

Bakgrunn

Kommunestyret i Øyer har vedtatt at legetjenesten i kommunen skal gjennomgå. Sak om legetjenesten skal behandles i kommunestyret i oktober 2017. Dette er et bakgrunnsdokument med informasjon om legetjenesten i kommunene generelt og i Øyer spesielt. Dette dokumentet skal være utgangspunkt for felles drøfting av saken i ulike fora som til slutt sendes til kommunestyret.

Kort om fastlegeordningen

Fastlegeordningen ble innført i 2001. Fastlegeordningen innebærer at alle innbyggere har rett på en fastlege. Det betyr at man står oppført på en såkalt liste hos en lege. Fastlegen er ansvarlig for å tilby allmenntedisinske tjenester til innbyggerne som står på sin liste. Man har anledning til å skifte fastlege inntil to ganger per kalenderår. I tillegg til å yte tjenester til egne listepasienter er fastlegene også en del av den akuttmedisinske kjeden. Fastlegene har derfor beredskapsplikt og må da behandle alle personer som oppholder seg i kommunen ved behov. Formelt er det kommunen som er ansvarlig for at innbyggerne har tilgang på fastlegetjenester. Dette løser kommunene ved å inngå individuelle avtaler med leger. En slik avtale regulerer ansvaret kommunen har, og hvilket ansvar den enkelte lege har. Fastlegeordningen er regulert gjennom ulike lover, forskrifter og regler i tillegg til den individuelle avtalen mellom legen og kommunen

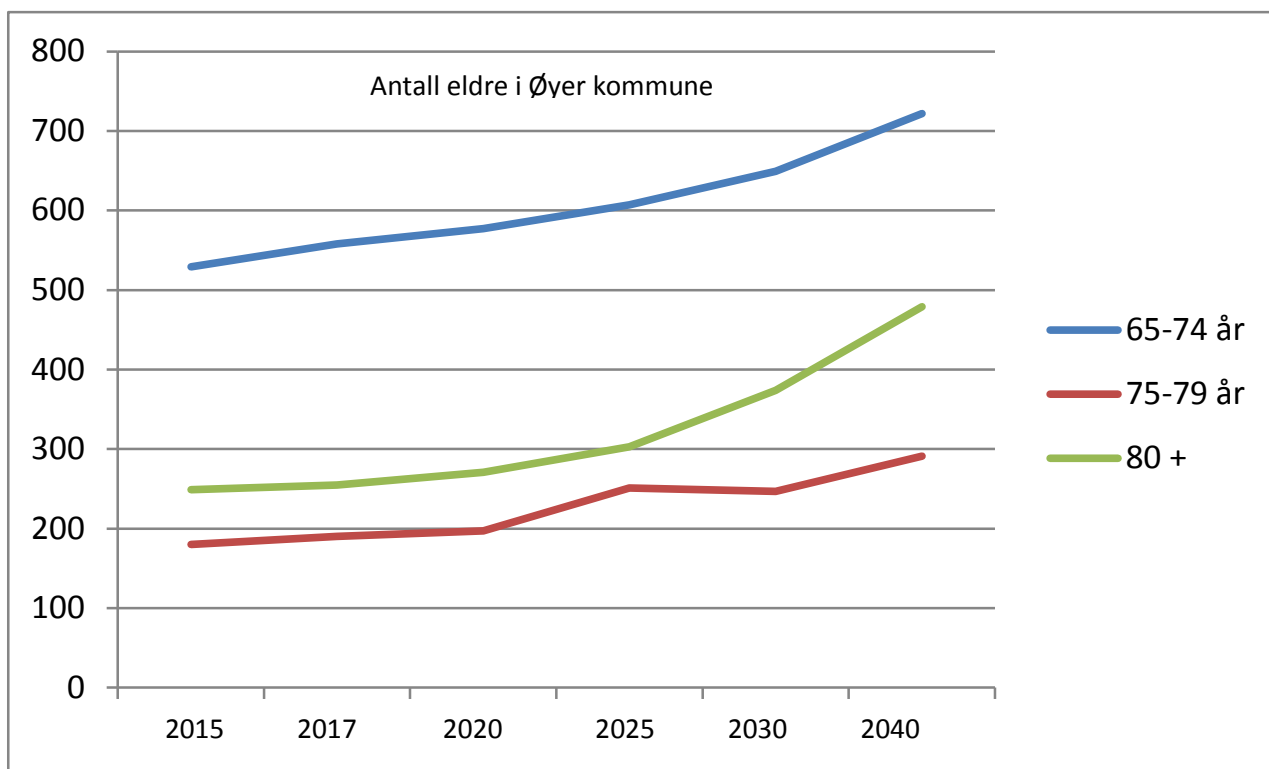
Samfunn, geografi og legetjenesten

Demografi i Øyer kommune

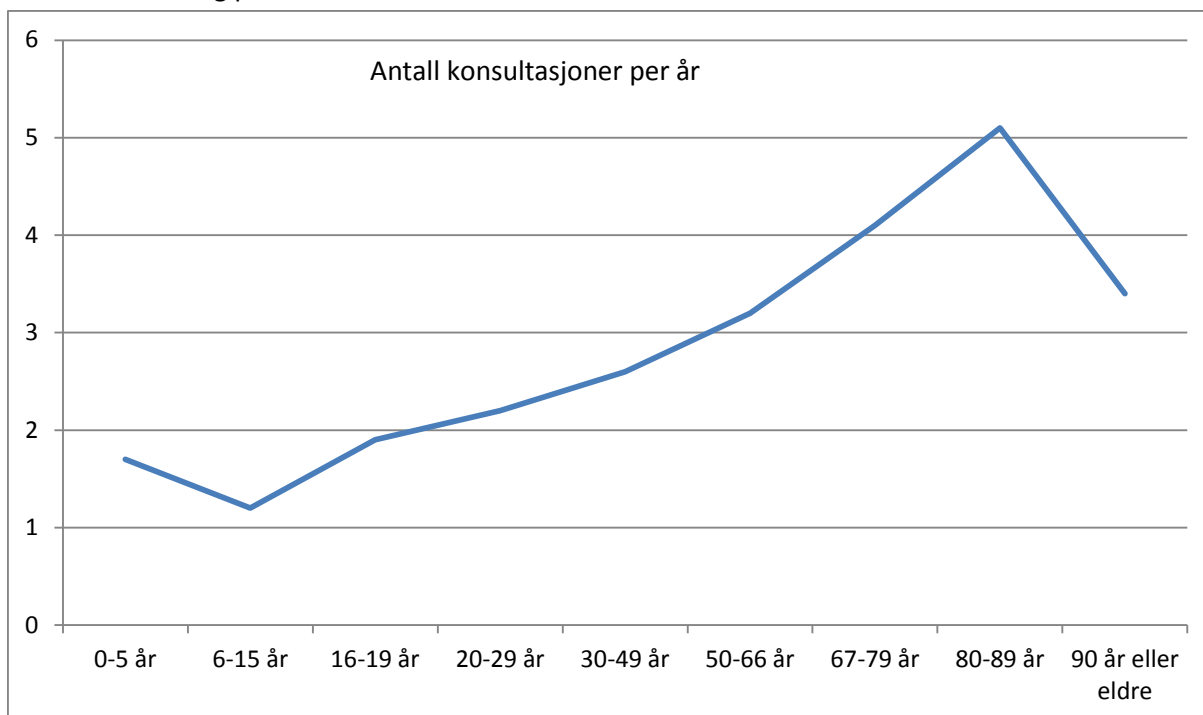
Demografi er viktig for å planlegge helsetjenesten ettersom behovet for helsetjenester øker med økende alder. Det blir stadig økende andel eldre i befolkningen. Antall eldre i Norge over 75 år er ventet å fordoble seg fra dagens 360 000 til rundt 740 000 i 2040. Utviklingen i antall eldre er illustrert med tabellen under.

