlegeansvaret. Særleg vil dette gjelde dei legane som har travel livsfase med omsorgsoppgåver. Dette forklarar truleg ein del av det generelle problemet med at fastlegane er for lite integrerte med dei andre helsetenestene.

3) Den lokale legevakta i Sogndal/Leikanger med lege åleine på vakt og heimevakt er ei ordning som vert oppfatta som utdatert og som mange kommunar har gått bort i frå. Det er for sårbart og det gir for dårleg kvalitet på tenesta. I tillegg vert det opplevd som utrygt for legane å vera på vakt åleine på kvelden og natta. Forsøket i 2016 med å få fleire kommunar med i vaktordninga stoppa opp under den politiske handsaminga i kommunane.

2.2 Målsetjing for tenesta

Sogndal kommune skal ha ei lett tilgjengeleg legeteneste med høg kvalitet som samarbeider godt med andre deler av helsetenesta. Distriktet skal utmerka seg som ein attraktiv stad å arbeide der ein maktar å rekruttera yngre legar. Dette fordi det vert tilrettelagt med gode arbeidsvilkår både innan allmennlegetenester og legevakt.

2.3 Visjon

God helse – gode liv

Legetenesta i Sogndal kommune skal fremje helse - førebygge, avdekke og behandle sjukdom – bidra til livsmeistring – bidra til sosial, utdanningsmessig og arbeidsmessig samfunnsdeltaking.

2. Organisering i ein ny kommune

2.1 Lokalisering

Det er politisk bestemt at legekontora er mellom dei stadbundne tenestene som skal vera lokaliserte slik det er i dag.

2.2 Adminstrasjon og leiing

Helseavdelinga med legetenesta skal leiast av ein tenesteleiar som har fag-, økonomi- og organisatorisk ansvar. I oppsettet er det tenkt at tenesteleiar og kan ha stillinga som kommuneoverlege.

I framlegget til administrativ organisering i den nye kommunen står det at:

“Tenesteleiar skal mellom anna;

- ha det overordna faglege, organisatoriske, administrative og økonomiske ansvaret i eininga.

I dette ligg at:

- eininga leverer ei kvalitetssikra teneste og innfrir resultatmål
- tenesta er organisert og administrert på ein slik måte at ein sikrar trivsel og eit godt arbeidsmiljø
- eininga driv mest mogleg oppgåve- og kostnadseffektivt.
- tenesteleiar har tilvisingsmynde.
- tenesteleiar har mynde til å tilsette arbeidstakarar i tenesteeininga
- tenesteleiar har mynde til å gje permisjonar og til å gjennomføre medarbeidersamtalar/ utviklingssamtalar om dette ikkje er delegert til avdelingsleiar.”

I linje under tenesteleiar er det tenkt avdelingsleiarar for kvar av dei tre legekontora og ein avdelingsleiar for psykisk helse/rus.

I framlegget til administrativ organisering står det vidare at:

“Avdelingsleiar;

- kan ha eit dagleg fagleg, administrativt og økonomisk delansvar knytt til det å kvalitetssikre tenesta og innfri krav sett i resultatmål.
- har eit del- og medansvar i den daglege drifta for å sikre at tenesta er organisert og administrert på ein måte som fremjar trivsel og eit godt arbeidsmiljø – og at den er mest mogleg oppgåve- og kostnadseffektiv.
- har attesteringsmynde, samt kunne gjennomføre utviklingssamtalar når dette er delegert. Delegering vil komme fram i ulike retningslinjer og reglement.”

VURDERING: Det vil vera viktig for legetenesta å ha ein lege i tenesteleiarstillinga som har det faglege hovudansvaret og som kan legge til rette for god kvalitet, sikre fagutvikling og ei god prioritering. I tillegg vil stillinga ha rolla som pådrivar for at legane skal vera godt integrerte med dei andre helsetenestene. Det er brei erfaring som tilseier at det å ha ein lege som leiar i linja er ein viktig stabiliserande faktor for legegruppa. Det virkar rekrutterande og det førebyggjer eventuelle interessekonflikter med kommunen.

Ut frå krava til forsvarleg drift må det vera avdelingsleiarar på kvar av dei tre legekontora som har det daglege medisinske faglege ansvaret. Arbeidsoppgåvene til avdelingsleiarane er tilrådd i den administrative organiseringa. Det vil vera naturleg å ha stor grad av delegering av det daglege ansvaret til avdelingsleiarane. Lokalt samarbeidsutval skal ha møte 2 ganger i året og kvar av dei tre legekontora må vera representerte der.

TILRÅDING: I tenesteleiarstillinga vert det tilsett lege som kombinerer stillinga med andre oppgåver i kommunen. Oppgåvene i stillinga vert definert utifrå framlegget til den administrative organiseringa. Kvar av dei tre legekontora har avdelingsleiarar, Sogndal i 20% stilling, Leikanger i 10% stilling og Balestrand i 10% stilling. I det lokale samarbeidsutvalet skal det vera med ein avdelingsleiar frå kvart legekontor.

FRAMLEGG TIL ARBEIDSOPPGÅVER FOR AVDELINGSLEIAR PÅ LEGEKONTOR:

- Leiar- og koordineringsansvar for faglege- og driftsmessige oppgåver på legekontoret
- Økonomiansvar: Utarbeide og følgje opp budsjett i lag med tenesteleiar, attestere reknningar
- Gjennomføre medarbeidersamtalar med dei kommunalt tilsette
- Ha oppfølging av sjukefråvær
- Delta på intervju og tilsetting av hjelpepersonell og legar
- Handtere avvik og pasientklager i samarbeide med tenesteleiar
- Delta i handsaming av tilsynssaker i samarbeide med tenesteleiar og kommuneoverlege
- Ha ansvar for lokalt kvalitetsforbetringsarbeide

- Ha ansvar for at nye legar og vikarar får opplæring i rutinar
- Vurdere innkjøp av utstyr og ved større innkjøp samarbeide med tenesteleiar
- Medlem i LSU i ny kommune

2.3 Kapasitet

Kommunen har ansvaret for at det er ledig listekapasitet hjå fastlegane. Det er ein målsetjing at kvar av dei tre legekontora også i ny kommune skal ha ledig listekapasitet. Korleis dette vert løyst er eit viktig tema å drøfte med legane, til dømes i dei halvårlege møta i samarbeidsutvalet.

Folketalsutviklinga i nye Sogndal kommune ved medium prognose (SSB 2018) stipulerer vekst på ca 800 innbyggjarar fram til 2025, og det meste av veksten kjem i noverande Sogndal kommune.

