



Plan for legetjenesten 2018-2024

Innhold

INNLEDNING	3
1.1. Bakgrunn	3
1.2. Hovedmål for legetjenesten i Karmøy	3
1.3. Legetjenestene i primærhelsetjenesten	3
1.4. Formål med og innhold i planen	4
1.5. Avgrensning mot andre kommunale planer	5
1.6. Rammer	6
2. GENERELT OM DE ULIKE LEGETJENESTENE	11
2.1. Fastlegeordningen	11
2.2. Legevakt	12
2.3. Kommunal øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD)	13
2.4. Allmennmedisinske offentlige legeoppgaver	13
2.4.1. Legetjenesten i sykehjem	13
2.4.2. Legetjenesten ved helsestasjon og skolehelsetjenesten	13
2.4.3. Legetjenesten ved rus- og psykisk helsetjeneste (ROP)	14
2.5. Samfunnsmedisinsk legearbeid	14
3. LEGETJENESTEN I KARMØY	15
3.0 Generelt	15
Tiltak gjennomført i forrige planperiode (2013-2018)	15
Legeressursene i Karmøy	15
3.1. Fastlegeordningen i Karmøy	17
3.2. Legevaktstjenesten i Karmøy	23
3.3. Kommunal øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD)	25
3.4. Allmennmedisinske oppgaver	26
3.4.1. Sykehjemslegetjenesten	26
3.4.2. Lindrende behandling (palliasjon)	27
3.4.2. Legetjenesten i helsestasjon og skolehelsetjenesten	28
3.4.3. Legetjenesten i rus og psykisk helsetjeneste (ROP)	29
3.5. Samfunnsmedisinske legeoppgaver	30
4. TILTAK FOR LEGETJENESTEN I KARMØY FRAM MOT 2024	31
Rådmannens sluttord	35

INNLEDNING

1.1. Bakgrunn

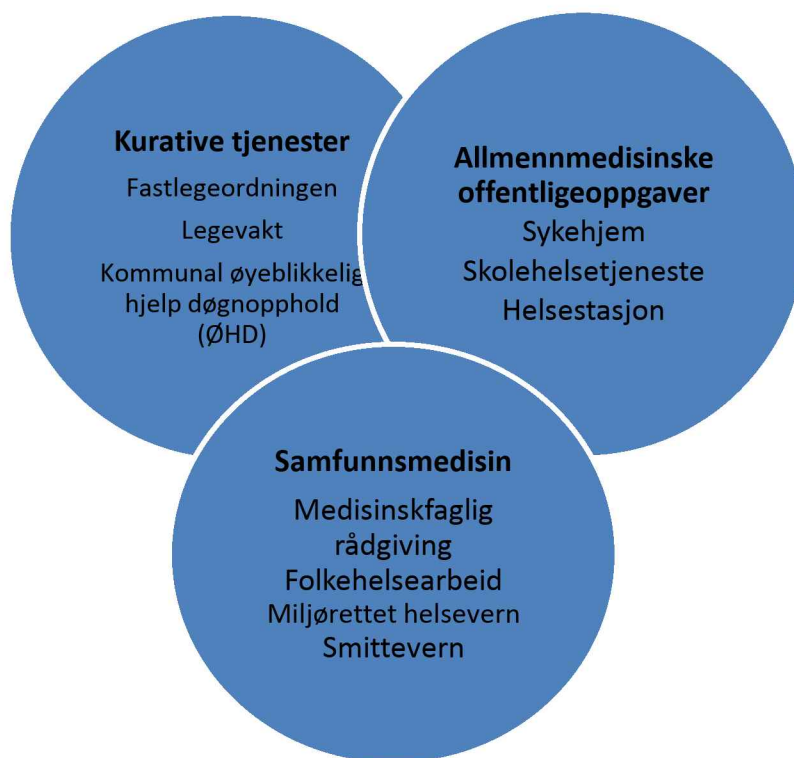
Kommunen har ansvar for å sørge for nødvendig helsetjeneste til alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Den delen av helsevesenet som er organisert i kommunene omtales som primærhelsetjenesten¹. Denne består av legetjenesten, hjemmesykepleie, helsesøstre, sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, logopeder og av institusjoner som sykehjem og andre boformer med heldøgnsomsorg. En godt utbygget primærhelsetjeneste skal være grunnmuren i det norske helsesystem. Legetjenesten er en viktig del av primærhelsetjenesten, og kommunene skal i henhold til punkt 6.2 i rammeavtalen² mellom staten og den norske legeforening utarbeide en plan for denne.

1.2. Hovedmål for legetjenesten i Karmøy

Hovedmålet for kommunens legetjeneste, slik det ble formulert i plan for 2013-2016, videreføres i planperioden 2018-2024: *Karmøy kommune skal ha en faglig god og lett tilgjengelig primærlegetjeneste som sikrer innbyggerne god forebygging, utredning, diagnostikk og behandling og ivaretar tverrfaglig samarbeid innad i kommunen og med spesialisthelsetjenesten, til beste for pasienten. Kommunen skal ha god samfunnsmedisinsk kompetanse for å kunne ivareta oppgaver, muligheter og utfordringer innen grupperettet medisin.*

1.3. Legetjenestene i primærhelsetjenesten

Vi kan dele legetjenestene i primærhelsetjenesten/kommunen inn i følgende 3 hovedområder:



¹ Denne omtales også i ulike sammenhenger som kommunehelsetjeneste eller førstelinjetjeneste.

² ASA 4310 – Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene

Det er behov for å avklare enkelte begrep innledningsvis:

Sentrale begrep	Definisjon
Kurativ	Helbredende
Allmennpraktiserende lege	Lege som jobber i den kommunale helsetjenesten - som privatpraktiserende eller ansatt i kommunen. Alt legearbeid ved sykehjem, helsestasjoner og legevakt utføres av allmennlegene
Fastlege	Allmennpraktiserende lege som har fastlegeavtale med kommunen ihht fastlegeordningen eller kommunal stilling og ansvar for en pasientliste.
Allmennmedisinske offentlige legeoppgaver:	Oppgaver utført av allmennleger på vegne av kommunen. Dette inkluderer bl.a. skolehelsetjeneste, helsestasjon, tilsynslegearbeid i sykehjem og fengselshelsetjeneste.
Samfunnsmedisin	Et fagområde innenfor medisinen som har sin virksomhet rettet inn mot helsetilstanden og sykdomsforekomsten i befolkningsgrupper. De viktigste oppgavene er overvåking av helsetilstanden og de faktorer som kan påvirke den, planlegging og gjennomføring av grupperettede tiltak, ikke minst av forebyggende art samt tilsyn med og evaluering av tjenesteyting innenfor helsesektoren. Samfunnsmedisinsk kompetanse kreves for at kommunene skal ivareta sentrale oppgaver innen smittevern, helseberedskap, miljørettet helsevern, lokal helseovervåking, planlegging og koordinering av helsetjenestene.
Kommuneoverlege	Kommunens medisinskfaglige rådgiver.
Smittevernlege	Lege som ivaretar oppgaver innen smittevern.

1.4. Formål med og innhold i planen

En helhetlig gjennomgang av legetjenestene ved å kartlegge kapasitet og andre utfordringer, se sammenhenger og finne frem til aktuelle tiltak er vesentlig for å kunne ivareta kommunens ansvar på en best mulig måte. For å sikre kvaliteten i en slik plan er det også viktig å forankre arbeidet i legegruppen. Kommuneoverlegen og representanter fra legene og andre faggrupper innen de ulike hovedområdene har bidratt i planarbeidet. Planen har også vært på høring hos alle legene i kommunen, og flere har gitt innspill som er implementert i planen.

Formålet med planen er:

- Sikre en helhetlig oversikt over tjenesteområdene for legetjenestene i Karmøy kommune.
- Danne grunnlag for dimensjonering av tjenestene for å sikre at disse er i samsvar med krav fastsatt i regelverk.
- Sikre at legetjenestene i Karmøy kommune fyller de behov befolkningen har for primærlegetjenester og samfunnsmedisinske legetjenester.
- Bidra til å sikre faglig gode helsetjenester for befolkningen.
- Sikre god kvalitet på offentlige allmennmedisinske- og samfunnsmedisinske tjenester.
- Utgjøre et beslutningsgrunnlag til bruk i politiske og administrative prosesser knyttet til utviklingen av legetjenestene i Karmøy kommune.

Denne planen har et perspektiv på 6 år. I planen beskrives rammene for de kommunale legetjenestene generelt, hvordan legetjenesten er bygget opp i Karmøy og utfordringer knyttet til hver av disse. I siste kapittel foreslås konkrete tiltak for å sikre en forsvarlig og god legetjeneste i planperioden.



1.5. Avgrensning mot andre kommunale planer

Karmøy kommune har et overordnet **målkart** som vi ser på bildet nedenfor.



Målkart Karmøy kommune

AMBISJON

Valg for framtida!

MÅL

Regionens mest inspirerende arbeidsplass

God økonomisk styring og riktig prioritering

Utvikle og gi framtidsretta tjenester

Inkluderende og mangfoldig kommune

DELMÅL

Bygge inspirerende lederskap

Gjøre hverandre gode

Bruke data og analyse

Sikre sammenheng mellom planer

Være i forkant av framtidige behov

Være heldigital innen 2020

Rom for alle

Muligheter for den enkelte

VERDIER

RESPEKT

ANSVAR

KVALITET

Kommunen som vil at du skal lykkes!

Målkartet sammen med andre plandokumenter og kartlegginger danner grunnlaget for plan for legetjenestene. Særlig relevant for denne planen er hovedmålet «utvikle og gi fremtidsrettede tjenester».

Andre relevante kommunale planer som plan for legetjenesten ses i sammenheng med er følgende:

- Kommuneplanens samfunnsdel
- Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer (grunnlag for andre planer)
- Helsemessig- og sosial beredskapsplan (del av kommunens beredskapsplan)
- Helse- og omsorgsplan: Plan for heldøgnsomsorg i Karmøy kommune
- Miljørettet helsevern
- Plan for rus- og psykisk helsearbeid
- Handlingsplan for SLT³ /Folkehelse
- Rusmiddelpolitisk handlingsplan
- Handlingsplan for vold i nære relasjoner
- Plan for habilitering og rehabilitering

1.6. Rammer

Myndighetskrav

Helse- og omsorgstjenesteloven fastsetter kommunens overordnede ansvar for denne typen tjenester til alle som oppholder seg i kommunen, herunder fastlegeordning og legevakt.

