



## Handlingsprogram for legetjenesten 2025-2028

### Høringsutkast

Legetjenester som møter fremtidens behov gjennom:


- Tilgjengelighet
- Kvalitet, ledelse og kompetanse
- Samarbeid
- Bærekraftig samfunnsutvikling og mestring av eget liv



## Innholdsfortegnelse

<b>HANDLINGSPROGRAM FOR LEGETJENESTEN 2025-2028 .....</b>	<b>1</b>
<b>DEL 1 INNLEDNING .....</b>	<b>4</b>
BAKGRUNN .....	4
PROSESSEN .....	5
<b>DEL 2 NASJONALE FØRINGER FOR LEGETJENESTENE .....</b>	<b>5</b>
2.1 LOVER OG FORSKRIFTER .....	5
2.2 NASJONALE VEILEDERE .....	7
2.3 AVTALER MELLOM KS OG LEGEFORENINGEN .....	7
2.4 NASJONALE REFORMER OG PLANER .....	8
2.5 REGIONALE PLANER .....	9
<b>DEL 3 HANDLINGSPROGRAM FOR DE ENKELTE TJENESTENE .....</b>	<b>10</b>
<b>SARPSBORG OG RAKKESTAD LEGEVAKT, LILLETORGET LEGEKONTOR, VAKSINASJONS- OG SMITTEVERNKONTORET. ....</b>	<b>10</b>
<b>SLIK HAR VI DET: .....</b>	<b>10</b>
LEGEVAKT .....	10
KOMMUNALT FASTLEGEKONTOR – LILLETORGET LEGEKONTOR.....	13
VAKSINASJONS- OG SMITTEVERNKONTOR.....	13
<b>UTFORDRINGSBILDE .....</b>	<b>14</b>
<b>SLIK VIL VI HA DET .....</b>	<b>15</b>
<b>SLIK GJØR VI DET: .....</b>	<b>16</b>
<b>KOMMUNALE LEGETJENESTER.....</b>	<b>17</b>
<b>SLIK HAR VI DET .....</b>	<b>17</b>
HELSEHUS .....	17
SYKEHJEM.....	18
HELSESTASJON FOR BARN OG SKOLEHELSETJENESTE .....	19
FENGSELSELSETJENESTEN .....	19
<b>UTFORDRINGSBILDE – TRYKK PÅ KOMMUNALE LEGETJENESTER.....</b>	<b>19</b>
<b>SLIK VIL VI HA DET .....</b>	<b>22</b>
<b>SLIK GJØR VI DET: .....</b>	<b>23</b>
<b>FASTLEGEORDNINGEN.....</b>	<b>23</b>
<b>SLIK HAR VI DET .....</b>	<b>24</b>
<b>UTFORDRINGSBILDE .....</b>	<b>25</b>
<b>SLIK VIL VI HA DET .....</b>	<b>27</b>
<b>SLIK GJØR VI DET .....</b>	<b>28</b>
<b>SAMFUNNSMEDISINSK KOMPETANSE.....</b>	<b>29</b>
SLIK HAR VI DET.....	30
SLIK VIL VI HA DET.....	30

SLIK GJØR VI DET .....	30
<b><u>DEL 4 LEDELSE OG KVALITETSFORBEDRING I LEGETJENESTEN .....</u></b>	<b>31</b>
SLIK GJØR VI DET .....	32
<b><u>DEL 5 SPESIALISERINGSFORLØP OG KOMPETANSEHEVING I LEGETJENESTEN ....</u></b>	<b>32</b>
SLIK GJØR VI DET .....	34
<b><u>DEL 6 ØKONOMISKE KONSEKVENSER AV NYE TILTAK .....</u></b>	<b>35</b>
<b><u>DEL 7 VEDLEGG .....</u></b>	<b>35</b>
VEDLEGG 1: ANBEFALT LEGEBEMANNING PÅ LEGEVAKT. ....	35
VEDLEGG 2: .....	36



## Del 1 Innledning

### Bakgrunn

Sarpsborgs demografiske utvikling, med en aldrende befolkning, økt antall innbyggere med innvandrerbakgrunn, mange lavinntektsfamilier og en økende andel av innbyggere med livsstilssykdommer og psykiske lidelser, krever en robust og bærekraftig legetjeneste i kommunen. Legetjenesten må utvikle seg for å kunne møte fremtidens behov.

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 plikter kommunen å tilby personer som oppholder seg i kommunen, nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar gjelder alle pasient- og brukergrupper. For å oppfylle ansvaret etter § 3-1, skal kommunen ifølge § 3-2 blant annet tilby helsetjenester i skoler og helsestasjonstjenester, svangerskaps- og barselomsorgstjenester, legevaktstjenester og heldøgns medisinsk akuttberedskap, psykososial beredskap og oppfølging, fastlegeordning, helsetjenester i hjemmet og i sykehjem. For å utføre disse og flere andre helse- og omsorgstjenester, skal kommunen ha tilknyttet nødvendig helsepersonell inkludert lege.

Videre fastsetter helse- og omsorgstjenesteloven § 5-5 kommunens plikt til å ha en eller flere kommuneleger som medisinskfaglige rådgivere. Kommunelegen har lovpålagte oppgaver etter psykisk helsevernloven, smittevernloven og folkehelseloven. Disse har etter avtaleverket tittelen kommuneoverleger.

Den samlede legetjenesten i Sarpsborg kommune består av selvstendig næringsdrivende fastleger og kommunalt ansatte leger. Kommunalt ansatte leger jobber ved helsehus, legevakt, fastlegekontor, sykehjem, fengsel, familiesenter og helsestasjon for ungdom. Kommuneoverlegene er også kommunalt ansatte og jobber tverrsektorielt på systemnivå.

Det er viktig å se situasjonen i fastlegeordningen i sammenheng med kommunens øvrige legetjenester. Det å iverksette tiltak for fastlegeordningen i handlingsprogrammet for legetjenester, vil bidra til dette. Flere kommuner i regionen skal oppdatere sine handlingsprogram for legetjenesten i 2024, og kommunene har god dialog om tiltak. Det er et mål å unngå økt konkurranse mellom kommunene.

Formål med handlingsprogrammet: Handlingsprogrammet skal synliggjøre nåsituasjonen, og beskrive hva kommunen har av tjenester og tiltak i legetjenesten. Handlingsprogrammet skal peke ut retningen legetjenestene i Sarpsborg skal utvikle seg i, og omfatter alle legetjenestene i kommunen. Målet er legetjenester av god kvalitet som møter befolkningens behov, og effektive tjenester med riktig kompetanse og kapasitet der tjenestene samhandler godt og er hensiktsmessig organisert. Handlingsprogram for legetjenestene bygger på kommunedelplan helse og omsorg 2017- 2028. Kommunedelplanen gir strategiske føringer for hvordan legetjenestene skal utvikles.

Folkehelseprofilen viser at Sarpsborg kommune har store levekårsutfordringer. Mange lever i utenforskap. Befolkningen i Sarpsborg har lavere utdanningsnivå, sysselsettingsgrad, inntekt og helse enn landsgjennomsnittet. Helse tilstanden til befolkningen i Sarpsborg kommune blir stadig dårligere. Hvis vi ikke klarer å snu trenden vil helse- og omsorgstjenesten bli sterkt presset, i tillegg til at det har store negative konsekvenser for den enkelte. Det er helt nødvendig med gode planer for forebyggende tiltak. Dette arbeidet er kommuneovergripende og dekkes ikke av dette handlingsprogrammet.

## Prosessen

Virksomhet Helse fikk i oppdrag å utarbeide en rullering av handlingsprogrammet for legetjenestene. Arbeidet ble gjennomført i nært samarbeid med en arbeidsgruppe bestående av representanter fra alle legetjenester i Sarpsborg kommune. For å sikre bred medvirkning ble det distribuert spørreskjemaer til samtlige leger i kommunen, og innspill fra dette ble aktivt benyttet i utformingen av programmet.

