

Legetjenesten – tilleggsutredning

Formannskapet ba i møtet 17.10.2017 om en tilleggsutredning. I denne tilleggsutredningen ønsker rådmannen å belyse de problemstillingene som formannskapet ønsket bedre utredet. Denne tilleggsutredningen er et vedlegg til selve saken om fastlegetjenesten i kommunen.

Alternativer- kostnader/inntekter/muligheter

1. Fortsette som i dag- ett legekantor i Øyer ett på Tretten.

Utredning av å fortsette med uendret struktur er delvis belyst i de ulike dokumentene som var vedlegg til den opprinnelige saken. Det presenteres derfor her en sammenfatning av de viktigste punktene.

Fordeler

Sikrer fortsatt nærhet til fastlegetjenesten i begge sokn. Man kan oppnå noe kortere utrykningstid i de tilfellene hvor lege må rykke ut. Dette er imidlertid relativt sjeldent, og som regel vil ambulanse fra Ringebu, Gausdal eller Lillehammer kunne komme raskt til ved behov. Øyer har vesentlig bedre helsemessig beredskapsdekning enn andre steder i regionen og landet for øvrig.

Hjemmetjenesten på Tretten og Øyer Helsehus kan få bistand til å ta blodprøver og analysere enkle blodprøver på legekantoret på en noe enklere måte enn hvis tjenesten samles i Øyer. Helsehuset opplever av og til at de har pasienter som er vanskelige å ta blodprøver av. Da kan man be om bistand fra helsesekretær på legekantoret som har god kompetanse på dette. Dette kan også løses ved at en helsesekretær har faste dager hvor vedkommende reiser fra Øyer til Helsehuset for å ta blodprøver, men vil naturlig nok kunne løses noe enklere med fortsatt legekantor på Tretten. Hjemmetjenesten tar av og til blodprøver av hjemmeboende, og disse kan analyseres på legekantoret på Tretten. Ved flytting av legekantoret vil dette bli noe mer tungvint, men vil kunne løses ved å analysere på laboratoriet på Helsehuset, eller transportere blodprøvene til legekantoret i Øyer.

Ulemper

Vanskelig å oppfylle kompetansekrav: Pr 1.3.2017 er det et lovkrav om at alle fastleger skal være spesialister i allmennmedisin eller under spesialisering. Per i dag har kommunen bare en spesialist, øvrige leger er under spesialisering. Den ene spesialisten vil innen kort tid gå av med pensjon, da vil kommunen risikere å stå uten spesialist. Det er ventet at en av legene i Øyer vil kunne godkjennes som spesialist om noe tid. Å utdanne seg til spesialist tar minst fem år, og krever arbeidserfaring, gjennomført antall legevakter, kursdeltakelse og arbeidserfaring fra spesialisthelsetjenesten. Øyer har lav spesialistdekning sammenlignet med andre kommuner. Å ha tilgang til en spesialist er viktig for veiledning av kolleger og kompetanseheving. Veileder av turnuslege bør være spesialist i allmennmedisin ifølge retningslinjer fra Legeforeningen. En samling til ett legekantor gjør det enklere

med veiledning og gjennomføring av smågruppeundervisning, noe som er obligatorisk for å resertifiseres som spesialist.

Lovkrav fra 1.5.2018 om at alle leger som skal ha beredskap enten i form av daglegevakt eller legevakt må være spesialister i allmenntmedisin, eller ha en viss arbeidserfaring og i tillegg ha gjennomført kurs i akuttmedisin og i volds- og overgrepshåndtering. Daglegevakt er «legevakt på dagtid». Dette er tilgang på akuttmedisinsk legehjelp for alle som oppholder seg i kommunen, også tilreisende/turister, gjennomreisende, pendlere og andre. Per i dag ruller dette ansvaret mellom Øyer og Tretten. Leger som ikke oppfyller de nye kravene til vakt må ha godkjent bakvakt. En organisering av daglegevaktstjenesten i kommunen vil være langt enklere å løse ved en samling. Da får alle legene nyte godt av tilgangen til en spesialist i arbeidsmiljøet, og det vil være enklere å løse krav til kompetanse, og evt. sørge for bakvaksordning.