Helse- og omsorgstjenesteloven pålegger kommunene å ansette en eller flere kommuneleger som bl.a. skal være medisinskfaglige rådgivere for kommunen.

Loven pålegger også kommunene å planlegge, gjennomføre og evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med lovkrav.

Pasientenes og brukernes rettigheter til helse- og omsorgstjenester er regulert i **pasient- og brukerrettighetsloven**. Formålet er å sikre lik tilgang til helsetjenester uavhengig av alder, kjønn, bosted og status.

Akuttmedisinforskriften regulerer kommunenes plikt til å sikre at befolkningen ved behov for øyeblikkelig hjelp mottar forsvarlige og koordinerte akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Dette skjer hovedsakelig gjennom den kommunale legevaktordningen.

Fastlegeordningen er også regulert gjennom **forskrift om fastlegeordning i kommunene og forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen**.

Fastlegeordningen er i tillegg basert på et **avtalesamarbeid mellom kommunene og legeforeningen** ASA 4301 Statsavtalen, ASA 4310 Rammeavtalen og SFS 2305 Særavtale mellom Kommunenes sentralforbund (KS) og Den norske lægeforening (DNLF) regulerer forholdene mellom kommunen og legene i fastlegeordningen.

Det inngås også **individuelle avtaler** mellom kommunen og den enkelte fastlege som konkretiserer og utfyller rammeavtalen.

³ SLT er en forkortelse for samordning av lokale rus- og kriminalitetsforebyggende tiltak for barn og unge.

Folkehelseloven gir kommunene plikt til å fremme befolkningens helse, trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold. Videre er kommunene pliktig til å bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, utjevning av sosiale helseforskjeller og til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen.

Folkehelseloven pålegger også kommunene å ha nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse for å ivareta oppgaver iht. loven. Dette gjelder blant annet rådgivning i kommunens folkehelsearbeid og utøvelsen av hestekompetanse innen miljørettet helsevern, smittevern og beredskap.

Smittevernlovens formål er å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved å forebygge dem og motvirke at de overføres i befolkningen, samt motvirke at slike sykdommer føres inn i Norge eller føres ut av Norge til andre land. Loven utdyper også oppgaver som er tillagt kommunelegene.

Enhver helseinstitusjon, herunder sykehjem, er i følge **forskrift om smittevern i helsetjenesten** pålagt å ha et infeksjonskontrollprogram som er tilpasset institusjonen. Dette skal utgjøre en del av institusjonens internkontrollsystem.

Helsepersonelloven stiller krav om forsvarlig yrkesutøvelse for helsepersonell.

Kvalitetsforskriften skal sikre kvalitet på helse/legetjenester gjennom individuelle, fleksible og helhetlige løsninger.

I **forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten** stilles bl.a. krav om at leger som ansettes i eller inngår avtale med kommunen fra 1. mars 2017 må være spesialister i allmennmedisin eller under spesialisering.

Forskrift om internkontroll pålegger kommunen å ha systematiske tiltak i form av innarbeidede rutiner som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i sosial- og helselovgivning. Det skal klart framgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt. Forskriften pålegger kommunen å utføre risiko- og behovsvurderinger, for eksempel for legetjenester i sykehjem. Kommunen må bl.a. ha et system for håndtering av avvik for læring og forbedring.

I tråd med **forskrift om habilitering og rehabilitering** skal tjenester som inngår i kommunens helsetjeneste integreres i et samlet tverrfaglig rehabiliterings-/habiliteringstilbud. Tilbudet skal gis uavhengig av boform.

Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten regulerer også legetjenesten ved helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Nasjonale utfordringer

Økningen i antall eldre forutsettes å gi et økende behov for helse og omsorgstjenester.

Bedre behandlingsmetoder og medisiner fører også til at befolkningen kan **leve lengre med sykdom**.

En av de største omsorgsutfordringene vi vil stå overfor er knyttet til forekomst av **demens**.

Det er også **vekst i yngre** personer med nedsatt funksjonsevne, samt større spekter av helsemessige og sosiale problemer.

Vi får en lavere andel av befolkningen i yrkesaktiv alder. Vi ser altså **ikke noen tilsvarende økning i tilgangen på arbeidskraft** og potensielle frivillige.

Personer med kroniske og sammensatte lidelser, demens og psykiske problemer vil i økende grad ha **behov for koordinerte tjenestetilbud** fra både helseforetak og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Helhetlig livsløpsperspektiv på tjenestetilbudet forutsettes i større grad enn før.

Nasjonale politiske føringer

Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid* har som mål å gi bedre folkehelse og bedre helse- og omsorgstjenester på en bærekraftig måte. Strategiene er å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Pasienter og brukere skal få tidlig og god hjelp nærmest mulig der de bor. Kommunene har med denne fått et vesentlig større ansvar for nye og komplekse pasientgrupper. I dette ligger bl.a. økte forpliktelser i forhold til å ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehuset. Reformen oppleves også å ha gitt økt arbeidsbelastning for fastlegene og mindre tid til direkte pasientkontakt.

Stortingsmelding nr. 26 (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste* har fokus på helhetlige pasientforløp og tilbud. Denne er en konkretisering av samhandlingsreformen. Pasientens helsetjeneste er i fokus og tjenester levert i nærhet til innbyggerne står sentralt. Kommunene skal gjøres i stand til å oppfylle samhandlingsreformens intensjoner om koordinerte og helhetlige pasientforløp, mer forebygging og tidlig innsats, flere tjenester nær der brukerne bor, og at en større andel av tjenestene leveres i kommunene. Dette krever økt kompetanse, mer koordinering og styrket ledelse i primærhelsetjenesten fremover.

Stortingsmelding nr. 11 (2016-2019) *Nasjonal helse og sykehusplan* omhandler hvordan en større desentralisering og fleksibilitet i spesialisthelsetjenesten skal styrke samarbeidet med kommunal helse og omsorgstjenester.

Stortingsmelding nr. 19 (2014-2015) *Folkehelsemeldingen 2015* omhandler det forebyggende og helsefremmende helsearbeidet som skal styrkes med fokus på mestring. Psykisk helse skal bli like viktig som fysisk helse i folkehelsearbeidet. I samarbeid med KS vil regjeringen sette i gang et utviklingsarbeid for å etablere et program for folkehelse i kommunene. *Programmet skal legge vekt på psykisk helse og rus.* Barn og unge skal være en prioritert målgruppe. Folkehelseprogrammet vil være et virkemiddel for å integrere psykisk helse i lokalt folkehelsearbeid og på tvers av sektorer.

Pågående evaluering av fastlegeordningen

I februar 2018 vedtok stortinget å be regjeringen «følge opp samhandlingsreformen og på egnet vis sikre opptrapping av legedekningen i primærhelsetjenesten generelt, og i fastlegeordningen spesielt». Blant annet ba stortinget om tiltak for å styrke rekruttering til og finansiering av fastlegeordningen, i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen. Ordningen skal evalueres i løpet av 2018-2019.

Bakgrunnen for dette er at KS melder om økende rekrutteringsutfordringer i kommunene for å skaffe fastleger bl.a. på grunn av oppgaver, vaktbelastning og muligheter til å få spesialisering i allmennmedisin i kommunene i utdanningsløpet. KS har påpekt at det er viktig at legevaktordningen blir en del av fastlegeevalueringen og vurderes i det totale utfordringsbildet.

Kommunens rolle ved utdanning av leger

Kommunene har iht. kommunehelsetjenesteloven plikt til å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell. Kommunen har dermed et viktig ansvar for å bidra til utdanning av leger og legespesialister.

Det er i hovedsak forskrift om kompetansekrav for leger og forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger (spesialistforskriften) som regulerer og beskriver hva som er kommunens ansvar i forhold til utdanning av leger.

Forslag til ny regulering av spesialistutdanning i allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin (ASA-spesialitetene) er på høring høsten 2018. Nytt spesialiseringsløp for spesialister i allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin (ASA-spesialitetene) forventes å tre i kraft 1. mars 2019.

Ny spesialistutdanning for leger vil bestå av tre deler:

- Del 1 (LIS1) er felles for alle spesialiteter, og erstatter dagens turnusordning. Denne innebærer 12 måneder i sykehus og 6 måneder i primærhelsetjenesten.
- Del 2 (LIS2) er felles læringsmål for de tidligere grenspesialitetene innen henholdsvis kirurgi og indremedisin
- Del 3 (LIS3) er unik for hver spesialitet. De spesialitetene som ikke har LIS2 går direkte fra LIS1 til LIS3. Dette gjelder ASA-spesialitetene.

Normert tid på spesialisering i ASA-spesialitetene er 5 år, og i tillegg kommer LIS1 delen på 1,5 år.

Nytt fra 1. januar 2019 er at alle som tilsettes i fast stilling som lege i kommunen må ha fullført LIS1(tidligere kalt turnustjeneste)

Ny spesialistutdanning gir landets kommuner et betydelig større ansvar enn i dag for å følge opp sine leger. Hvordan dette løses, vil sannsynligvis ha stor betydning for kommunenes evne til å rekruttere og beholde leger. I tillegg må sannsynligvis kommunene søke om å være godkjent utdanningsinstitusjon og det vil ligge økt formelle krav til hvordan kommunene ivaretar utdanningsløpet for leger i spesialisering.

Befolkningen i Karmøy

Folketallet i Karmøy vil ifølge prognoser øke med nesten 8 pst frem til 2025. Befolkningsveksten varierer mellom de ulike delene av kommunen/sonene. I en av sonene er det beregnet en liten nedgang i folketallet. Prognosene er basert på SSBs tall for middels befolkningsvekst ut fra befolkningen 2017 og videreutviklet for lokale forhold, som kommunens boligbyggeprogram mv. Befolkningstallene og prognosene er dynamiske og endres noe fra år til år.

Befolkningsprognose i Karmøy kommune og i ulike soner i kommunen:

Sone	2017	2020	2025	2030
Skudenes	5460	5448	5419	5422
Åkra/Vea	11298	11594	12044	12451
Kopervik/Bygnes	8872	9216	9682	10098
Avaldsnes	7842	7996	8244	8482
Norheim	8757	9260	10172	11008
Karmøy	42229	43514	45561	47461

Befolkningsprognose fordelt på ulike aldersgrupper i Karmøy:

Alder	2017	2020	2025	2030
0-5 år	3250	3226	3284	3317
6-12 år	4018	4124	4059	4105
13-15 år	1655	1698	1859	1780
16-19 år	2386	2227	2324	2412
20-29 år	5249	5374	5258	5336
30-49 år	11431	11532	11861	12312
50-66 år	8341	8786	9356	9783
67-79 år	4290	4714	5228	5455
80-100	1609	1832	2332	2961

Som vi ser av tabellen nedenfor er det de eldste aldersgruppene som øker mest, og antall eldre over 80 år vil øke med nesten 45 pst i Karmøy frem til 2025.

