

DELPLAN FOR LEGETJENESTER

2020-2030

KRAGERØ KOMMUNE

Innhold

1.0	Innledning.....	3
1.1.	Bakgrunn	3
1.2.	Oversikt	3
1.3.	Lover, forskrifter og avtaleverk	3
2.0	Omfang og organisering	4
2.1.	Kapasitet.....	4
2.2.	Fordeling av offentlige legeoppgaver.....	4
2.3.	Organisering og lokalisering	4
3.0	Samfunnsmedisinske oppgaver.....	4
3.1.	Kommuneoverlegen	4
3.1.1.	Smittevern	4
3.1.2.	Miljørettet helsevern	5
3.1.2.	Psykisk helsevern.....	5
3.1.3.	Beredskapsarbeid	5
3.1.4.	Medisinskfaglig rådgivning og helsearbeid	5
3.1.5.	Kommuneoverlege – ressursbehov.....	5
4.0	Allmennmedisinsk legetjeneste	6
4.1.	Om fastlegesituasjonen nasjonalt og lokalt	6
4.2.	Rekruttering av fastleger i planperioden	7
4.3.	Organisering av legetjenesten.....	8
4.3.1	Alternativer til dagens organisering	9
5.0	Offentlige allmennmedisinsk legetjeneste.....	9
5.1.	Leger i sykehjem, rehabilitering, KAD, palliasjon	9
5.2.	Leger i bofellesskap	10
5.3.	Veileder LIS1 og ALIS	10
6.0	Legevakt	10
6.1.	Dagens legevakttilbud	11
6.2.	Fremtidig legevakttilbud	11
7.0	Samhandling	11
7.1.	Samhandling og samarbeid internt i kommunen	11
8.0	Oppsummering av de viktigste tiltakene.....	11

1.0 Innledning

1.1. Bakgrunn

Hovedutvalg for helse- og omsorg vedtok den 23.1.19 at det skal lages en ny helse- og omsorgsplan som erstatter «Omsorgsplan 2020». Den nye planen er inndelt i 6 delplaner der delplan for legetjenester er en av disse.

Den politiske behandlingen av planen ble utsatt grunnet forhandlinger med fastlegene om kjøp av fastlegepraksiser. Helse- og omsorgsdepartementet la også frem en Handlingsplan for Allmennlegetjenesten 2020-2024. Det er gjort endringer i planen som tar høyde for nevnte forhold.

Plangruppe og mandat for planarbeidet

Plangruppen har bestått av:

Fastlegene Andreas Hasseleid, Filip Hasseleid og Anne Solheim Bentzen. Kommuneoverlege Ivar Skogvold, rådgiver for Rådmannen Bjørn Hagen og kommunalsjef Alv Dag Brandal. Revidert plan er forelagt fastlegene som har kommet med innspill.

Planen skal omhandle samfunnsmedisinsk-, offentlig allmennmedisinsk- og kurativt legearbeid. Legevakt omtales, men vil bli behandlet i egen sak knytt til utredning om legevaktsamarbeid.

For å ivareta ulike aspekter knyttet til legetjenesten i kommunen bes plangruppa om å innhente synspunkter fra andre tjenesteytere i kommunalområdet og fra tjenestemottagere.

1.2. Oversikt

Legetjenesten omfatter i dag følgende arbeidsområder:

Offentlig allmennmedisinsk legearbeid som utgjør ca 2 årsverk og kurativ legetjeneste med 10 privatdrevne fastlegehemler. Legevaktsarbeid kommer i tillegg til fastlegearbeid og offentlige oppgaver, og er organisert en kommunal legevakt i 7-delt vaktordning.

De privatpraktiserende legene og kommunen har formalisert samarbeid gjennom et samarbeidsutvalg (SU) og faste allmennlege møter.