Folketalsauken åleine tilseier at det vil vera trong for ein ny fastlege i Sogndal dei neste fem åra. Ved endringar i listestorleik eller andre endringar i den nasjonale organiseringa av fastlegeordninga kan det bli trong for fleire nye legar. Det nye legesenteret i Sogndal har tre rom som i framtida kan brukast som legekontor. I Leikanger og Balestrand må ein rekne med at kapasiteten vil vera dekkja dei første fem åra dersom det ikkje kjem større nasjonale endringar. Dersom det vert overgang til tilstadesvakt på legevakt i Sogndal kan det utløyse rett til fri neste dag etter nattevakt, og det vil redusere tal legar på dagtid. Slike endringar og kan presse fram reduserte listelengder og trong for fleire legar.

TILRÅDING: Det er ei målsetjing at kvar av dei tre legekontora har ledig listekapasitet, og dette må regelmessig drøftast med fastlegane.

2.4 Akutt hjelp på dagtid

Krava som regulerer akutt hjelp på dagtid står i to forskrifter i tillegg til Helse- og omsorgstenestelova.

1) Akuttmedisinforskrifta § 6. Kommunens ansvar for kommunal legevaktordning: “Kommunen skal tilby legevaktordning som sikrer befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp, og må sørge for at minst en lege er tilgjengelig for legevakt hele døgnet.”

2) Fastlegeforskriften § 22. Øyeblikkelig hjelp til listeinnbyggere: “Fastlegen skal innrette sin praksis slik at listeinnbyggere som må ha øyeblikkelig hjelp, kan mottas og vurderes i åpningstiden.”

Alle kommunar må ha ledige timar hjå lege for personar som oppheld seg i kommunen og som treng akutt legehjelp. Dette gjeld også for dei som ikkje har fastlege i kommunen, og kommunen må ha avtale med fastlegane om å ta dette ansvaret. På kveld og natt er dette organisert som legevakt. Tidlegare har det enkelte legekantoret teke ansvaret på dagtid for dette i kvar sine kommunar.

For å sikre god tilgjenge til lege og for å gi god service må det vera ei målsetjing at kvart av dei tre legekantora også i den nye kommunen har ledig kapasitet for akutte timar kvar dag. Dei fleste akutte pasientane vil då kome til eit kjent legekantor i nærleiken og ofte til sin faste lege. Å rigge opp ein daglegevakt for heile kommunen vil gje dårleg service for dei med lang reiseveg, og det vil gi store nye kostnader. Kommunen kan sette eigne krav i fastlegeavtalane om ledige timar i timebøkene hjå fastlegane, men dette er ikkje vanleg og truleg heller ikkje nødvendig i vår kommune. Alle dei tre legekantora må vera tilgjengelege på helseradio på dagtid slik at den legen som er nærast hendingane rykker ut. Det må som tidlegare vera ei tydeleg målsetjing om å unngå å skyve pasientar på dagtid over til legevakta om ettermiddagen og kvelden.

TILRÅDING: Alle dei tre legekantora i Sogndal kommune skal vera tilgjengelege på helseradio og ha ledig kapasitet for akutte timar og for utrykking i nærområdet.

2.5 Overføring av fastlegeavtalane

Det er gjort nasjonale vurderingar av kva som skal skje med inngåtte legeavtalar ved kommunesammanslåingar.

Her er utdrag frå KS og departementet sine vurderingar:

”Hva skjer med fastlegeavtalane ved kommunesammanslåingar?

Rettslig utgangspunkt

KS Advokatene har i sin veileder «Kommunesammanslåing og forholdet til anskaffelsesregelverket» sett på spørsmål knyttet til videreføring av kontrakter kommuner har inngått når kommuner slås sammen. Veilederen punkt 7.2 behandlar forholdet til kontraktsretten. KS Advokatene konkluderer med at det må gjelde et kontinuitetsprinsipp på dette rettsområdet som innebærer at den nye kommunen må anses som en «fortsettelse» av den gamle, og at leverandøren i kontrakten derfor ikke kan motsette seg en videreføring av avtaleforholdet.

Kommunal- og moderniseringsdepartementet synes å være enige i dette og har i et brev til KS av 28. februar 2018 skrevet følgende om problemstillingen:

«Etter departementets vurdering må et generelt, ulovfestet kontinuitetsprinsipp legges til grunn ved kommunesammanslåingar, slik at det heller ikke er krav om samtykke fra medkontrahenten for å overføre kontrakter til den nye, sammenslåtte kommunen.»

Utgangspunktet må derfor være at det ikke gjelder et krav om samtykke fra medkontrahenten ved videreføring av avtale etter en kommunesammanslåing. For fastlegeavtalene innebærer dette at avtalene overføres til ny kommune med de rettigheter og plikter som følger av denne, herunder eventuelle økonomiske avtaler (såkalte 8.2avtaler).” (KS, 2018a)

“Utjamningstilskuddet

I kommuner med mindre enn 5000 innbyggere skal det i tillegg til basistilskuddet, gis et utjamningstilskudd til fastleger dersom gjennomsnittlig listelengde i kommunen er lavere enn 1200 personer. Hensikten er å kompensere for dårlig næringsgrunnlag for de selvstendig næringsdrivende legene i disse kommunene.

En kommunesammanslåing kan innebære at vilkårene for utjamningstilskudd ikke lenger er oppfylt eller at tilskuddet blir redusert, uten at næringsgrunnlaget for legene blir bedre. Bosetting og geografiske forhold endres ikke umiddelbart ved en kommunesammanslåing. Det bør ses på hva det innebærer for den enkelte lege at utjamningstilskuddet bortfaller. Ut fra dette bør det vurderes å iverksette eventuelle subsidieringstiltak. Eksempelvis kan et beløp tilsvarende utjamningstilskuddet fortsatt utbetales til legen, eventuelt i en overgangsperiode. Det bør vurderes om utbetalingen av tilskuddet skal være betinget av at forholdene ved legens praksis ikke endrer seg. Det vil si at tilskuddet bortfaller eller reduseres ved for eksempel flytting av praksis eller sammenslåing med annen gruppepraksis.

Eventuell videreføring av utjamningstilskuddet reguleres i egen økonomisk avtale med den enkelte lege.” (KS, 2018)

VURDERING: Det er ulike legeavtalar i dei tre kommunane. Dette skuldast at kommunane har tilpassa situasjonen til om det har vore rekrutteringsvanskar, i kva grad ein ynskjer å stabilisere faste legar, og i tillegg at det er svært ulike vilkår for drift av privat praksis på dei ulike stadene. Fleire av desse tilhøva endrar seg ikkje ved kommunesamanslåing. Slik fastlegerekutteringa generelt er no konkurrerer nabokommunane til ein viss grad mot kvarandre om nye legar. Så endringar i fastlegeavtalar og eventuell tilbod om overgang til fastløn må vurderast i samband med ein samla strategi for stabilisering og rekruttering av legar. Mest truleg kjem det nasjonale endringar i ordninga i 2020 som resultat av regjeringa si evalueringa av fastlegeordninga i 2019.

