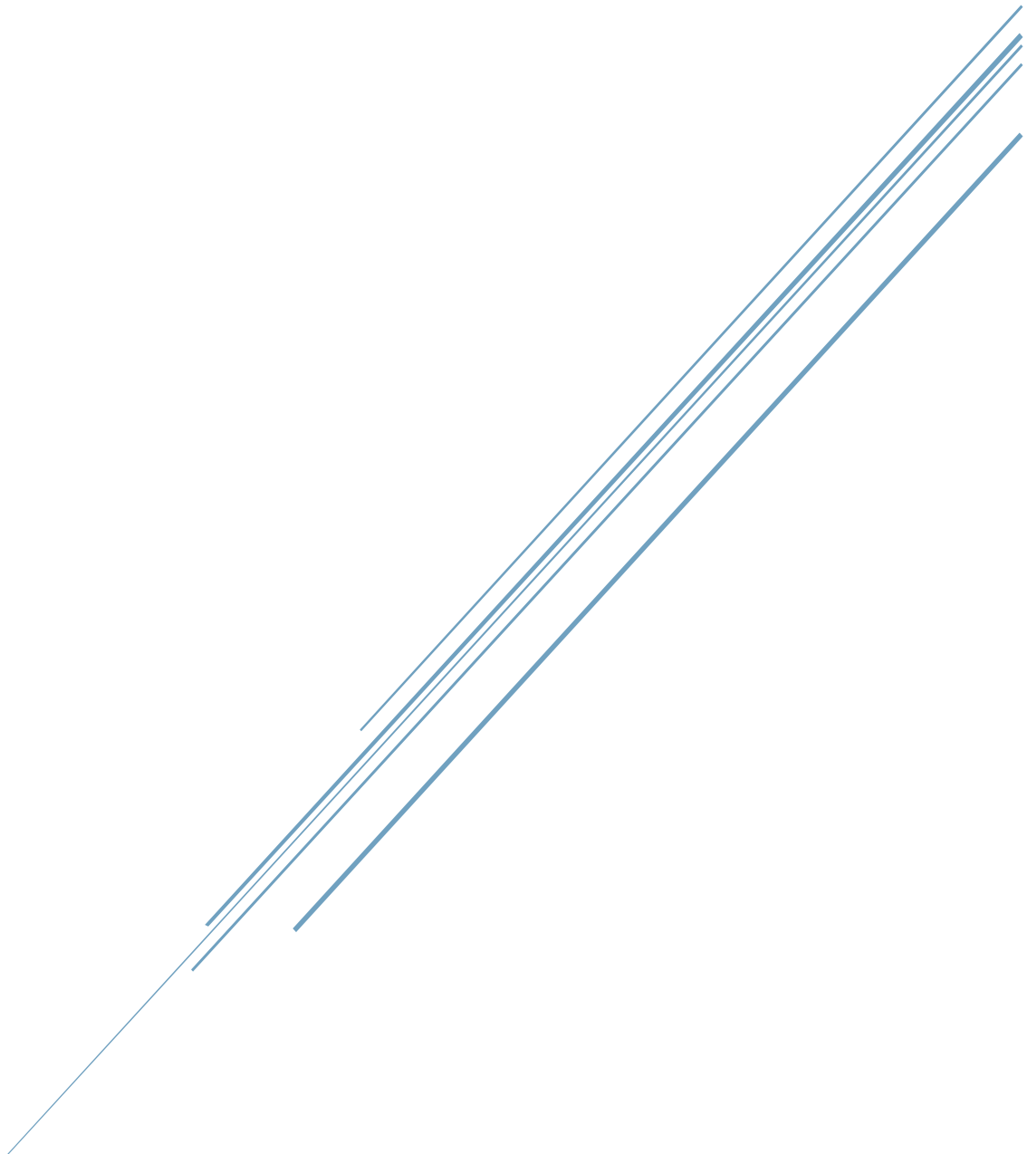


# SLUTTRAPPORT

Utvidet samarbeidsutvalg - USU



Organisasjonsprosessen, Helse og mestring  
15.06.2022

## Innhold

Utvidet samarbeidsutvalg (USU) .....	2
Overordnet målsetting for USU.....	2
Organisasjonsstruktur .....	3
Bakgrunn.....	3
Tiltak .....	3
Organisasjonskart .....	4
Begrunnelse .....	4
Risiko/konsekvenser.....	5
Ledelse .....	5
Bakgrunn.....	5
Tiltak .....	6
Organisasjonskart .....	6
Begrunnelse .....	7
Risiko/konsekvenser.....	7
Antall legekantor/legesenter, listelengder og antall legehjemler .....	7
Bakgrunn.....	7
Tiltak .....	9
Begrunnelse .....	9
Risiko/konsekvenser.....	9
Rekruttering og stabilisering.....	10
Bakgrunn.....	10
Tiltak .....	10
Begrunnelse .....	11
Risiko/konsekvenser.....	11
Kommunen som utdanningsvirksomhet .....	11
Bakgrunn.....	11
Tiltak .....	12
Begrunnelse .....	12
Risiko/konsekvenser.....	12
Legetjeneste ved sykehjem.....	13
Bakgrunn.....	13
Tiltak .....	13
Begrunnelse .....	13
Risiko/konsekvenser.....	14
Fremtidens samhandlingsarena .....	14