Sikre daglig drift av fastlegeordningen i kommunen: Det er utfordrende å sikre tilgjengelighet og kontinuerlig drift på to steder. Dette gjelder særlig på Tretten med kun to leger og en turnuslege. Den ene legen jobber deltid. I løpet av høsten har kontoret på Tretten måtte stenge fem dager på kort varsel pga. fravær av lege. Turnuslege kan ikke jobbe uten tilstedeværelse av annen lege på kontoret. Stenging av legekantoret på Tretten er uheldig for pasientene som da ikke får treffe sin fastlege, men må reise til Øyer for hjelp. For tjenesten er dette også en utfordring fordi det innebærer at legekantoret i Øyer får økt pågang når kontoret på Tretten er stengt, og arbeidsbelastningen her øker vesentlig disse dagene.

Økonomi/ressursbruk: Det vil være rimeligere å ha tjenesten samlet på ett sted. Fastlegetjenesten trenger bare ett sett utstyr, helsesekretærressursene vil utnyttes bedre, kommunen trenger ikke å øke antall legeårsværk for å sikre drift på Tretten. Totalt utgjør forskjellen i utgifter om lag 1 millioner kroner. I tillegg kommer økte lønnskostnader for fastlege for å sikre drift på Tretten. Denne ekstra utgiften står ikke i forhold til antall listepasienter.

Fastlegetjenesten er blant de mest kompetansekrevene tjenestene kommunen driver. Leger har seks års universitetsutdanning, turnustjeneste, og i tillegg er det nå krav om spesialisering som tar minst fem år. Total utdanningstid utover videregående opplæring er derfor 12,5 år. Det å skulle tilby en slik tjeneste på to steder i en liten kommune som Øyer koster dyrt og utgiftene til dette vil antagelig øke ettersom nye krav til tjenesten innføres.

Rekruttering og fagmiljø: Det anses mindre attraktivt å arbeide i et lite fagmiljø. Det er økende utfordringer nasjonalt med å rekruttere fastleger. Leger etterspør et kollegium hvor det er rom for å få hjelp/veiledning og som gir rom for faglig utvikling. Dette peker også fastlegene på i sin uttalelse. Øyer skal i løpet av kort tid besette hele tre legestillinger. Det vil være en fordel å kunne tilby arbeid ved et legekantor med fem fastleger i en slik prosess.

2. Samle alle fastlegene på ett kontor i Øyer

Mange momenter knyttet til dette er omtalt i den opprinnelige saksutredningen. Det presenteres derfor her en sammenfatning av de viktigste punktene.

Fordeler

Fordelene ved ett tjenestested vil i stor grad tilsvare punktene som er nevnt som ulemper ved fortsatt drift på to steder. Disse gjentas derfor ikke i detalj. En samling til ett legekantor vil gjøre det enklere å oppfylle nye kompetansekrav, gir mulighet for å bygge fagmiljø og gir en mer effektiv ressursutnyttelse og lavere driftskostnader. Når det gjelder rekruttering vil det i utgangspunktet være enklere å rekruttere nye leger til et større legekantor. Samtidig anses Øyer som noe enklere å rekruttere til enn Tretten. Dette henger nok sammen med kortere reisetid og pendleavstand til Lillehammer. Per i dag er samtlige av kommunens fem fastleger bosatte i Lillehammer.

Ulemper

Ulempene ved en samling i Øyer vil i stor grad motsvare punktene som er nevnt som fordeler ved fortsatt drift på to steder. Utrykningstid for lege til deler av kommunen vil bli noe lengre. Samtidig vil muligheten for å rykke ut kunne bli bedre, og man vil i større grad kunne tilby hjemmebesøk ettersom det er flere leger på kontoret som kan dekke opp slikt fravær fra kontoret for hverandre. Det vil bli noe mer tungvint å samarbeide med Øyer Helsehus og hjemmetjenesten på Tretten når det gjelder blodprøvetaking og analyse av disse. Dette kan imidlertid løses ved at helsesekretær kan reise til Tretten og bistå med dette på faste dager.