TILRÅDING: Kommunen tek initiativ til ein gjennomgang av fastlegeavtalane i september 2019 for å sikre overgangen til ny kommune. I kva grad avtalane skal samordnast eller harmoniserast må ein drøfte i eit lengre perspektiv, der kommunen eller legane kan vurdere å seie opp avtalane i 2019 for så å reforhandle avtalane i 2020.

2.6 Rekruttering

Distriktet har hatt vanskar med rekruttering av legar i mange år. Erfaringa er at turnuslegar, som no kallast LIS1-lege, har vore avgjerande for å få tilsettingar i ledige stillingar og i vikariat. Særleg har dette vore viktig når fastlegar har vore ute i permisjonar. LIS1-legane er etter plikktenesta på seks månader opplærte til å gå rett inn i slike vikariat, og det sparer resten av kontoret for mykje arbeide som ein elles ville hatt med nye legar. Nasjonalt senter for distriktsmedisin i Tromsø forskar på rekruttering av legar i distrikta og har gjeve mange råd til kommunane (NSDM, 2018).

Tiltak som kommunen kan vurdere for å auka rekrutteringa og stabilisere legegruppa:

- 1) Legge til rette for fastlønstillingar for dei som ynskjer det, og eventuelt delta i ALIS-VEST prosjektet. Forsøk med fastlønna legar i utdanningsstillingar har gjeve fleire kommunar betre rekruttering, m.a. i Lærdal og Årdal. Undersøkingar mellom unge legar viser at mange heller ynskjer fast løn enn å drive privat praksis. For kommunen vil fastlønna stillingar gir større handlingsrom for styring av arbeidsoppgåver og eventuelt for å dekke opp vakante stillingar. Det må vurderast å ta inn slike moment i arbeidsavtalane. Fastlønstillingar vil truleg gje auka kostnader for kommunen.
- 2) Halde den totale arbeidsbelastninga nede slik at stillinga kan kombinerast med familie og små barn.
- 3) Trygg og god organisering av legevakt der ein ikkje er aleine på kveld og natt, kfr legevaktsutgreiinga i 2016.
- 4) Halde fram med LIS1 lege på Sogndal og Leikanger legekontor.
- 5) Opprette kontakt med forskningsmiljø, for eksempel PraksisNett, som er ein ny nasjonal infrastruktur for forskning i primærhelsetenesta.
- 6) Støttande ordningar for drift av praksis dei første 1-2 åra for nye legar
- 7) Ha gode ordningar med rettleiing og supervisjon for dei som er i spesialisering.

VURDERING: Generelt er rekruttering av helsepersonell ei kjerneoppgåve for kommunen der resultatet har direkte innverknad på kvaliteten på tenestene. Det er ei særskild viktig oppgåve å rekruttere legar til kommunen og det må arbeidast strategisk på ulike nivå. Stabile og flinke legar er viktig også for resten av helsetenesta. I samarbeide med dei tilsette legane må det drøftast tiltak som kan stabilisera legane i stillingane. Stadig fleire unge legar ynskjer å starte i allmennpraksis med fast løn, og vår kommune må truleg tilpassa seg denne utviklinga. Men ein må rekne med at å tilby legar fast løn vil gi auka kostnader for kommunen, og det vil krevja meir leiarressursar i å planlegge og drifte ei slik ordning. Ordningar med støtte til drift av privat praksis kan vera eit alternativ som er billegare og enklare for kommunen. Nokre kommunar har til dømes ordningar med tilskot ved fråvær av praksis dei første 2 åra. Vaktordningar og

arbeidstilhøva på legevakt må ha særskild fokus då det erfaringsmessig er eit hinder for rekruttering. Ved nyttilsetjingar må ein rekne med at det er ulike tiltak som trengs for å rekruttere på dei ulike legekontora, og kommunen må vera fleksibel og tilpassa seg denne situasjonen. For at det enkelte legekantoret skal fungere godt må det vere ei stabil grunnbemanning som kan takle både fråvær og dei mest arbeidskrevjande periodane.

TILRÅDING: Ansvarlege for legetenesta må ha som viktig oppgåve å arbeide med rekruttering. Kommunen må vurdere å tilby fast løn eller praksistøtte til legar ved særlege rekrutteringsvanskar. Rekrutteringstiltak må vera med som fast tema på møta i det lokalt samarbeidsutvalet der legane og kommunen møter. Ein må rekne med at det vil vera skilnader mellom legekantora som gjer at tiltaka kommunen set i verk vil variere.

2.7 Offentlege allmenmedisinske legeoppgåver

Kommunen kan etter avtaleverket pålegge kvar fastlege inntil 7,5 timar per veke med kommunale legeoppgåver. Dimensjoneringa og fordelinga mellom legane av slike stillingar bør drøftast årleg i samarbeidsutvalet. Kartlegginga i 2016 av Agenda Kaupang viste at hjå dei kommunane som i høg grad set av tid til slike oppgåver til fastlegane har ein betre integrering av fastlegane i kommunen. Arbeidet gir legane ei betre forståing av det samla helsetilbodet i kommunen.

Arbeidsgruppa kjem med framlegg til kva for type stillingar og omfang som vi meiner er nødvendig for å ha gode tenester. Det er teke kontakt med arbeidsgruppa for institusjon for å drøfte trongen for legetenester innan pleie og omsorg. Det er vurdert om det ville vore fornuftig å slå saman små stillingar til større stillingar slik at kvar lege arbeider fleire stader. Då vil ein få meir spesialisering, men samtidig miste den daglege kontakten som til dømes legekantora og sjukeheimane har i dag.

2.7.1 Sjukeheim, pleie og omsorg, KAD-senger

Sjukeheimsbebuarar har som gruppe høg forekomst av kroniske lidningar og lågt funksjonsnivå. Dette kjem i tillegg til kognitiv svikt og mange medikament samtidig. I tillegg til oppfølging og behandling av ei rekkje alvorlege lidningar, skal sjukeheimslegen ivareta tidkrevjande kontakt med pårørande. God medisinsk behandling er avhengig av kontinuerlig observasjon og oppfølging over tid i tillegg til nært samarbeide med dei andre tilsette på sjukeheimen.