Årstall		2015	2020	2025	2030	2040
Geografi	Alder					
Øyer	65-74 år	520	577	607	649	722
	75-79 år	175	197	251	247	291
	80 år+	240	271	303	374	479
	Sum	935	1045	1161	1270	1492
	I prosent	100	112	124	136	160

Her er de samme tallene lagt inn i et linjediagram.



Denne figuren illustrerer at utviklingen i begynnelsen av perioden er svakt stigende, men kurvene stiger langt brattere mot slutten av perioden, særlig blant de eldste over 80 år. I tall vil antall eldre over 75 år i Øyer kommune øke fra dagens ca. 460 personer til rundt 770 personer i 2040. Dette tilsvarer en økning på nesten 70 %.



Demografisk utvikling er av betydning for hele det kommunale tjenesteapparatet, også fastlegestruktur. Grafen over er basert på tall fra SSB for 2016. Den viser antall konsultasjoner hos

fastlegen i løpet av året fordelt på de ulike aldersgruppene. Grafen viser at antall konsultasjoner øker fra rundt to per år i de yngste aldersgruppene helt opp til fem per år hos de eldre. Blant de aller eldste over 90 år faller antallet noe tilbake. Dette forklarer blant annet med at mange bor på institusjon hvor det er egen institusjonslege som ivaretar det medisinske behovet og dermed går de mindre ofte til fastlegen i gjennomsnitt. I tillegg til at antallet konsultasjoner blant de eldre er over dobbelt så mange som hos de yngste, så er det rimelig å anta at hver konsultasjon hos de eldre tar lenger tid enn hos de yngre pga. flere og mer sammensatte problemstillinger. Den totale bruken av fastlegens tid er nok derfor enda større blant de eldre enn de grafen illustrerer.

I sin rapport om bruk av fastlege fra 2016 skriver SSB:

„Ser vi på bruken av fastlege, hadde kvinner i gjennomsnitt flere legebepok enn menn, 3,1 mot 2,2 konsultasjoner. (...) Mye av forskjellen mellom kjonnene kan forklares ved kvinners bruk av fastlege i forbindelse med svangerskapsomsorg, prevensjonsveiledning og oppfølging av sin reproduktive helse. At vi også ser ulikhet mellom menn og kvinners bruk av fastlege i gruppen over 50 år, kan forklares ved forskjeller i helse og sykdomsmønstre, men også av at kvinner har en høyere tilbøyelighet til å følge opp egen helse.

Det er en sterk økning i legebruk etter alder, fra det laveste nivået på ca. ett årlig besøk blant barn over 5 år, til noe over fem besøk i året blant personer i 80-årene. For personer over 90 år er bruken av fastlegene derimot noe lavere, særlig for kvinnene som har et årlig gjennomsnitt på noe over tre besøk.

Generelt har endringene i fastlegebruken gjennom de siste fem årene vært små. Men innenfor de eldste aldersgruppene kan vi se noe endring over tid. Mens «unge eldre» ser ut til å bruke fastlegen litt mindre enn i foregående år, øker bruken blant de aller eldste. Dette gjelder både gjennomsnittstallene for besøk hos lege per person i aldersgruppen, og det gjelder andelene som hadde fem eller flere konsultasjoner årlig.

Det antas at fastlegebruken er påvirket av hvor stor andel av de aller eldste som er hjemmeboende, da hjemmeboende eldre bruker fastlegen mer enn de som bor på institusjon. At bruken har økt noe for de eldste etter 2010, har trolig sammenheng med at andel hjemmeboende blant de eldste har økt i den samme perioden. Den beskjedne nedgangen i fastlegebruken blant de eldre under 80 år, kan derimot ha sammenheng med en bedring av helsen i aldersgruppen over tid. «

Noe av det interessante SSB selv skriver er at fastlegen brukes mer av eldre som er hjemmeboende. Kommunen har et mål om at flere eldre skal bo i eget hjem. Ser man på den demografiske utviklingen i Øyer kommunen opp mot bruken av fastlege er det liten tvil om at fastlegetjenesten må rustes for å håndtere behovet som vil komme. Skal man lykkes med at flere eldre kan bo hjemme vil det kreve en velfungerende fastlegeordning med kapasitet og kvalitet, og god samhandling mellom de ulike kommunale tjenestene som blant annet fastlegene, hjemmetjenesten og sjukehjemmet.