Befolkningsvekst 2017-2025:

Alder	Vekst (%)
0-5 år	1
6-12 år	1
13-15 år	12
16-19 år	-3
20-29 år	0
30-49 år	4
50-66 år	12
67-79 år	22
80-100 år	45

2. GENERELT OM DE ULIKE LEGETJENESTENE

2.1. Fastlegeordningen

Formålet med fastlegeordningen er at innbyggerne i kommunen har tilgang til nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid, og at personer bosatt i Norge får en fast allmennlege å forholde seg til.

Kommunens administrasjon av fastlegeordningen innebærer:

- Forvaltning av fastlegeavtaler
- Oppdatere oversikt over fastleger og listelengde (HELFO)
- Forvaltning av eksisterende og nye hjemler, herunder å rekruttere nye leger
- Bidra til gode arbeidsforhold for legene
- Tilrettelegge for Legenes samarbeidsutvalg (LSU) og Allmennlegeutvalget (ALU)
- Være utdanningsinstitusjon for leger i spesialisering i del 1 og del 3 (LIS1 og LIS3)
- Koordinering av legenes kommunale legeoppgaver

Fastlegen kan være helt eller delvis ansatt i kommunen eller være selvstendig næringsdrivende med avtale med kommunen om å yte tjenesten. Fastlegene kan ha solopraksis eller være samlokalisert i flerlegesentre. Kommunens ansvar gjelder uavhengig av driftsform.

Fastlegeordningen må dimensjoneres i forhold til folketallet. Kommunen oppretter fastlegehjemler og tildeler disse. Pasientene skal ha mulighet til å velge fastlege. I samarbeid med legene planlegger kommunen hvor mange pasienter hver lege kan ha.

Kommunen kan pålegge fastleger i fulltidspraksis å delta inntil 7,5 timer per uke i allmennlegeoppgaver, som helsestasjons- og skolehelsetjenesten, sykehjem og daglegevakt og evt. andre legeoppgaver etter avtale med legeforeningen.

Kommunen har plikt til å sørge for at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Dette innebærer bl.a. å tilrettelegge for at legene som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i kommunen.

Fastlegeforskriften setter krav innenfor en rekke områder hvordan fastlegen skal drive og innrette sin praksis. Fastlegen skal kunne motta og vurdere alle typer henvendelser i sin åpningstid og prioritere pasientene utifra haste- og alvorlighetsgrad. Listeinnbyggeren skal få tilbud om konsultasjon normalt innen fem arbeidsdager. 80 prosent av alle henvendelser på telefon skal normalt besvares innen 2 minutter. Fastlegen skal kunne motta timebestilling elektronisk.

Fastlegen skal videre innrette sin praksis slik at listeinnbyggere som må ha øyeblikkelig hjelp, kan mottas og vurderes i åpningstiden. Fastlegen har plikt til å delta i legevakt utenfor ordinær åpningstid og kommunens organiserte øyeblikkelig-hjelp-tjeneste i kontortid, herunder tilgjengelighet i helseradionett/nødnett og ivaretagelse av utrykningsplikten.

En fastlegehjemmel lyses ut med den listestørrelsen listen har. Ved helt ny hjemmel er listen 0 pasienter, og ved overtakelse av liste fra en annen fastlege er listelengden slik den var da forrige lege avsluttet. Fastlegen kan selv be om å få øke eller redusere listelengden. Det er kommunen

som innvilger listeøkning eller redusisjon og melder dette til HELFO. HELFO administrerer basistilskudd og pasientlister på nasjonalt nivå.

For at fastlegeordningen skal fungere må det være en viss fleksibilitet som gjør at fastleger kan finne sin arbeidsform og arbeidsmengde ut fra egne ønsker og kapasitet.

Maksimumsliste er ifølge fastlegeforskriften 2500 pasienter, noe som i de aller fleste tilfeller vil overstige full arbeidsdag for fastlegen. Særavtalen mellom KS og Den norske legeforening sier følgende om listelengde: *Arbeidstiden er 37,5 timer per uke. Ved full tids kurativ praksis kan det ikke stilles vilkår om listeansvar ut over 1500 innbyggere.* Fastlegen har plikt til å ha en åpningstid tilsvarende 28 timer pr uke.

Flere oppgaver for fastlegene de senere årene har ført til at presset på legene oppleves som stort. Flere kommuner har derfor valgt å lyse ut nye hjemler med liste på 1200 pasienter.⁴

Pensjonsalder for fastleger er vanligvis 70 år. I følge SFS 4310 opphører den individuelle fastlegeavtalen uten oppsigelse når legen fyller 70 år. Kommunen og legen kan inngå en tidsbegrenset avtale om fastlegevirksomhet ut over fylte 70 år, likevel ikke etter at legen er fylt 75 år.

2.2. Legevakt

Den kommunale legevaktordningen er en allmennmedisinsk virksomhet som skal sikre at alle som oppholder seg i kommunen, kan få nødvendig helsehjelp. Ordningen skal vurdere henvendelser om øyeblikkelig hjelp og foreta nødvendig oppfølging *hele døgnet*.

Legevakt er et tillegg til fastlegens tilbud om øyeblikkelig hjelp til innbyggerne på sin liste innenfor fastlegekontorets åpningstid.

Legevaktordningen består av:

- Legevaktsentral for mottak av telefonhenvendelser fra publikum.
- Én eller flere leger i vaktberedskap.

Daglegevakten i ukedagene bemannes av allmennleger som har dette som sin kommunale oppgave. Det er de lokale allmennlegene som er best i stand til å bemanne vaktene ved legevakten og som har både bred medisinsk kompetanse og kunnskap om lokale forhold. God dekning av leger ved legevakten er avhengig av tilstrekkelig dekning av fastleger i kommunen.

Så lenge kravene i akuttmedisinforskriften oppfylles, står kommunen fritt til å velge hvordan legevakttilbudet skal organiseres. Hvilke behov tjenesten må regne med å dekke, henger blant annet sammen med befolkningsgrunnlag, turisttilstrømning, topografi, geografisk utstrekning og avstand til sykehus. Det finnes mange ulike organisatoriske løsninger. Blant annet er det mange modeller for vaktberedskap på dagtid og for legevaktsamarbeid mellom nabokommuner.

Kommunen har ansvaret for at forholdene ved legevakten er lagt til rette på en slik måte at forsvarlig diagnostikk og behandling kan utføres. Legen er selv ansvarlig for den individuelle medisinske vurdering og pasientbehandling.

⁴ Dette er et sentralt spørsmål i forhandlinger mellom legeforeningen og KS.

2.3. Kommunal øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD)

Som ledd i samhandlingsreformen er alle kommuner fra 2016 pliktige til å drifte et tilbud med akutte døgnplasser, kommunal øyeblikkelig hjelp døgnopphold, primært etablert for å avlaste øyeblikkelig-hjelp-funksjonen til spesialisthelsetjenesten med behandling av stabile og avklarte tilstander.

2.4. Allmennmedisinske offentlige legeoppgaver

2.4.1. Legetjenesten i sykehjem

Sykehjemslegen har det medisinskfaglige ansvaret for pasienter som er innlagt i sykehjem.

Sykehjemspasienter har som gruppe generelt høy forekomst av sykdom og alvorlige funksjonshemninger. I snitt har en sykehjemspasient 4-5 aktive diagnoser med behov for oppfølging og behandling. Ca. 70-80 % har mental svikt. Demenssykdommer og høyt medisinförbruk er svært utbredt. Samhandlingsreformen og samfunnsutviklingen har medført økt antall pasienter i sykehjem med sammensatt sykdomsbilde og lavere funksjonsevne enn tidligere.

Sykehjemslegen skal ivareta kontakt med pårørende, jf. pasientrettighetslovens informasjons- og samtykkebestemmelser. Et flertall av sykehjemspasientene har ikke selvstendig samtykkekompetanse.

Sykehjemslegen har også ansvar som medisinskfaglig rådgiver for ledelsen ved virksomheten og deltar i undervisning og prosedyreutforming.

2.4.2. Legetjenesten ved helsestasjon og skolehelsetjenesten

Helsestasjon og skolehelsetjenesten består av ulike deler. Legetjenesten er tilknyttet følgende: helsestasjon for barn 0-5 år, skolehelsetjenesten for barn/ungdom 5-20 år og helsestasjon for ungdom (HFU) 13-20 år.

Tilbudet som gis tar utgangspunkt i «Nasjonale faglige retningslinjer for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom».

Legen er en del av bemanningen ved helsestasjons- og skolehelsetjenesten for å bidra til screening av alle barn, forebygging av sykdommer og skader, fremme psykisk og fysisk helse og fremme gode sosiale og miljømessige forhold. Helsepersonell ved helsestasjonen har ulike kompetanse, erfaring og ulike oppgaver og samarbeider om undersøkelsene. Dette bidrar til økt faglig kvalitet og tverrfaglige drøftinger, refleksjon rundt barnet og løpende evaluering.

For at helsestasjon for ungdom skal kunne gjennomføre sine oppgaver på en faglig forsvarlig måte må legene også ha en sentral rolle her. Legene på helsestasjoner, i skolehelsetjenesten og på helsestasjon for ungdom skal sammen med helsesøstre og øvrig personell jobbe for å være faglig oppdatert og utvikle en moderne og framtidsrettet tjeneste, der potensialet som ligger i tidlig forebyggende innsats utnyttes.

2.4.3. Legetjenesten ved rus- og psykisk helsetjeneste (ROP)

Også brukere innen rus og psykisk helsetjenesten har en fastlege, men av ulike årsaker er dette en pasientgruppe som i mindre grad benytter fastlegen. Mange prioriterer ikke helse og/eller mangler penger. Uenighet om medikamentutskrivning, manglende evne til å følge opp avtaler og manglende betaling for konsultasjoner og resepter er kjente problemstillinger. I tillegg er dette en gruppe med stor sykdomsbelastning og kort forventet levetid. I brukergruppen regnes personer fra 45 år og oppover som «eldre». Gjennomsnittsalderen er økende.

Mange i denne gruppen går derfor for lenge med helsemessige utfordringer før de søker hjelp, noe som igjen fører til større problem for den enkelte, og dyrere behandling for samfunnet.