Litt lengre reisetid til legekantoret for pasientene som bor på Tretten.

3. Samle alle fastlegene på ett kontor på Tretten

Fordelene og ulempene ved en slik modell vil i stor grad motsvare punktene som allerede er nevnt. Det er likevel noen momenter ved en slik modell man må være klar over.

Fordeler

Fordelene ved en samling når det gjelder kompetansekrav, fagmiljø og driftskostnader vil gjelde også ved samling på Tretten. Disse er omtalt tidligere, og gjentas derfor ikke her. I en slik modell vil man fortsatt kunne bistå Helsehuset og hjemmetjenesten på Tretten når det gjelder blodprøver. Man vil imidlertid få tilsvarende utfordring for blodprøveanalyse for hjemmetjenesten i Øyer.

Ulemper

Lokalene på Tretten fastlegekontor er ikke store nok til å romme et felles legekantor for hele kommunen. Venterommet og resepsjonen anses å være for små. Det er fire legekantor, og det bør være åtte i et felles fastlegekontor. I tillegg er laboratoriet for lite. Antall undersøkelsesrom bør være fire på et samlet kontor og Tretten har ett. På Tretten er det tilrettelagt for tre helsesekretær og ikke for seks slik det vil bli i et samlet kontor. Et felles legekantor må ha minst åtte legekantor. Lokalene i Øyer har tilstrekkelig antall kontorer, og stort nok ventareal og resepsjonsområde.

Kantoret i Øyer har om lag dobbelt så mange pasienter som kantoret på Tretten. Det anses derfor mest hensiktsmessig å samle tjenesten der hvor befolkningsgrunnlaget er størst, og hvor de fleste innbyggerne allerede har sin fastlege. En samling på Tretten vil innebære at langt flere vil måtte kjøre fra Øyer til Tretten, enn hva tilfelle vil være motsatt veg. Dette forsterkes også av at hovedtyngden av turisttilstrømmingen er i Øyer som har sammenheng med aktiviteten i Hafjell. Det vil innebære et redusert tilbud til turistene å legge ned fastlegekontoret i Øyer.

Dersom man har en akutt tilstand/sjukdom eller skade som krever videre behandling på sjukehuset vil alle pasienter fra Øyer først måtte reise til et felles legekontor på Tretten, for deretter å reise tilbake og til Lillehammer. Hvis man f. eks. faller i Hafjell og mistenker brudd vil man først måtte transportere pasienten til Tretten – og deretter transportere pasienten sørover igjen til Lillehammer. Dette vil være en tilleggsbelastning for pasienten, og lite hensiktsmessig. Dette er også noe av begrunnelsen for at Ringebu kommune har lokalisert sitt fastlegekontor på Fåvang i nærheten av Kvitfjell.

Alle innbyggere kan fritt velge fastlege. Man kan velge fastlege i en annen kommune enn der man er bosatt. Det er per i dag ca. 500 personer som er bosatt i Øyer kommune som har valgt å ha fastlege i en annen kommune, først og fremst Lillehammer. Lillehammer har i lengre tid hatt dårlig kapasitet blant sine fastleger og de fleste listene har vært fulle. Lillehammer planlegger nå å ansette tre nye leger for å bedre på dette. Dersom man samler legetjenesten på Tretten vil man måtte regne med at flere innbyggere bosatt i Øyer vil velge fastlege på Lillehammer, framfor å reise til Tretten. Det vil i så fall innebære redusert driftsgrunnlag for fastlegetjenesten i kommunen og vil kunne medføre at man må redusere bemanningen hvis mange skifter fastlege til en annen kommune. Det er også slik at en kommune må betale en annen kommune for at egne innbyggere har fastlege i den andre kommunen. Øyer betalte i fjor ca. 220 000 kroner til andre kommuner, først og fremst til Lillehammer, for at innbyggere i Øyer hadde fastlege utenfor egen kommune. Dette reguleres gjennom det såkalte «Gjesteinnbyggeroppgjøret for fastlegeordningen». Hvis flere innbyggere i Øyer kommune velger fastlege utenfor kommunen vil dette beløpet øke. Lillehammer kommune mottok i 2016 ca. 1,6 millioner kroner fra andre kommuner ettersom ca. 3600 flere personer enn egne innbyggere i har fastlege der. Det er et mønster at regionsentra har flere personer på fastlegelistene enn antall egne innbyggere. Av kommunene i Oppland og Hedmark gjelder dette særlig for Lillehammer, Hamar, Gjøvik, Elverum, Kongsvinger og Nord-Aurdal (Fagernes). Omkringliggende kommuner har en netto lekkasje av pasienter.