Handlingsprogrammet ble også diskutert i sentrale samarbeidsfora som det lokale samarbeidsutvalget (LSU) og Allmennlegeutvalget (ALU). Første utkast av programmet ble sendt på høring til legetjenestene og deres samarbeidspartnere for ytterligere tilbakemeldinger og innspill.

## Del 2 Nasjonale føringer for legetjenestene

### 2.1 Lover og forskrifter

#### Helse- og omsorgstjenesteloven

Kommunen plikter etter [lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.](#) (helse- og omsorgstjenesteloven) § 3-1 å sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- omsorgstjenester. Kommunens ansvar gjelder alle pasient- og brukergrupper.

For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen ifølge § 3-2 blant annet tilby helsetjenester i skoler og helsestasjonstjenester, svangerskaps- og barselomsorgstjenester, legevaktjenester og heldøgns medisinsk akuttberedskap, psykososial beredskap og oppfølging, fastlegeordning, helsetjenester i hjemmet og i sykehjem. For å utføre disse og flere andre helse- og omsorgstjenester, skal kommunen blant annet ha tilknyttet lege.

Videre skal enhver som yter helse- og omsorgstjenester etter §§ 4-1 og 4-2 og tilhørende forskrifter sørge for at virksomheten arbeider systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Dette innebærer blant annet en kontinuerlig kvalitetssikring og forbedring av legetjenestene.

## Fastlegeforskriften

Fastlegeforskriften beskriver ansvar og plikter både for kommunen og fastlegene. Det er kommunen som har et overordnet ansvar for at innbyggerne tilbys fastlegetjenester i tråd med nasjonale krav. Dette ansvaret er presisert i kapittel 2 i [fastlegeforskriften](#). Også i denne forskriften ligger en plikt til å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Kommunen inngår en individuell avtale med den enkelte fastlege. Avtalen beskriver rammene for den tjenesten fastlegen skal gi, og er utgangspunktet for kommunens dialog og samhandling med fastlegen.

## Forskrift om kompetansekrav og spesialistforskriften

[Forskrift om kompetansekrav](#) for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten krever at alle leger som ansettes i kliniske stillinger utover vikariater på 1 år etter 1.mars 2017, må være spesialister i eller under spesialisering i allmennmedisin. Det er unntak for leger som har en godkjent spesialistutdanning og som ikke jobber i fastlegeordningen.

P.t. er det foreslått [endringer i forskriften med høringsfrist 01.02.2025](#). Krav til spesialistutdanningen er nærmere beskrevet i [Spesialistforskriften](#). Denne har gitt kommunen et utvidet ansvar for spesialiseringen av leger.

Kommunen har plikt til å ta imot det antall LIS1-leger (leger i spesialisering, del 1) som fastsettes fylkesvis av Helsedirektoratet og fordeles til den enkelte kommune i samråd med statsforvalter. Spesialistforskriften pålegger kommunen et stort ansvar i spesialistutdanningens første del.

Spesialistutdanningen i allmennmedisin (fra 01.03.2019) pålegger kommunen et stort ansvar i tilrettelegging og oppfølging av leger i allmennmedisinsk spesialisering. Ordningen krever langt mer administrasjon av kommunen enn før 2019 da spesialiseringssløpet var overlatt til den enkelte lege.

## Akuttmedisinforskriften

[Akuttmedisinforskriften](#) beskriver kompetansekrav til lege i legevakt når lege skal gå legevakt alene eller være bakvakt. Kommunen plikter å etablere bakvaktordninger for leger i vakt som ikke oppfyller kompetansekravet. P.t. er det foreslått [endringer i forskriften med høringsfrist 01.02.2025](#).

## Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Formålet med [forskriften](#) er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.

## 2.2 Nasjonale veiledere

### Nasjonal veileder for kommuneoverlegefunksjonen og samfunnsmedisinsk arbeid

I 2024 [ble nasjonal veileder for kommuneoverlegefunksjonen og samfunnsmedisinsk arbeid](#) sendt på høring med høringsfrist i oktober samme år. Veilederen er forventet ferdigbehandlet 2. mai 2025. Målgruppen for veilederen er ledelsen i kommunene. Veilederen skal bidra til at kommunen sikrer forsvarlig samfunnsmedisinsk kapasitet, kompetanse og kontinuitet både under normale forhold og under krise og beredskapssituasjoner.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 5-5 fastsetter kommunes plikt til å ha en eller flere kommuneleger som medisinskfaglig rådgiver for kommunen. Kommunelegen har lovpålagte oppgaver etter psykisk helsevernloven, smittevernloven og folkehelseloven. Kommunelegens rolle er beskrevet i forarbeidet til både helse- og omsorgstjenesteloven og folkehelseloven.

I følge [SFS 2305](#) (se punkt 13.1) skal kommunens medisinskfaglige rådgiver benevnes kommuneoverlege.

### Nasjonal veileder for legevakt og legevaktsentral

[Veilederen](#) skal være til hjelp for kommunen for ledelse, organisering, drift og kvalitetsarbeid i den kommunale legevaktordningen.

### Veileder for helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel

Veilederen har som formål å sikre at innsatte får tilgang til nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester på lik linje med befolkningen ellers. Veilederen gir praktisk informasjon om hvordan helse- og omsorgstjenestene kan organiseres og tilbys i fengsel, og den legger vekt på å møte innsattes spesielle behov og utfordringer.

## 2.3 Avtaler mellom KS og legeforeningen

Rammeavtalen, [ASA 4310](#), er en avtale om fastlegeordningen mellom KS og legeforeningen. Denne skal sammen med fastlegeavtalen sikre at både kommunen og legene fyller kravene til fastlegeordningen i helse- og omsorgstjenesteloven og

fastlegeforskriften. Avtalen beskriver kommunens plikt til å organisere fastlegeordningen slik at legene kan oppfylle sin del av avtalen. I tillegg beskriver avtalen økonomiske forhold og strukturert samhandling. Allmennlegeutvalget (ALU) og Lokalt samarbeidsutvalg (LSU) skal ivareta samarbeidet mellom fastlegene og kommunen.

[SFS 2305](#) er en særavtale mellom KS og legeföreningen om legetjenesten i kommunen hvor vilkår for fastleger, kommuneoverleger og leger i spesialisering del 1 (LIS1) i kommunehelsetjenesten omtales. Denne regulerer arbeidstid i fastlegepraksisen, praksiskompensasjon og legevaktsarbeid.

## 2.4 Nasjonale reformer og planer

### Samhandlingsreformen

[Samhandlingsreformen](#) ble innført i 2012 og endret utviklingen av helsetjenestene til økt behandling og rehabilitering i kommunene. Dette har ført til at flere og mer komplekse helse- og omsorgsoppgaver skal løses i kommunen, noe som setter større krav til å rekruttere og beholde personell med riktig kompetanse i kommunen.

Koordinerte og helhetlige pasientforløp var ett av målene i Samhandlingsreformen i tillegg til krav om større søkelys på forebygging, tidlig intervensjon, samt økt satsing på folkehelsearbeid.

### Bo trygt hjemme-reformen

[Reformen](#) ble lagt frem av regjeringen i 2023. Den skal bidra til et mer aldersvennlig samfunn, at flere eldre kan leve aktive liv lenger og oppleve trygghet ved å bo i eget hjem. Eldrereformen har fire satsningsområder:

- Levende lokalsamfunn som ivaretar aktivitet og fellesskap
- Tilpassede botilbud, og mulighet for å bo trygt i eget hjem lenger
- Kompetente medarbeidere
- Trygghet for brukere og støtte til pårørende

### Nasjonal helse- og samhandlingsplan

[Planen](#) presenterer seks hovedgrep som skal gjøre helsetjenesten mer bærekraftig: tiltak for å rekruttere og beholde personell med riktig kompetanse, endre finansieringsordningene, nytt rekrutterings- og samhandlingstilskudd, ny strategi for digitalisering av helse- og omsorgstjenesten, forenkle og tydeliggjøre regelverk, og tiltak for en god og tilgjengelig allmennlegetjeneste.

### Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024



Våren 2020 la regjeringen fram Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 med undertittelen «Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert». Planen inneholder 17 tiltak innen organisering, finansiering, kvalitetsforbedring og ledelse. Flere av tiltakene har form av «vil tilrettelegge for», «vil utrede» og «vil skaffe økt innsikt i». Andre er mer konkrete og handlingsrettet som «vil styrke» og «vil øke» uten å være tallfestet. Etter at planen ble lagt fram, syntes imidlertid problemene med å rekruttere og beholde leger i kommunene, kun å øke ytterligere. Regjeringen satte derfor sommeren 2022 ned et hurtigarbeidende ekspertutvalg med mandat til å utrede tiltak for å gjøre fastlegeordningen mer bærekraftig. Utvalget la 1. desember 2022 fram en foreløpig rapport, mens endelig rapport ble levert 15. april 2023. Den endelige rapporten er en omfattende gjennomgang av allmennlegetjenesten på 375 sider og inneholder 59 «forslag for en bærekraftig allmennlegetjeneste». Sentrale anbefalinger er en betydelig økning i antall LIS 1-stillinger, en oppmykning av spesialistforløpet i allmennmedisin og opprettelse av utdanningsstillinger for ALIS – alle tiltak som bør kunne øke tilgangen på leger til allmennlegetjenesten. Fastlegeordningen skal fortsatt i hovedsak være basert på næringsdrivende leger, men det anbefales å regulere fratredende legers rett til å selge sin praksis og derigjennom gjøre det lettere for unge leger å etablere seg. Det bør videre legges til rette for at kommunen kan drifte fastlegekontor hvor listeansvaret ligger til kommunen. Det anbefales endringer som har til hensikt å avlaste fastlegene ved å legge til rette for å delegere oppgaver til andre helsepersonellgrupper, og ved å begrense plikten til å utstede attester (bl.a. sykmeldinger i en egenmeldingsperiode på 16 dager og attester for skolefravær). En mer omfattende gjennomgang av forslagene finnes under Kunnskapsgrunlaget. En rekke av tiltakene vil kreve sentrale lov-/forskrifts- eller regelendringer. Flere vil kreve økte økonomiske ressurser på statlig og/eller kommunalt nivå. Det gjenstår nå å se hvilke av tiltakene regjeringen vil gå for og hvor fort endringene kan effektueres. Rapporten viser hvor problemene i dagens fastlegeordning ligger og peker på mulige veier ut av dagens situasjon. Det blir også viktig at endringer fullfinansieres fra statlige midler.

## 2.5 Regionale planer

### Lokal utviklingsplan for Sykehuset Østfold HF

Planen beskriver hvilken vei Sykehuset Østfold ønsker å utvikle seg frem mot 2037 og hvilke tiltak som må gjennomføres for å komme dit. Kapasiteten i spesialisthelsetjenesten vil påvirke behovet for kommunale helse- og omsorgstjenester.

[utviklingsplan-2022-2037-.pdf](#)

### Handlingsplan for Helsefelleskapet Østfold

[Handlingsprogrammet for Helsefelleskapet Østfold for perioden 2024-2025](#) har som mål å forbedre helsetjenestene for pasienter og pårørende gjennom flere tiltak. Programmet fokuserer på rekruttering og beholdning av kvalifisert helsepersonell, samt å styrke helsetjenestene for barn og unge, spesielt innen psykisk helse. Det legges også vekt på å

forbedre tjenestene for personer med alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser, samt eldre med skrøpelig og flere kroniske lidelser. Kontinuerlig forbedring av kvaliteten på helsetjenestene er også en viktig del av programmet.

## Del 3 Handlingsprogram for de enkelte tjenestene

### Sarpsborg og Rakkestad legevakt, Lilletorget legekantor, Vaksinasjons- og smittevernkontoret.

Sarpsborg og Rakkestad legevakt, Lilletorget legekantor og Vaksinasjons- og smittevernkontoret er samlokalisert og organisert under Virksomhet helse.

#### Slik har vi det:

##### **Legevakt**

Legevakten gir øyeblikkelig hjelp til de som oppholder seg i Sarpsborg og Rakkestad kommuner. Legevakten består av legevaktsentral, legevaktmottak og legevaktsbil for sykebesøk og utrykning. Legevakten dekker ca. 70 000 innbyggere.

Selve legevaktsentralen er døgnåpen og bemannet av sykepleier. Legevaktsentralen mottar og håndterer medisinske henvendelser fra publikum. Operatøren på legevaktsentralen skal kartlegge og vurdere pasientens helsetilstand, fastsette hastegrad, gi veiledning og medisinske råd og iverksette andre nødvendige tiltak. Alle deler av helse- og omsorgstjenesten som er en del av den akuttmedisinske beredskapen, skal kunne kommunisere internt og på tvers av etablerte kommune- og regiongrenser i et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett. Lege er tilgjengelig i dette helseradionettet, Nødnett, hele døgnet.

Legevakten er bemannet med lege hverdager fra kl. 16:00 til 08:00 påfølgende dag og hele døgnet i helger og på hellig-/høytidsdager. Kommunen har fast ansatte legevaktsleger på natten. Publikum med behov for øyeblikkelig hjelp på dagtid hverdager skal primært kontakte egen fastlege. Der dette ikke er mulig, eller hvis pasienten ikke har fastlege i nærheten, har Sarpsborg kommune en ordning der beredskapen ivaretas av legene på Lilletorget legekantor. Lege med dagberedskap reiser også ut etter melding fra akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK), og bistår i oppdrag fra politi/ arrest. Rakkestad kommune ivaretar dagberedskapen for pasienter i egen kommune.

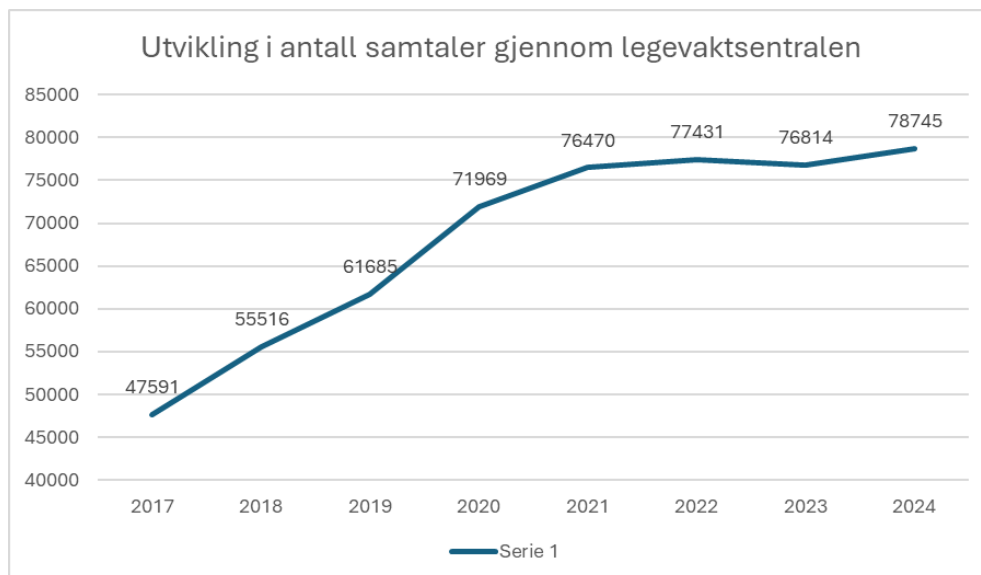
Tabellen under viser bemanning av leger og sykepleiere på legevakten. Legg merke til at dagberedskapen på hverdager ivaretas av lege ved Lilletorget Legekantor.