Det er ikke lovpålagt å ha legetjeneste knyttet til rus og psykisk helse for voksne, men dette er likevel en ordning som flere kommuner velger å opprette som et målrettet tiltak. God og tilgjengelig somatisk legetjeneste er et svært viktig tiltak for å bedre denne gruppens livsvilkår.

For denne gruppen vil det å ha en lavterskel gratislege kunne bidra til at flere mottar nødvendig helsehjelp i tide.

2.5. Samfunnsmedisinsk legearbeid

Samfunnsmedisin omhandler hele befolkningens helse, og det som kan påvirke denne. Kommunens samfunnsmedisinske oppgaver er i stor grad bestemt gjennom lov og forskrift, og knyttet til kommunelegens rolle som samfunnsmedisinsk rådgiver.

Samfunnsmedisinsk kompetanse er nødvendig i folkehelsearbeidet, i helseovervåkning, i helsekonsekvensutredninger, prioriteringsvurderinger og analyse av helserelaterte årsakssammenhenger og muligheter for helsefremmende og forebyggende tiltak.

Den medisinskfaglige rådgivningsrollen er knyttet opp mot hele kommunen: kommunens politiske og administrative ledelse, ansatte i kommunale virksomheter, fastlegene og befolkningen.

Enkelte myndighetsoppgaver er direkte tillagt kommunelegen/kommuneoverlegen gjennom lov (f.eks. smittevern og miljørettet helsevern). De samfunnsmedisinske legene er også sentrale bidragsyttere i tjenesteutvikling, kvalitetsarbeid, beredskap, planarbeid, samt i samhandling internt, og med spesialisthelsetjenesten.

Etterspørselen etter samfunnsmedisinsk kompetanse har vært økende på systemnivå i forbindelse med *økt nasjonal satsing på folkehelsearbeid*, og samhandlingsreformens krav om større fokus på forebygging, tidlig intervensjon og utviklingen av gode og effektive pasientforløp.

Kommuneoverlegene etterspørres også i økende grad som rådgivere og støttespillere i komplekse bruker- og pasientsaker internt i kommunen og i grensesnittet mot spesialisthelsetjenesten.

3. LEGETJENESTEN I KARMØY

3.0 Generelt

Tiltak gjennomført i forrige planperiode (2013-2018)

- Antall fastleger i Karmøy er økt fra 23 til 27 i planperioden.
- Antall kvinnelige leger har økt. 7 av 27 fastleger er kvinner.
- Yngre leger er rekruttert inn i alle ledige hjemler i kommunen i perioden. Totalt er det rekruttert inn 17 leger fra 2013 til 2018.
- Antall solopraksiser i Karmøy er redusert fra 6 til 5.
- Veia legesenter er ombygget og utvidet til et 3-legesenter.
- Gjennomsnittsalderen for fastleger er gått ned. 4 av 27 leger er over 60 år. 6 leger har gått av med pensjon i perioden.
- Bygnes legesenter er utvidet, og det er etablert drift med 5 kommunale leger.
- Det er i tilsatt egne sykehjemsleger i større stillinger (40-100 %) ved alle sykehjem.
- Det er opprettet 20 % legestilling ved mottak og oppfølging i rus og psykisk helsetjeneste
- Kommuneoverlegestillingen er økt fra 30 % tilbake til 100 % i 2018.
- Det er innført 3-delte vakter på legevakt med fastlønn på natt og egen daglegevakt fra 2015.
- Det er innført Nødnett i kommunen. Fastleger og legevakt har fått opplæring.
- Kommunal øyeblikkelig hjelp døgnenhet (ØHD) ble etablert ved Norheim bu- og behandlingsheim i 2014, med egen ØHD-lege og beredskap/tilsynsordning.
- I tilknytning til ØHD er det etablert 3 senger for lindrende behandling.

Legeressursene i Karmøy

KOSTRA-tall fra 2017 viser at Karmøy har et lavt antall legeårsverk. I tabellen nedenfor er det satt opp en sammenligning med KOSTRA-gruppe 13 (gruppering av sammenlignbare kommuner valgt ut av SSB) og utvalg av de kommunene som Karmøy har et godt sammenligningsgrunnlag med.

Legeårsverk i kommunehelsetjenesten pr 10 000 innbyggere, i prosent (2017):

Karmøy	KOSTRA Gr. 13	Haugesund	Ålesund	Larvik	Arendal	Landet
7,7	10,3	9,6	11,7	11,2	8,8	11,0

Tallene er inkludert legevakt og sykehjemsleger.

Legeårsverk i Karmøy i 2017 er 7,7 % mot 6,5 % i 2012. Selv om det har vært en økning fra 2012, er det likevel under gjennomsnittet for landet og for sammenlignbare kommuner. En del pasienter har legetjenester i nabokommuner. Dette kan innebære at innbyggerne i Karmøy kommune fortsatt har dårligere tilgang til helsetjenester innen kommunen enn innbyggere i kommuner som vi kan sammenlignes med.

Fastlegeordning

Per høsten 2018 er det 27 fastlegehjemler i Karmøy kommune.

Kommunale legeoppgaver – 2018:

Kategori	Tjeneste	Stillinger/hjemler
Utdanning	Turnus/LIS1	2,00
Legevakt	Legevakt dag	1,20
Øyeblikkelig hjelp-tilbud	ØHD/lindrende behandling	1,00
Offentlige allmennmedisinske oppgaver	Helsestasjon og skolehelsetjeneste	1,11
	Helsestasjon for ungdom	0,11
	Sykehjem	3,52
	Rus og psykisk helsetjeneste	0,20
Samfunnsmedisin	Kommuneoverlege	1,00
	Smittevernlege	0,30
	Medisinsk faglig rådgiver legevakt	0,20
Sum		10,64

Legetimer per uke per beboer i sykehjem (timer) (2017):

Karmøy	KOSTRA gruppe 13	Haugesund	Ålesund	Larvik	Arendal	Landet uten Oslo
0,6	0,59	0,35	0,57	0,76	0,53	0,55

Legetimer per uke per beboer i sykehjem i Karmøy 2017 er 0,6. Av kommuner vi velger å sammenligne oss med er det kun Larvik som har høyere tall. Dette kan innebære at beboerne ved sykehjem i Karmøy har bedre legetilgang enn f. eks. i Haugesund og i landet for øvrig. Dette er et resultat av bevisst satsing på sykehjemslegetjenesten i Karmøy i forrige planperiode.

3.1. Fastlegeordningen i Karmøy

Det er en målsetning for fastlegeordningen i Karmøy at innbyggerne skal ha lik tilgang på fastlegetjenester i hele kommunen. Det skal være reell valgfrihet for alle innbyggere og det skal være fokus på å ha en god kvalitet på ordningen med forutsigbare arbeidsforhold for fastlegene.

Fastlegegruppen i Karmøy

Antall	Driftsform	Spesialist- utdanning	Alder 60+	Kjønns- balanse ⁵
Karmøy har 27 fastleger i 2018	- 22 leger er privat næringsdrivende - 5 leger er ansatt i kommunalt fastlønnede hjemler - 5 leger driver egne solopraksiser - 22 leger driver praksis i flerlegesener	- 10 leger er spesialister i allmennmedisin. - 14 leger er i gang med spesialisering⁶. - 2-3 leger forventes å ha fullført spesialiseringsløpet i 2018	4 fastleger er over 60 år	7 fastleger er kvinner, dvs. 26 pst

- *Fastlegenes deltakelse i andre allmennmedisinske oppgaver*

Kommunen har i siden 2011 økt bemanningen og tilsatt sykehjemsleger i hele/store stillingsandeler. Dette har isolert ført til en redusert belastning for fastlegen med å dekke kommunale oppgaver. Daglegevakt, helsestasjonslegestillinger, vikar ved vakans for sykehjemleger og veilederoppgaver er for tiden de kommunale oppgavene som fordeles på fastlegene.

- *Listelengder*

Gjennomsnittlig listelengde for fastlegene i Karmøy er i 2017 ca 1524 pasienter (tall fra Helfo), mot 1286 pasienter på landsbasis og 1440 i kommunegruppe 13 (2016 tall). Gjennomsnittlig listelengde i Karmøy er godt over landsgjennomsnittet. Noen få leger med lang erfaring har betydelig lengre lister enn de øvrige. Yngre leger i Karmøy gir uttrykk for at de ønsker lavere listelengde. Det er derfor grunn til å tro at leger i Karmøy i framtiden ønsker å ha en gjennomsnittlig listelengde som er lavere enn i dag.

Alle kommuner har plikt til å tilby hele befolkningen fastlege. 100 pst dekning kan for enkelte kommuner være et ambisiøst mål. Karmøy er en utpendlingskommune og har ikke høyskole/universitet eller lignende institusjoner som tiltrekker seg beboere som ikke inngår i folkeregisteret. Dette i motsetning til nærmeste nabokommune Haugesund. Likevel vil 100 pst dekning i plansammenheng være en god rettesnor for å sikre en best mulig fremtidig fastlegeordning og gi befolkningen mulighet til å ha fastlege i egen kommune.

⁵ Kvinneandelen på landsbasis er 42 prosent.

⁶ Av de legene som ikke er spesialister er 9 leger godkjent allmennlege eller har 2,5 års klinisk erfaring og har utført 40 legevakter/hatt ett års erfaring som allmennlege.

Erfaringen hittil er at arbeidsoppgaver som ikke direkte er knyttet til pasientbehandling har økt. Eksempelvis har det de senere årene blitt stilt økte krav til dialogmøter, samhandling med NAV, kvalitetsarbeid, forskning, veiledning, økt krav til samhandling med andre aktører og normalisering av arbeidstid for fastleger m.m. Det blir også flere eldre pasienter og flere kronikere. I forbindelse med samhandlingsreformen er flere oppgaver overført fra helseforetaket til fastlegen. Det er også noe merbelasting knyttet til redusert sengetall i sykehuset. Dette er endringer som peker i retning av at listene bør være noe kortere. På den andre siden har Karmøy kommune satt inn tiltak for å redusere de andre allmennmedisinske oppgaver for fastlegene.

- *Kapasitet*

Det er ved utarbeidelse av denne planen tatt utgangspunkt i befolkningstall fra SSB fra 2017 som viser at det er 42 229 innbyggere i Karmøy kommune. 27 fastleger har til sammen listansvar for 34 605 innbyggere.

Dvs at ca 7-8 000 innbyggere i Karmøy kommune ikke har fastlege i egen kommune. Dette kan hovedsakelig forklares med at det er flere som benytter legetjenester i andre kommuner, og da sannsynligvis først og fremst Haugesund.