1.3. Lover, forskrifter og avtaleverk

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

- Helse- og omsorgstjenesteloven (Lov-2011-06-24-30)
- Helsepersonelloven (Lov-1999-07-02-64)
- Folkehelseloven (Lov-2011-06-24-29)
- Pasient- og brukerrettighetsloven (Lov-1999-07-02-63)
- Smittevernloven (Lov-1994-08-05-55)
- Psykisk helsevernloven (Lov-1999-0702-62)
- Forskrift om fastlegeordningen i kommunene (FOR-2012-08-29-842)
- Forskrift om pasientjournal (For-2000-12-21-1385)
- Forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus (For-2005-03-18-252)
- Forskrift om medisinsk utstyr (For-2013-11-29-1373)
- Forskrift om miljøretta helsevern (For-2003-04-25-486)
- Forskrift om habilitering og rehabilitering (For-2011-12-16-1256)
- Sentrale avtaler som ASA 4310 og SFS 2305, samt individuelle avtaler

2.0 Omfang og organisering

2.1. Kapasitet

Kragerø kommune har per 1.7.2020 ca 10400 innbyggere. Listelengder balanserer innbyggertallet per i dag. Kragerø er en sommerferiedestinasjon, der innbyggertallet øker med 25-30 000 i perioden medio juni til medio august. I denne 2 måneders perioden styrkes legetjenesten ved Kragerø legesenter for å dekke behov for legetjenester fra feriegjester.

2.2. Fordeling av offentlige legeoppgaver

Allmennlegene kan tilpliktes i 20% arbeidstid/stilling til offentlig legearbeid. Per februar 2019 fordeles 1,96 årsverk slik:

Tjenestested	Ressurs
Sykehjem, 1 etasje	14%
Sykehjem, KAD	33,5%
Sykehjem, korttid rehabilitering	28%
Sykehjem, KAD og 2. etasje	20%
Helsestasjon	16% + 21%
Sykehjem, KAD og Seniorsenter	20%
Kragerø fengsel	8%
Sannidal bokollektiv/Furubo	10%
Stabbestad, boliger	6%
Legevakt	20%
Totalt	196%

2.3. Organisering og lokalisering

Fastlegetjenesten i Kragerø består i dag av 10 privatpraktiserende leger og en LIS1. Den kurative legetjenesten er fordelt slik:

Kragerø legesenter med 4 fastleger og 1 LIS1, Legene i Løkkebakken med 4 fastleger, Ytre Strandvei legesenter 1 fastlege og Sannidal legekontor 1 fastlege. Legene er ansvarlig for alt som vedrører drift av legekantorene og ansetter eget hjelpepersonell.

Hver lege har inngått individuell avtale med kommunen jf sentralt avtaleverk (rammeavtalen).

3.0 Samfunnsmedisinske oppgaver

3.1. Kommuneoverlegen

I Kragerø kommune er kommuneoverlegen organisert i stab til kommunalsjef for helse og omsorg i 20% stilling. Kommuneoverlegens arbeidsområder går fram av de lover og forskrifter som pålegger kommunen å legge til rette slik at befolkningen får en sikker og kvalitetsmessig god allmennlegetjeneste.

3.1.1. Smittevern

Kommuneoverlegen er ansvarlig smittevernlege i Kragerø kommune. Det er kommuneoverlegens ansvar å utarbeide smittevernplan for kommunen. Den pågående covid19-pandemien aktualiserer revisjon og organisering av tilstrekkelig beredskap på dette feltet. Omtales mer utførlig i kap. 3.1.5.

3.1.2. Miljørettet helsevern

Kragerø kommune deltar i et interkommunalt samarbeid med Grenlandskommunene (Porsgrunn, Skien, Bamble, Drangedal og Siljan) på fagområdet miljørettet helsevern. Porsgrunn er vertskommune. Kommuneoverlegen deltar i månedlige møter i Porsgrunn. Saksbehandling foregår i Porsgrunn og saker som gjelder Kragerø blir oversendt kommuneoverlegen for kommentarer og godkjenning.

Miljørettet helsevern omfatter hygieniske og helsemessige sider ved:

Drikke- og badevann, forurensing, støy, skadedyrkontroll, ulykkesforebygging, inneklima, søppelhåndtering, planarbeid, næringsmiddelhygiene og sosiale miljøfaktorer, ståling etc (listen er ikke uttømmende).

3.1.2. Psykisk helsevern

Psykisk helsevernloven legger kommuneoverlegen en rekke formelle oppgaver i det psykiske helsearbeidet, bl.a. vedtak om tvungen helseundersøkelse.

3.1.3. Beredskapsarbeid

Beredskapsarbeid omfatter kommunens helsemessige beredskap i forhold til risiko- og sårbarhetsanalyser, kommunens organisering av legevakt og nødmeldingstjeneste samt helsetjenestens beredskap mot større ulykker og katastrofer.