Det er ikke mulig å anslå hvor mange som vil skifte fastlege på forhånd, men det er en risiko man må være klar over. Legekantoret i Øyer har nylig flyttet inn i moderne og mer sentrale lokaler. Dette gir håp om at man kan klare å «hente hjem» en del pasienter som i dag har fastlege i Lillehammer.

En vurdering av fulle stillinger og en vurdering av hvilken type praksis som skal tilbys innen de forskjellige alternativene (ansettelse/privat praksis)

Vurdering av fulle stillinger

Alle fastlegene unntatt en har fulle stillinger. Den ene legen som jobber deltid jobber 60%. Det avgjørende er tilstrekkelig fastlegeressurser til å betjene pasientene. Behovet vil også henge sammen med strukturen i tjenesten. Ved et enkelt kontor vil man kunne utnytte legeressursene mer fleksibelt, og man vil bare se på antall pasienter for å beregne behovet for antall årsverk. Dersom man ønsker å fortsette med kontor to steder vil man måtte ta høyde for et større behov for legeårsverk simpelthen for å kunne tilfredsstillere lovkravene til kontinuerlig og stabil drift i tjenesten.

Dette for å unngå stenging av kontoret på Tretten. Dermed vil man måtte påregne noe økte kostnader knyttet til dette. Leger vil ha fravær pga. ferie, sykdom, kursdeltakelse og fri fra dagarbeid etter at man har hatt legevakt på natt. Kursdeltakelse er obligatorisk for å kunne bli spesialist. Etter å ha blitt spesialist i allmenntilleggsmedisin må fastlegen også delta på kurs for å kunne oppfylle krav til resertifisering. Spesialister i allmenntilleggsmedisin må resertifiseres hvert femte år. Fravær av ulike grunner må derfor påregnes.

Så lenge kommunen har deltidsstillinger på Tretten vil kontoret måtte stenge enkelte dager. Noen dager på kort varsel pga. uforutsett fravær. Slik stenging av kontoret er uheldig for pasientene som forventer og har krav på legehjelp. Det er krav om åpningstid hos fastlegen 44 uker per år, og 28 timer per uke. For å unngå stenging av legekontoret på Tretten enkelte dager, kan kommunen leie inn legebemanninger som ofte er dyrt. Dersom kommunen skal videreføre drift på to steder som i dag må det derfor regnes med økte ressurser til flere legeårverk for å sikre kontinuerlig drift. Dette vil koste om lag 550 000 kroner per år. Dette er ikke medregnet i opprinnelig saksutredning. Da vil man ha to fulle årsverk fastlege på Tretten. Dette er for høyt ut ifra pasientpopulasjonen på rundt 1500, men er nødvendig for å sikre driften og unngå stenging av kontoret.

Kommunalt ansatte fastleger eller selvstendig næringsdrivende fastleger

Når det gjelder økonomisk driftsform er dette også i noen grad gjort rede for i den opprinnelige saksutredningen. Det presenteres derfor her en sammenfatning.

Utgangspunktet for fastlegeordningen i Norge er at fastlegene skal være selvstendig næringsdrivende med fullt ansvar for lokaler, drift, utstyr, helsesekretærer, datasystemer etc. Fastlegen får sin inntjening via et basistilskudd (rammetilskudd) fra kommunen basert på antall listepasienter, driftsinntekter fra pasientene og fra Helfo (trygden) basert på aktivitet/pasientbehandling (innsatsstyrt del).