På den andre siden er det er ca 2115 ledige plasser på fastlegenes lister i Karmøy.

Behovet for nye fastlegehjemler totalt i Karmøy frem mot 2025 (i forhold til dekning 2017)

Befolkning	2017	2020	2022	2025
	42 229	43 142	43 708	44 583
Antall nye fastlegehjemler totalt med dagens totale listetak (36 720) og listelengde for nye leger på 1200 pasienter	4,9	6,0	6,7	7,7

Ved beregning av behov for nye fastlegehjemler legger vi til grunn status quo for listelengder og en anbefaling om 1200 pasienter for nye fastlegehjemler. Dersom vi legger dette til grunn har Karmøy kommune fram mot 2025 behov for å rekruttere et sted mellom 6 og 8 **nye** fastleger **totalt** i perioden. Dersom det blir endringer i nasjonale føringer og rammebetingelser når det gjelder listestørrelse kan det medføre behov for flere fastleger framover.

I tillegg vil 4 leger med pasientlister over gjennomsnittet gå av med pensjon. Det er sannsynlig at disse legene må erstattes med et høyere antall leger som vil ønske seg kortere lister. Dette må imidlertid vurderes særskilt i hvert enkelt tilfelle.

- *Geografisk fordeling*

Det er et mål at det skal være reell frihet i hele kommunen til å velge fastlege, og at innbyggerne skal ha tilgang på fastlegetjenester fortrinnsvis nær der de bor. Geografisk fordeling er derfor et viktig moment.

Antall fastleger og listepasienter fordelt på de ulike sonene i Karmøy 2017:

Sted	Antall leger	Befolkning	Kapasitet v/ eget listetak	Dekningsgrad (%)	Faktisk dekning (pasienter på listen) (%)
Skudenes	3	5 460	4 850	89	90
Åkra/Vea	7 + turnus	11 298	8 930	79	73
Kopervik/Bygnes	9 + turnus	8 872	11 200	126	126
Avaldsnes	5	7 842	7 440	95	92
Norheim	3	8 757	4 300	49	52
Karmøy	27	42 229	36 720	87	86

Den totale dekningsgraden for fastleger i Karmøy i 2017 er på 87 %. Det er underkapasitet i alle soner, unntatt i Kopervik/Bygnes hvor det er overkapasitet. Bildet er omtrent det samme når vi kontrollerer opp mot faktisk antall pasienter på legenes lister (kolonnen til høyre).

Innbyggere uten fastlegetilbud i Karmøy og pr sone:

Sted	2017	2020	2022	2025
Skudenes	600	587	574	568
Åkra/Vea	2462	2758	2940	3200
Kopervik/Bygnes	-2208	-1889	-1699	-1431
Avaldsnes	453	606	705	852
Norheim	4633	5149	5515	6046
Karmøy	5940	7211	8036	9235

Tabellen ovenfor viser fastlegekapasitet sonevis for 2017, 2020, 2022 og 2025 basert på forventet befolkningsvekst og bosettingsmønster og ut fra dagens antall fastleger. Kapasiteten varierer ut fra hvor store lister fastlegene til enhver tid har og hvor mange pasienter de faktisk har på listene sine (tall fra Helfo). Tallene er avhengig av mange variabler som endres i en viss grad relativt hyppig, og er derfor usikre. Tallene kan likevel benyttes som en **rettesnor** for å planlegge og etablere nye legehjemler.

Dekningsavvik 2017 - pr sone:

Sted	Dekningsavvik/antall innbyggere utover listekapasitet i egen sone og kommune	Dekningsavvik (pst)
Skudenes	-610	-11
Åkra/Vea	-2 368	-21
Kopervik/Bygnes	2 328	26
Avaldsnes	-402	-5
Norheim	-4 457	-51
Karmøy	-5 509	-13

Dekningsavviket er størst i Norheim, hvor det er en underkapasitet i forhold til befolkningen i sonen på hele 51 %.

Dersom en skal oppnå 100 % dekning i fastlegeordningen må Karmøy kommune frem mot 2025 **totalt i perioden** opprette et sted mellom 6-8 fastlegehjemler.

Behov for nye fastlegehjemler i Karmøy og pr sone:

	2025
Skudenes	0,5
Åkra/Vea	2,7
Kopervik/Bygnes	-1,2
Avaldsnes	0,7
Norheim	5,0
Totalt i Karmøy	7,7

Plassering av nye fastlegehjemler må imidlertid gjøres ut fra en totalvurdering. Viktige momenter i tillegg til forventet befolkningsvekst, legedekning og kapasitet i hver enkelt sone er lokale forhold knyttet til rekruttering, tilgjengelige lokaler og mulighet til å etablere robuste flerlegesenter (med minimum 3 leger).

Utfordringer - fastlegeordningen

• *Kapasitet og geografisk fordeling*

Det er en reell frihet til å velge fastlege i kommunen totalt sett, ettersom det er ledige plasser på listene til leger i 3 av 5 soner. I Åkra/Vea og Norheim er det imidlertid ikke reell valgfrihet. Det er her det er størst behov for nye legehjemler. Åkra/Vea og Norheim/fastlandssiden har størst befolkningsøkning og dårligst legedekning i 2017. Det antas at mange innbyggere i Norheim og fastlandssida, ikke minst utbyggingsområdet Kolnes/Skre/Eike, har fastlege i nabokommuner. Innbyggerne skal ha mulighet til å velge lege i egen kommune. Dette er områder der det er forventet fortsatt vekst. Det vil derfor være behov for å etablere nye legehjemler - og på sikt nye flerlegesenter - her.

En forutsetning for rekruttering av nye leger er at det på sikt er godt nok pasientgrunnlag i de aktuelle områdene. Imidlertid er befolkningen generelt mer mobile enn før og den sonevise tilhørigheten betyr noe mindre. Andre viktige momenter er lokale forhold knyttet til rekruttering, tilgjengelige lokaler og mulighet til å etablere robuste flerlegesenter (med minimum 3 leger). Flere hensyn må veies mot hverandre ved opprettelse av ny legehjemler, og for å lykkes må det være en viss fleksibilitet i dette arbeidet.

• *Utdanning av leger i Karmøy kommune*

Nytt spesialiseringsløp fra 1. mars 2019 vil stille økte krav til kommunen som utdanningsinstitusjon for leger. Forventet ansvar for kommunene i nytt spesialiseringsløp er:

- søke om å være godkjent utdanningsinstitusjon
- legge til rette for læringsaktiviteter slik at lege i spesialisering kan oppnå læringsmålene
- sørge for at legen får nødvendig veiledning
- legge til rette for gjennomføring av nødvendige kurs
- utstede bekreftelse på gjennomført praktisk tjeneste

- *Rekruttering og stabilitet*

Det er generelt utfordrende å rekruttere leger til fastlegestillinger - både til kommunale og privatpraktiserende hjemler. Flere hjemler har måttet lyse ut flere ganger før en har fått kvalifiserte søkere. Det har likevel vært en positiv utvikling etter oppstart av kommunalt drevet legesenter med fastlønnede legestillinger på Bygnes i 2011. Det er også registrert en positiv utvikling når det gjelder rekruttering til privatpraktiserende hjemler i kommunen. Unge leger blir rekruttert til kommunen, og dette har vært svært positivt. Enkelte av de eldre legene i kommunen har i midlertid store pasientlister som det er vanskelig for yngre leger å overta.

Det er også utfordringer knyttet til å beholde fastlegene. Det har vært en del utskiftning, gjerne som følge av flytting til andre steder i landet og at flere har ønsket å jobbe i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder spesielt leger i etableringsfasen. Dette har medført en ustabil drift og mange rekrutteringsprosesser ved flere legesentre.

- *Driftsform og kvalitet*

Ved inngangen til 2018 er det 5 solopraksiser i kommunen. Flerlegesenter med 3 leger eller flere er mer robuste enn solopraksiser. Større fastlegepraksiser gir større og sterkere fagmiljøer, bedre muligheter for investering i utstyr og personell og økt tilgjengelighet til allmennlegetjenester. Sårbarheten ved fravær (permisjon, sykdom og ferie) reduseres, og pasientene får et bedre tilbud ved at de kan få time hos vikarlege på samme legesenter med tilgang til pasientens journal. Det er ønskelig med en utvikling mot mer robuste flerlegesentre.

Kvalitetstenkning og kvalitetsarbeid er viktig for å sikre gode legetjenester, og skal være en rutine på det enkelte legekontor. Fastlegene trenger gode kvalitetsindikatorer, verktøy, tid og forankring av arbeidet, noe som er utfordrende. Kravet i fastlegeforskriften om at 80 prosent av alle henvendelser på telefon normalt skal besvares innen 2 minutter viser seg i noen tilfeller krevende, og dette er et eksempel på noe av det som de ulike fastlegekontorene må fokusere på i sitt kvalitetsarbeid. Noen kontorer må også fokusere mer enn andre på reduksjon av ventetider.

Det er behov for tydelige og tilgjengelige system for avvikshåndtering mellom fastlegene, kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Tiltak - fastlegeordningen

- *Kapasitet og geografisk fordeling*

Opprettelse og plassering av legehjemler skal skje i tett dialog med legeforeningen og tas opp på møter i LSU (lokalt samarbeidsutvalg). Selv om det er svært viktig med fleksibilitet og mulighet for lokale tilpasninger ut fra de til enhver tid gjeldende praktiske og fysiske forhold, gir befolkningstall og legedekning en rettesnor for fordeling av nye fastlegehjemler i planperioden:

Sone	Forslag til endringer
Skudenes	1 ny hjemmel vurderes (ses i sammenheng med listestørrelser)
Åkra/Vea	Behov for 2-3 nye hjemler (kan løses ved å utvide eksisterende legesenter og/eller opprette et nytt legesenter)
Kopervik/Bygnes	Ingen planlagt endring
Avaldsnes	Ingen planlagt endring
Norheim/fastlandet	Behov for 5 nye hjemler (kan løses ved å utvide eksisterende legesenter og/eller opprette et nytt legesenter)

- *Utdanning av leger i Karmøy kommune*

Kommunen har behov for en forutsigbar strategi for å stimulere til spesialistutdannelse ved rekruttering av nye leger til kommunen. Den geografisk avgrensede nettverksorganisasjonen ALIS-Vest knytter kommuner sammen for å sikre gode utdanningsstillinger. Både legene i spesialisering og helselederne i deltagerkommunene uttrykker at de har nytte av støttestrukturen som prosjektet utgjør. Det vil være formålstjenlig å tilby et strukturert utdanningsløp etter modellen som ALIS-vest representerer. Det vil være hensiktsmessig å oppnå samarbeid med nabokommunene i dette arbeidet. Spesialistutdanningen forutsetter også et samarbeid med lokal spesialisthelsetjeneste for gjennomføring av sykehustjeneste som er obligatorisk i spesialiseringen.