Samfunn og geografi

Øyer kommune har 5082 innbyggere. Av disse er 3344 bosatt i Øyer sokn og 1738 er bosatt i Tretten sokn. Avstanden langs E6 fra kommunegrensa mot Lillehammer og til kommunegrensa mot Ringebu er 25 km og beregnet å ta 18 minutter å kjøre med bil. Avstanden fra grensa mot Gausdal i Musdalen og ned til Tretten er ca 8 km og anslått å ta ca 10 minutter å kjøre. Avstand fra Tretten sentrum til sentrum i Granrudmoen er 13 km og tar ca 10 minutter å kjøre. Selv om Øyer er en stor kommune i areal er likevel befolkningen konsentrert i dalføret. Avstandene for innbyggerne mellom de ulike tettstedene er korte sammenlignet med andre kommuner. I Gausdal er avstanden fra Svatsum til kommunegrensa mot Lillehammer i sør ca 42 km til sammenlikning og anslått å ta 40 minutter å kjøre. Avstand fra Tretten til Fåvang er 18 kilometer. Ringebu kommune har fastlegekontor på

Fåvang. Alle kommuner i Gudbrandsdalen med unntak av Lillehammer og Gausdal har en modell med ett fastlegekontor i hver kommune. Gausdal har tilnærmet en slik modell – her er alle legene unntatt en samlet i nytt felles legekantor.

Kompetanse i fastlegeordningen

Fra 01.03.2017 trådte nye regler i kraft som omhandler krav til kompetanse for fastleger. Nå må fastlegen være spesialist eller under spesialisering innen allmenntmedisin. Tidligere kunne man starte opp en allmennpraksis så lenge man hadde gjennomført turnustjeneste. Slik er det ikke lenger. Dette innebærer en rekke skjærpede krav for å kunne drive som fastlege. Det er i tillegg kommet nye krav for å kunne arbeide som lege på legevakt eller være lege i dagberedskap. Disse kravene omtales under kapittel om legevakt og dagberedskap (under).

Spesialistregler i allmenntmedisin

For å kunne bli spesialist i allmenntmedisin må man ha gjennomført et utdanningsprogram som omfatter følgende:

- Gjennomført turnustjeneste (18 mnd)
- 4 års arbeid innenfor allmenntmedisin (fastlegearbeid) i full stilling.
- 1 års arbeid i spesialisthelsetjenesten (sjukehus-tjeneste) i full stilling.
- Obligatoriske kurs i regi av Legeforeningen
- Deltakelse i veiledningsgruppe.
- Deltakelse i legevakt med minstekrav til antall vakter

Det tar altså minst 5 år å utdanne en spesialist innenfor allmenntmedisin etter gjennomført turnustjeneste på halvannet år. I realiteten tar det nesten alltid lenger tid fordi det er såpass mange krav som må oppfylles. I tillegg kan det være vanskelig å skaffe nødvendig stilling for å få gjennomført obligatorisk arbeid innenfor spesialisthelsetjenesten.

Når man er blitt spesialist i allmenntmedisin er det krav om at man må holde seg oppdatert og vedlikeholde kompetansen. Hvert femte år må man som spesialist resertifiseres. Det er strenge krav til denne resertifiseringen. Blant annet gjelder dette deltakelse i kurs, krav til tjeneste og deltakelse i gruppeundervisning med andre allmennleger i smågruppe. Slik gruppeundervisning skjer normalt en gang per uke eller hver fjortende dag og ivaretas som regel mellom legene på samme legekantor. Det er krav om minst tre leger i en slik gruppe. Turnuslegen kan ta del i undervisningen, men teller ikke inn for å dekke minimumskravet om tre leger blant annet fordi vedkommende lege ikke deltar i gruppeundervisningen over tilstrekkelig lang tidsperiode. Leger under spesialisering deltar også i slik gruppeundervisning som en del av opplæringen.

Lege i spesialisering

For fastleger som ikke er spesialister i allmenntmedisin er det nå et krav om at man må påbegynne og gjennomføre slik spesialisering. Fram til 01.03.17 var det fastsatte krav for å ha rett til å drive fastlegepraksis for nyutdannede leger. Disse reglene er nå faset ut, men det er fortsatt ikke vedtatt nye regler for dette på detaljnivå. Det er varslet at nytt regelverk skal være på plass innen 01.03.2019. Fram til dette må derfor kommunen ta utgangspunkt i det gamle regelverket når det gjelder detaljene. Dette regelverket handler om å sikre en forsvarlig legetjeneste når man har fastleger som ikke er spesialister. Det innebærer at det første halvannet året etter turnustjeneste må

man ha en tilgjengelig en mer erfaren kollega som kan gi råd, opplæring og veiledning. Dette ble tidligere kalt veiledet tjeneste. I tillegg må den ferske legen gjennomføre to obligatoriske kurs på til sammen to uker. Det betyr at en nyutdannet lege etter turnustjeneste ikke kan gå inn å jobbe som fastlege selvstendig. Ifølge det gamle regelverket kunne man jobbe selvstendig etter halvannet års arbeid som fastlege – tilsvarer tre år etter grunnutdanning (18 mnd turnustjeneste + 18 måneder som fastlege). Hvordan dette vil se ut når de nye kompetansekravene for legetjenesten i kommunene er ferdige i 2019 er uklart. Man må imidlertid anta an trenden med stadig strengere kvalitetskrav vil holde fram.

Turnuslege/Lege i spesialisering 1

Leger må gjennomføre såkalt turnustjeneste etter grunnutdanningen på seks år. Turnustjenesten består av 1 års tjeneste på sykehus (6 mnd kirurgi, 6 mnd indremedisin) og ½ år i kommunehelsetjenesten innen allmenntmedisin (jobbe på fastlegekontor). Det er fastsatt en rekke krav til kommuner som skal ha turnuslege i legetjenesten. Dette er for å sikre at turnuslegen får tilstrekkelig oppfølging og opplæring. Dette er viktig for å sikre forsvarligheten i tjenesten med en ung og uerfaren lege. I kommentarutgaven til kommunelegeavtalen mellom Legeforeningen og KS står det: „Turnusstedet plikter å organisere turnustjenesten på en forsvarlig måte. I dette ligger det blant annet at turnuslegen skal ha tilgjengelig veileder til enhver tid når han/hun behandler pasienter. Som det fremgår av punkt 12.5 skal turnuslege som den klare hovedregel aldri arbeide uten veiledning og tilsyn.” Videre står det under pkt 12.5 i samme avtale: „Turnuslegen skal ikke arbeide uten veiledning og tilsyn av kommunelege i praksisen”. I tillegg skal turnuslegen ha en fast utpekt veileder som har hovedansvaret for å veilede turnuslegen. Det er anbefalt at denne veilederen selv er spesialist i allmenntmedisin. Veilederen har også ansvar for å påse av krav til gjennomførte prosedyrer og læringsmål blir fulgt opp. Det er krav til temaer/prosedyrer turnuslegen skal gjennom. I tillegg skal turnuslegen også ta del i offentlige legeoppgaver som sjukehem og helsestasjon og skal også introduseres for samfunnsmedisin. Fra 01.09.2017 vil det innføres nye regler for turnusordningen for leger. Fra denne datoen vil turnuslege omdøpes til LIS- 1 (lege i spesialisering 1) og vil være den første delen av spesialistutdanningen. Den praktiske konsekvensen av dette anses å være liten, bortsett fra at alle leger som ønsker å bli spesialister må ha slik tjeneste. Tidligere kunne leger med utdanning fra enkelte EØS-området begynne i spesialisering i sykehus eller fastlegepraksis uten å ha gjennomført turnustjeneste først. Dette vil det ikke lenger være rom for.