# Utvidet samarbeidsutvalg (USU)

Arbeidet som utover våren 2022 har foregått i utvidet samarbeidsutvalg (heretter USU), har sin bakgrunn i en prosessplan som arbeidsgruppe 6 la fram 15. desember 2021. Det er en del av prosessen rundt organisering og ledelse i sektor Helse og mestring, der målet er en hensiktsmessig og bærekraftig organisering og ledelse av helse- og mestringssektoren, i samsvar med brukerens behov, faglige utfordringer og tilgjengelige ressurser.

Strategiplan for legetjenesten 2021-2031 ligger til grunn for arbeidet i USU. Med utgangspunkt i denne og den fremlagte prosessplanen, ble USU opprettet. USU har bestått av:

Eva K. Nordberg, Kommuneoverlege (har ledet arbeidet i USU)  
Lars B. Strauman, fastlege Lofotleger og tillitsvalgt for Den norske Legeforening  
Oddgeir Skoglund, fastlege Lofotleger  
Aglaiia Frommholz, lege ved Vestvågøy Sykehjem  
Øydis Hana, fastlege og gruppekoordinator ved Leknes Legesenter  
Jan Hana, fastlege ved Leknes Legesenter  
Pål Krüger, folkevalgt  
Hanne Straum Riise, konstituert enhetsleder, helseenheten  
Eivind Bjørndal, HR-rådgiver  
Tove K. H. Yndestad, rådgiver, Helse og mestring

USU har siden i februar 2022 avholdt 7 møter, inkludert to heldagsmøter. I tillegg har det vært gjennomført en workshop for fastleger og sykehjemslege og fokusgruppeintervju med samarbeidspartnere. Fokusgruppeintervju ble gjennomført av Trude Hartviksen, enhetsleder ved FUI, på oppdrag av USU og ligger vedlagt denne rapporten.

USU har gjennom de 7 møtene kartlagt legetjenesten, identifisert problemer og muligheter, utarbeidet tiltak og vurdert konsekvenser ved innføring av tiltakene. Tiltakene er inndelt i ulike tema inndelt i avsnittene nedenfor. Under hvert tema beskrives bakgrunn, tiltak og risiko/konsekvenser.

USU forutsetter at kommunen viderefører ordningen med både kommunale legekontorer med fast ansatte fastleger og private legekontorer med næringsdrivende leger.

## Overordnet målsetting for USU

Den overordnede målsettingen for USU har vært å utvikle og forbedre legetjenesten for å gi stabile og gode legetjenester, og å være ett av flere bidrag til bedre folkehelse til kommunens innbyggere.

# Organisasjonsstruktur

## Bakgrunn

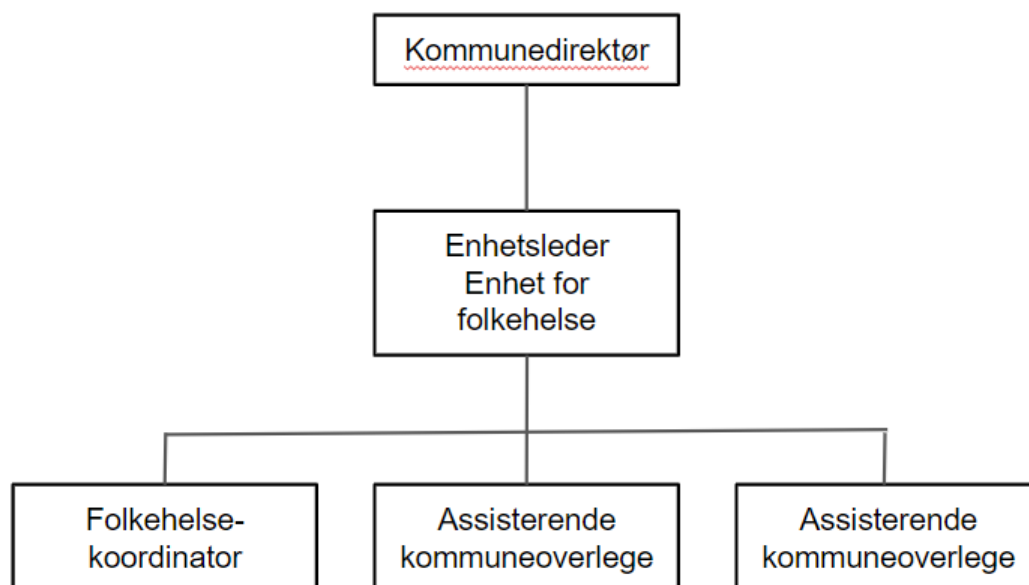
Dagens organisasjonsstruktur er uoversiktlig og til dels dårlig kjent i organisasjonen. Vedlagt rapporten er en beskrivelse av dagens organisasjonsstruktur, som belyser kompleksiteten og utfordringene med dagens organisering.