Kommuneoverlegen deltar i kommunens beredskapsråd.

3.1.4. Medisinsk faglig rådgivning og helsearbeid

Kommuneoverlegen skal gi medisinsk-faglige råd mht. smittevern, miljørettet helsevern og beredskapsarbeid.

I Folkehelseloven pålegges kommunen et ansvar for folkehelsearbeidet. Kommunen skal ha en oversikt over befolkningens helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Oversikten skal gi grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi.

Kommuneoverlegen har som oppgave å vurdere faglige sider av eventuelle klager på helsetjenester, men den formelle klageinstansen ligger hos Fylkesmannen.

3.1.5. Kommuneoverlege – ressursbehov

I dag har kommunen en kommuneoverlegeressurs tilsvarende 20% stilling. En vurderer dette til å være for lite i forhold til de oppgavene som skal gjøres. En kommune på Kragerøs størrelse bør som et minimum ha 50% kommuneoverlegefunksjon. Både oppgavemengde og kontinuitet i arbeidet tilsier en økning i ressursbruk på dette området.

Særavtalen (SFS 2305), sier i § 13.3. at kommunene skal legge til rette for at stilling som kommuneoverlege utgjør minst 50% stilling. Bamble har fra 2019 en ressurs på et halvt årsverk.

Ut fra de opplistede oppgavene er det god grunn til å hevde at dagens ressurs på 20% kommuneoverlegestilling er ikke tilstrekkelig. Nye oppgaver til kommunene om å organisere og følge opp spesialiseringsløp for fastleger, samt forventede endringer i fastlegeordningen tilsier også at kommuneoverlege i 20% stilling ikke dekker behovet i kommende år.

Covid19-pandemien har ytterligere aktualisert behovet for å styrke denne delen av den kommunale legetjenesten. Særlig har en sett at kommuner med små ressurser på feltet har måttet øke ressursbruken i vesentlig grad. Det kan være svært krevende å øke en slik ressurs på veldig kort varsel i en krisesituasjon. Smittevernlegen har etter smittevernloven i gitte kritiske situasjoner hjemmel til å innføre inngripende tiltak (eksempel ved pandemi). Lokalt ligger slik hjemmel og kompetanse hos smittevernlegen alene.

Den foreslåtte styrkingen av kommuneoverlegeressursen er ikke et hinder for å videreføre det interkommunale samarbeidet på området med Drangedal kommune.

Tiltak:

- ***Øke stillingsressurs til kommuneoverlege til minimum 50%. Kostnad 430 000 kr.***

4.0 Allmennt medisinsk legetjeneste

4.1. Om fastlegesituasjonen nasjonalt og lokalt

Kragerø kommune har 10 fastlegehjemler og har hatt en stabil dekning frem til høsten 2018. Innen utgangen av 2018 hadde 3 sagt opp sin avtale med kommunen og en har annet fravær.

Det har både aktuelt og historisk vært krevende å rekruttere til ledige hjemler i Kragerø. I dag har en til nå bare lyktes med å inngå avtale for en av de ledige hjemlene. Kragerø kommune har dermed kommet i samme situasjon som mange andre kommuner, med en krevende rekrutteringssituasjon. På bakgrunn av dette, sendte legene i nov 2018 et bekymringsbrev til kommunen.

I ulike medier har det siste 2 årene blitt skrevet mye om fastlegeordningen, fastlegenes økende arbeidspress og det har vært gitt uttrykk for fra flere hold at det er en «fastlegekrise» på gang.

Det er gjort undersøkelser som viser at fastlegene har hatt en markant økning i arbeidsbelastning. Årsakene til dette er sammensatt, med bl. a. samhandlingsreformen, økning i byråkrati og dokumentasjonskrav, flere offentlige oppgaver, stor oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten med dertil mere omfattende og kompleks oppfølging av enkeltpasienter, noe som har gitt arbeidsuker på 56 timer i gjennomsnitt. Mange leger jobber også mer. I tillegg kommer vaktbelastning knyttet til legevaksarbeid.