	Hverdag				Helg/helligdag	
	Dag	Ettermiddag	Kveld	Natt	Helg (lørdag / søndag)	Natt helg (lørdag / søndag / helligdag)
Tid	08-16	16-17	17-23 17-24 (fredag)	23-08	11-24 lørdag 11-23 søndag	23-11
Antall leger	0*	1	2	1	2	1
Antall sykepleier	2	5	5	3	4-5	3

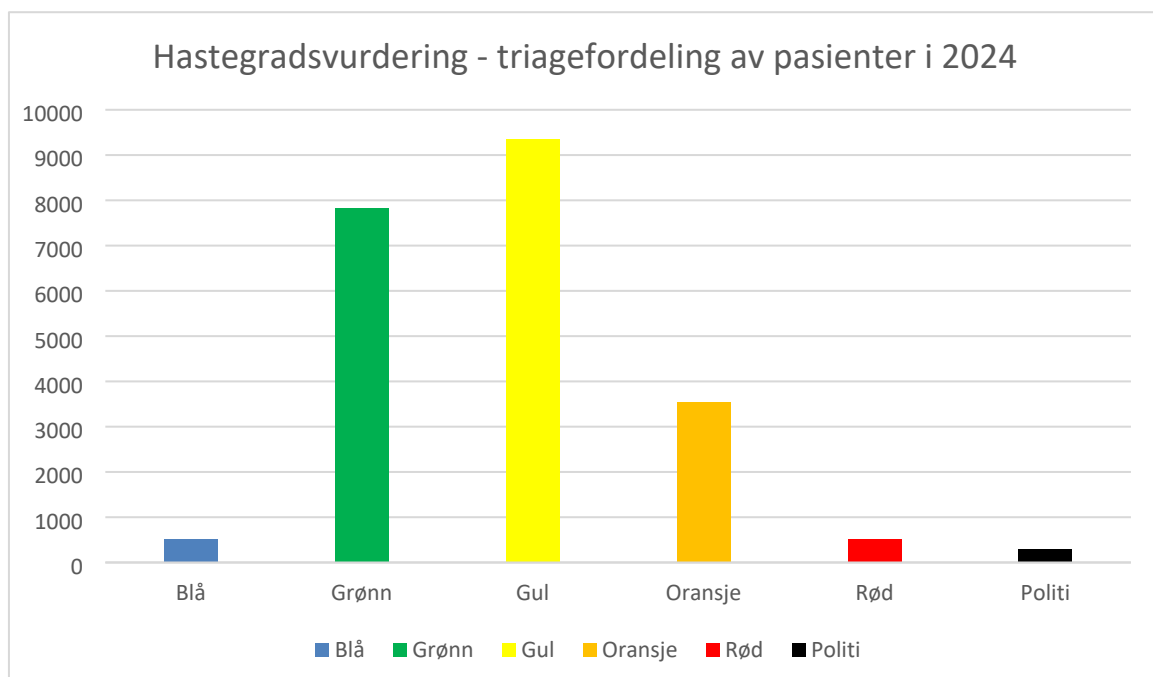
\*Dagberedskapen ivaretas av lege ved Lilletorget legekantor (så kalt dagberedskapsvakt).

Legevakten er også sentral i håndtering av øyeblikkelig hjelp på sykehjem og helsehus fra 16 - 08 på hverdager, samt i helger og høytider.

Aktiviteten ved legevakten er stigende. I 2023 var det ca. 76 000 innkomne telefoner, og 20 700 legekonsultasjoner, og i 2024 var det 78 745 telefoner og 21 007 konsultasjoner.



Legevaktsykepleier hastegradsvurderer alle henvendelser etter Manchester triage system og setter fargekode ut ifra hastegrad. Det er i utgangspunktet gule og oransje hastegrad som skal vurderes av lege på legevakt. Grafen under viser hastegrad for pasientoppmøter i 2024.



Legevakten er en sentral del av den akuttmedisinske kjede utenfor sykehus og samarbeider tett med ambulanse, AMK, politi, og brann. Sentralarresten for Østfold ligger i Sarpsborg

kommune, og Sarpsborg og Rakkestad legevakt benyttes hovedsakelig ved framstilling av arrestanter. Slike oppdrag krever legeressurs og er ofte tidkrevende oppdrag.

Sarpsborg og Rakkestad legevakt tar imot 5 LIS1-leger hvert halvår til legevaktsarbeid under spesialiseringsforløpet. LIS1-legene får opplæring og oppfølging i legevaktmedisin av legetjenesten på legevakten. De går også egne vakter i vaktordningen, hvor de blant annet er ansvarlig lege på utrykninger med legevaktbilen.

Sarpsborg og Rakkestad legevakt har siden 2016 arrangert obligatoriske, nasjonale kurs i Akuttmedisin for legevaktpersonell. Kurset er fulltegnet 4 ganger per år og går over 2 dager. Det er med på å bygge kompetanse og samhandling mellom legevaktene i Østfold, både internt og eksternt.

### ***Kommunalt fastlegekontor – Lilletorget legekantor***

Lilletorget legekantor er samorganisert og samlokalisert med legevakten. Legekantoret har fem fastleger, både spesialister i allmenmedisin og lege under spesialisering i allmenmedisin. Kantoret tar imot to LIS1-leger hvert halvår. To av fastlegene er veiledere for hver sin LIS1-lege. Legene har pr. februar 2025 til sammen 1990 listepasienter. Listene er kortere enn gjennomsnittlig listelengde i Sarpsborg (1035 pr. februar 2025) på grunn av at Lilletorget legekantor har en rekke andre oppgaver som krever legeressurs:

Legene ved Lilletorget legekantor deler på å ivareta dagberedskapen i Sarpsborg kommune. Hver lege har en dag per uke avsatt til beredskap og dekker for hverandres fravær. Lilletorget legekantor gir nødvendige helsetjenester til personer som oppholder seg i Sarpsborg kommune, men som ikke har fastlege; både til personer som ikke har rett til fastlege, eller personer som venter på tildeling av fastlege etter for eksempel flytting til Sarpsborg fra en annen kommune.

Kommunen tilbyr førstegangshelseundersøkelse som anbefalt i nasjonal veileder «Helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente. En av legene ved legekantoret ivaretar legeressursen i flyktninghelsetjenesten i samarbeid med helsesykepleiere fra Virksomhet forebyggende tjenester.

I henhold til kommunens rutiner tas prøver for husdyrrelatert MRSA (en type antibiotikaresistent bakterie) ved Lilletorget legekantor i tilfeller der pasienten ikke har fastlege. Det kan f.eks. være arbeidsinnvandrere som skal arbeide med husdyr i Norge. Det brukes en legekonsultasjon per pasient til ivaretagelse av dette.

### ***Vaksinasjons- og smittevernkantor***

Hovedoppgavene til kantoret er reisevaksinering og tuberkulosescreening av arbeidsinnvandrere. Det er tett samarbeid med kommunens smittevernlege. Lege i dagberedskap er rådgiver i medisinske avklaringer der pasientens fastlege ikke er

tilgjengelig. Beredskapslegen rekvirerer også resepter på anbefalte medikamenter ved utenlandsreiser som f.eks. malariatabletter.

## Utfordringsbilde

### Bemanning og kapasitetsutfordringer

En eldre befolkning med sammensatt sykdomsbilde, flere hjemmeboende med helseutfordringer kombinert med færre institusjonsplasser, øker behovet for akuttmedisinske legetjenester hele døgnet.

Sarpsborg og Rakkestad legevakt har lavere bemanning enn nærliggende legevakter. Dette kan gi et høyere arbeidstrykk og rekrutteringsutfordringer, og det kan påvirke sykefraværet ved legevakten. Nasjonale føringer anbefaler to leger til stede døgnet rundt basert på størrelsen på legevaktpopulasjonen, se vedlegg 1.