Helse- og omsorgsdepartement og Helsedirektorat har anbefalt stillingsstørrelse for kommuneoverlege i kommuner med over 10 000, men under 20 000, innbyggere mellom 125%-150% (se blant annet «Notat 03 til HOD om kommunelegefunksjonen» som er vedlagt). Vi er en kommune i vekst, og har pr 1. kvartal 2022 11 558 innbyggere ([SSBs kommunefakta for Vestvågøy kommune](#)). Kommuneoverlege er kommunens medisinskfaglige rådgiver i hht Folkehelseloven med spesifikk kompetanse på forholdet mellom menneske og samfunn. Kommuneoverlege er lokal helsemyndighet etter lovverket innen smittevern, miljørettet helsevern og psykisk helsevern. Utover dette er kommunelegefunksjonen medisinskfaglig rådgiver i kommunens arbeid med folkehelse, herunder oversikt over demografisk utvikling og befolkningens helseutfordringer, smittevern, helseberedskap, kvalitet og samarbeid i tjenestene, strategisk ledelse av fastleger og samhandlingen med helseforetak, helsefelleskap, nabokommuner, frivillige organisasjoner og statsforvalter. En av kommunens største utfordringer er i Kunnskapsgrunnlag 2022 definert å være sosiale helseforskjeller. I dag utgjør kommuneoverlegefunksjonen 140% stilling, fordelt på tre personer hvor en har 100% stilling og 2 har 20% hver. I realiteten er det tilgjengelig ca 120%, da de aktuelle personene har såpass mange andre oppgaver at det blir liten kapasitet igjen til assisterende kommuneoverlege-oppgaver.

## Tiltak

- Det opprettes en ny Enhet for folkehelse, underordnet kommunedirektør, med kommuneoverlege som enhetsleder. Enheten sees som en støtteenhet på linje med enhet for økonomi og HR.
- Folkehelsekoordinator plasseres i den nye enheten for folkehelse, underordnet kommuneoverlege.
- For å ivareta alle oppgavene til kommuneoverlegefunksjonen, fortsettes ordningen med 20% + 20% som assisterende kommuneoverlege. Spesifikke samfunnsmedisinske oppgaver må da fordeles hensiktsmessig.

## Organisasjonskart



## Begrunnelse

En enhet for folkehelse som er direkte underlagt kommunedirektør bygger opp under kommuneoverlegens oppgave som kommunens medisinskfaglige rådgiver. Kommunen er ansvarlig for et vidt spekter av helsetjenester til sin befolkning og kommunens utvikling på en rekke områder vil ha innvirkning på befolkningens forutsetninger for å leve helsefremmende liv. Kommunelegefunksjonen er et lovfestet krav til kommunens arbeid med folkehelse, og dette gjelder både på system- og individnivå. Kommuneoverlegen med sin samfunnsmedisinske kompetanse spiller en vesentlig rolle som rådgiver slik at kommunen gjøres i stand til å oppfylle sine forpliktelser etter lov og forskrifter.

Kompetansen innen samfunnsmedisin og folkehelse benyttes best mulig fra et overordnet nivå, da folkehelse skapes i alle deler av kommunens arbeid ut mot innbyggerne. Det vurderes derfor viktig å samle kompetansen og tilknytte den kommunedirektør, slik at dette arbeidet er forankret på øverste nivå og tilgjengeliggjøres hele organisasjonen. Det reflekterer også bredden i folkehelsearbeidet som kommunen gjennom Folkehelseloven er tillagt. Enheten vil dermed kunne fungere tilsvarende som HR og enhet for økonomi, dvs. som en støtteenhet til øvrige sektorer i kommunen. En egen enhet vil i tillegg bidra positivt til å skape et miljø for folkehelse og samfunnsmedisin, både faglig og fra et innbyggerperspektiv.

En enhet bestående av kommuneoverlege, folkehelsekoordinator og to 20%-stillinger som assisterende kommuneoverlege vil gjøre kommuneoverlegefunksjonen mer robust. Beredskapshendelser siste årene har også vist nødvendigheten av kontinuitet i funksjonen over tid. Det forutsetter mer enn en enkelt lege. Dette støttes også av Helsedirektoratets råd til Helse- og omsorgsdepartementet den 31.mai 2022 (vedlegg).

## Risiko/konsekvenser

- Vi ser at det i utgangspunktet ligger utenfor USU sitt mandat å flytte på stillingen for Folkehelsekoordinator, men mener at det ligger en viss risiko ved ikke å legge også denne stillingen inn i enheten. Det vil kunne føre til en uheldig fragmentering av arbeidet, og gi mindre oversikt for øvrig organisasjon med hensyn til hvor man skal henvende seg og hvem som er ansvarlig for oppgaver.