Både Legeforeningen og KS har gjort undersøkelser som viser at yngre nyutdannede leger ønsker fast stilling med arbeidstid som reguleres i HTA, dvs sykepenge- og pensjonsrettigheter, rett til feriepenger og lønn ved v/syke barn etc, rettigheter man ikke har som selvstendig næringsdrivende.

Mange ser seg heller ikke i stand til å kjøpe fastlegepraksiser og ta på seg de forpliktelsene som følger med å overta et privatdrevet legekontor (økonomi-, drift- og personalansvar).

Overstående er beskrevet som viktige årsaker til sviktende rekruttering.

Som en konsekvens av dette har flere kommuner kjøpt eksisterende fastlegepraksiser, overtatt driftsansvaret, og inngått økonomisk samarbeidsavtale med legene i form av såkalt §8.2.-avtale. (rammeavtalen): Kommunen yter tjenester i form av hjelpepersonell, lokaler, utstyr, forbruksvarer

o.l. mot at legene betaler et månedlig/årlig beløp for dette. Hva legen skal betale for disse tjenestene må avtales særskilt. Også for slike avtaler er hovedregelen at legen skal refundere kommunens utlegg i sin helhet, dvs betale det det koster å drive legesenteret.

I mange tilfeller avtales det redusert betaling, dvs at kommunen av rekrutteringshensyn subsidierer driften av legekontoet. Med aktuelle rekrutteringsutfordringer subsidierer 7 av 10 kommuner i dag drift av fastlegepraksis. Ordningen er vanligst i distriktkommuner/små kommuner. En del kommuner har også opprettet såkalte 0-avtaler, der kommunen subsidierer all drift ut over basistilskuddet. Uansett avtale, gir legene i Kragerø signaler om at de ikke kan ta økte kostnader forbundet med overgang til kommunal drift.

Blant de etablerte legene i Kragerø kommune ønsker de fleste å fortsette privat næringsdrift. Flere av kommunens fastleger ønsker også grunnet stor arbeidsbelastning og rekrutteringsutfordringer, at kommunene overtar driftsansvaret for legekontoene, og at legene dermed får frigjort tid og kan konsentrere seg om det medisinsk-faglige arbeidet.

Kragerø kommune og fastlegene fremforhandlet en avtale om kjøp av praksiser. Rammene for avtalen var klar på nyåret 2020, men endrede forutsetninger gjør at kommunen ikke kjøper de 9 praksisene som planlagt. Det forhold at 5 av 9 fastleger i kommunen har inngått avtale om å etablere et felles legekonto på B14/B15, i samarbeid med privat aktør fra 1.1.2023, har gjort at kommunen ikke kjøper alle praksisene.

Kommunen har derimot kjøpt de 2 av de praksisene som ikke inngår i overnevnte avtale om privat legesenter på B14/15. Det kan være aktuelt å se på en løsning der en etablerer et kommunalt drevet legesenter med de 5 praksisene som ikke skal flytte til B14/B15. Samtidig er det slik at det som en følge av tiltak i fremlagt Handlingsplan for allmennlegetjenester (se under) kan bli endringer i listelengder, som i neste omgang kan føre til at kommunen må opprette flere fastlegehjemler. Nye og flere leger må da ha kontorlokaler for sin praksis.

Helse- og omsorgsdepartementet la i mai 2020 frem «Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024, Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert». Dette er en forpliktende opptrappingsplan som skal bygge en god allmennlegetjeneste for fremtiden, herunder fastlegeordningen. Enkelte av tiltakene i planen er kortsiktige og har som formål å rekruttere leger til fastlegeordningen og beholde leger som arbeider som fastleger i dag. Andre tiltak er mer langsiktige, strekker seg over flere år og formålet er sørge for gode allmennlegetjenester til alle innbyggere fremover i tid.

Handlingsplanen er på til sammen 17 tiltakspunkter og regjeringen vil i planperioden frem til 2024 styrke allmennlegetjenesten med 1,6 milliarder kroner.

Kragerø kommune har som et tiltak for å gi lette i vaktbelastningen på legevakt, ansatt en legevaktslege i fasts stilling fra august 2019.

4.2. Rekruttering av fastleger i planperioden

Antall fastleger er i dag 10 med en samlet listekapasitet på 11 000. Siste offisielle innbyggertall er 10406.