- *Rekruttering*

Når leger med lange pasientlister slutter kan det være fornuftig at disse **gradvis reduserer** listelengden for å gjøre det mer attraktivt for nye leger å overta listen. **Deleliste** er også et godt alternativ.

Det bør prøves ut ulike **virkemidler for stimulering til oppstart av nye lister**. KS og Legeforeningen sentralt anbefaler bl.a. bruk av listelengdeuavhengig tilskudd. Kommunen kan også vurdere tidsbegrensede avtaler med nye fastleger om innsats innenfor kommunale oppgaver i inntil 40 % stilling mens fastlegepraksisen bygges opp. Tidsbegrensede avtaler med fastlønn på kommunalt drevet senter, kan også være aktuelt. Legeforeningens råd er likevel fortsatt hovedvekt på at næringsdriftsmodellen er den driftsformen i allmennpraksis som fører til høyest kapasitet og kvalitet («Tillit-trygghet-tilgjengelighet»). Dette er også rimeligere for kommunen. For at rekrutteringen ikke skal svekkes, kan det ikke kreves “goodwill” ved overdragelse av praksiser som kommunene har hatt et betydelig økonomisk ansvar for.

Nyutdannede leger vil gjerne være i en livsfase hvor man opplever det som særlig krevende å foreta økonomiske investeringer og å påta seg arbeidsgiveransvar og langvarige forpliktelser som fastlege og selvstendig næringsdrivende. Mange vil ønske fleksible ordninger i forhold til arbeidstid og vaktbelastning, som kan gjøre det mulig å kombinere arbeid og familieliv. **Fastlønnstillinger**, som er en god løsning i forhold til dette, bør videreføres.

- *Driftsform og kvalitet*

Kommunen tilstreber å **tilrettelegge lokaler** ved etablering av nye fastlegehjemler i kommunen. Dette som et tiltak for å bedre rekruttering og for å unngå å opprette flere solopraksiser i kommunen.

Driftsformen **kommunalt legesenter** er et tiltak som bidrar til å bedre rekrutteringen av nye fastleger. I forrige planperiode er det opprettet kommunalt legesenter på Bygnes. Det ser nå ut til at det vil være mer stabil legedekning ved dette senteret i neste planperiode, og legesenteret videreføres som kommunalt legesenter inntil videre. Driftsformen kommunalt legesenter kan også vurderes andre steder, som f.eks. Norheim.

Fastlegen som knutepunkt i primærhelsetjenesten tilsier også en utvikling i retning av at også **annet helsefaglig personell i økt grad samlokaliseres/knyttes til fastlegepraksisen**. Det er positivt å samlokalisere allmennleger med andre yrkesgrupper som fysioterapeuter, psykologer og andre, med tilrettelegging for tverrfaglig arbeid og større grad av bidrag til kommunale oppgaver. Lokalisering bør derfor ta hensyn til både dette og sentrale demografiske forhold.

For å øke kvaliteten på tjenestene og frigi tid for fastlegene bør det på sikt vurderes oppstart av såkalte **primærhelseteam**.

For å oppnå mindre sårbarhet ved fravær bør den **kollegiale vikarordningen forbedres**. Løsninger for dette må utredes nærmere.

Det må arbeides med **kvalitet** og å utvikle felles kvalitetsindikatorer i samarbeid med LSU for å styrke kvaliteten på fastlegearbeidet i kommunen.

3.2. Legevaktstjenesten i Karmøy

Legevaktstjenesten i Karmøy er delt mellom Karmøy legevakt som dekker kommunen nord til Bø, og Haugesund legevakt som dekker Nord-Karmøy og fastlandsiden. Fordelingen i forhold til befolkningstall er henholdsvis 30 000 for Karmøy legevakt og 12 000 til Haugesund legevakt.

Karmøy kommune har ansvaret for at forholdene ved Karmøy legevakt er lagt til rette på en slik måte at forsvarlig diagnostikk og behandling kan utføres.

Karmøy legevakt er lokalisert i Åkra, og er tilgjengelig for øyeblikkelig hjelp hele døgnet.

Karmøy legevakt har døgnbemannet legedekning med 1 lege pr vakt i en 3-delt vaktordning. Daglegevakten på dagtid hverdager (kl. 08.00-15.00) og alle årets netter (kl. 23.00-08.00) bemannes av 1 tilstedeværende lege. I den resterende periode har legevakten såkalt beredskapslønn uten tilstedeværelsesplikt. På grunn av jevn pasienttilstrømming på legevakten er legen imidlertid av praktiske årsaker også tilstede i denne perioden. Legevaktturnusen på kveld, natt og helg dekkes av leger ansatt i kommunen. Legene har fastlønn for natt.

I 2016 hadde Karmøy legevakt totalt nærmere 21 000 henvendelser. Antall konsultasjoner med lege er lavere enn antall henvendelser, da henvendelser nødvendigvis ikke medfører en konsultasjon. Karmøy legevakt mottar i overkant av 50 henvendelser ukedager og over 70 pr dag lørdag og søndag.

Legevakten har gjennom tett samarbeid med fastleger også mulighet for etablering av kontakt mellom pasient og fastlege dersom dette er klinisk forsvarlig og nødvendig. Målsettingen er at flest mulig pasienter blir vurdert av fastlegen i det omfang det er mulig med hensyn på bedre pasientbehandling på grunn av kontinuitet i behandlingen og bredere observasjonsgrunnlag hos fastlegen.

Karmøy legevakt tilstreber mest mulig elektronisk kommunikasjon med fastleger og øvrige helseaktører, og har ved hjelp av nytt journalsystem fått økte muligheter for elektronisk kommunikasjon.

Legevakten ønsker å samarbeide aktivt gjennom ulike kommunikasjonskanaler, fellesmøter, kurs og erfaringsutveksling med øvrige helseaktører, og inviterer til møter og undervisning med samarbeidspartnere løpende og etter behov.

Regionens kommuner (Haugesund, Tysvær, Sveio, Bokn, Utsira og Karmøy) har besluttet å etablere interkommunal legevakt med Karmøy som vertskommune. Karmøy kommunestyre har samtidig gjort vedtak om at legevakten på Åkra skal oppretholdes organisert som en underavdeling av den interkommunale legevakten. Legevakten på Åkra skal ha sine åpningstider i tidsrommet kl 16.00-23.00 i hverdager og kl 08.00-23.00 i helg og helligdager. Den interkommunale legevakten skal betjene ca 100 000 innbyggere. Ut fra intensjonen i samarbeidet skal legevakten på Åkra bemannes av leger og sykepleier fra Karmøy kommune.

Utfordringer – legevakttjenesten i Karmøy

God legedekning i kommunene er en forutsetning for å bemanne legevakten. Dette betinger at det er kapasitet og stabilitet i legegruppen.

Som følge av ny akutforskrift må det være etablert en bakvaktordning. Dette gjelder for alle leger som ikke er godkjent spesialist eller er godkjent som allmennlege ut fra gammel ordning.

Bemanning av to legevakter (Karmøy legevakt og interkommunal legevakt) gir en økt belastning på vaktkjørende leger ved Karmøy legevakt sammenlignet med nabokommuner. Dette skaper ekstra utfordringer i forhold til å få dekket vakter og rekruttering av nye fastleger med legevaktplikt.

For legene er det belastende å være eneste lege på vakt ved Karmøy legevakt når det opptrer samtidighetskonflikter. På den annen side ville en ordning med flere leger på vakt ført til økte utfordringer i forhold til å følge opp vaktplanen.

Legevakten ser det som utfordrende at det ikke er utviklet god nok elektronisk kommunikasjon for samhandling mellom ulike helseaktører i kommunen.

Legevakten ser behov for tettere samarbeid om øvelser med relevante instanser innen beredskap i kommunen.

Tiltak – legevakttjenesten i Karmøy

For å kunne ha full bemanning ved legevakten må **legedekningen i fastlegeordningen justeres** i tråd med befolkningsutviklingen.

Karmøy legevakt ser behov for videre satsing på **elektronisk kommunikasjon og samhandling**.

For å oppnå tettere samarbeid med relevante instanser innen beredskap i kommunen, bør det jevnlig gjennomføres **tverrfaglige øvelser** som involverer alle de aktuelle instanser.

3.3. Kommunal øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD)

Avdeling for øyeblikkelig hjelp døgnopphold ble åpnet i november 2014 og er lokalisert i Norheim bu- og behandlingsheim. Øyeblikkelig hjelp avdelingen er et tilbud til alle kommunens innbyggere over 16 år som trenger akutt behandling som ikke krever avansert behandling. Avdelingen drives i kombinasjon med «lindrende senger» og er alltid bemannet med sykepleierkompetanse. Fulltids legestilling på dagtid dekker begge funksjoner. Legeberedskap på kveld/ettermiddag og helg sikres gjennom legevakt. Tilsyn i helger og høytidsdager dekkes gjennom egen vaktordning.

Tilbudet består av 5 senger tiltenkt pasienter som har øyeblikkelig behov for kortvarig døgnbasert behandling, observasjon og pleie på kommunalt, allmennmedisinsk nivå. Fra 2017 er målgruppen for tilbudet utvidet til å gjelde pasienter med diagnoser innenfor rus/psykiatri. Pasienten henvises til innleggelse fra fastlege og legevakt. Pasienter som legges inn overvåkes tett klinisk.

Belegget ved ØHD har vært jevnt stigende:

Driftsår:	Belegg (%)
2015	31,5
2016	58,3
2017	93,0
2018 (pr. 20.8)	82,0

Utfordringer - ØHD

Seleksjon av pasienter, god pasientflyt og høy kvalitet må jobbes med kontinuerlig.

Tiltak - ØHD

For å sikre god kvalitet i ØHD må det fokuseres på kontinuerlig kompetanseutvikling og god samhandling med fastleger og sykehus.

3.4. Allmennmedisinske oppgaver

3.4.1. Sykehjemslegetjenesten

Fra senhøsten 2018 er det 6 sykehjem i Karmøy kommune. Det er gjennomført en funksjonsfordeling på og mellom sykehjemmene i kommunen, og det er nå 265 plasser fordelt på langtid, korttid, demens palliasjon/lindrende behandling, avlastning og forsterket skjermet demens mv.