Utviklingstrekk i fastlegeordningen – mindre pasientlister og større kontor

Den kommunale legetjenesten har vært i utvikling og endring også etter innføringen av fastlegereformen i 2001. Det er særlig to utviklingstrekk som er tydelige, nemlig at pasientlistene blir mindre (færre pasienter per lege) og at legene organiserer seg i større praksisfelleskap. Det er en klar tendens til at pasientlistene blir mindre nasjonalt. Da fastlegeordningen ble innført ble antall pasienter per årsverk fastlege satt til 1500 (300 pasienter per arbeidsdag i uken). Siden innføringen har imidlertid listene til fastlegene blitt stadig mindre. I dag er gjennomsnittlig listestørrelse per lege 1120.

Det er flere årsaker til denne nedgangen, men samlet sett dreier seg om en økt arbeidsmengde for å ivareta hver pasient.

- Dette dreier seg blant annet om NAV-reformen og sykemeldingsarbeid som fastlegene bruker mye tid på. Dette gjelder å vurdere sykemeldinger, delta i dialogmøter, skrive

legeerklæringer og delta i prosesser for å søke om andre ytelser som arbeidsavklaringspenger og uførepensjon.

- Fra i fjor fikk fastlegene økt ansvar og arbeidsmengde knyttet til førerkortsaker. Regelverket ble strammet inn med tilhørende krav til mer omfattende undersøkelser hos fastlegen. I tillegg overtok fastlegen noe av ansvaret for å vurdere dispensasjon, noe som tidligere var Fylkesmannens ansvar.
- Samhandlingsreformen og utviklingen med at pasientene skal skrives ut av sykehus raskere og flere skal behandles i kommunehelsetjenesten er kanskje noe av den viktigste grunnen til økt arbeidsmengde i den kommunale legetjenesten. Dette innebærer en betydelig økt arbeidsmengde på fastlegene som nå skal ta hånd om en del pasientgrupper som tidligere ble kontrollert i sykehusene. Dette kan være knyttet til å gjøre medisinerendringer, foreta kontroller, rekvirere undersøkelser og ha samtaler med pårørende som tidligere ble gjort i sykehusene.
- Fra i fjor ble det innført krav om legeattest ved fravær pga. sykdom i videregående skole. Dette har også medført en økning i pågangen hos fastlegene.
- Flyktningestrømmen har også bidratt til økte arbeidsmengde. Dette gjelder både helsestasjon og fastlegetjenesten. Dette kan ofte være personer med stort behov for helsehjelp.
- Det er kjent at Helsedirektoratet har planer for at rehabiliteringspasienter raskere skal overføres til primærhelsetjenesten, jf St melding primærhelsetjeneste og Opptrappingsplan for rehabilitering fra Helsedirektoratet 2017. Overordnet samarbeidsutvalget mellom KS og SiHF har etablert en arbeidsgruppen for dette. En styremedlem fra Helseregion Sør-Gudbrandsdal deltar i denne gruppen.
- Regjeringen satser på intensivering av arbeidet innenfor Psykisk helse og rus. Dette innebærer at også disse pasientgruppene skal få større del av behandlingen innenfor den kommunale helsetjenesten enn tidligere. Overordnet samarbeidsutvalget mellom KS og SiHF har etablert en arbeidsgruppen for dette. En styremedlem fra Helseregion Sør-Gudbrandsdal deltar i denne gruppen. Fra 2017 ble kommunene pålagt å ha tilgjengelig akutttilbud også for pasienter innenfor rus og psykiatri. Fra tidligere har kommunen allerede et tilbud til somatiske pasienter. Utviklingen innen psykiatrien går fortsatt i retning av at kommunene skal ta et stadig større ansvar for denne pasientgruppen. Tidligere kunne alvorlig syke pasienter leve store deler av livet på psykiatriske institusjoner slik som Sanderud og Reinsvoll. Nå skal disse ha tilbud i form av bolig og nødvendige helsetjenester i kommunen. Dette er ikke noen ny utvikling, men det nye pålegg om akutttilbud i kommunen. Totalt sett bidrar dette også til et større arbeidspress på fastlegene i tillegg til at det krever gode samarbeidsrutiner med psykiatritjenesten og hjemmetjenesten i kommunen.

Totalt sett er det grunn til å tro at utviklingen med stadig mer arbeid knyttet til hver pasient vil holde fram. Det er et klart politisk mål at flere skal behandles i kommunal helsetjeneste og at pasientene skal raskt tilbake i kommunen etter å ha vært behandlet i spesialisthelsetjenesten. Dette er ikke så rart ettersom det ofte er langt mer kostnadseffektivt. Dette vil imidlertid gjøre at fastlegeordningen og andre kommunale helsetjenester som hjemmetjeneste og sjukehjem vil måtte rustes for å sikre nødvendig kapasitet og kompetanse for å klare dette på en god måte.