Det er vesentlig at kommunen vurderer om legedekninga på sjukeheimane står i forhold til dei oppgåvene legen har på den enkelte sjukeheimen. Dette for å sikre eit faglig forsvarleg tilbod til pasientene. Sjukeheimane er tildelt nye og større oppgåver som følge av samhandlingsreforma. Legeföreningen har tidlegare skissert følgjande normtal for legetjenesta ved sjukeheimar:

- 1 time pr veke per 3 langtids plassar
- 1 time pr veke per 2 plassar i avdeling for demente med adferdsproblem
- 1 time pr veke per 1 korttids plass (3-4 vekers opphold)
- 2 timar per veke per 1 plass for aktiv utredning/behandling og rehabilitering
- 2 timar per veke per 1 plass for terminalomsorg

Per i dag har helsetunet i Balestrand 7,5 legetimar per veke på 20 pasientar. Leikanger sjukeheim har 11,25 legetimar pr veke på 28 pasientar, og det tilsvarer normen. Sogndal har 20 timar på 57 pasientar og 7,5 timar på 2 KAD-senger.

Kommunen bør til eikvar tid prioritere bemanninga slik at normen vert oppfylt. Dette for å kunne tilby god helsehjelp av høg kvalitet over tid til ei sårbar pasientgruppe. Ved endringar i tilbodet på ein sjukeheim i framtida må ein ta høgde for at legebemanninga treng justering.

Styresmaktene og legeforeninga tek til orde for at ein i større grad bør ha sjukeheimslegar i større stillingsbrøk, som igjen vil kunne medføre spesialisering og auka kompetanse. På den andre sida vil større stillingsbrøk resultere i at sjukeheimane mister den daglege kontakten med legekontora som vi har i dag. Gruppa vil difor tilrå å behalde sjukeheimslegestillingene uendra.

I tillegg til individretta arbeide bør sjukeheimslegen involverast i institusjonsretta oppgåver. Sjukeheimslegen bør delta i utvikling av kvalitetssystema. Ein bør legge vekt på utvikling av skriftlege prosedyrar for behandling og oppfølging av ulike medisinske tilstandar. Det bør og lagast felles retningslinjer for korleis akutte situasjonar vert handert, rutinar for legemiddelgjennomgangar, journalrutinar samt rutinar for utskriving av pasientar på korttidsopphald. Sjukeheimslegen bør også delta i arbeidet på tildelingskontoret når dette er nødvendig.

Kommunen bør legge til rette for å danna et “nettverk” for sjukeheimslegene i kommunen, slik at ein kan bidra til kompetanseheving og utvikling av et fagmiljø som også kan arbeide på systemnivå. Ved kompliserte og større saker er samarbeide med kommuneoverlegen ei nødvendig og viktig støtte for sjukeheimslegen.

KAD - Kommunalt akutt døgntilbod

Føremålet med det kommunale akutt døgntilbodet er å gi god behandling og å unngå innleggingar i spesialisthelsetenesta når dette ikkje er nødvendig ut frå ei medisinsk vurdering. Etableringa av kommunalt akutt døgntilbod kan difor bidra til å koma tidlegare inn i sjukdomsforløpet slik at ein reduserer trongen for innleggingar i spesialisthelsetenesta. Dette gjeld og pasientgrupper med psykisk helse- og rusmiddelproblem i kommunen som får tilbod innan det akutte døgntilbodet.

I samsvar med intensjonane i samhandlingsreformen kan innhaldet i akutt døgntilbodet beskrivast som ei oppgaveoverføring til kommunane, der kommunane overtek oppgåver som dei kan utføre på ein forsvarleg måte. Tilboda vil normalt retta seg mot pasientar som har behov for akutt helsehjelp, men det er likevel ikkje hinder for at brukarar som har eit meir omsorgsretta behov også får eit tilbod. For å kunne gje forsvarlig helsehjelp til denne gruppa trengst det kompetente legar med brei kunnskap innan somatiske og psykiatriske tilstandar. Sogndal kommune har per i dag to KAD-senger lokalisert til Sogndal Helse- og omsorgssenter. KAD-legane har det overordna ansvaret for behandlinga og oppfølginga medan pasienten er inneliggande. Det er legetilsyn kvar dag på KAD-sengene, også i helgane. Det er viktig å dimensjonere ressurser til KAD-legene etter omfanget av KAD-sengene. Ein tilrå difor å behalde KAD-lege ressurser (timar) uendra.

TILRÅDING: Gruppa tilrå ingen større endringar av legestillingane innan pleie og omsorg i samband med kommunesamanslåinga. Dersom det vert endringar i tilboda på sjukeheimane, må legeressursane også vurderast. Utviklinga der stadig nye oppgåver vert overført frå sjukehusa til kommunane gjer at kommunane må ha stadig høgare kompetanse for å gi gode tenester. Ein må rekne med at det framover vert nødvendig med ein gradvis auke i legestillingane på fleire av sjukeheimane.

2.7.2 Helsestasjon og skulehelseteneste

Legeoppgåvene innan helsestasjon og skulehelseteneste endrar seg ikkje ved kommunesamanslåinga. Det er ikkje trong for å endra på stillingane som er sett av til dette

arbeidet. Tilråding frå gruppa er å halde desse stillingane uendra. Det er viktig at legane deltek i systemarbeidet på helsestasjonen, og at ikkje all tida går med til pasientkontakt.

TILRÅDING: Legestillingane innan helsestasjon og skulehelseteneste vert uendra.

2.7.3 Andre kommunelegeoppgåver

Mange større kommunar har eigne deltidstillingar for kommunelegar som arbeider med utsette grupper som rusmisbrukarar, pasientar med psykisk sjukdom, psykisk utviklingshemma og flyktningar. Dette er pasientgrupper som i mindre grad sjølv tek kontakt for å få helsetenester, og det er fare for underforbruk av tenester. Det er tilrådd mellom anna frå fylkesmannen at kommunane vurderer å ha med kommunelege i planlegginga og systemarbeidet omkring svake pasientgrupper. Dette gjeld spesielt der det kan bli snakk om bruk av tvang.

Rettleiing for legar i spesialisering er ei ny oppgåve som kommunen blir pålagt frå 2019 der erfarne legar skal ha tid til å drive med opplæring. Stillingane må utformast når det blir avklart av staten og KS korleis det skal gjennomførast.

Enkelte kommunar, som til dømes Luster, har deltidstillingar for legar med ansvar for fagutvikling i tenesta, og dei har god erfaring med det.