Akuttmedisinforskriften pålegger legevaktansatte obligatoriske kurs samt jevnlig trening i akuttmedisinske tilstander, både alene og sammen med andre nødetater og samarbeidspartnere. I dagens vaktordning gis det liten mulighet for slike kurs og øvelser. Det er ikke tilstrekkelig tilrettelagt for at legevaktslegene kan delta i samtrening. Slik organisering krever avsatt tid og økonomiske midler.

En godt utstyrt legevaktbil, bemannet med sykepleier og lege, ble etablert i 2018. Tjenesten har gradvis utviklet seg. Det er i dag ca. 100 sykebesøk pr måned, og oppdragsmengden er økende. Tidligere ble gule oppdrag håndtert av AMK, men nå håndteres alle gule oppdrag (ikke blålys) av legevakt. I dagen ordning er det det LIS1-leger og leger som trenger tellende vakter til spesialisering i allmennmedisin, som bemanner legevaktbilen. Dette fører til stor turnover av leger som bemanner bilen. Kjennskap til utstyr, rutiner og samhandling med andre etater som hjemmesykepleie, psykiatritjeneste, politi, ambulanse og brann er av stor betydning ved sykebesøk og utrykning med legevaktbil. Sykepleier er med på legevaktbilen på de fleste oppdrag, men sykepleier kan ikke alltid gå ifra avdelingen. Fast ansatte leger som betjener legevaktbil, kan øke kvaliteten på tjenesten betraktelig. Legevakten i Moss kommune har faste leger på legevaktbilen, og evalueringen der viser svært gode resultater.

Det er 30% medisinsk faglig ansvarlig lege ved legevakten, Lilletorget legekontor og Vaksinasjons- og smittevernkontoret.

Oppgavene er blant annet planlegging av kurs og fagdager, oppfølging av avvik/klagesaker, veiledning av kolleger/ALIS/LIS1, oppfølging av prosedyrer og strategisk utvikling.

Samhandlingsmøter med interne og eksterne samarbeidspartnere kommer i tillegg.

Oppgavene kan ikke løses innenfor en stillingsramme på 30%.

Legevakten er døgnåpen og har oppgaver utover ren legevakt drift som for eksempel medisinsk vurdering av barn som skal omplasseres av barnevern, rusprøver på oppdrag for politiet, prøver av ansatt helsepersonell mistenkt for å være ruspåvirket på jobb, vurdering av arrestanter som ikke har fastlege, planlagte rusprøver på oppdrag fra barnevernet og TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling), og journalutskrifter til forsikringsselskaper, politi og barnevern.

Legevakten har ansvar for øyeblikkelig hjelp og akuttmedisinske tjenester til befolkningen, også under kriser. Nye pandemier, naturkatastrofer, væpnet konflikt samt kjemikalie- og atomhendelser er en del av framtidens trusselbilde. Det er viktig med en tydelig beskrivelse av legevaktlegens rolle i beredskapsplaner, samt tid og ressurser til å planlegge og gjennomføre øvelser.

## **Forventningsavklaring og informasjon til befolkningen**

Publikums forventninger til hva legevakten skal håndtere, er betydelig større enn det legevakten fagmedisinsk er forventet å håndtere. Befolkningen benytter i dag legevakten til mange oppdrag som ikke er øyeblikkelig hjelp. Ref. diagram med oversikt over triagehendelser over der blå og grønn triage karakteriseres oppdrag som ikke haster, men som kan vente til neste virkedag.

Sarpsborg har mange arbeidsinnvandrere uten norsk personnummer og uten krav på fastlege, men likevel krav på nødvendige allmennlegetjenester. Slike henvendelser ivaretas av Lilletorget legekontor. Det er vanskelige avklaringer for hva som er kommunens ansvar og hva som kan henvises til private helsetjenester eller som må avklares i hjemlandet. Forventningene fra innbyggere uten fastlege for hva som skal håndteres, kan være store og krever mye legeressurs.

## **Slik vil vi ha det**

En god legevaksordning kjennetegnes av høy kompetanse blant helsepersonellet, som sikrer at pasientene får riktig behandling. Stabilitet i tjenesten er viktig for å opprettholde kontinuitet og tillit. Tilstrekkelig bemanning er nødvendig for å håndtere akutte situasjoner effektivt. God kvalitet på tjenestene sikres gjennom kontinuerlig opplæring og oppdatering av kunnskap. God tilgjengelighet er essensielt, slik at pasientene kan få hjelp når de trenger det. Det er også viktig med riktig bruk til riktig tid, slik at legevakten brukes til akutte tilfeller og ikke overbelastes med mindre alvorlige henvendelser.

Arbeidet med handlingsprogrammet har vist behovet for en gjennomgang av legevaktens oppgaver og bemanning. Dette vil gjøres som en del av en internrevisjon gjennomføres i 2025. Kommunen har som mål å ha en bemanning i tråd med nasjonale føringer.

Fra januar 2025 starter en prøveordning med bakvakt på natt, dette gjelder i helg og på høytidsdager. Dette prøves ut for å styrke legedekningen på legevakten.

For ledelse og kvalitetsforbedring, se kapittel 4.

For spesialisering og kompetanseheving, se kapittel 5.

**Slik gjør vi det:**

Navn på tiltak	Beskrivelse	Ansvar	År
Legevakt tiltak 1	Kartlegge nåværende drift av legevakta (internrevisjon): En utredning og plan for drift av legevakt, bemanning og oppgaver som skal ligge til legevakt. Vurdere mulighet for fast ansatte leger på legevakt inkl. legevaktbil. Vurdere behov for økt ressurs til medisinskfaglig overlege	Virksomh etsleder helse, avdelingsl eder legevakt og stab helse og velferd	2025
Legevakt tiltak 2	Bakvaksordning på legevakt: Ordning innført januar 2025. Evaluering av ordningen.	Avdelings leder/ virksomh etsleder	2025
Legevakt tiltak 3	Forventningsavklaring og informasjon til befolkningen: Utarbeide plan for kommunikasjonsstrategi.	Avdelings leder	2025



## Kommunale legetjenester

De kommunalt ansatte legene ved helsehuset, sykehjemmene, familiesentrene og fengselshelsetjenesten er samlet i avdeling kommunale legetjenester. På helsehuset og sykehjemmene er det en stor endring de siste årene med at antall pasienter øker, og pasientene som kommer inn, er sykere enn tidligere og har mer behov for diagnostikk og behandling. Videre ser vi økte utfordringer hos barn på familiesentrene. I fengselshelsetjenesten ser vi en liknende utvikling med komplekst diagnosebilde og større behandlingsbehov.

### Slik har vi det

#### Helsehus

Sarpsborg helsehus ble åpnet i 2016 og har totalt 85 plasser. Av disse er 8 kommunale akutte døgnplasser (KAD), 6 rehabiliteringsplasser, 5 lindrende plasser, 3 rulleringsplasser og 63 korttidsplasser. 7,2 legeårsverk bemanner disse avdelingene 365 dager i året. Plassene og legeårsverkene er fordelt slik:

Helsehuset	Antall plasser	Legeårsverk
Avdeling 1	14 korttidsplasser	1,0
Avdeling 2	12 korttidsplasser og 8 KAD-plasser	2,0
Avdeling 3	11 korttidsplasser og 6 rehabiliteringsplasser	1,0
Avdeling 4	14 korttidsplasser og 3 rulleringsplasser (skal erstattes med ordinær korttid. Kurland sykehjem overtar rulleringsplassene. Uvisst når dette effektueres)	1,0
Avdeling 5	12 korttidsplasser og 5 lindrende plasser	1,8
Helgevakter og helligdagsvakter	KAD-tilsyn og øyeblikkelig hjelp på resten av helsehuset	0,4

Ett av legeårsverkene knyttet til Helsehuset er betegnet som medisinskfaglig overlege. Denne stillingen er fordelt som følgende: 40% i klinikk, 20% som lege i hukommelsesteamet og 40% med fagutvikling. Denne ressursen benyttes jevnlig til klinisk arbeid for å dekke opp for fravær på bekostning av fag og kvalitetsutvikling.