## Ledelse

### Bakgrunn

I den vedtatte Strategiplanen står det:

“Kommunen bør generelt styrke ledelse av legetjenesten. I dette inngår også utrednings- og planleggingskompetanse, slik at strategiplanen kommer til anvendelse. ... Bevisst og strategisk jobbing med å utvikle en tilstedeværende og oppfølgende ledelsespraksis i kommunen, anses som nødvendig for at kommunen skal lykkes som en moderne og attraktiv arbeidsgiver for leger i fremtiden”.

Det poengteres også at vi for å lykkes bør “prioritere ledelse av legevakten for å sikre stabilitet og forutsigbarhet”.

For øvrig viser vi til Jan Hanas forskning, og til rapporten [Pasientens primærhelsetjeneste må ledes](#) (utgitt av Den Norske Legeforening).

Legetjenesten i Vestvågøy kommune er preget av fragmentering og uklar organisering, se vedlagte oversikt over organisering. Legenes samarbeidspartnere opplever at “når ansvarslinjene blir uklare er det utfordrende og ressurskrevende for øvrige tjenester å sikre innbyggeren legetilsyn. En ser behov for tydeligere organiserings- og lederlinjer for legene, spesielt relatert til ansvar og myndighet for legevakt, KAD og institusjoner. Både hjemmetjenestene og institusjonene opplever et økende behov for samarbeid med legetjenesten, og at det kreves leger med høy kompetanse på bakgrunn av at innbyggerne i økende grad har et mer sammensatt og komplekst sykdomsbilde”.

Legetjenesten er også preget av fravær av leger i ledende stillinger og dermed utilstrekkelig medisinskfaglig kompetanse i ledelsen. [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#) stiller krav til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves. USU mener at ivaretagelse av forskriftens krav krever at legetjenesten ledes av lege som forutsettes å ha tilstrekkelig kompetanse til å følge opp kravene.

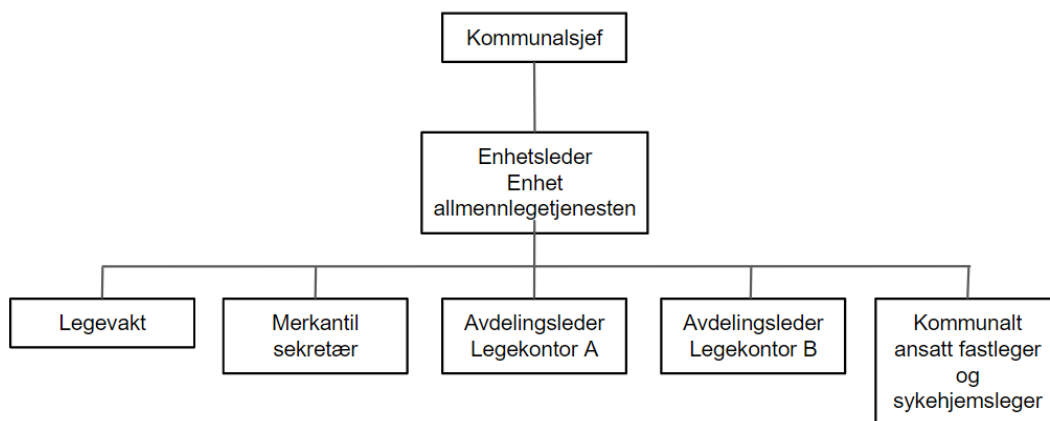
Enhetsleder bør etter denne forskriften være ansvarlig for å organisere fag- og kvalitetsutvikling ved enheten.

Strategiplanen beskriver også at "Deltakelse i den kommunale fagutviklingsavdelingen med fokus på tverrfaglighet og samhandling i kommunen" bør finne sted.

## Tiltak

- Lege som enhetsleder for Enhet for legetjenester (enheten består da av legekantor, også eventuelt nyopprettede, samt legevakt. Fysioterapi organiseres ikke i enhet for legetjenester).
- Enhetslederen er direkte underlagt kommunalsjef for helse og mestring.
- Stillingen som enhetsleder må gi rom for at enhetsleder også må kunne jobbe noe klinisk dersom leder ønsker det. Forutsetningen er da at noen oppgaver må ivaretas på underordnet nivå (av avdelingsledere).

## Organisasjonskart



USU har ikke tatt stilling til organiseringen under enhetsleder for allmennlegetjenesten og organisasjonskartet gir derfor kun en beskrivelse av hva som underordnes enhetslederen og ikke hvordan dette er organisert på detaljnivå. Hjelpepersonell forutsettes organisert under

avdelingsledere.