Behov for fastleger vil avhenge av innbyggertall, demografisk utvikling, folkehelseprofil, listelengder, antall private hjemler og evt antall fast ansatte leger. Organisering av offentlige oppgaver vil også ha betydning for tall på fastleger.

Dagens samlede listekapasitet vurderes dekkende for nåværende behov. En vil opprette nye hjemler i tråd med endret behov, og ved endret organisering og driftsform. Dette skal skje i dialog med legene.

Som beskrevet i 4.1 ønsker de fleste fastlegene i kommunen å fortsatt være private næringsdrivende. Ved kommunalt oppkjøp av eksisterende praksiser, og eventuelt oppretting av nye hjemler som følge av nasjonale tiltak, er det aktuelt å etablere et kommunalt legekantor. Ved behov for nyrekruttering vil en da kunne tilby praksiser uten kostnad for den nye leger. Dette er et rekrutteringstiltak som har hatt god effekt i andre kommuner. Da mange unge nyutdannede leger ønsker fast ansettelse og det vil være riktig å vurdere å tilby denne muligheten.

I dag har vi 1 LIS1 (tidligere turnuslege), og det kan være riktig å øke til 2 sett i et rekrutteringsperspektiv. Dette må likevel sees i sammenheng med andre tiltak når det gjelder legetjenesten.

Opprettelse av ALIS-stillinger (allmennlege i spesialisering), anses som et viktig rekrutteringstiltak. Kommunen får ansvar for spesialiseringssløp og må ha en plan for dette. ALIS-stillinger vil ha kortere pasientlister og rett til veiledning. En etablering av ALIS-stilling må ses i sammenheng med fremtidig behov for fastleger og arealbehov ved fremtidig nyetablering av legesenter.

Andre aktuelle og brukte rekrutteringstiltak er rekrutteringstilskudd, stabiliseringstilskudd (økonomisk bonus etter tjeneste i gitt periode, eks 3 år), betaling av kursavgift og fri med lønn/praksiskomp, betalt flytting osv.

Tiltak:

- **Etablere kommunalt drevet legekantor**
- **Etablere kommunale stillinger for fastleger ved behov**
- **Etablere ALIS-stillingstilling ved behov**
- **Vurdere økning av LIS1 stillinger**
- **Vurdere å tilby øvrige goder som beskrevet**

4.3. Organisering av legetjenesten

Kommunens 10 legehjemler drives privat, enten som solopraksiser (2 stk) eller i gruppepraksiser (2 stk med 4 leger i hver). Fastlegene står for drift av legekantorene og ansetter selv sitt hjelpepersonell. Denne driftsformen har tradisjonelt sett vært vanligst på landsplan.

Den avtalte etableringen av et nytt privat legesenter for 5 av våre fastleger innebærer at legene også står for driften av legesenteret. Derimot vil kommunens resterende legepraksiser kunne inngå i et kommunalt drevet legesenter.

Nasjonalt viser undersøkelser at nyutdannede leger ønsker i stor grad fast ansettelse, med de rettigheter som da følger av lov og avtaleverk. Det er i tillegg en klar utvikling i retning av at fastleger ønsker kortere pasientlister uavhengig av driftsform.

Det er også et moment at færre leger ønsker å ta på seg de økonomiske forpliktelsene det er å kjøpe opparbeidet praksis fra eksisterende hjemmelsinnehaver. Det økonomiske mellomværende her er kommunene uvedkommende, men kan dreie seg om betydelige beløp.

Det er også en klar utvikling at solopraksiser, en-lege praksis, ikke er en ønsket organisering av legetjenesten. Det er både faglige og mer trygghetsmessige faktorer som taler mot en slik løsning.

Fastleger ønsker å være i et faglig fellesskap, samtidig som et slikt fellesskap gir støtte og trygghet for at uønskede hendelser og trusselsituasjoner i mindre grad oppstår.

Det fremholdes også fra legenes side at krav om å delta i legevakt bidrar til at total arbeidsmengde blir for stor. Samlet sett har dette gjort at kommunene har fått til dels store utfordringer knytt til rekruttering av nye fastleger. Så er også tilfelle for Kragerøs del. Omfanget av fastlegenes deltakelse i legevakt er gjenstand for sentrale forhandlinger og ramme for ny avtale er i skrivende stund ikke på plass.