I 2024 hadde Helsehuset 3334 pasienter på opphold. Det er virksomhet Forvaltning og utvikling som står for inntaket av pasienter til både Helsehuset og sykehjemmene.

Rådgiver pasientflyt ser til at pasientene blir vurdert til den mest hensiktsmessige avdelingen. Ett unntak er KAD-plassene (kommunale akutte døgnplasser). Dagtid er det legene på helsehuset som vurderer innleggelse. Vurderingen gjøres via en vakttelefon for KAD. På øvrig tid er det avdelingen som har dette ansvaret.

Hver avdeling ved Helsehuset har daglig legevisitt i hverdagene. Krav om KAD (kommunale akutte døgnplasser) er hjemlet i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mv., § 3-5. Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp. Ved Helsehuset Sarpsborg er det 8 sengeplasser øremerket KAD. Her er det legevisitt 365 dager i året..

Legene deltar i tavlemøter på Helsehuset tre ganger ukentlig på hver avdeling. Dette er tverrfaglige møter om den enkelte pasient. Dette anses som verdifull samhandling med andre yrkesgrupper som fagsykepleier, ergoterapeut, fysioterapeut og rådgiver pasientflyt ved Helsehuset. Dette legger til rette for gode behandlingsplaner og riktigere utskrivinger. Utøver tavlemøter er legene på helsehuset viktige samarbeidspartnere og medspillere på flere møtearenaer. Eksempelvis enkelte dialogmøter, pårørendesamtaler, previsitter med senter for lindrende behandling (SLB, digitalt møte) og andre tverrfaglige møter.

### Sykehjem

Det er fem sykehjem i Sarpsborg kommune. Legetjenesten har ansvar for å avklare behandlingsnivå, stå for legemiddelgjennomgang, og vurdere behov for tvangsvedtak. I tillegg har legetjenesten ansvar for den daglige medisinske oppfølgingen av den enkelte beboer. God dialog med pårørende og planlegging av livets slutfase er også en viktig del av den medisinske oppfølgingen.

På langtidsavdelingene på sykehjemmene er det én legevisitt pr. avdeling pr. uke. På spesialavdelingene kan behovet for visitt variere.

I inngangen til 2025 ble legetjenesten ved sykehjemmene styrket med en 20% stilling.

Antall sengeplasser og legeårsverk fordeler seg slik:

Sykehjem	Antall plasser	Antall avdelinger	Legeårsverk
Borgen sykehjem	70 plasser hvorav 61 for demenssykdommer og 9 for personer med psykiatri/adferds utfordringer	2 langtidsavdelinger 2 spesialavdelinger*	1,0***
Kurland sykehjem	104 plasser i langtidsavdelinger og 12 i rullering	6 langtidsavdelinger 1 rulleringsavdeling**	1,0***
Haugvoll sykehjem	64 plasser hvorav 16 for demenssykdommer	3 langtidsavdelinger 1 spesialavdeling*	0,8***
Kruseløkka sykehjem	27 plasser	2 langtidsavdelinger	0,2
Valaskjold	32 plasser	2 langtidsavdelinger	0,6

\*Spesialavdelingene er skjermede avdelinger for personer med demens. Her er det ulik legeressurs på de ulike avdelingene.

\*\*Avlastningsavdeling er avdeling som skal få oppfølging av fastlege. Ukentlig legges det likevel pasienter her med behov for legetilsyn fra kommunale legetjenester. Det er ikke avsatt legeressurs til å følge opp disse pasientene fra kommunale legetjenester.

\*\*\* Det er 4 LIS1 leger som jobber på sykehjem en dag pr. uke. De er til stede på sykehjemmene 8 måneder i snitt pr. år. De er ikke regnet med i tabellen over.

### **Helsestasjon for barn og skolehelsetjeneste**

Det er tre leger i fulltidsstillinger på hvert familiesenter i Sarpsborg kommune. Legene ivaretar legetjenestene på helsestasjonene, i skolehelsetjenesten og ved helsestasjon for ungdom.

<b>Familiesenter</b>	<b>Legeårsverk*</b>
Hannestad	1,0
Sentrum	1,0
Skjeberg	1,0

\*Det er LIS1 lege på familiesentrene 1 dag pr. Uke i 8 måneder i året. Hannestad familiesenter har 2 LIS1 leger.

Helsestasjonene følger nasjonalt program. Målet er:

- at foreldre opplever mestring i foreldrerollen
- å bidra til godt samspill mellom foreldre og barn
- å fremme fysisk, psykisk og sosial utvikling hos sped- og småbarn
- å forebygge, avverge og avdekke vold, overgrep og omsorgssvikt
- å avdekke fysiske og psykiske utviklingsavvik tidlig
- å bidra til at barn får oppfølging og henvises videre ved behov
- 

Legene ved helsestasjonen gjennomfører konsultasjoner etter helsestasjonsprogrammet ved 6 uker, 6 måneder, 12 måneder, 2 år, 6 år og 12 år. Konsultasjonene ved 6 år og 12 år foregår sammen med helsesykepleier på skolene. Tjenesten har som mål å fremme helse og forebygge sykdom. Foresatte kan få veiledning og støtte i spørsmål om barnets vekst, utvikling og trivsel.

Det er også knyttet en 10% legeressurs til Helsestasjon for ungdom (HFU). HFU ligger på helsestasjonen i sentrum. Dette er et gratis tilbud til ungdom mellom 13 og 25 år. HFU tilbyr samtaler rundt psykisk-, sosial- eller seksuell helse. Det er tilgang på gratis prevensjon og nødprevensjon. Det er drop-in tilbud tre dager i uken. HFU er bemannet med helsesykepleier, psykiatriske sykepleier, sexologisk rådgiver og leger.

### **Fengselshelsetjenesten**

Sarpsborg kommune skal sørge for at de innsatte ved Ravneberget fengsel har tilgang på allmennlegetjeneste, legevaksordning, fysioterapitjeneste, jordmortjeneste og sykepleiertjeneste. Ravneberget fengsel er for kvinnelig innsatte. Fengselet har en ordinær kapasitet på 40 plasser, men kan ta inntil 50 innsatte.

<b>Fengselshelsetjenesten</b>	<b>Årsverk</b>
Lege	0,3 lege
Sykepleier	1,2 sykepleier

### **Utfordringsbilde – trykk på kommunale legetjenester.**

Pasientene som legges inn på helsehus og sykehjem har et vesentlig dårligere funksjonsnivå og mer komplekse sykdomsbilder enn tidligere. Denne utviklingen er i tråd med intensjonene

til samhandlingsreformen, som ble innført i 2012. Som en konsekvens av samhandlingsreformen er flere medisinske prosedyrer og behandlingsformer overført fra spesialisthelsetjenesten til de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Sarpsborg kommune har et mål om at innbyggerne skal kunne bo hjemme så lenge som mulig. En følge av dette er at innbyggerne som tildeles langtidsplass, har dårlig funksjonsnivå.

### **Endret pasientpopulasjon og økte behov**

80-90 % av pasientene ved sykehjemmene har kognitiv svikt eller demens. Mange av disse, selv de på vanlige langtidsavdelinger, krever tett medisinsk oppfølging som kan sammenlignes med behovet til pasienter på skjermede avdelinger. Det sees også en økning av yngre pasienter med langtkommen demens.