TILRÅDING: Arbeidsgruppa ser dette kan vera aktuelle legeoppgåver, men har ikkje konkrete framlegg no ved overgang til ny kommune. Ved evaluering av organiseringa av ny kommune og utvikling i legetenesta er dette spørsmål som igjen må drøftast.

2.8 Legevakt

Sogndal og Leikanger kommunar deltok i 2016 i utgreiing av utviding av legevaktsdistriktet og leverte ein rapport der ein opna for samarbeide med nabokommunane Vik og Luster. Prosjektet vart ikkje vedteke politisk. Fagutvalet som utarbeidde rapporten hadde følgjande visjon for legevakt: "Legevaktdistriktet skal innan 2020 vera ein moderne, fagleg kompetent, effektiv og profesjonell naudetat som sikrar befolkninga eit trygt, berekraftig og oversiktleg medisinsk naudhjelpstilbod av høg kvalitet heile døgnet."

Akuttforskrifta frå 2015 har sett strengare krav til drift av legevakt. Dette på bakgrunn av at legevakt vert oppfatta som eit svak ledd i den akuttmedisinske kjeda. Det er tilrådd større einingar og meir sentralisering av legevakt. I vårt distrikt er beredskapen framleis ein lege i heimevakt som rykker ut ved behov. Dette vert av både publikum og legane opplevd som ein utdatert ordning med fleire svake sider og med fare for fagleg svikt. Det er anna personale saman med legen på legesenteret på laurdag frå kl 10-15, utanom det er legen åleine. No er ambulansen flytta til Rutlin, og terskelen for å be om hjelp frå dei på kontoret har auka. Det er tenkt at legen kan be om hjelp av tilsette på vakt på sjukeheimen i særlege situasjonar, men dette er ikkje formalisert. Til samanlikning er det no ved alle dei tre sjukehusa i fylket legevakter som er bemanna med lege og sjukepleiar tilstades heile tida på kveld, natt og helg.

For legevakt i Sogndal og Leikanger er det frå 2020 tenkt same organisering som no med legevaktsentral i Lærdal og ein lege på vakt (heimevakt) i Sogndal/Leikanger og legevaktskontor ved Sogndal legesenter. Arbeidet med å styrke legevakt framover får no drahjelp av pilotprosjektet i fylket. Dei legane som er involvert i prosjektet held fram i sine funksjonar. Alle tre kommunane er med i prosjektet der Førde er nivå 1, Sogndal er nivå 2 og Balestrand er nivå 3. Nivå 3 er knytt saman med video til nivå 1 i Førde der det er legespesialist til stades.

Om Legevaktspilot, spesielt for Balestrand:

Fylket var med i felles søknad til helsedirektoratet og fekk midlar til å prøve ut tre-årig prosjekt, Legevaktspilot, som er uttesting av ein ny måte å organisere legevakt på. Prosjektet går fra primo 2019. Regionalt deler ein i tre nivå med ein sentral styrket legevakt, SYS-IKL i Førde (nivå 1), som mellom anna leverer bakvaksordning jfr. akutt-forskriften til nokre mindre legevakter (nivå 2) og, som noko heilt nytt i Norge når ein ser bort frå offshore-næringa, sjukepleiar-bemannet satellitt-legevakt, 5 stk. i fylket, der den eine er i Nye Sogndal Kommune i Balestrand.

Målsetjingane er å avklare fleire pasientar lokalt til meir rett behandlingsforløp evt. starte opp med initial behandling (typisk gult respons oppdrag jfr. norsk medisinsk index), gjere nokre lokale behandlingar og avlaste pasientene med lange reiser (typisk grønt respons oppdrag) og endeleg levere akutt medisinsk beredskap og –tenester i den tida legekantoret har stengt i Balestrand regionen. Alt i dialog audio/visuelt med vaktlegane på nivå 1 på SYS-IKL i Førde via nødnetradio, telefoner og videokonferanseutstyr mm. Det må gjerast nokre investeringar i utstyr / bil mm, der noko vert finansiert via midla frå helsedirektoratet. Kommuneoverlege fra Balestrand pr. 2019 er engasjert i fylkes-prosjektgruppa og det blir lokal prosjektgruppe, som vert leda av samme. Historisk har Balestrand jobba for noko liknande i høve til raud respons oppdrag frå 2014, då den lokale ambulansestasjonen vart lagt ned. Bemanninga av satellitt-legevakten baserer seg på sjukepleiar i turnus på Helsetunet (integrrert pleie-/omsorg i institusjon og heimetjenester) i Balestrand. Bemanninga vert auka på helsetunet tilsvarende to sjukepleierstillingar som følgje av prosjektet. Kommuneoverlege Balestrand pr. 2019 er vara-styremedlem for SYS-IKL også. I søknadprosessen og etterfølgende koordinering med prosjektleiinga i NSK vart det så avklart politisk at Balestrand som område skal fortsette som del av SYS-IKL på grunn av legevaktspiloten. For å holde fast på samarbeidet og forankringa vart det avtalt også at Balestrand-legene held fram med å levere ein legevaktsheimel (av 40 totalt) til SYS-IKL. Pr. i dag har den eine legen vaktfritak i Balestrand uansett. Lokalt må det framleis vera ein arbeidsgruppe-ansvarleg som følgjer opp lokale rutinar, BEST-øvingar og sjukpleiarane, Dette vil utgjere omlag 10% stilling i prosjektperioden i lag med fylkes-engasjement i fylkes-prosjektgruppen, fagråd SYS-IKL og vara-styremedlem SYS-IKL. Kva stillinga utgjere seinare vil avhenge av vidare organisering. Noværande kommuneoverlege i Balestrand er BEST-instruktør. Lokalt i Balestrand er legekantoret engasjert i prosjektet med akutt-sjukepleiar tilsett på legekantoret som bidragsyter og BEST-instruktør. Ein forventar felles bruk av akutt medisinsk utstyr/bil mm. brukt på legekantoret og ved satellitt-legevakten.

VURDERING: Kommunesamanslåinga fører ikkje til større endringar i drift av legevakta. Men pilotprosjektet grip inn og set dei lokale legevaktene inn i ein større samanheng med nye oppgåver, spesielt i Balestrand. Det er håp om at prosjektet vil tilføre kommunen hjelp til overordna styrking av legevakt, og at rutinar og oppgåver vert meir formaliserte. For å unngå at legane er så mykje åleine på vakt i Sogndal må det vurderast ulike tiltak. Eit tiltak kan vera å ha kveldsope legekantor i Sogndal med forskyvd arbeidstid fram til kl 20-21, og så kombinere det med beredskap for legevakt. Det kan vera eit første steg mot bemanna legevakt. Andre tiltak kan vera å forsøke ein periode med bemanna legevakt fram til kl 22 med ordinært nytilsette medarbeidarar saman med legevaktlegen. Gruppa vurderer at det ikkje er faglege grunnar til å arbeide med å endre ordninga med legevaktsentral på Lærdal sjukehus. Gruppa meiner at det er nødvendig å sette av ressursar til leiar på legevakt, og reknar med at den stillinga må utvidast noko i løpet av dei neste 2-3 åra.