Et annet utviklingstrekk i fastlegeordningen er legene etablerer større praksisfellesskap med flere leger ved samme kontor. Tidligere var det relativt vanlig med solopraksis (en-lege-praksis), mens det

nå er en klar trend i retning av fler-lege praksiser. Gjennomsnittlig praksisstørrelse er i dag ca 3 fastleger per kontor. Kun 10% driver solopraksis. Det er en tendens til at særlig yngre leger og kvinner ønsker seg større legepraksiser med flere leger. Dette er en utvikling man også har sett internasjonalt. Både i USA, Storbritannia, Tyskland og Nederland har legepraksisene blitt større med flere leger, og andelen i solopraksis gått ned. Tradisjonelt har allmennpraksis vært relativt ensomt for legene. Man har ofte jobbet i solopraksis eller med bare en annen fastlege. Har man jobbet i distrikt har man kanskje vært den eneste legen innenfor et stort geografisk område. Dagens leger etterspør i større grad et fagmiljø mer likt det man har i sykehusene. Der arbeider legene innenfor et fagfelt i en felles avdeling med felles morgenmøte, felles visitt, felles poliklinikk, de spiser lunsj sammen og kan til enhver tid drøfte pasienter og problemstillinger med hverandre. I en sykehusavdeling er det også internundervisning og et fastlagt utdanningsprogram for opplæring av yngre kolleger. Utviklingen i allmennpraksis går også i retning av at man søker å etablere «fastlegeavdelinger» hvor mange fastleger jobber sammen, har felles fagmøter, felles lunsj, og til enhver tid kan drøfte utfordrende problemstillinger med hverandre i løpet av arbeidsdagen. Her er det også enklere å ivareta utdanningsfunksjon med opplæring av yngre leger i faget slik man gjør i sykehusene. Slike større fagmiljø er også mindre sårbare ved fravær. Dersom en av legene har uforutsett fravær kan de andre kollegene ved samme kontor steppe inn og ta unna de pasientene som ikke kan vente. Slike ordninger er ikke mulig i kontorer med få leger. I tillegg er det ofte besparende å ha flere leger på samme kontor fordi man da er flere til å dele på utgiftene til kostbart medisinsk utstyr. I en flerlegepraksis kan det også være enklere å opprettholde god internundervisning og fagutvikling ved at flere kan dele på arbeidet med å holde presentasjoner for hverandre. Denne utviklingen har man også sett i vårt nærrområde. Tidligere var det flere små praksiser i kommunene i Gudbrandsdalen. I Gausdal var det fire legekontor, i Ringebu to, i Sør-Fron var det to og Nord-Fron hadde to. I dag har alle disse kommunene valgt å slå kontorene sammen til større enheter med felles legekontor for hele kommunen. Dette er kommuner med til dels både flere innbyggere og større avstander enn Øyer kommune.

Dagberedskap og legevakt

Alle kommuner er pliktig å ha et akuttmedisinsk legetilbud til enhver tid jfr. akuttmedisinforskriften. I ordinær arbeidstid kalles dette dagberedskap. Utenom ordinær åpningstid er det kalt legevakt. Tilbudet er i prinsippet det samme - nemlig tilgang til akutt allmennmedisinsk hjelp ved behov - uavhengig av tid på døgnet. Det er fastsatte krav til slik akuttberedskap som gjelder både på dagtid og utenom vanlig arbeidstid, både gjennom fastlegeforskriften og akuttmedisinforskriften. Disse kravene handler blant annet om døgkontinuerlig tilgang til legevaktsentral via nasjonalt legevaktnummer, kompetansekrav til lege som kan gå i vakt (både være i dagberedskap og gå legevakt), krav til å være tilgjengelig på nødnett og kunne kommunisere med andre nødetater, krav til utstyr og krav til å kunne rykke ut umiddelbart ved behov.

Kompetansekrav til leger i legevakt og dagberedskap

Det er vedtatt nye kompetansekrav for leger og hjelpepersonell som skal jobbe i legevakt og dagberedskap. Disse kravene ble vedtatt i 2015. Det er todelte krav. Det ene kriteriet er krav om en viss arbeidserfaring. Dette kravet må være oppfylt innen 01.05.2018. Det andre kravet går på gjennomføring av to obligatoriske kurs. Dette kravet må være oppfylt innen 01.05.2020.

De nye kravene innebærer at legevakslege må være spesialist i allmenntilleggsmedisin eller godkjent allmenntilleggslege (tilsvarer rett til å arbeide selvstendig som fastlege) som i tillegg har jobbet minst 40 legevakter. I tillegg må legen ha gjennomført kurs i akuttmedisin og kurs i volds- og overgrepshåndtering. Dersom legen ikke møter disse kravene må legen ha en bakvakt som oppfyller kravene som må være tilgjengelig for å rykke ut. Samme krav til kompetanse vil gjelde for lege i dagberedskap. Ettersom ordningen godkjenning som allmenntilleggslege er i ferd med å fases ut ligger det forslag om at lege som skal kunne gå legevakt selvstendig må ha jobbet i minst 30 måneder etter grunnutdanningen, altså turnustjeneste/LIS-1-tjeneste pluss ett års arbeid.

Det er også krav om at hjelpepersonell på legevakt og dagberedskap må ha gjennomført kurs i akuttmedisin og i volds- og overgrepshåndtering. Legevakten og legekantor med dagberedskap skal være utstyrt slik at man umiddelbart kan rykke ut og slik at man kan iverksette medisinsk behandling i akutte situasjoner. De nye kravene innebærer blant annet at turnuslegen ikke lenger kan gå legevakt eller være i dagberedskap uten godkjent bakvakt som er godkjent, og som kan rykke ut ved behov. Det samme vil gjelde for nyansatte leger som har jobbet mindre enn halvannet år etter turnus. Bakvakt kan dermed ikke bare være tilgjengelig via telefon slik som tidligere, men må fysisk kunne rykke ut for å bistå ved behov.

Dagberedskap i Øyer kommune

Dagberedskapen i Øyer kommune er i dag ivarettatt gjennom en ordning hvor en lege har beredskapsvakt per arbeidsdag. Dette veksler mellom legekantoret på Øyer og på Tretten. Denne legen er da ansvarlig for å håndtere øyeblikkelig hjelp-behov for alle som oppholder seg i kommunen som ikke har tilgang til egen fastlege. Merk her at beredskapsplikten for legen omfatter alle som til enhver tid oppholder seg i kommunen - helt uavhengig om de er innbyggere i kommunen eller har fastlege i kommunen. Dermed omfattes turister, utlendinger og øvrige innbyggere som ikke har tilgang til fastlegen f.eks. fordi fastlegen ikke er tilgjengelig den dagen (sjuk/kurs/jobber deltid og ikke er på jobb den dagen). Legen som har beredskapsvakt vil dermed ha flere oppgaver samtidig: Ta hånd om egne ordinære pasienter på oppsatte timer, håndtere alle ø-hjelps-pasienter som trenger legehjelp, men ikke har fastlege tilgjengelig den dagen, være tilgjengelig på nødnett og om nødvendig kunne rykke ut på akutte hendelser som alvorlige ulykker, hjertestans etc umiddelbart ved behov. Dagberedskapen gjelder fra 08-16 på vanlige arbeidsdager. Alle andre tidspunkt er det legevakta som dekker denne funksjonen.