I tråd med den store økningen i antall eldre i kommunen planlegges det ytterligere 100 nye heldøgnsomsorgsplasser (omsorgsboliger med døgnbemannet personalbase og tradisjonelle sykehjemsplasser) frem mot 2026. Det forventes at behovet vil være størst knyttet til tilrettelagte plasser for demente.

Legeressurser ved den enkelte institusjon/sykehjem:

Sykehjem	Stilling årsverk
Åkra BBH	0,20 ⁷
Fredheim	0,10
Kopervik BBH	0,50
Storesund BBH	0,32
Norheim BBH	1,00 ⁸
Vea (inkl. Skudenes BBH)	1,40
Totalt	3,52

De senere årene er det ansatt sykehjemsleger i større stillinger i kommunen. Dette er i tråd med ønske om å samle sykehjemmene på færre leger, og på sikt få etablert en sykehjemslegegruppe i kommunen med spesiell interesse for faget sykehjemsmedisin. Sykehjemsleger i større stillinger gir økt tilgjengelighet på dagtid, og reduserer behovet for legevakt på kveld/natt.

Utfordringer - sykehjemslegetjenesten

Sykehjemmene er tildelt nye og større oppgaver som følge av samhandlingsreformen. Flere eldre og økende kompleksitet i sykdomstilstanden til pasienter i sykehjem gir økende behov for sykehjemsplasser og flere sykehjemsleger.

Legeforeningen har utarbeidet et forslag til nasjonal legebemanningsnorm i sykehjem, som er differensiert fordi behovet for legeressurser varierer mellom type avdeling og pasientkategorier. Sykehjemslegedekningen i Karmøy kommune ligger noe under denne normen. KOSTRA-tall viser imidlertid at antall llegetimer per uke per beboer i sykehjem i Karmøy 2017 ligger på snittet for sammenlignbare kommuner og landet for øvrig⁹. Dette viser at kommunen har satset betydelig på sykehjemsleger de senere år.

Akuttsituasjoner ved sykehjem håndteres av legevaktsleger som ikke har den samme kjennskapen til pasientenes helsetilstand og sykehjemmets rutiner som sykehjemslegene.

⁷ Åkra og Storesund har i praksis til sammen 0,80 årsverk. Totalt er det pr august 2018 3,8 årsverk.

⁸ Ved NBBH er det i tillegg 1.00 årsverk knyttet til ØHD og senger for lindrende behandling. Totalt utgjør dette 4,8 stillinger innen institusjonene i Karmøy.

⁹ Jf. tabell side 16.

Ved økt kompleksitet i sykdomstilstand vil det også være økt behov for løpende oppdatering av prosedyrer og rutiner, og sykehjemslegene vil ha behov for kontinuerlig faglig oppdatering.

Tiltak - sykehjemslegetjenesten

Kommunen må vurdere om legedekningen står i forhold til de oppgaver legen forventes å ivareta på det enkelte sykehjem. Rundskriv I-4/2007 *Nasjonal standard for legetjenester i sykehjem* forutsetter at kommunen fattet et konkret vedtak om legedekning i kommunens sykehjem. For å sikre et faglig forsvarlig tilbud til pasientene må man fortsatt vurdere å forsiktig øke legeressursene i retning av normen som legeforeningen har skissert (2012) som minimum normtall for legetjeneste ved sykehjem:

- 1 uketime per 3 langtidsplasser, dvs. minst 1 legeårsverk per 90 pasienter
- 1,5 uketimer per korttidsplass for opphold av 3–4 ukers varighet, dvs. minst 1 legeårsverk per 20 pasienter
- 3 uketimer per 1 rehabiliteringsplass for mer aktiv utrednings-, behandlings- eller rehabiliteringsopphold, dvs. minst 1 legeårsverk per 10 pasienter
- 1 uketime per 2 plasser i spesialavdelinger for demente med atferdsproblemer, dvs. minst 1 legeårsverk per 60 pasienter
- 5 uketimer per plass beregnet for palliativ behandling og/eller terminalomsorg, dvs. minst 1 legeårsverk per 6 pasienter

Karmøy kommune vil forsiktig øke antall årsverk innen sykehjemsmedisin ut fra behovet og vil nærme seg legeforeningens normtall. Legetjenesten ved sykehjemmene bør fremover også tilrettelegges slik at akutsituasjoner i størst mulig grad håndteres av vaktordning blant sykehjemsleger. For å minimere bruk av legevakt bør det ses på **ulike løsninger og organisering** av sykehjemslegefunksjonen.

Sykehjemslegen bør medvirke til at det utarbeides **gode rutiner** i sykehjem. Det er viktig å legge til rette for å et **faglig nettverk** i kommunen for å øke kompetansenivået og styrke faget sykehjemsmedisin.

3.4.2. Lindrende behandling (palliasjon)

Tverrfaglighet, tilgjengelig kompetanse og beslutningsprosesser som involverer pasient og pårørende vektlegges sterkt i helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer for lindrende behandling i livets slutfase. Sykehjemslegen har ansvar for pasienter i institusjon som får lindrende behandling og fastlegene har ansvar for pasienter som får denne behandlingen i hjemmet. Dette inkluderer også barn som trenger lindrende behandling.

Utfordringer – lindrende behandling

Det er behov for å se nærmere på hvordan legeoppgavene knyttet til lindrende behandling /palliasjon kan ivaretas på en bedre måte. Erfaring tilsier at spesielt hjemmetjenesten opplever det som utfordrende å få til tverrfaglighet. Fastlegene har ofte akutte arbeidsoppgaver på legekantoret og dermed også utfordringer i forhold til å slippe fra for å rykke ut til hjemmebesøk på kort varsel. Legeforeningen lokalt har bedt om avlastning med tanke på fastlegens oppgaver til pasienter i livets slutfase, gjerne med mulighet for ambulerende tjeneste.

Tiltak – lindrende behandling

Det bør ses nærmere på om lindrende behandling/palliasjon kan ivaretas på en bedre måte enn i dag ved å organisere arbeidet og den medisinskfaglige støtten og samarbeid med fastlegen på en annen måte. NOU 2017:16 *På liv og død - Palliasjon til alvorlig syke og døende* omtaler ambulerende kommunale palliative team som en mulig løsning for å sørge for tilstrekkelige tjenester til pasienter i livets slutfase. **Lokale tiltak og nye rutiner** må utvikles i samarbeid mellom leger med erfaring innen dette feltet, kreftkoordinator, fastleger, hjemmetjeneste og andre aktuelle tjenester.

3.4.2. Legetjenesten i helsestasjon og skolehelsetjenesten

Karmøy kommune har 5 helsestasjoner. Disse er fordelt på 3 helsestasjonsområder: Norheim/Avaldsnes, Kopervik, Åkra /Skudenes. Helsestasjon for ungdom er lokalisert til Norheim og Åkra. Det er vedtatt en sammenslåing av Norheim og Avaldsnes helsestasjoner, og det er startet en prosess for å finne egnede lokaler for samlokalisering.

Legeressursene ved helsestasjon og skolehelsetjenesten er fordelt på 8 deltidsstillinger som innehas av leger med fastlegeavtale med kommunen.

Legeressurser ved den enkelte helsestasjon

Helsestasjoner	Stilling leger %
Skudenes	13,33
Åkra/helsestasjon for ungdom	31,33
Kopervik	21,33
Avaldsnes	30,00
Norheim/helsestasjon for ungdom	26,33
Totalt	122,33

Arbeidet på helsestasjonene skjer i tråd med den nasjonale faglige veilederen.

Det har vært lite variasjon i antall fødsler de siste årene (tall fra WinMed), og helsestasjonene for aldersgruppen 0-5 år vil dermed holde seg på dagens nivå.

Utfordringer - legetjenesten i helsestasjon og skolehelsetjenesten

Psykiske lidelser blant barn og unge øker, og dette gir økt behov for legetjenester i helsestasjon og skolehelsetjenesten.

Små deltidsstillinger gir utfordringer knyttet til gode samhandlingsformer og praktiske ordninger for brukerne og helsestasjonene. Det er behov for å utarbeide rutiner for samarbeid mellom helsestasjonene og fastlegene. Det er også behov for å legge til rette for faglig fellesskap og oppdatering.

Tiltak - legetjenesten i helsestasjon og skolehelsetjenesten

Dersom helsestasjonslegene skal få utvidede oppgaver, eksempelvis grunnet økte utfordringer innen psykisk helse, er det behov for å prioritere mer av tjenestens ressurser til lege.

Det bør etableres gode rutiner mellom helsestasjonene og fastlegene. Det bør også opprettes faste treffpunkt for bedre implementering av oppdaterte nasjonale veiledere og retningslinjer som sikrer felles forståelse og lik praksis. Det er ønskelig å organisere tverrfaglige fagdager på den enkelte helsestasjon. Det er også viktig med gode IKT løsninger som bedrer kommunikasjonen og samarbeidet internt og eksternt.

3.4.3. Legetjenesten i rus og psykisk helsetjeneste (ROP)

Karmøy kommune har en kommuneomfattende tjeneste til personer med rus- og psykiske lidelser (ROP). Ved mottaks- og oppfølgingssenteret (MO-senteret) i Kopervik er det tilknyttet 20 % legestilling, hovedsakelig innen rus eller i kombinasjon med psykisk helseutfordring. Tiltaket er innrettet som et tverrfaglig lavterskeltiltak. Stillingen økes fra høsten 2018 til 50 % som følge av øremerkede tilskuddsmidler. Lege benyttes til klinisk arbeid for brukere og veiledning til ansatte. Forebyggende tiltak som vaksinasjon og sårbehandling er særlig utbredte oppgaver. Pasienten kan også bli henvist til spesialistbehandling.

Utfordringer - legetjenesten i rus og psykisk helsetjeneste

Som for pasienter med rusproblematikk har også pasienter med alvorlig psykisk sykdom (uten samtidig rusproblematikk) vansker med å ivareta seg selv og oppsøke fastlege i tide.

Det er utfordrende å rekruttere lege til deltidsstilling ved ROP, og stillingen må knyttes til annen type legestilling i kommunen.

Tiltak - legetjenesten i rus og psykisk helse

Muligheten for lavterskeltilnærming for legetjenester også til personer med alvorlig psykisk sykdom bør utredes nærmere. Ut fra erfaringer med økt stillingsressurs fra 2018 bør det vurderes om legestilling i rus og psykisk helsetjeneste bør utvides til 100 % og også omfatte lavterskeltilbud for personer med psykisk sykdom.