TILRÅDING: Sogndal kommune tilset kommunelege med oppgåver som legevaktsleiar i 10% stilling. Stillinga vert auka til 20% stilling i løpet av dei neste 2-3 åra.

FRAMLEGG TIL ARBEIDSOPPGÅVER FOR LEGEVAKTSLEIAR:

- Legevaktansvarleg i kommunen
- Fordele vakter og sette opp vaktlister og planlegge drifta
- Ansvarleg for utrekning av løn til legane kvar månad

- Ansvarleg for kvalitetssystemet for legevakt, inkludert nødvendig opplæring
- Ha ansvaret for gjennomføring av lovpålagte samhandlingsøvingar
- Ta initiativ til og planlegge fagleg utvikling på legevakt
- Delta i psykososialt kriseteam

2.9 Samfunnsmedisin

Samfunnsmedisin er faget der ein bruker medisinsk kunnskap til å evaluere og gi råd og framlegg om helsetiltak for grupper av befolkninga. Det gjeld alt frå utforming av helsetenester, generelt helseførebyggjande arbeide og til arbeidet med å finne lokale løysingar på lokale utfordringar. Ein del lover legg oppgåver til den lokal helseleiinga i kommunen. Arbeidet skjer i tett samarbeide med leiinga i kommunen og andre faggrupper. Det har vore eit problem for mange kommunar å ha kvalifiserte legar i dei samfunnsmedisinske stillingane. Storleiken på kommuneoverlegestillingane varierer mykje mellom kommunane. Det er ei målsetjing at Sogndal kommune har kommuneoverlege som er spesialist i samfunnsmedisin.

Kommunelegen sine oppgåver: (Boka Samfunnsmedisin, Ø.Larsen, side 356.)

1. Kommunal helsemyndighet
 - a. Smittevern
 - b. Miljøretta helsevern
 - c. Helsemessig beredskap
2. Medisinsk fagleg rådgjevar for
 - a) Politikarar
 - b) Kommunen sin administrative leiing
 - c) Andre deler av kommunehelsetenesta
- 3: Andre samfunnsmedisinske oppgåver:
 - a) Helseovervåking, folkehelse, kommunehelseprofil
 - b) Fagutvikling
 - c) Kvalitetssikring
 - d) Beredskapsplanlegging
 - e) Samhandling internt og med spesialisthelsetenesta
 - f) Premissleverandør

2.9.1 Smittevern

Ein kommunelege må ha ansvar som smittevernlege der det følger med lovpålagte oppgåver. Det viktigaste er å håndtere aktuelle smittevernsaker og elles å ha ansvaret for at kommunen har oppdatert smittevernplan med pandemiplan og plan for tuberkulosekontroll. Arbeidet med å ha oversikt over smittesituasjonen i kommunen og sette i verk tiltak ved hendingar skjer normalt i eit samarbeide mellom smittevernlegen og kommuneoverlegen. Ofte må ein samarbeide med andre instansar som spesialisthelsetenesta, mattilsynet, fylkesmannen og Folkehelseinstituttet. Rettleiing til sjukeheimane, fastlegane og anna helsepersonell er og ein del av oppgåva til smittevernlegen.

TILRÅDING: Kommunen set av legeressurs i 10% stilling som smittevernlege, evt kan oppgåvene ligge hjå kommuneoverlegen.

2.9.2 Miljøretta helsevern

Åtte kommunar i Sogn samarbeider om miljøretta helsevern med ein stilling som miljøhygienikar som gjer saksførebuing og gjer vedtak i samarbeide med kommuneoverlegen i den enkelte kommunen. På tilsyn i skular og barnehagar er det vanleg at helsesøster i kommunen er med på nokre av tilsyna. Det vert no arbeidd med å auke tilsette i miljøretta helsevern til meir enn ei stilling. I mange andre distrikt vert større deler av arbeidet innan miljøretta helsevern delegert til eit interkommunalt organ. Då er det ofte og større legestillingar i tenesta, slik det til dømes er i Sunnfjordregionen. Folkehelselova § 9 gir opning for at kommunar kan delegere ansvar og oppgåver innan miljøretta helsevern til eit interkommunalt selskap.

TILRÅDING: Legearbeidet innan miljøretta helsevern for Sogndal kommune vert ein del av arbeidsoppgåvene til kommuneoverlegen.

2.9.3 Helsemessig beredskap

Arbeidet med beredskap for helsetenesta i kommunen er lovpålagt både i HOL §5-2 og Helseberedskapslova § 2-2. "Kommuner plikter å utarbeide en beredskapsplan for de helse- og omsorgstjenester eller sosialtjenester de skal sørge for et tilbud av eller er ansvarlige for. Kommuner skal også utarbeide beredskapsplan for sine oppgaver etter folkehelseloven kapittel 3." Kommuneoverlege har eit særskilt ansvar for den helsemessige beredskapen. Hovudansvaret med å lage og vedlikeholde Plan for Helsemessig og sosial beredskap er vanlegvis lagt til stillinga. Arbeidet med beredskap involverer elles mange etatar i kommunen. Kommuneoverlegen deltek og i arbeidet med ROS-analysar både på overordna nivå og innanfor helsetenesta. I mange kommunar er kommuneoverlegen og leiar av det psykososiale kriseteamet.

TILRÅDING: Ansvar for den helsemessige beredskapen vert lagt til stillinga som kommuneoverlege. Også ansvaret for det psykososiale kriseteamet vert lagt til kommuneoverlegen.

2.9.4 Medisinsk fagleg rådgjeving

Det er lovbestemt at kommunen skal ha ein kommunelege som medisinsk fagleg rådgjevar for rådmannen (HOL §5-5). Rådgjevinga gjeld alle tenestene etter Lov om helse- og omsorgstjenester, uavhengig av korleis kommunen er organisert. Lova gir høve til å dele kommunelegeoppgåvene på fleire legar. Kommunelegen skal og gi uttale i aktuelle helsesaker, både i og utanfor helsetenesta. På nokre fagområde innan smittevern, folkehelse, miljøretta helsevern og psykiatri har kommunelegen delegert mynde til å fatte hastevedtak i akutte saker. Dette må fastsettast i delegasjonsreglementet for kommunen. Medisinsk rådgjeving til tildelerkontor og andre om utforming av tenester og forsvarleg tenestenivå kan gjerast av kommuneoverlegen eller av kommunelege som er tilsett innan pleie og omsorg.