Legevakt

Kommunen er som sagt ansvarlig for akutt legehjelp til enhver tid for de som oppholder seg i kommunen. Utenom åpningstid er dette løst gjennom et samarbeid med til sammen sju kommuner gjennom Lillehammer Interkommunale legevakt. Nordre Ringsaker, Lillehammer, Gausdal, Øyer og Ringebu inngår i driften av denne legevakten på ettermiddag/kveld, helg og natt. Sør-Fron kommune og Nord-Fron kommune deltar i samarbeidet på natt - det vil si fra 23-08. Utenom natt samarbeider disse to kommunene om egen lokal legevakt - Fronsvakta - som veksler mellom legekantoret på Hundorp og Vinstra. Lillehammer interkommunale legevakt er organisert etter en såkalt vertskommunemodell med Lillehammer som vertskommune. Samarbeidet om den interkommunale legevakta innebærer at fastlegene i alle kommunene deltar i vakter ved legevakta. Disse mottar ingen

lønn, men får et lite beredskapstilskudd per time i tillegg til inntjening fra trygden og pasientbetalingen på legevakta. Det er eget hjelpepersonell ved legevakta som er vanlig ansatte.

Legevaktsentral

Alle kommuner skal være tilknyttet en døgnbemannet såkalt legevaktsentral. Dette er i praksis en sentral som tar imot telefonhenvendelser. For Øyers del er denne lokalisert på Lillehammer interkommunale legevakt. Legevaktsentralen skal være døgnbemannet med helsepersonell med høyskoleutdanning (i hovedsak sykepleiere). I tillegg er det diverse tekniske krav til en slik legevaktsentral, bla a krav om lydopptak, elektronisk sporingstjeneste og rask kommunikasjon med andre nødetater jfr. akuttmedisinforskriften. Legevaktsentralen er koblet opp til det nye nasjonale nummeret for legevakt (116 117). Ved å ringe dette nummeret skal man altså uansett tid på døgnet komme i kontakt med legevaktsentralen i det distriktet man oppholder seg. Legevaktsentralen på Lillehammer er derfor bemannet med sykepleier gjennom hele døgnet, også på dagtid. Henvendelser på dagtid som vurderes å trenge legetilsyn blir derfor henvist videre til aktuelt legekantor. I praksis fungerer derfor legevaktsentralen i stor grad som en ren telefonformidling og rådgivning på telefon på dagtid. Alle sju overnevnte kommuner samarbeider om legevaktsentralen på Lillehammer. I Gudbrandsdalen er det legevaktsentral på Lillehammer og på Otta for Nord-Dalen.

KAD-senger (kommunal akutte døgnplass)

Som en del av Samhandlingsreformen ble det vedtatt at alle kommuner måtte ha tilbud om kommunale akuttsenger. Det vil si at man må ha tilgjengelig institusjonsplasser hvor pasienter kan legges inn i kommunal regi. Det er flere krav til disse sengeplassene, blant annet om døgnkontinuerlig tilgang på legetilsyn. Per i dag er denne oppgaven løst gjennom interkommunalt samarbeid med de samme sju kommunene som samarbeider om legevakt. KAD-sengene er lokalisert til Lillehammer Helsehus. Det er egen vaktordning for sykehjemslegene som innebærer at en av sjukehjemslegene i regionen har vakt på dagtid fra 08-23. På natt i tidsrommet fra 23-08 er det legevakslege som er medisinsk ansvarlig. På grunn av lite bruk av disse sengene er antallet redusert til fem (opprinnelig åtte). Disse fem KAD-sengene skal nå flyttes sammen med den nye legevakta. Nøyaktig organisering av KAD-sengene er foreløpig ikke helt avklart.

Ambulansetjenesten

Det er helseforetakene som har ansvar for ambulansetjenesten. Disse har egne krav til bemanning, drift, utstyr og kommunikasjon. De nærmeste ambulansene for Øyer er stasjonert på Lillehammer (ved sjukehuset), Gausdal (Segalstad Bru) og Ringebru (Vålerbrua). Det er AMK (akuttmedisinsk kommunikasjonsentral) som styrer ambulansene ut ifra behov og hensyn til beredskap.

Driftsformer og økonomi i fastlegeordningen

Fastlegeordningen er et spleiselag mellom tre parter – staten, kommunene og pasientene. Fastlegeordningen er i utgangspunkt regulert som modell for selvstendig næringsdrivende fastleger. Kommunen får overført et basistilskudd av 451 kroner per pasient per år. Tilskuddet er del av de såkalt frie midler kommunen får overført fra Staten. Kommunen fra sin side betaler ut et fast basistilskudd per pasient som står på fastlegens liste til selvstendig næringsdrivende fastleger. Dette

utbetales uavhengig om innbyggeren benytter legetjenesten eller ikke. Dette kan sammenlignes med at rammetilskudd til tjenesten.

Grovt regnet utgjør basistilskuddet rundt 30 % av inntektene til de selvstendig næringsdrivende fastlegene. De resterende 70 % av inntektene er aktivitetsstyrt – altså ved at legen behandler pasienter. Pasientene betaler egenandeler og trygden dekker deler av behandlingen gjennom refusjoner. Fordelingen mellom pasientbetaling og refusjon fra trygden er regulert gjennom en tariffordning. Pasientbetalingen utgjør ca. 30 % av inntektene, mens refusjoner fra trygden utgjør 40%.

Pasienter som bruker mer på helsetjenester enn frikortgrensen på 2 205 kroner per år får frikort fra Helseøkonomiforvaltningen (Helfo) som er en etat underlagt Helsedirektoratet. Når disse pasientene er hos legen vil trygden overta betalingen fra pasienten. Pasienten må imidlertid fortsatt betale for enkelte tjenester og utstyr som ikke omfattes av frikortordningen. Pasientbetalingen og refusjon fra trygden er aktivitetsbasert og kan sammenlignes med innsatsstyrt finansiering i sykehusene.

Driftsform – private eller kommunalt ansatte leger?