4.3.1 Alternativer til dagens organisering

I tillegg til det nye private legesenteret som er planlagt fra 1.1.2023, er det nødvendig å se på etablering av et kommunalt drevet legesenter. Jfr pkt 4.3.

Mange yngre leger ønsker ikke å ha driftsansvar, men ønsker å bruke tiden sin på pasientrettet arbeid. Sammen med delvis kjøp av praksiser, kan et kommunalt drevet legekontor derfor være positivt i rekrutteringssammenheng. En må også ta høyde for at kommunen må rekruttere flere fastleger om sentrale forhandlinger fører til at lengde på pasientliste blir redusert.

Tiltak:

- ***Utrede mulighet for et samlokalisert kommunalt fastlegekontor***

5.0 Offentlige allmenntilleggslegetjeneste

De offentlige legeoppgavene er i dag fordelt på de 10 fastlegene kommunen har, gjennom den tilpliktningsordningen som ligger i avtaleverket. Det samlede omfanget av offentlige oppgaver er 1,96 årsverk per dags dato.

Fra faglig hold uttrykkes det at legedekningen er tilstrekkelig, men heller ikke mer. Innen et par områder er dagens ressurs ikke dekkende ut fra beskrevet behov.

Det kan være gode grunner for å samle disse oppgavene i større offentlige stillinger, i stedet for å fordele de som i dag. Demografisk utvikling, folkehelseprofil og økende overføring av mer spesialiserte oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene er argumenter for å øke omfanget av de offentlige oppgavene. Større og mer samlede legeressurser på dette området vil være med å styrke tilbudet til de som trenger det mest.

Ved å samle de offentlige oppgavene vil en kunne tilsette leger i større (hele) kommunale stillinger, og skape bedre kontinuitet og bidra til et godt tilbud. På den andre siden vil fastleger kunne fritas for tilpliktningsoppgaver.

5.1. Leger i sykehjem, rehabilitering, KAD, palliasjon

Legetimer per beboer per uke ved Marienlyst sykehjem er 0,56 og landssnittet er 0,55 timer. Disse tallene tar ikke hensyn til at legeressurs må ses i sammenheng med forskjellige pasientkategorier (rehab., palliasjon, langtidspasienter, demens etc). det foreligger forskjellige normer for forskjellige pasientgrupper. Ut fra faglige anbefalinger, demografiske endringer og ytterligere økning i oppgaveoverføring fra sykehusene, vil det bli behov for å styrke legekompentansen i sykehjem.

Kommunen må øke antall sykehjemsplasser de nærmeste 10-årene. Det vil i seg selv måtte bidra til økning i legedekning i sykehjem. For å møte pasientenes økende behov for medisinsk kompetanse bør også øke legetimer i sykehjem.

Tiltak:

- **Samle offentlige oppgaver i større ressurs/stilling, kostnad ca 200 000 kr**
- **Øke legeressurs i sykehjem med inntil 1 årsverk ved utvidelse av sykehjemskapasitet, kostnad ca 1,2 mill kroner.**

5.2. Leger i bofellesskap

Det er utfordringer knytt til tilsynslegefunksjonen i omsorgsboliger. Blant annet har pasientene status som hjemmeboende og alle medisiner (multidose) må håndteres via fastlegen. Det samme gjelder epikriser, lab. svar osv som automatisk går til fastlege og ikke til tilsynslege. Journalsystemet i boligene er ikke egnet som dokumentasjons- og arbeidsverktøy for tilsynslegen da man ikke kan håndtere multidose, henvisninger, epikriser osv der.

Ordningen med tilsynslegefunksjon knytt til enkelte omsorgsboliger har sine klare begrensinger og må ikke føre til at en plasserer pasienter med komplekse medisinske tilstander der, som egentlig burde vært på sykehjem. Det må også påpekes at kompetansen i boligene ikke er tilstrekkelig til å kunne håndtere disse pasientene på en god måte.

Målsettingen må være at en viderefører de ordningene med tilsyn som er i dag og som fungerer tilfredsstillende. Det må sikres at pasienter med behov for sykehjemsplass ikke plasseres i omsorgsbolig.

Ut over dette er det fastlegeordningen som også gjelder i bofellesskapene.