Pasientene har ofte komplekse sykdomsbilder med flere kroniske lidelser, sosiale utfordringer og medisineringsproblematikk. Dette inkluderer høyt forbruk av vanedannende medisiner, omfattende medisinlister og økt risiko for bivirkninger og interaksjoner. Antall pasienter med psykiatriske lidelser og rusproblematikk er økende. Det legges opp til at innbyggerne må bo lenger hjemme før de ev. tildeles langtidsplass. De som fremover tildeles plass, har flere sykdommer som krever tettere legeoppfølging.

Legeårsverkene i Sarpsborg kommune følger en eldre bemanningsnorm basert på antall sengeplasser. Denne normen tar imidlertid ikke høyde for utviklingen de siste årene, hvor liggetiden er kortere og pasientenes medisinske behov er mer komplekse. Helsehuset har opplevd en betydelig økning i antall innlagte pasienter de siste årene. Tabellen under viser utviklingen. Fra 2018 til 2024 har antall innlagte pasienter økt med 16%, og utviklingen er stigende år for år. Dette viser et klart økt behov for ressurser og kapasitetsstyrking for å kunne opprettholde kvalitet og effektivitet i tjenestene.

År	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Innlagte pasienter	2884	2521	2048	1824	2185	2592	3334

Pasienter som innvilges langtidsplasser ved sykehjemmene, har høy alder, kroniske sykdommer, funksjonssvikt og ofte demens. Gjennomsnittlig gjenstående levetid ved innleggelse på sykehjem er 2 år, mens median er på 1,3 år. Nesten tre av ti sykehjemsbeboere dør innen seks måneder etter at de har kommet på sykehjem. Dette fører til flere innleggelse på sykehjemmene i løpet av et år med tilsvarende økt arbeidsmengde for legetjenesten.

### **Bemanningsutfordringer i legetjenesten**

Det er i dag ingen ekstra ressurser i legetjenesten for å dekke opp for sykdom, ferie, kurs eller overlegepermisjoner. Ved kortvarig fravær som ferie eller sykdom dekker legene opp for hverandre, noe som ofte fører til samtidighetskonflikter. Leger i spesialisering i allmenntilleggsmedisin har kortere eller lengre perioder hvor de tjenestegjør andre steder. Det er ikke alltid mulig å få inn en vikar for å dekke dette fraværet. Det fører til økt slitasje på den

faste legebemanningen. Mangel på legetjenester bidrar til lengre liggetid, redusert behandlingskvalitet og økt arbeidsbelastning på øvrig helsepersonell.

### **Ledelse og kontinuitet**

Det har tidligere vært stor utskifting av leger på helsehus og sykehjem, noe som har ført til økt ressursbruk på opplæring, manglende kontinuitet og ustabilitet. I de siste to årene har dette imidlertid bedret seg, og flere leger har valgt å bli i stillingene sine.

Legene er organisert under avdeling kommunale legetjenester, men arbeider på fem ulike virksomheter fordelt på ti lokasjoner. Denne spredningen gjør ledelse utfordrende, og det er behov for økt fokus på oppfølging og støtte for å sikre stabilitet og arbeidsmiljø.

### **Tverrfaglig samarbeid og samhandling**

Oppfølgingen av pasientene krever involvering av pårørende og tett samarbeid med annet helsepersonell og andre kommunale tjenester for å sikre helhetlig behandling. Det er et urealisert forbedringspotensial mtp samhandling med andre tjenester for å øke effektivisering og bedre ressursutnyttelse. Se også kapittel 4 om ledelse og kvalitetsutvikling i legetjenesten.

### **Journalssystem og elektronisk samhandling**

I Sarpsborg kommune benyttes ulike journalssystemer avhengig av tjenesteområde:

- Geric: Brukes på sykehjem og ved Helsehuset.
- CGM: Benyttes av fengselshelsetjenesten, legevakta og Lilletorget legekantor.
- HsPro: Brukes ved helsestasjonene.
- Fastlegesentrene: Benytter flere ulike journalssystemer.

Kommunikasjonen mellom kommunale journalssystemer og fastlegenes systemer skjer hovedsakelig via elektroniske meldinger. Det samme gjelder kommunikasjonen mellom kommunale systemer og sykehusene. I tilfeller der elektronisk kommunikasjon ikke er mulig, anvendes brev som alternativ.

De eksisterende journalssystemene er bygget på eldre teknologi og har betydelige begrensninger når det gjelder elektronisk samhandling. Dette skaper utfordringer for effektiv informasjonsflyt og samarbeid på tvers av tjenestenivåer og kan gå utover pasientsikkerheten.

Det arbeides med innføring av elektroniske resepter i kommunale legetjenester. Innføringen skjer via Sentral forskrivningsmodul i regi av Helsedirektoratet. Målet er at alle leger skal kunne forskrive medisiner gjennom samme modul, og på den måten skal alle som behandler samme pasient kunne se hvilke medisiner som er forskrevet. Dette vil være med på å bedre overganger for alle pasienter, og det vil lette arbeidet for leger i kommunal legetjeneste og for fastlegene.

Sarpsborg kommune har sammen med Sykehuset Østfold og andre kommuner i Helsefelleskapet søkt om midler fra Helseteknologiordningen for å innføre Pasientens legemiddelliste. Dette er en digital oversikt over pasientens legemiddelbruk. Informasjonen deles mellom helsepersonell med tjenstlig behov. Hensikten er å redusere sannsynligheten for legemiddelfeil og spare tid på innhenting av legemiddelinformasjon.

### **Egnete lokaler for skolehelsetjeneste**

Noen av skolene har ikke tilrettelagte lokaler for skolehelsetjenestens arbeid. Det er behov for en kartlegging av lokalene.

### **Slik vil vi ha det**

For å sikre en helhetlig og stabil legetjeneste i Sarpsborg kommune, er det nødvendig å jobbe systematisk med bemanning, samhandling og strukturering av kommunale helsetjenester.

### **Bemanning**

Behov for økt kapasitet til å dekke fravær ved kurs, veiledning, overlegepermisjoner og andre fraværsgrunner inkl. spesialiseringsforløp og sykefravær.

Mulighet for å gjennomføre fagutvikling og fagdager uten at det påvirker pasientbehandlingen negativt.

Fokus på rekruttering og beholdestrategi av leger for å sikre kontinuitet og et godt arbeidsmiljø og bedre pasientsikkerhet.

Kunnskapsgrunnlaget for forebyggende tiltak i helsestasjon og skolehelsetjeneste må styrkes. Dette inkluderer systematisk kompetanseheving blant alle ansatte, bruk av oppdatert forskning og validerte forebyggingstiltak og rutiner for evaluering og forbedring av igangsatte tiltak. Dette vil legge til rette for en mer robust og fremtidsrettet forebyggende helsetjeneste for kommunens barn og unge. Det er også behov for egnede rom på skolene til helseundersøkelser av barn.

### **Samarbeid og samhandling**

Bedre samhandling internt mellom legetjenesten og helsehus, sykehjem, familiesentre, fengselstjenesten, virksomhet forvaltning og utvikling, og avdeling helseteknologi. Dette med hensikt å bedre ressursutnyttelse, og øke erfaringsutveksling og kompetansedeling mellom legetjenesten og samarbeidende tjenester.

Etablere regelmessige møtearenaer for leger på tvers av arbeidssted for å fremme erfaringsutveksling, faglig oppdatering og kollegial støtte.

### Slik gjør vi det:

Navn på tiltak	Beskrivelse	Ansvar	År
KLT tiltak 1	Kartlegge behov for riktig legebemanning i avdeling for kommunale legetjenester.	Avdelingsleder KLT og virksomhetsledere Helsehus og Virksomhet helse	2025-2026
KLT tiltak 2	Fagansvarlig lege: Utrede mulighet for medisinskfaglig overlegeressurs både ved sykehjem og familiesenter.	Avdelingsleder KLT	2025
KLT tiltak 3	Jobbe systematisk med samarbeid og samhandling både med interne og eksterne samarbeidspartnere.	Virksomhetsleder	2025-2028
KLT tiltak 4	Utrede behov for legeressurs inn i Virksomhet forvaltning og utvikling: Sikre medisinskfaglig perspektiv ved tildeling av tjenester. Bedre dialog med Sykehuset Østfold med tanke på pasientflyt.	Virksomhetsleder	2025-2028

## Fastlegeordningen

Fastlegeordningen ble innført i 2001 og gir alle innbyggere rett til en allmennlege som sin faste lege, som over tid kjenner pasienten og pasientens historie. Det gir et godt grunnlag for riktig behandling og oppfølging.