I utgangspunkt er fastleger selvstendig næringsdrivende. Fastlegen har da selv ansvar for å sørge for lokaler, ansette helsesekretærer, bestille utstyr, føre regnskap etc. Dette innebærer blant annet arbeidsgiveransvar. Distriktskommuner med relativt få innbyggere og svakere rekruttering har ofte andre driftsformer. Det er prinsipielt to forskjellige måter å gjøre dette på, enten ved å ha fast ansatte leger som er ansatte på lik linje med andre kommunale ansatte, eller å ha selvstendig næringsdrivende fastleger med avtale med kommunen. Noen kommuner har mellomløsninger.

Ved fastleger med fast ansettelses forhold til kommunen har man samme regler som øvrige ansettelsesforhold, jf Arbeidsmiljøloven. Det innebærer at arbeidsgiver har styringsrett og fastlegen har en fast arbeidstid som må være innenfor lovens bestemmelser. Det gir legen samtidig rett på sosiale rettigheter på linje med andre arbeidstakere slik som pensjon, sykepenger, rett til fravær pga. syke barn, foreldrepermisjon og feriepenger. Ved en slik ordning er det kommunen som får beholde basistilskudd, kommunen får inn refusjon fra fastlegens taksering som sendes inn til Helfo (trygden) og kommunen får inn pasientbetaling (egenandel). Fastlegen på sin side får utbetalt en fast månedlig lønn som øvrige ansatte.

Selvstendig næringsdrivende fastleger har en større frihet enn ved ansettelse. Kvalitative krav gjennom lover og regler til denne drift type er likevel det samme som for kommunalt ansatte fastleger.

I mange rekrutteringssvake områder har man valgt enten fastlønn eller varianter av såkalte nullavtaler. En ren nullavtale er standardform for selvstendig næringsdrivende fastleger som innebærer at kommunen sørger for lokaler, helsesekretærer og utstyr. Til gjengjeld får kommunen beholde basistilskuddet som legen skulle fått. Selvstendig næringsdrivende fastlegen på sin side får inntjeningen fra trygden (Helfo) og pasientbetalingen (egenandel). Legen har dermed bare ansvar for det medisinske arbeidet og pasientbehandlingen. Kommunen sørger for selve driften av legesenteret forøvrig.

Avtaleverk fastlegeordning

Fastlegene er dels selvstendig næringsdrivende, dels tilsatte i kommunen. Sentral står Forskrift om fastlegeordning i kommunene og Akuttmedisinforskriften. Tre avtaler regulerer videre legetjenesten i kommunen:

- SFS 2305 (Kommunelegeavtalen) regulerer vilkår for leger og turnusleger i kommunehelsetjenesten med arbeidsavtale. Legevakt utgjør en sentral del av avtalen, kapittel § 5 om kommunal legevaktordning.
- ASA 4310 (rammeavtalen) regulerer forholdet mellom den privatpraktiserende legen og kommunen.
- ASA 4301 (statsavtalen) regulerer ASA 4301 økonomiske vilkår for allmennleger med kommunal fastlegeavtale og legespesialister med avtalepraksis.

Ordninger i Gudbrandsdalen og i Øyer

Alle legekantor i Gudbrandsdalen med unntak av Lillehammer har løsninger enten med nullavtaler eller ansatte leger. På Lillehammer er fastlegene selvstendig næringsdrivende. På legekantoret på Tretten er legene kommunalt ansatte. På Øyer legekantor er det en variant av en nullavtale. Her dekker Kommunen lokaler og helsesekretærer, mens legene selv betaler for forbruksmateriell. I Gausdal kommune er alle legene unntatt en kommunalt ansatte på fastlønn. I Ringebu, Sør-Fron og Nord-Fron er legene både på nullavtaler og under faste ansettelse. Det samme gjelder øvrige kommuner lenger nord i Dalen. Hva som er mest fordelaktig av fastlønn og en nullavtale vil variere ut ifra nivå på fastlønn, befolkning/mulighet for å drive høy aktivitet og ønsker fra legen selv. Det er en tendens til at yngre og særlig kvinnelige leger har ønske om fastlønn. En selvstendig næringsdrivende kvinnelig lege kommer vesentlig dårligere ut ved barnefødsel og mammapermisjon enn som kommunal ansatt.

Fastlegeordningen i Øyer kommune

Det er litt over 4500 innbyggere som har fastlege i Øyer. Det betyr at en del innbyggere i kommunen har fastlege i en annen kommune – for det meste på Lillehammer.

Det er to fastlegekontor i Øyer kommune. Ett på Tretten som er lokalisert ved Øyer Helsehus. Her er det to kommunale ansatte fastleger som jobber, en i 60 %, den andre er ansatt i 100 %, men har senioravtale om 80 % arbeid. I tillegg er det turnuslege i full stilling. Det er i dag ca. 1500 pasienter som har fastlegen sin her. Ettersom de to fastlegene her jobber deltid er det flere dager hvor bare en av fastlegen er til stede i tillegg til turnuslegen. Dette er en sårbar ordning ettersom turnuslegen ikke har lov til å jobbe uten tilsyn og bakvakt. Skulle den ene fastlegen har uforutsett fravær pga sykdom eller annet så vil kontoret da måtte holde stengt den dagen.

Det andre legekantoret har nylig flyttet inn i nye lokaler i Granrudmoen. Her er det tre selvstendig næringsdrivende fastleger som jobber fulle stillinger. Litt over 3000 pasienter har fastlegen sin her. Her har fastlegene såkalt nullavtale med kommunen.

Av de fem fastlegene i kommunen i dag er bare en ferdig spesialist i allmenntilleggsmedisin, og denne legen vil gå av med pensjon i første halvdel av 2018. Dette gjør at kommunen er i en sårbar posisjon knyttet til kompetanse i fastlegeordningen.

Kravene til allmennlegepraksis er skjerpet i 2017. Kommunen skal ha allmennspesialister som fastlege eller at fastlege er under spesialisering. Lov og regelverk tilsier at fastlege som ikke er spesialist skal ha bl.a. veiledning, akuttmedisin kurs og bakvakt. Dette gjelder også for legevakslege og dagberedskap.

Gjennomsnittlig listestørrelse i Øyer er litt over 1000 per legeårsverk. Nasjonalt er dette tallet 1128.