5.3. Veileder LIS1 og ALIS

I henhold til forskrift vil det være krav til minimum 3 timer veiledning per uke. For ALIS er veiledningsordningen endret slik at kommunen har fått ansvar for å organisere og legge til rette for spesialiseringsløp. Nye spesialistregler vil medføre betydelig behov for økning av veilederkapasitet. Oppgaven er klassifisert som allmennmedisinsk offentlig oppgave og bør organiseres som deltidsstilling.

Tiltak:

- **Ressurs til veiledning av leger i spesialisering, kostnad ca 150 000 kr**

6.0 Legevakt

Legevaktordningen skal ta hånd om alle medisinske behov som ikke kan vente til vanlig åpningstid ved legekantorene, såkalt behov for øyeblikkelig hjelp

Det medisinsk faglige ansvaret for legevaktjenesten er delegert til en av fastlegene, som har dette som en 20% fast stilling.

6.1. Dagens legevakttilbud

Kragerø kommune drifter i dag kommunal legevakt, etter at Drangedal sluttet seg til legevakten i Skien fra 1.9.2020. Legevakten er lokalisert «sykehuset». Per i dag er det 7 leger som inngår i legevaktordningen. Det er opprettet en fast legevaktstilling og stillingen er besatt fra august 2019.

6.2. Fremtidig legevakttilbud

Akuttmedisinforskriften, økt arbeidspress på fastlegene og generelt økende krav til kvalitet, kompetanse og organisering av legevakttilbudet utfordrer kommuner over hele landet. Det har helt klart blitt en mer krevende situasjon knytt til organisering av legevakt og flertallet av kommuner søker ulike former for samarbeid.

Kragerø er i en situasjon der en må se på samarbeid med andre kommuner om legevakt. Derfor har kommunen observatørstatus i styringsgruppa for ny legevakt i Skien og vi skal være med i et utredningsarbeid om samarbeid med nabokommunene Bamble og Porsgrunn.

Skien kommune bygger ny legevakt som har kapasitet til å romme Kragerøs legevakts behov og det er stående invitasjon for å delta her. Fremtidig organisering av legevakttilbudet i Kragerø vil bli gjenstand for politisk behandling, når alternative løsninger er utredet.

Kommunen må forvente betydelige kostnader knyttet til forskriftsmessig fremtidig drift ved å videreføre dagens ordning. Det vil også være utfordringer knyttet til krav om bakvakt.

7.0 Samhandling

7.1. Samhandling og samarbeid internt i kommunen

Etter avtaleverket har kommunen allmenlegeutvalg (ALU) og samarbeidsutvalg (SU). Disse har møter henholdsvis 4 og 2 ganger i året. Formål, organisering og oppgaver fremgår i rammeavtalens kap 4 (ASA 4310).

Det er et ønske om å utvikle dette samarbeidet. Spesielt med tanke på de utfordringene kommunene vil ha i årene som kommer, vil fastlegene kunne gi viktige bidrag til utvikling av tjenestetilbudet. Fastlegene har også en viktig rolle i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten, spesielt med tanke på helseforetakets planer om å satse på ambulante og polikliniske tjenester i kommunene.

Det har også kommet signaler om at STHF ønsker et samarbeid om de polikliniske spesialisttjenestene de tilbyr i Kragerø i dag.

8.0 Oppsummering av de viktigste tiltakene

Tiltak	Iverksetting	Kostnad	Omtalt i kapittel
Øke kommuneoverlegeressurs med 30%	2022	430 000	3.1.6
Tilby kommunale stillinger for fastleger ved behov	2022	-	4.2.
Etablere ALIS-stilling ved behov	Etter 2021	200 000	4.2.
Mulig etablering av kommunal drift av legekantor	2022	-	4.3.

Utrede mulighet for kommunalt fastlegekontor	2021 (oppstart utredning)	-	4.3.
Samle tilpliktningsoppgaver i større stillinger	2022	200 000	5.1.
Øke legeressurs i sykehjem med inntil 1 årsverk ved utvidelse av sykehjemskapasitet	2027	1 200 000	5.1.
Ressurs til veiledning av leger i spesialisering	2022	150 000	5.3

For de tiltakene i tabellen som ikke har angitt kostnader ved seg, vil de være gjenstand for drøftinger med representanter for fastlegene og vil kunne medføre kostnader for kommunen.