I kommuner med svak rekruttering eller svakt driftsgrunnlag har kommunen tilrettelagt ulike ordninger for at det skal være enklere å jobbe som fastlege. Dette anses å være et rent rekrutteringsvirkemiddel. En variant er at kommunen overtar ansvaret for driften av legekontoret, mens legen forblir privat næringsdrivende. Dette kalles en såkalt nullavtale.

En annen løsning er at kommunen overtar ansvaret for både driften av legekontoret, og i tillegg ansetter legen slik at fastlegen blir vanlig arbeidstaker på linje med andre ansatte i kommunen.

Både ansettelse og nullavtale innebærer større økonomisk trygghet for fastlegen, og kommunen påtar seg mye av det ansvaret som fastlegen i utgangspunktet er tiltenkt. Hvorvidt kommunen skal ansette fastleger eller inngå i nullavtaler henger derfor sammen med rekrutteringssituasjonen. Alle kommuner i Gudbrandsdalen nord for Lillehammer har enten løsninger med ansatte leger eller kommunalt drevne kontor, men hvor legene er private. Begge deler innebærer altså en støtte til drift av fastlegetjenesten. Gausdal har valgt å ansette sine leger. I Øyer har man ansatte leger på Tretten og private leger i Øyer, men begge legekontorer er kommunalt driftet med kommunalt ansatt hjelpepersonell.

Det er enighet om at kommunen på en eller annen måte må understøtte fastlegedriften i kommunen. Hvorvidt det skal skje gjennom å ansette leger eller ha kommunalt drevet kontor med private leger vil ofte komme an på hva legen selv ønsker. Noen ønsker ansettelse med tanke på forutsigbar inntekt og sosiale rettigheter som arbeidstaker. Andre ønsker å være private av hensyn til noe økt frihet, og muligheten til å kunne styre arbeidstida mer selv, og jobbe ekstra mye i perioder og dermed kunne tjene mer. For kommunen er det viktigste å ha stabilitet i fastlegegruppa over tid. Økonomisk driftsmodell er et verktøy for å oppnå dette. Derfor bør kommunen ha en fleksibilitet til å inngå økonomisk driftsavtale med den enkelte lege etter hva kommunen anser som mest hensiktsmessig og hva legen selv ønsker.

Alternativene for annen bruk av lokalene i de forskjellige alternativene- muligheter, kostnader og inntekter

Det er flere alternativer til bruk av lokalene til henholdsvis legekontoret på Tretten og legekontoret i Øyer. Eksterne leietakere kan være private fysioterapeuter, kiropraktor, privatpraktiserende psykolog, massasjevirkosomhet og Øyer og Tretten kirkekontor. Aktuelle tjenester i kommunal regi er helsestasjon for eldre, ordinær helsestasjon for barn og unge og tjeneste for psykisk helse og rus.

Per i dag har selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter med kommunal driftshjemmel på Tretten lokaler hos sektor Famin. Lokalene er gamle, utslitte, for trange og mangler venterom og et godt treningsrom. Kommunen har dialog med Tretten Fysioterapi om nye eller utvidede lokaler. Det kan startes samtaler med Tretten Fysioterapi for å vurdere om lokalene til Tretten fastlegekontor egner seg for Tretten Fysioterapi. Det forventes at lokalene bør tilrettelegges noe for fysioterapitjeneste. Pr i dag betaler Tretten Fysioterapi husleie kr 51.792 for 83 kvm.

Per i dag betaler Øyer Fysioterapi i husleie kr 133.000 for 296 kvm.

Helsestasjon for eldre kan etableres i begge lokalene til dagens legekontor. I første omgang er to kontorer tiltenkt helsestasjon for eldre. Det er ingen kostnader tilknyttet tilrettelegging av lokalene for dette formålet.

Når det gjelder bruk av dagens legekontor i Øyer ved en flytting av legetjenesten til Tretten så vil de samme tjenestene være aktuelle å lokalisere dit.