3.5. Samfunnsmedisinske legeoppgaver

Samfunnsmedisin skal favne kunnskap om alle faktorer i samfunnet som kan påvirke folks helse. Karmøy kommune har fra våren 2018 kommuneoverlege i 100 % stilling som medisinsk faglig rådgiver. Kommunen har også smittevernlege i 30 % stilling og lege med medisinskfaglig ansvar for legevakt i 20 % stilling. I Karmøy kommune er oppgavefordelingen slik:

Kommuneoverlegen:

- Samfunnsmedisinsk og legefaglig kompetanse i alle kommunens etater ved planarbeid og kvalitetsarbeid, herunder beredskap
- Videreutvikling av klinisk samarbeid med spesialisthelsetjenesten og andre kommunale instanser
- Medisinskfaglig rådgiver for alle kommunens tjenester innen helse og omsorg
- Myndighet og kompetanse innen miljørettet helsevern
- Mottak og registrering og viderebehandling av dødsmeldinger
- Medisinskfaglig rådgivning ovenfor allmennlegetjenesten, og rolle som tilrettelegger for kvalitetsforbedringsarbeid hos fastlegene
- Plan og utviklingsarbeid innen folkehelse
- Oversikt over helsetilstand i befolkningen
- Strategier innen helsefremmende og forebyggende arbeid
- Ivaretagelse av helsehensyn i kommunal planlegging (jfr. plan og bygningsloven)
- Medisinsk faglig rådgiver for kommunens kriseledelse

Smittevernlegen:

- Utarbeidelse av smittevernplan, herunder influensa og pandemiplan
- Ansvar for tuberkulosearbeidet
- Medisinskfaglig ansvar for vaksinasjons- og smittevernsarbeidet i kommunen
- Medisinsk faglig ansvar for smittevernarbeid blant innvandrere, asylsøkere og flyktninger
- Medisinsk faglig ansvar for mottak og oppfølging av MSIS meldinger

Medisinskfaglig rådgiver legevakt:

- Medisinsk faglig ansvar for legevakten
- Medisinsk faglig rådgivning overfor politi og i lokal redningssentral (LRS)

Utfordringer for legetjenesten innen samfunnsmedisin

Utviklingen innen teknologi og medisin har gjort at samfunnet er stadig mer uoversiktlig og komplekst. Befolkningens krav og forventninger til hva samfunnet skal utrette for den enkelte er økende. Det er vanskelig å ha oversikt og å holde seg oppdatert på hvilke faktorer som påvirker folks helse. I et globalt perspektiv er det omfattende miljøutfordringer og høyt konfliktnivå i flere deler av verden, som også berører befolkningen i Karmøy. Det er derfor et økende behov for medisinsk kompetanse i planlegging og drift av alle kommunens etater, samt i den overordnede planleggingen i kommunen.

Tiltak for legetjenesten innen samfunnsmedisin

På bakgrunn av forventning om økende **behov for leger innen samfunnsmedisin** utredes kapasitet og organisering nærmere i planperioden.

4. TILTAK FOR LEGETJENESTEN I KARMØY FRAM MOT 2024

Fastlegeordningen

Fokusområde	Tiltak	Oppstart	Økonomi
Kapasitet og geografisk fordeling	Planlegge økning av antall fastlegehjemler med utgangspunkt 100 % legedekning for kommunens befolkning og realistisk antall pasienter på nye lister (1200). I tråd med dette planlegges følgende økning: • Norheim tilføres inntil 5 nye hjemler • Åkra/Vea tilføres 2 hjemler • Det vurderes ny legehjemmel i Skudenes Det må være fleksibilitet i denne planen, slik at en kan ta hensyn til lokale og praktiske forhold som oppstår underveis, herunder lokaler og evt. reduksjon av pasientlister når nye leger overtar eksisterende hjemler.	Gradvis opptrapping i perioden. Må skje i samarbeid med legeforeningen og ut fra lokale forutsetninger.	Nye fastlegehjemler gir merknader knyttet til lokaler: • Investering og oppgradering av legesentre der det er behov for leger. • Vedlikeholdskostnader til byggene. • Tomgangsleie i oppbyggingsfasen. Dette må vurderes i samarbeid med teknisk etat i forbindelse med de årlige budsjettene.
Utdanning	Utarbeide strategi for å imøtekomme nye krav knyttet til spesialiseringsløp	Høsten 2018	-

Fastlegeordningen forts.

Rekruttering og stabilitet	• Samarbeide med leger som planlegger å pensjonere seg om å trappe ned egen pasientliste for å gjøre det enklere for legen som skal overta denne, evt inngå avtale om deleliste. • Vurdere tilskudd ved oppstart av nye lister • Videreføre ordning med fastlønnsstillinger. • Opprette utdanningsstillinger med avklarte rammer for leger i spesialisering • Oppfølging av alle fastleger (spesielt fokus på LIS 1, oppstartsamtaler nye leger og faste årlige samtaler)	Vurderes fortløpende i perioden	Vurderes i forbindelse med de årlige budsjettene
Driftsform og kvalitet	Bidra til utvikling mot flere flerlegesentre framfor solopraksiser	Vurderes fortløpende i perioden	Vurderes i forbindelse med de årlige budsjettene
	Videreføre driftsformen kommunalt legesenter ved Bygnes og vurdere om denne er egnet andre steder (eksempelvis Norheim).	Vurderes fortløpende i perioden	Vurderes i forbindelse med de årlige budsjettene
	Se på muligheter for å samlokalisere annet helsefaglig personell med fastlegepraksiser	Vurderes fortløpende i perioden	Vurderes i forbindelse med de årlige budsjettene
	Vurdere oppstart av primærhelseteam	Vurderes fortløpende i perioden	Vurderes i forbindelse med de årlige budsjettene
	Utrede løsninger for å forbedre den kollektive vikarordningen	Vurderes fortløpende i perioden	Vurderes i forbindelse med de årlige budsjettene
	Arbeide med kvalitetsforbedringer og finne felles kvalitetsindikatorer	Vinter 2018/19	Gjennomføres innen gjeldende budsjettramme

Legevaktjenesten i Karmøy

Fokusområde	Tiltak	Oppstart	Økonomi
Kapasitet og kvalitet	Videre satsing på elektronisk kommunikasjon og samhandling	Fortløpende	-
	Ta initiativ til jevnlig beredskapsøvelser som involverer alle de aktuelle instanser	Høst 2018	-

Kommunal øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD)

Fokusområde	Tiltak	Oppstart	Økonomi
Kapasitet og kvalitet	Kontinuerlig fokus på kompetanseutvikling og god samhandling med fastleger og sykehus.	Fortløpende	-

Allmennmedisinske oppgaver

Legetjenesten i Sykehjem

Fokusområde	Tiltak	Oppstart	Økonomi
Kapasitet og kvalitet	Vurdere økning av sykehjemsleger for å nærme seg legeforeningens normtall.	Fortløpende	Vurderes i forbindelse med de årlige budsjettene
	Vurdere ulike løsninger og organisering av sykehjemslegefunksjonen, bl.a. for å minimere bruk av legevakt	Vår 2019	-
	Sykehjemslegen skal medvirke til rutineutvikling.	Fortløpende	-
	Opprettholde og videreutvikle det faglige nettverket for sykehjemsmedisin.	Fortløpende	-

Lindrende behandling (palliasjon)

Fokusområde	Tiltak	Oppstart	Økonomi
Driftsform og kvalitet	Utrede hvordan legeoppgavene knyttet til lindrende behandling (palliasjon) kan ivaretas på en bedre måte, spesielt overfor pasienter som er under 18 år	Våren 2019	Vurderes i forbindelse med de årlige budsjettene

Legetjenesten i helsestasjon og skolehelsetjenesten

Fokusområde	Tiltak	Oppstart	Økonomi
Kapasitet og kvalitet	For å imøtekomme endrede behov vurderes å prioritere mer av tjenestens ressurser til lege.	Vurderes fortløpende	Vurderes i forbindelse med de årlige budsjettene
	Etablere gode rutiner mellom helsestasjonene og fastlegene	Vår 2019	Gjennomføres innen gjeldende budsjettramme
	Tverrfaglige fagdager på den enkelte helsestasjon	Vurderes fortløpende	Gjennomføres innen gjeldende budsjettramme

Legetjenesten i rus og psykisk helsetjeneste (ROP)

Fokusområde	Tiltak	Oppstart	Økonomi
Kapasitet og kvalitet	Vurdere å utvide legestilling i ROP til 100 % for å gi lavterskeltilbud også til personer med psykisk sykdom (uten samtidig rusproblemer)	Vurderes nærmere i løpet av perioden	Vurderes i forbindelse med årsbudsjett

Samfunnsmedisin

Fokusområde	Tiltak	Oppstart	Økonomi
Kapasitet og kvalitet	Kapasitet og organisering utredes nærmere frem mot neste planperiode.	Vurderes nærmere i løpet av perioden	-

Rådmannens sluttord

I årene fremover må kommunen ha et sterkt fokus på å møte utfordringer knyttet til befolkningsvekst og aldrende befolkning. Vi vil trenge flere fastleger både som følge av økt befolkning i seg selv, men også som følge av flere oppgaver. Rekruttering av flere fastleger må ha høy prioritet framover. Vi vil bl.a. også trolig trenge flere sykehjemsleger.

Det er et ønske om å øke robustheten i tjenestene og å gi bedre forutsigbarhet og bedre rammer for legenes arbeid. Det er derfor ønskelig å få etablert flere flerlegesentre, eventuelt i kommunal regi.

Legetjenesten i kommunen består av mange brikker i et stort puslespill. Administrasjonen må ha mange tanker i hodet samtidig. Flyttes det på en «brikke» vil det ha konsekvenser for en annen. Det er derfor viktig at det er kapasitet og fleksibilitet til å se endringer i sammenheng og rom for å kunne gripe de mulighetene til forbedring som vil dukke opp underveis i planperioden.

Kvalitetsforbedring og effektivisering ved hjelp av gode samarbeidsformer, kompetanseheving, elektronisk kommunikasjon og generelt forbedringsarbeid knyttet til rutiner og arbeidsprosesser blir også viktige fokusområder.

Som kommune må vi være åpne for å tenke nytt i forhold til hvordan vi møter befolkningens behov for legetjenester. Lavterskeltilbud med lege tilknyttet rus og psykisk helsetjeneste er et eksempel på et slikt nytt og målrettet tiltak.

Samfunnsutviklingen tilsier at vi må ha et sterkere fokus på samfunnsmedisin i planlegging og drift av kommunens virksomhet fremover. Økte resurser innenfor dette området fra 2018 gir forventninger om økt kvalitet i planperioden.