TILRÅDING: Kommuneoverlegen har som ei sentral oppgåve å vera kommunen sin medisinsk faglege rådgjevar.

2.9.5 Oversikt over helsetilstand og folkehelsearbeide

Innan kommunal samfunnsmedisin er folkehelse fagleg sett eit satsingsområde. Det er gjennom politiske vedtak og tilrettelegging at ein kan gjere tiltak for helsa i befolkninga. Kvar kommune skal ta utgangspunkt i dei utfordringane som er lokalt og så sette i verk passande tiltak, jfr Folkehelselova §.6 og 7. Arbeidet med folkehelse er tverrfagleg og det er nødvendig med brei kompetanse der fleire etatar deltek. Kommunen skal ha eit folkehelse oversiktsdokument som rullerer kvar 4. år og som skal er knytta til planarbeidet i kommunen. Ofte er det planavdelinga som styrer arbeidet. Tradisjonelt har det vore mykje merksemd på fysisk aktivitet med turstiar og mosjon. I aukande grad er det no meir fokus på førebygging av psykiske vanskar i eit breitt perspektiv.

Lokal og nasjonal helsestatistikk vert stadig meir utvikla for å gi kommunane hjelp til å ha oversikt over helseproblema. Erfaringane gjennom legepraksis gir god hjelp til å vurdere helsesituasjonen i befolkninga og kva som kan ligge bak problema.

Kommunelegen har elles etter dødsårsakforskrifta ansvar for å sende inn dødsmeldingar til Folkehelseinstituttet. Dødsmeldingane er med på å gi oversikt over helsetilstanden i befolkninga. Kommunelegen skal og etterlyse meir opplysningar dersom det er mangelfullt utfylte dødsmeldingar.

TILRÅDING: Legeoppgåvene knytta til helseovervåking og folkehelse vert lagt til kommuneoverlegen, der ein del av oppgåvene er å delta i utarbeidinga av oversiktsdokumentet kvart 4. år.

2.9.6 Stillinga som kommuneoverlege

VURDERING: Kommunane gjer ulike val i samband med utforminga av stillinga som kommuneoverlege. Det skjer ofte i dialog med aktuelle søkarar og i tilpassing til andre arbeidsoppgåver. Legeforeninga si tilråding har vore 100% stilling i kommunar over 10.000 innbyggjarar, og 50% for dei mindre kommunane. Dei ulike kommunane legg ulike oppgåver til kommuneoverlegestillinga, så det er ikkje så enkelt å samanlikne. Kommunen har per i dag ikkje legar som ynskjer full samfunnsmedisinsk stilling, og det bør det takast omsyn til. Det er ikkje grunn til å endre unødvendig på funksjonar som fungerer godt i dag. Ved å fordele nokre av oppgåvene som vanlegvis ligg til kommuneoverlegen på fleire legar får ein eit fagmiljø som er motiverande. Det blir og meir ordna vikar for kommuneoverlegen ved ferie og fråvær. Mange kommunar organiserer stillinga som ei reint fagleg stilling utan ansvar i linje for å framheva den meir uavhengige rolla som fagleg rådgjevar.

FRAMLEGG TIL ARBEIDSOPPGÅVER FOR KOMMUNEOVERLEGE i 50% STILLING:

Direkte lovpålagte oppgåver:

- Medisinsk fagleg rådgjeving for kommunen etter Lov om helse- og omsorgstenester
- Ha ansvar for arbeidet med og planverket for den helsemessige beredskapen, og delta ved behov i kommunen si kriseleiing
- Sakshandsaming, rådgjeving og vedtak etter Lov om folkehelse i samarbeid med miljøhygienikar i miljøretta helsevern. Elles delta i folkehelsearbeidet i kommunen, spesielt med epidemiologiske analysar
- Ansvar for vedtak om tvungen undersøking etter Lov om psykisk helsevern
- Oppgåver innan vern mot smittsame sjukdomar evt. i samarbeide med ein eigen kommunelege som smittevernlege
- Ansvar for dødsmeldingane etter dødsårsaksforskrifta og evt. etterlyse opplysningar

Andre oppgåver:

- Saksutgreiing og fagleg støtte for tenesteleiar og kommunalsjef
- Ha ansvar for det psykososiale kriseteamet

- Delta i aktuelt kvalitetsutviklingsarbeide i kommunen
- Vurdere tilsynssaker og klagesaker i samarbeid med kommunalsjef og tenesteleiar
- Leie og førebu saker til lokalt samarbeidsutval (sjå 4.2.2. i Rammeavtalen ASA 4310)
- Bidra til god kommunikasjon og forståing mellom kommuneleiinga og fastlegane
- Involvert i budsjettarbeid/økonomistyring/rekruttering i samarbeid med tenesteleiarar/kommunalsjef på overordna nivå
- Rådgjevar innan helserett for kommuneleiinga og helsetenesta
- Delta i overordna styring av fastlegetenesta og kommunalt tilsette legar
- Delta i samhandlinga med spesialisthelsetenesta i relevante fora og vurdere samarbeidsavtalar

TILRÅDING: Sogndal kommune tilset kommuneoverlege i 50% stilling med arbeidsoppgåver som skissert. Stillinga vert plassert som rådgjevar i stab hjå kommunalsjef helse og omsorg

2.10 Forventa framtidige krav til legetenesta

1) Det er planlagt strengare krav til kommunane når det gjeld drift av legevakt. Legane må gjennomgå pliktige kurs for å kunna gå legevakt, og i tillegg gjennomføre regelmessige øvingar saman med ambulanse. Slike øvingar er no ein del av avtalen mellom kommunane og Helse Førde. Det kjem nye utgifter knytt til dette. Det kan og kome krav om at legen ikkje skal arbeide åleine på legevakt. Alt dette vil truleg føre til at kommunane må bruke meir ressursar på legevakt, og trenden er at det vert aukande sentralisering av tenestene. Sogndal vil vera eit naturleg geografisk knutepunkt også i framtida, og ein må rekne med å få lagt til nye oppgåver. I planarbeidet framover må legevakt ha fokus innan fagutvikling, leiarressursar og økonomi.

VURDERING: Ressursane avsette til legevaksleiar må ta omsyn til nødvendig utviklingsarbeide.