Oppland Fylkeskommune er forespurt av kommunen tidligere om flytting av tannlegetjenesten i Øyer, men de ønsker ikke å flytte til andre lokaler.

Muligheter for etablering av Helsestasjon for eldre på Tretten og en vurdering av muligheten for å kunne benytte sykehjemslegen inn i en slik tjeneste for hjemmeboende eldre. Samhandlingen på tvers av fastlegene og andre tilbud for hjemmeboende eldre i eventuell slik ny tjeneste

Tiltaket « Helsestasjon for eldre » er innført i blant annet Hamar, Oslo, Løten, Molde og Harstad. Målgruppen for en helsestasjon for eldre er hjemmeboende. Målsettingen for en helsestasjon for eldre er å bistå eldre med råd og veiledning for forebygging av helseplager og samtale rundt lettere helseproblemer.

På helsestasjonen for eldre vil helsefokuset være på fysisk aktivitet, kosthold og livsstil, eldre kan få informasjon og veiledning om planlegging av og tilpasninger i egen bolig for å møte sine fremtidige behov. Helsestasjonen vil ha et utvalg teknologiske og praktiske hjelpemidler tilgjengelig for demonstrasjon og fremvisning. Det vil også tilbys veiledning om anskaffelse av teknologiske hjelpemidler og avstandsoppfølging i hjemmet. Helsestasjonen skal ha oversikt over aktiviteter, kulturtilbud og tjenester for eldre i kommunen.

Sektor helse og omsorg er allerede i gang med etablering av en helsestasjon for eldre. Dette er del av sektorens satsing på forebygging og tidlig innsats. En av grunnpilarene for helsestasjonen er prosjektet Oppsøkende virksomhet – også kalt TTI. Dette startet med finansiering fra Fylkesmannen i Oppland i september 2014 og ble avsluttet desember 2016. I perioden februar - mars 2017 ble prosjektet evaluert. Konklusjonen er at dette er svært vellykket og bør knyttes til helsestasjon for eldre.

Etableringen av en helsestasjon for eldre er i idefasen, det utarbeides en innføringsplan og en finansieringsplan. Målsettingen er at helsestasjonen er i drift i løpet av neste år.

Konkrete oppgaver som kan knyttes til helsestasjon for eldre:

- a) Oppsøkende virksomhet / hjemmebesøk
- b) Veiledningssamtale for forebygging av helseplager, helsesamtale knyttet til mindre alvorlige helseproblemer, og oppfølgingsamtaler i forbindelse med ulike sykdommer f.eks kreftdiagnoser, kols og diabetes.
- c) Veiledningssamtaler om livssituasjon, omsorgsboliger, hjelpemidler, ernæring/kosthold, kommunale nettverk i forbindelse med kjøp av private omsorgstjenester, søknader om kommunale omsorgstjenester osv.
- d) Veiledningssamtaler med syns- og hørselskontakt
- e) Førsthjelpkurs, brannvernkurs osv.
- f) Informasjon, veiledning, og grunnkurs for ulike teknologiske muligheter og løsninger som finnes i Øyer kommune.
- g) Spesielle gruppetilbud: f.eks. treningsgruppe for fallforebygging.

Bemanningen skal være tverrfaglig; ergoterapi, fysioterapi, sykepleie og/eller miljøterapi. Dette innebærer en tett samhandling mellom ulike fag og forebyggende tilbud i kommunen, bl.a. fastlege og hjemmetjeneste.

Fastlege og helsestasjon for eldre

Formålet med fastlegeordningen er å sikre at alle får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid, og at personer bosatt i Norge får en fast allmennlege å forholde seg til. En fastlege er spesialisert i allmenntillegger. Fastlegen er en førstelinjelege for hjemmeboende og er derfor en generalist som jobber med alt fra enkle til svært komplekse sykdomstilstander. Fastlegen skal ivareta en medisinsk faglig koordineringsrolle og samarbeide med andre relevante tjenesteytere om egne listeinnbyggere, bl.a. Nav, sykehus, andre kommunale helse- og pleietjenester og ansvarsgrupper. Fastlegen har en rolle i forebyggende arbeid jf. Forskrift om fastlegeordning i kommunene § 20 - Individrettet forebygging som integrert del av tjenesteytingen. Fastlegen skal, basert på en medisinsk vurdering av behov, tilby forebyggende tiltak til personer der det avdekkes betydelig risiko for utvikling eller forverring av sykdom eller funksjonssvikt. De helsemessige risikofaktorene skal kartlegges av legen ut fra hva som er relevant for den kliniske problemstillingen. Først og fremst § 20 er grunnlag for at fastlegen kan få en rolle opp mot helsestasjon for eldre.