Tretten legekantor - nøkkeltall

Årsverk fastleger	1,6 + 1 turnuslege
Årsverk helsesekretærer	2,4
Listepasienter	1550
Antall legekonsultasjoner per år	3300
Antall enkle pasientkontakter per år	1200
Antall råd per telefon eller brev per år	2000
Sum alle pasientkontakter per år	6500

Øyer legekantor - nøkkeltall

Årsverk fastleger	3
Årsverk helsesekretærer	2,85
Listepasienter	3053
Antall legekonsultasjoner per år	8600
Antall enkle pasientkontakter per år	2000
Antall råd per telefon eller brev per år	5000
Sum alle pasientkontakter per år	15 600

Det er betydelig aktivitet innenfor legetjenesten. Ut ifra tabellen kan man lese at antall listepasienter i Øyer er dobbelt så mange som på Tretten. Aktivitet målt etter totalt antall pasientkontakter per år er imidlertid 2,4 ganger høyere i Øyer. Det misforholdet kan blant annet skyldes høyere tilstrømning av turister/tilreisende til legekantoret i Øyer. Man vil nok også måtte regne med en økt tilstrømning av både listepasienter og tilreisende som ønsker legetjeneste i Øyer når legekantoret har fått en mer sentral lokalisering. Turnuslegen jobber på Tretten og teller med i statistikken der. Det er imidlertid viktig å være klar over at en turnuslege ikke har samme kapasitet som en vanlig fastlege, og aktivitetsnivået ligger grovt sett på halvparten av nivået til en erfaren fastlege.

Når det gjelder turisttrafikk er det om lag 1300 legekonsultasjoner per år med pasienter som ikke er bosatt i Øyer kommune. Dette utgjør dermed litt over ti prosent av alle legekonsultasjonene. Det er ikke mulig å få ut data på hvordan turisttrafikken fordeler seg mellom Øyer og Tretten, men det er nærliggende å anta at det aller meste av dette tilfaller kontoret i Øyer. Dette kan i så fall forklare hvorfor det er relativt flere konsultasjoner i Øyer enn antall listepasienter skulle tilsa når man sammenlikner med kontoret på Tretten.

Kommunen har pt 5 fastleghejmeler. Det er en klar utvikling at fastlegene i framtid vil få mer oppgaver. Listestørrelse er pt litt under snittet. En utvidelse er ikke aktuell nå, men kan bli aktuell i framtid.

Pasienttilfredshet

I januar februar 2017 ble en pasienttilfredshetsundersøkelse gjennomført. Resultater fra brukerundersøkelsen knyttet til legekantorene viser at fastlegeordningen fungerer greit, men at det

er noen forbedringspunkter. Man skal være varsom med å overtolke disse resultatene da det kun er 157 pasienter som har svart – altså knapt 3,5 % av antall pasienter med fastlege i kommunen.

Forbedringspunkter fra undersøkelsen

- En stor andel melder tilbake at det er for dårlig tilgjengelighet til legetjenesten og da særlig at det er lang svartid på telefon
- En del melder som forbedringspunkt at legedekningen har vært ustabil de senere årene, med hyppige utskiftninger, noe som gjør at mange opplever at man ikke får bygd opp en relasjon mellom lege og pasient, noe som er viktig for en god fastlegeordning.
- Som tredje forbedringspunkt er knyttet til omdømme og kommunikasjon om tjenesten ut til innbyggerne. Kommunen bør nok forbedre (digital)kommunikasjonen ut mot pasientene og innbyggerne slik at tillit, og trygghetsrelasjon etableres og at det unngås misforståelser.

Øvrig legetjeneste i kommunen

- Helsestasjonslege: Denne funksjonen ivaretas av en av fastlegene. Dette er en lovpålagt tjeneste. Dette er arbeid tilsvarende ca 20% stilling.
- Legevakt: Fastlegene er tilpliktet deltakelse i vaktordningen på Lillehammer interkommunale legevakt.
- Sjukehjemslege: Øyer har en 100% sjukehjemslege som har det medisinske ansvar på Øyer Helsehus. I tillegg har man sjukehjemsoverlege i 20% stilling som er geriater. Sjukehjemslegen er del av regionnettverk for sykehjemsmedisin (8 sykehjemsleger) i regi av Helseregion Sør-Gudbrandsdal. Dette ledes av sykehjemsoverlegen. Det er en bakvakt-, og vikar ordning, obligatorisk kursing og fast hospiteringsordning. Intermediær avdelingen ved Lillehammer helsehus har blitt godkjent som utdanningsinstitusjon for geriatri som løfter kvaliteten i regions nettverket for sykehjemsmedisin.
- En av sykehjemslegene som er på vakt er i kraft av sin stilling også lege for regionens kommunale akutte døgnplasser (KAD)
- Samfunnsmedisin: Kommunen har egen kommuneoverlege med ansvar for samfunnsmedisin. Dette er en ren administrativ stilling og er ikke rettet mot pasientbehandling. Øyer kommune er vertskommune for en ordning med felles kommuneoverlege med Sør Fron kommune og Nord Fron kommune.

Samarbeid med andre aktører

Fastlegen er ment å ha en koordinerende og samordnende rolle i helsetjenesten. Det innebærer at fastlegen må samarbeide med en rekke andre aktører og institusjoner, blant annet spesialisthelsetjenesten, NAV, sjukehjem, hjemmetjenesten, ambulansetjenesten, barnevern, PP-tjenesten i tillegg til pasienten og pårørende. Samarbeidet med hjemmetjenesten og Øyer Helsehus er kanskje spesielt viktig for å ivareta den stadig økende andelen utskrivningsklare pasienter og eldre som skal bo i eget hjem.

Sjukehjemslegen har det medisinske ansvaret for beboerne der. Her vil behovet for samarbeid med fastlegene og med Sykehuset Innlandet. Dette gjelder særlig ved overgangene fra hjem til langtidsavdelingen, fra SiHF til korttidsavdeling og til intermediær avdelingen, og fra korttidsopphold på sykehjemmet til hjemmet.

En velfungerende fastlegeordning med stabile fastleger over tid er svært viktig for å bygge gode samarbeidsrutiner. Det tar tid å bli kjent med pasientene, men det tar også tid å bli kjent med

kommunen og samarbeidsaktører innen helsetjenesten lokalt. Slik lokalkjennskap til hverandre gir et langt bedre utgangspunkt for samhandling rundt pasientene til deres beste.

Oppsummering

Dette dokumentet er ment å være grunnlag for videre drøfting rundt framtidig organisering av legetjenesten i Øyer kommune. Grunnlagsdokument er drøftet intern med helsesekretær, allmennlegeutvalget, enhets- og sektorleder og hovedtillitsvalgt.