## Begrunnelse

Det har i arbeidet med USU kommet tydelig fram at det er ønskelig med en lege som enhetsleder for legene. Dette vil gi en større forståelse hos leder for legenes arbeidssituasjon og det vil kunne være til stor støtte for øvrig organisasjon som vil kunne henvende seg til en leder som forstår og kjenner godt til legenes ansvar, arbeid og metode.

En lege som enhetsleder vil også kunne være en faglig støtte for både legene, og LIS- og ALIS-leger.

Det er sannsynlig at en allmennlege også som leder vil ønske å beholde sin spesialitet, og det vil derfor kunne virke positivt inn på rekrutteringen at det åpnes opp for å kunne jobbe noe klinisk. Det vil også sørge for at leder hele tiden er oppdatert og beholder kontakten med faget.

USU har sett hen til at det bør være 100% ledelse, og at kombinasjonen mellom ledelse og klinisk arbeid, samt ansvar for fagutvikling, ikke nødvendigvis vil være enkel. Vi har likevel sett det som positivt for rekruttering at leder både kan være enhetsleder og samtidig beholde sin spesialistkompetanse.

## Risiko/konsekvenser

- Vansker med å rekruttere leger vil kunne gjøre det utfordrende å finne en enhetsleder. USU ser det slik at at åpning for å kunne jobbe klinisk i tillegg vil kunne virke positivt.
- Det må de sees på hvilke oppgaver som skal ligge til enhetsleder, og hvilke oppgaver som kan legges til avdelingsledere eller til andre medarbeidere. Det er en viss risiko for at klinisk arbeide ellers blir tilleggsoppgaver, og at arbeidsbelastningen for enhetsleder blir for stor.

# Antall legekontor/legesenter, listelengder og antall legehjemler

## Bakgrunn

For å kunne ha en stabil legetjeneste er det viktig at kommunen framstår som en attraktiv arbeidsgiver, hvor det å være fastlege lar seg kombinere med både familieliv og fritid. USU



har derfor sett på hvordan fordelingen mellom antall pasienter på listen, antall fastlegehjemler og antall legekantor bør se ut.

Det har blitt avholdt en workshop for legene, hvor et fredagsmøte ble brukt til å jobbe blant annet med dette. Resultatet fra workshopen er vedlagt rapporten.

Jan Hana har utarbeidet en oversikt som ligger vedlagt rapporten, som viser hvilke oppgaver som utføres, hvor mye ressurser det går med til de ulike oppgavene, og hvor mange fastlegehjemler som kreves ut i fra ulik lengde på pasientlistene. Det som med all tydelighet framgår av oversikten er at dagens situasjon medfører at legene jobber betydelig mer enn det som er vanlig arbeidsuke (37,5 timer/uke). Landsgjennomsnittet for fastleger er på 55,6 timer/uke, og oversikten fra Jan Hana viser at situasjonen i Vestvågøy kommune ikke er noe bedre. Målet med vår prosess må dermed være å i større grad nærme oss en normal arbeidstid også for legene. I tillegg er det slik at normalarbeidstid er en forutsetning for å kunne gå legevakt, som kommer i tillegg til fastlegejobben (jfr særavtalen [SFS 2305](#)).

Både studier og erfaringer tilsier at det bør være 3-5 leger per legekantor. Flere legekantor kan godt samles i et legesenter, hvor man kan få driftsfordeler ved både lokaler, venteværelser, laboratorium og mer.

Fokusgruppeintervjuene som ble gjennomført (ligger vedlagt rapporten) viser at tjenestene ønsker mer dialog og bedre samhandling med legetjenesten, gjennom en tydelig samarbeidsstruktur, telefon for rask respons og faste møtearenaer. For å få dette til må også oppgavemengden til legene være tilpasset en normal arbeidstid.

Videre viste fokusgruppeintervjuene at legetjenesten oppleves som sentral for utviklingen i det tverrfaglige samarbeidet i helse- og mestringstjenesten. De øvrige tjenestene ser behov for en møtearena hvor en kan ha dialog og faglige diskusjoner med legene. Dette løses ikke via elektroniske meldinger. Det kom forslag om å innføre flere felles prosedyrer og sjekklister for legetjenesten for å sikre mer lik behandling av innbyggerne, eksempelvis de som er i en terminal fase.

Både hjemmetjenestene og institusjonene opplever et økende behov for samarbeid med legetjenesten, og at det kreves leger med høy kompetanse på bakgrunn av at innbyggerne i økende grad har et mer sammensatt og komplekst sykdomsbilde. Det antas at dette også vil være bildet framover, all den tid dreiningen fra institusjon og til det å bo hjemme lenger fortsetter.

Legene skal også bidra inn i kommunale oppgaver med 20% av sin stilling. Dette utgjør en dag av arbeidsuka, og innebærer blant annet oppgaver på sykehjem, helsestasjon, helsestasjon for unge og veiledningsoppgaver for LIS- og ALIS-leger.