Sykehjemslege og helsestasjon for eldre

Sykehjemslege er en lege som jobber ved sykehjem i heltids- eller deltidsstilling. Hovedoppgaver er undersøkelse og behandling av de som er innlagt, 95 % eldre med sammensatte medisinske behov. Alders – og sykehjemsmedisin er en annen spesialkompetanse enn allmenntillegger. Pr i dag er det spesialister i bl.a. geriatri, fysisk medisin, nevrologi og alderspsykiatri som kan godkjennes til kompetanseområdet « alders- og sykehjemsmedisin». I de fleste andre europeiske land er dette kompetanseområdet en egen hovedspesialitet. I Norge blir dette kompetanseområdet en hovedspesialitet i 2019. I den forbindelse nevnes at vår sykehjemsoverlege i helseregionen, spesialist i geriatri, er medlem i den sakkyndige komiteen for alders -og sykehjemsmedisin.

Helseregion Sør-Gudbrandsdal (HSG) har etablert og styrket kompetanseområdet «sykehjemsmedisin» slik at HSG per i dag har et unikt fagmiljø som i stor grad bidrar til enhetlig medisinsk vurdering av komplekse og sammensatte tilstander. Det har styrket rekrutteringen at HSG kan tilby et sykehjemlegeforum med åtte sykehjemsleger, sykehjemslegebakkvakt, fraværsordning, hospiteringsordning ved intermedieavdeling og ukentlig internundervisning. Siste styrking av dette kompetanseområdet er at HSG intermedieavdelingen er godkjent som utdanningsinstitusjon for leger i spesialisering i geriatri. Det er bare Bergen kommune som har tilsvarende godkjenning. Ordningen krever at spesielle krav innfris med hensyn til veiledning av en sykehjemsoverlege / geriater, internundervisning, kursvirksomhet og at pasientpopulasjonen er variert og egnet for å lære geriatri.

Øyer helsehus har en sykehjemslege som er del av det regionale sykehjemslegeforumet som ledes av den regionale sykehjemsoverlegen. En lege-bemanningsberegning utført i 2013 viste et behov for litt over en full sykehjemslegestilling ved det daværende Tretten sykehjem. Samhandlingsreformen har de senere årene medført at sammensatte behov hos pasientene på Øyer helsehus har gått betydelig opp. Bemanningnormen er ikke korrigeret.

Målsettingen for en helsestasjon for eldre er å bistå eldre med råd og veiledning for forebygging av helseplager og samtale rundt lettere helseproblemer. Målgruppen er hjemmeboende eldre som søker informasjon og hjelp for å forebygge helseplager. Målgruppen regner seg ikke som pasienter med et sammensatt behov. Det er fastlegen som er førstelinjelege, har et forebyggende ansvar, og har en etablert og trygg relasjon med sine listepasienter. I Primærhelsemeldingen er det et uttalt ønske at fastlegene kobles tettere opp mot øvrige tjenester i kommunen bl.a. helsestasjon for eldre. På den måten kan også fastlegen i større grad fremstå som en del av den forebyggende helsetjenesten enn tilfellet er i dag. Det er følgelig fastlegen som bør få en samarbeidsrelasjon til helsestasjonen for eldre. Sykehjemslegen er spesialisten for pasienter med sammensatte behov som er innlagt på sykehjemmet. En sideeffekt kan bli at kobling mot sykehjemslege kan virke stigmatiserende og føre til at enkelte vegrer seg for å oppsøke en helsestasjon for eldre.