2) Kommunane får no i 2019 ei ny og sentral rolle som utdanningsarena for unge legar. Mykje av ansvaret for utdanninga også etter turnusteneste i dei 4 åra det tek å bli spesialist i allmenntidisin vert lagt til kommunane, som no skal søkje om godkjenning som opplæringsinstitusjonar. Per i dag er det sett av 3 legetimar per veke for opplæring av LIS1 legar. I Helsedirektoratet si utgreiing om allmenntidlege i spesialisering er det skissert 3 timar rettleiing pr månad i 10,5 månader per år. Kostnaden for kommunen totalt er av Helsedirektoratet stipulert til om lag 200.000 kr pr lege under utdanning per år.(Helsedirektoratet, 2018) Staten har føreslege tilskotsordningar, men KS meiner dette er for usikkert for kommunane. I nye Sogndal kommune må ein rekne med at det til ei kvar tid er 4-5 legar som er under slik utdanning, der nokre av dei erfarne legane må ha som deltidsoppgåve å vera ansvarlege for dette. Kommunen skal både legge til rette for læringsaktivitetar, sørge for nødvendig rettleiing og supervisjon, ha individuell rettleiar og gi fortløpande vurdering, og til slutt dokumentere at læringsmåla er oppnådde. Også på leiarnivå vert det oppgåver knytt til planlegginga og godkjenninga av denne utdanninga. Dei praktiske og økonomiske konsekvensane er førebels noko uavklarte, men det kjem truleg detaljerte nye krav til kommunane i løpet dette året.

VURDERING: Nye krav til spesialistutdanning av legar i kommunane vil krevje leiarressursar og legetimar og finansiering. Ei godt tilrettelagd spesialistutdanning i vår kommune vil vera viktig for å rekruttera unge legar.

3) Gjennom tilsynssaker ser ein at det vert stadig større fokus på det systemet helsepersonellet arbeider i. Det er større fare for feil ved kompliserte pasientforløp og i vekslinga mellom nivåa i helsetenestene. Dette set krav til auka tverrfagleg samarbeide og meir overordna tverrfagleg leiing av tenestene. Kommunen må tilpasse seg denne utviklinga og ha leiarar som tek på seg slike oppgåver. Pilotforsøka med primærhelseteam og strukturelt tverrfagleg oppfølgingsteam i

nokre kommunar, mellom anna Flora og Eid, varer frå 2018 til 2021, og det kan hjelpe kommunane med å finne nye gode løysingar.

VURDERING: Det må setjast av leiarressursar som har tenesteutvikling og overordna kvalitetsarbeide som arbeidsoppgåver. Dette gjeld særleg for leiarar i linje, og kommuneoverlegen har ansvar for å gi faglege innspel.

3. Gevinstrealisering

I utgangspunktet har dei legane som har hatt administrative oppgåver i 50% stilling i Sogndal og Leikanger teke på seg unormalt mange oppgåver ved sida av arbeidet som fastlege. Mykje av arbeidet har vorte gjort utanom normal arbeidstid. Ein må rekne med at det blir meir krevjande å ha administrative stillingar i den nye kommunen, og det blir fleire reiser og fleire møte i ein større organisasjon. Gruppa vurderer at det er nødvendig å dele opp stillingane for å møte dei krava som vil kome i ein større kommune. Det blir ei endring i stillingane og noko meir spesialisering, og samtidig blir det fleire kollegaer å drøfte saker med. Gevinsten blir at fleire legar tek ansvar for å utvikla legetenesta, og fleire blir med på å skape gode fagmiljø.

4. Konklusjon og tilråding

Nye Sogndal kommune held fram med å ha 3 legekontor i dei ulike delane av kommunen. Kvart av kontora skal ha ledig listekapasitet, og dei skal kunne ta imot pasientar som treng akutt hjelp. Ein lege på kvart legekontor skal vera tilgjengeleg på helseradio på dagtid, slik at næraste lege i kommunen kan rykke ut ved akutte oppdrag. Det vert tilrådd å ha legestillingane på sjukeheimane og på helsestasjonane uendra slik som i dag. Organiseringa av legevakt vert ikkje endra ved kommunesamanslåinga.

Arbeidsgruppa tilrår å ha kommuneoverlege i 50% stilling, organisert som medisinsk fagleg rådgjevar i kommunalsjef sin stab. Stillinga som tenesteleiar tilrår vi vert kombinert med avdelingsleiarstillinga ved Sogndal legesenter og stilling som legevaktleiar til ei 60% stilling. Det vert tilrådd at kvart legekontor har avdelingsleiarar som har ansvaret for den daglege drifta.

Dei to store utfordringane framover for legetenesta er rekruttering og legevakt. Gruppa tilrår at det vert arbeidd for å kunne tilby fastløna stillingar til dei legane som ynskjer det. Arbeidet med å finne løysingar for legevakt som gjer at legane ikkje er åleine på vakt må halde fram.

4.1. Oversikt over stillingar no og tilråding vidare:

	2019	2020	2021	2022
Legestilling i %			Endring	Endring
Helsestasjon				
Balestrand	10	10		
Leikanger	20	20		
Sogndal	56	56		
Sjukeheim/KAD				
Balestrand	20	20		
Leikanger	30	30		
Sogndal	62,66	62,66		72,66
Faglege stillingar				
Kommuneoverlege		50		
Kommuneoverlegar i B-L-S	120			
Legevaktspilot Balestrand		10		
Smittevernlege			10	
Rettleiing og internkontroll	18,67	18,67	28,67	38,67
Fagutviklingslege				10
Administrasjon og leiing				
Tenesteleiar		30		
Avd.leiar Balestrand		10		
Avd.leiar Leikanger		10		
Avd.leiar Sogndal		20		
Legevaktleiar		10	20	
Ass. kommuneoverlege	20			
Framlegg om auke i 2021			30	
Framlegg om auke i 2022				30
Sum stillingar	357,33	357,33	387,33	417,33

Referansar:

- Forskningsrådet. (2016). Evaluering av samhandlingsreformen.
- Helsedirektoratet. (2018). ALIS allmennleger i spesialisering.
- Kaupang/KS. (2016). Kommunal legetjeneste , kan den ledes. *KS rapport Kaupang*.
- KS. (2018a). Kommunesammenslåing og fastlegeavtalene.
- KS. (2018b). Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen.
- Legeforeningen, D. n. (2017). Om ledelse av det medisinske tilbudet i kommunene -
Legeforeningen.
- Menon. (2019). Fastlegeordningen i krise- hva sier tallene.
- NSDM, N. s. f. d. (2018). Rapport ALIS-Vest - utdanningsstillinger i allmennmedisin.
- Regjeringen. (2018). Oppdragsbrev - Tilleggsoppdrag 3 - Evaluering av fastlegeordningen