Når alle de lovpålagte oppgavene er utført, gjenstår fortsatt arbeid med kvalitet, forskning, ulike prosjekter og fagutvikling. Det bør dermed være et mål at arbeidsoppgavene tilpasses på en slik måte at det frigjøres tid også til å ivareta disse oppgavene.

## Tiltak

- Det opprettes to nye legekantor, slik at kommunen har totalt fire legekantor. Hvor mange legesentre disse skal fordeles på, må avklares.
- Det er behov for flere fastlegehjemler. I Strategiplanen er det allerede vedtatt en, og kommunalsjef Helse og mestring har besluttet utlysning av to nye fastlegehjemler. Det har foreløpig ikke vært noen søkere til disse stillingene. Disse to nye hjemlene må behandles politisk, og det må jobbes for å få rekruttert nye leger til stillingene.
- Ytterligere behov for nye fastlegehjemler avgjøres ut fra hva som besluttes som basis-listelengde i kommunen.
- USU foreslår en basis listelengde på 670 pasienter. Det tas da utgangspunkt i 4 kurative dager og 1 kommunal dag. Det må være mulighet for lengre liste dersom den enkelte lege ønsker det. Med utgangspunkt i 4 kurative dager, 1 kommunal dag og 16 konsultasjon per kurativ dag, vil dette gi et behov for 17,2 fastleger.
- Kvalitetsforbedring og fagutvikling inngår som kommunalt arbeid

## Begrunnelse

Tiltakene er foreslått med utgangspunkt i at legetjenesten slik den ser ut i dag må reorganiseres og restruktureres dersom det skal være mulig å oppnå en fordeling av oppgaver som medfører noenlunde normal arbeidstid, samtidig som arbeidsforholdene for legene optimaliseres.

Det har også vært diskutert i USU at en fortsatt valgfrihet mellom kommunalt ansatt fastlege eller jobb som næringsdrivende fastlege er viktig. Dette bidrar til bedre og bredere rekruttering. Den enkelte fastlege må da få lov til å mene noe om egen listelengde, utover det som er satt som basis-listelengde.

## Risiko/konsekvenser

Ved en slik restrukturering av både listelengde, antall fastlegehjemler og antall legekantor som vi har beskrevet, må det også sees på det eksisterende legekantor. Det vil kunne være nødvendig å gjøre endringer også her. Endringer i det bestående vil kunne føre til uro og usikkerhet hos de ansatte, og en god og åpen prosess som er åpen for innspill fra de involverte vil være viktig. Dersom endringer skal gjøres, er det viktig å legge til rette for en godt planlagt prosess.

Ved å legge til rette for flere legekantor samlet i ett eller flere legesenter, vil det kunne redusere noe på driftskostnader. Det å samle legekantor vil kunne føre til samdriftsfordeler ved f.eks leiekostnader, venteværelser, laboratorium, og lignende. Det vil koste mer å ha flere fastleger i jobb, men kommunen vil spare inn overtid som i dag kan tilknyttes de kurative dagene. Lavere listelengde vil også legge til rette for at alle kommunale oppgaver blir gjort, og dette vil kunne spare utgifter til vikarer. Et stabilt fastlegekorps vil ikke bare være positivt for kommunens folkehelse, det vil også spare kommunen for vikarutgifter.

Stabilitet i legetjenesten vil også legge til rette for et bedre samarbeid mellom leger og øvrige aktører. Det er lettere å samarbeide godt med de man kjenner, og det vil være svært positivt

for innbyggerne å ha en fastlege som blir over lengre tid og som rekker å bli kjent med pasientene. En samlokalisering av flere legekontor, vil også gjøre det enklere å samarbeide da man vil finne flere av de man samarbeider med under samme tak. Med kortere listelengde vil det også være enklere for fastlegene å samarbeide godt med sine samarbeidsparter, og det vil kunne frigjøres tid til å bidra i både fagutvikling, forskning og kvalitetsforbedrende arbeid.

## Rekruttering og stabilisering

### Bakgrunn

Under arbeidet i USU har det blitt etterspurt hva som har skjedd etter at vedtak ble fattet i Formannskapet 9. desember 2020 (102/20 - 20/18262 - [Fastlegeordningen - avtale med næringsdrivende leger](#)), om økning av tilskuddet til næringsdrivende. Vi anser det som nødvendig å ta opp igjen dette arbeidet, slik at vedtaket blir fulgt opp. Dette tiltaket er også beskrevet i Strategiplanen og lokal rammeavtale.

Organisering, listelengde etc er tiltak for rekruttering og stabilisering. For øvrig anser vi de tidligere beskrevne tiltak som positive også for rekruttering og stabilisering. Målet med arbeidet har vært å foreslå tiltak som kan føre til en legetjeneste som vil være attraktiv å søke seg til og attraktiv å jobbe i. En legetjeneste som tilbyr gode tjenester til innbyggerne, samtidig som det er mulig for fastlegene ha en arbeidstid som ivaretar både familieliv og fritid.

### Tiltak

- Økning av tilskudd til næringsdrivende leger iverksettes i henhold til vedtak i Formannskapet, Strategiplan og lokal rammeavtale
- Behov for gode strukturer og rutiner for:
  - Opplæring og introduksjon
  - Tilrettelegging for nye og uerfarne leger
    - Listelengde
    - Opplæring
    - Veiledning
- Det utarbeides en introduksjon- og opplæringsplan for nyansatte. Denne må være tilpasset både nye vikarer og nyutdannede, altså leger med både kortere og lengre erfaring.
- Det utarbeides en plan for rekruttering av fastleger, og en "velkomstpakke" til nye leger. I velkomstpakken skal nye leger finne alt de trenger av informasjon både om sitt nye arbeidssted og om muligheter i kommunen for både familie og fritid.
- Det legges til rette for en arbeidssituasjon tilpasset den enkelte lege. Både med hensyn til listelengde, opplæring og veiledning.

- Rammeverket Recruit & Retain implementeres. Samarbeidsutvalget (utvidet med en representant fra HR) arbeider systematisk med dette, og bes om å rapportere om arbeidet hvert halvår til Kommunestyret.

## Begrunnelse

For både å rekruttere og stabilisere trengs det en plan for hvordan nyansatte skal møtes. Arbeidet som USU har gjort vil også være en rekrutterende faktor, det vil være mer attraktivt å søke jobb som fastlege i en kommune hvor det har vært gjort et arbeid rundt organisering og ledelse i legetjenesten. En god plan for hvordan nyansatte skal introduseres til sitt nye arbeidssted, vil gjøre det enklere både for ledere og medarbeidere å ta imot nye kolleger.

For å klare å rekruttere og beholde de rette kandidatene, trenger vi å ha en plan som gjør at vi skiller oss ut i mengden av arbeidsgivere. Den mye omtalte krisen i fastlegeordningen rammer også vår kommune, og det å ha en plan både for rekruttering og for å beholde vil være en fordel. Det å kunne vise til en godt organisert legetjeneste, som gjør det mulig med en normal arbeidstid, vil kunne gi kommunen et fortrinn vi trenger i konkurransen med mange andre arbeidsgivere i vanskelig marked.

## Risiko/konsekvenser

Vi ser det slik at tiltakene her vil være uten risiko, og at de vil ha den konsekvens at flere søker seg til Vestvågøy kommune og ønsker å bli i kommunen over tid. Arbeidet med å sette sammen velkomstpakker er allerede påbegynt, og det jobbes sammen med HR rundt rekruttering av nye fastleger. Deler av tiltakene er imidlertid avhengige av at det er satt en basis-listelengde, og at antall legekontor og fastlegehjemler er tatt stilling til.

## Kommunen som utdanningsvirksomhet

### Bakgrunn

Allmennmedisin er fundamentet i det norske helsevesenet. God allmennmedisin har stor betydning, både for individet og for samfunnets samlede helse- og sosialutgifter.

Fra 1. mars 2017 er spesialisering i allmenn-medisin obligatorisk for alle nye leger i allmennpraksis som ikke allerede er spesialister eller under veiledning for godkjenning som allmennlege. Det er unntak for vikariater av en viss lengde og for andre typer spesialister som jobber i annet allmennlegearbeid.

Fra 1. mars 2019 trådte nye bestemmelser om spesialistutdanning for leger i kraft som gir kommunene en tydeligere plikt til å tilrettelegge for spesialiseringen. Kommunen skal være registrert som utdanningsvirksomhet og har ansvaret for at legen får løpende vurdering og dokumentasjon på oppnådde læringsmål. Utdanningsvirksomheten har ansvar for å lage utdanningsplan for den enkelte spesialitet og en individuell plan for den enkelte LIS for hele forløpet i spesialistutdanningen. Forskriften stiller tydelige krav til systematisk og tydelig veiledning og supervisjon og krav til veilederkompetanse.

Lege i spesialisering (LIS) skal vurderes etter oppnådde læringsmål. Læringsmålene definerer hva en legespesialist skal forstå, kunne eller være i stand til å utføre etter endt læringsprosess.

Gjennom [Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten](#) og [Spesialistforskriften](#) har kommunene fått styrket sitt ansvar for spesialistutdanning av leger.

1. Kompetanseforskriften setter blant annet krav til at alle leger med kliniske oppgaver i kommunen skal være spesialister eller under spesialisering i allmennmedisin (kompetanseforskriften §3).
2. Spesialistforskriften regulerer gjennomføringen av utdanningen. Alle kommuner med leger i spesialiseringens del 2 og 3 skal være registrerte utdanningsvirksomheter og tilby helhetlig utdanningsløp og veiledning (spesialistforskriften § 19).

## Tiltak

Veiledningressurser til ALIS og LIS1 må dimensjoneres på en slik måte at de formelle kravene ivaretas.

- Det tilrettelegges for å kunne ha i 5. og 6. års medisinstudenter i praksis.
- Det legges til rette for og søkes om at kommunen blir utdanningsvirksomhet også for samfunnsmedisin
- Arbeidet med å utarbeide en utdanningsplan for ALIS fortsetter.

## Begrunnelse

Sikre en helhetlig utdanning i allmennmedisin i Vestvågøy kommune og legge til rette for at ALIS får godkjent spesialistutdanningen innenfor normert utdanningstid på minimum 5 år.

## Risiko/konsekvenser

Risiko ved at kommunen ikke følger krav i kompetanse- og spesialistforskriften er at ALIS ikke får godkjent sin praksis. Konsekvens er at kommunen ikke vil klare å rekruttere leger og beholde de som er rekruttert.

# Legetjeneste ved sykehjem

## Bakgrunn

For å kunne vise til en godt organisert legetjeneste, trenger vi å kunne vise til en godt organisert legetjeneste ved sykehjem der det vil være attraktivt å arbeide. [Den nasjonale anbefalingen om legeressurs/pasient i sykehjem](#) tilsier at det i langtidsavdelinger skal være 0,30 timer/pasient/uke, noe som tilsvarer ca 20 minutter. Ved korttidsavdelingen er den anbefalte fordeling 1,5 timer/pasient/uke. For palliative pasienter skal det være 3 timer/pasient/uke. I henhold til informasjon fra sykehjemslege Aglaia Frommholz fungerer det godt slik fordelingen er i dag ved Vestvågøy sykehjem.

KAD har offisielt 50% stilling, men dersom vi sammenligner med andre kommuner er det ofte avsatt 20-30% stilling.

## Tiltak

- Det foreslås å tilrettelegge for å kunne ta videreutdanning i alders- og sykehjemsmedisin (jfr Strategiplanen).
- Det utarbeides en stillingsbeskrivelse for sykehjemsleger i Vestvågøy kommune.
- Arbeidet for sykehjemsleger må organiseres på en slik måte at det er praktisk mulig å avholde møter, å samarbeide med andre sykehjemsleger, å avholde internundervisning og å drive veiledning. Det er et krav om veiledning av LIS1-leger, og denne veiledningen bør være målrettet for problemstillinger i sykehjem. Veiledningen bør også utføres av en sykehjemslege som er til stede ved sykehjemmet.
- Det utarbeides en egen velkomstpakke for sykehjemsleger. Her presenteres både sykehjemmet, oppgavene og kommunen slik at nyansatte har alt man trenger på ett sted. Velkomstpakken bør også inneholde opplæring i Profil, årskontroll, medikamentliste-rutiner for lege og felles rutiner ved sykehjem.
- Enhetsleder for legetjenesten skal være sykehjemslegens nærmeste overordnede.
- Sykehjemslegens rolle i faglig utvikling og ledelse i sykehjemmet styrkes. I dette ligger det blant annet felles fagmøter med kommuneoverlege, ledelse og sykehjemslege.

## Begrunnelse

Det har over tid vært utfordrende å rekruttere sykehjemsleger. Vi viser også til Strategiplanen som anbefaler at kommunen legger til rette for at sykehjemmet blir en attraktiv læringsarena der det tilbys fagutvikling, utdanning og forskning på relevante

fagområder. For å kunne tilby dette trengs det sykehjemslege med indremedisinsk spesialistkompetanse også fremover.

## Risiko/konsekvenser

Pasientene ved sykehjem har ofte kompliserte utfordringer og er i livets siste fase. Ustabilitet og stadige bytter av sykehjemslege utgjør en risiko for lavere kvalitet på tjenesten som gis. Det å ha en stabilitet med gode relasjoner mellom både lege, pasienter, pårørende og øvrige ansatte ved sykehjem gir bedre muligheter for å kunne gjøre sykehjem til en attraktiv arbeidsplass også for leger.

## Fremtidens samhandlingsarena

Gjennom flere av disse tiltakene er det blitt tydelig at det i framtiden vil være gunstig med et flerfunksjonelt helsehus. Vi ser for oss at en samling av leger, hjemmetjeneste, fysioterapi, kommunepsykolog, avdeling for rus og psykiatri og KAD kunne være svært gunstig både for samarbeidet mellom tjenestene og for innbyggerne. Et helsehus ville på sikt kunne være økonomisk gunstig ved at man kunne få driftsfordeler ved å samle flere. I tillegg vil det kunne være en stor fordel for innbyggerne å kunne finne "alt på ett sted".

En slik samling i et felles hus ville også gjøre kvalitetsarbeid på systemnivå og samarbeid mellom lederne enklere.

### Vedlegg

Dagens organisasjonskart legetjenesten

Fokusgruppeintervju samarbeidspartnere

Rapport fra workshop for legene 20.05.22

Oversikt over listelengde og fastlegebehov, utarbeidet av Jan Hana

Notat 03 til HOD om kommunelegefunksjonen