Det er kommunen som har et overordnet ansvar for at innbyggerne tilbys fastlegetjenester i tråd med nasjonale krav. Dette ansvaret er presisert i kapittel 2 i fastlegeforskriften.

Fastlegeavtalen er en individuell avtale som kommunen inngår med den enkelte fastlege.

Den individuelle fastlegeavtalen beskriver rammene for den tjenesten fastlegen skal gi, og er utgangspunktet for kommunens dialog og samhandling med fastlegen

Fastlegens inntekter består av basistilskudd, egenandel fra pasienter og refusjoner fra HELFO etter fastsatte nasjonale takster. Basistilskuddet fra staten var i utgangspunktet tenkt å dekke driftsutgiftene ved å drive en praksis, men tilskuddet har ikke holdt tritt med utgiftene. I 2023 ble basistilskuddet endret fra å være et fast grunntilskudd til å bli pasienttilpasset. Dette innebærer at tilskuddet tar hensyn til pasientenes behov for fastlegetjenester, basert på indikatorene kjønn, alder, bruk av fastlegetjenester, sentralitet og sosioøkonomi. Dette er ment å gi en mer rettferdig fordeling av ressurser til fastleger, basert på det faktiske behovet for helsetjenester blant pasientene. For fastlegene i Sarpsborg

medførte dette en økning av basistilskudd på mellom 18-44%, med en gjennomsnittlig økning på 30%, noe som utgjør en økt inntekt for fastlegene på ca. 10.000-37.000 kr pr mnd. Dette innebærer en betydelig styrking av fastlegeordningen.

I utgangspunktet er fastlegeordningen en nasjonal ordning som ikke skal påføre kommunene utgifter. Sarpsborg kommune er likevel ikke fullkompensert for økt basistilskudd fra staten, og 9 millioner kroner måtte kommunen selv finansiere i 2024 gjennom omprioriteringer i kommunebudsjettet. I tillegg kommer utgifter til vikarbruk og andre driftsutgifter.

Regjeringen har varslet at det skal komme «strukturelle endringer» i fastlegeordningen som skal presenteres våren 2025. Det er usikkert hva dette innebærer, men signalene fra regjeringen er å øke tilgangen og tilgjengeligheten, legge til rette for digitale løsninger og legge til rette for mer samarbeid på legekantorene.

## Slik har vi det

Sarpsborg har per februar 2025 58 fastleger fordelt på 18 legekantor, hvorav 17 i selvstendig næringsdrift og ett kommunalt drevet kontor.

Siden fastlegeordningens start i 2001 har majoriteten av fastlegene vært selvstendig næringsdrivende og har driftsavtaler med kommunen. Kommunen er dermed oppdragsgiver, men ikke arbeidsgiver for fastlegene. Selv om noen fastleger ønsker en mer forutsigbar hverdag gjennom en 8.2-avtale – der kommunen dekker driftsutgifter, eller en kommunal ansettelse, ønsker erfaringsmessig de fleste å være, selvstendig næringsdrivende. Dette er også det mest kostnadseffektive alternativet. Det er blitt gjort forsøk på å etablere flere kommunalt driftede legekantor både i Sarpsborg og nabokommuner, men kostnaden knyttet til dette er erfaringsmessig svært høy.

Spesielt fra 2021 har utfordringer med rekruttering av fastlegekorpset vært sterkt merkbart også i Sarpsborg. I 2023 ble det innført lokale økonomiske tiltak i Sarpsborg:

- rekrutteringstilskudd på 300 000 kroner ved kjøp av en etablert fastlegehjemmel og 150 000 kroner for opprettelse av en «0-hjemmel»;
- praksiskompensasjon på 60% (beregnet etter Allmennlegeforeningens gjeldende satser) for inntil 10 dagers fravær ved egen eller barns sykdom, og
- praksiskompensasjon på 60% for inntil 10 dagers fravær i forbindelse med kursdeltakelse for spesialister i allmenntilleggsmedisin.
- Møtegodtgjørelse på lik linje som ved fastlegenes deltagelse i sykehusmøter
- Forsøk med kommunalt ansatt vikar
- Kompensasjon for langvarig kollegial fraværdeknning

Tiltakene har bidratt til å stabilisere en fortsatt skjør fastlegeordning i kommunen.

Regnskapet for 2024 viser at det ble brukt kr. 1 971 531 (oppdatert pr. 06.01.25) på tiltakene i fastlegestrategien dette året. I budsjettet for 2025 ble det opprinnelig satt av kr. 2 000 000 til slike økonomiske tiltak. Fastlegene ønsket videreføring av allerede etablerte tiltak, men det var ikke mulig innenfor den gitte økonomiske rammen. Under politisk behandling i november 2024 ble det likevel vedtatt av formannskapet å øke rammen til kr 2 280 000. Fastlegene har



gitt innspill til hvordan man best kan bruke midlene. Det er lagt vekt på at tiltakene skal komme hele fastlegekorpset til gode.

Fastlegestrategien som opprinnelig ble utformet som et eget dokument, blir fra denne rulleringen innlemmet i Handlingsprogrammet for legetjenester for å bedre ivareta helheten i alle legetjenestene i kommunen.

Legenes viktigste møtearena for å diskutere saker som omhandler fastlegene, er Allmennlegeutvalget (ALU). Dette er fastlegenes egen arena. Kommunen er fasilitator, og deltar kun i starten av møtene for gjensidig uformell dialog med fastlegene. I tillegg kan kommunen delta i enkelte saker etter ønske fra fastlegene. Rammeavtalen mellom KS og Den norske legeförening regulerer fastlegenes og kommunens oppgaver (se kapittel 2). Innspill fra ALU kan tas videre i lokalt samarbeidsutvalg (LSU). I LSU møtes representanter for fastlegene i Sarpsborg og representanter fra Sarpsborg kommune. Kommunen møter med representant fra helseledelsen, kommuneoverlege og legevakt. Det er like mange deltagere fra hver av partene. Formålet med LSU er å tilrettelegge for at driften av allmennlegetjenesten skjer på en hensiktsmessig måte gjennom samarbeid mellom allmennlegene og kommunen, og sikre allmennlegene innflytelse.

## Utfordringsbilde

### Arbeidsbelastning

Arbeidsmengden og arbeidsbyrden for fastleger har økt betydelig de siste årene. Dette har sin årsak både i demografisk, medisinsk og teknologisk utvikling, endret sykdomsbilde i befolkningen, endret organisering av helsetjenesten og forventninger til fastlegens rolle både fra pasienter, samarbeidspartnere som NAV, skoler, spesialisthelsetjenesten og samfunnet omkring. Samhandlingsreformen og press på spesialisthelsetjenesten har gitt kommunen, inkludert fastlegene, flere oppgaver og flere sykere pasienter er nå utenfor sykehus. I tillegg kommer senere års digitalisering med økning av digitale konsultasjoner, elektronisk meldingsutveksling på toppen av pasientbehandling og forventning til rask håndtering av forespørsler.

Flere pasienter skal bo hjemme, og det blir behov for tettere medisinsk oppfølging. Antall hjemmebesøk antas å øke, og det vil kunne skape større kapasitetsutfordringer. Det er usikkert hvordan digital hjemmeoppfølging vil påvirke fastlegeordningen, men det er sannsynlig at økt og riktig bruk av digitale virkemidler kan bedre pasientenes mulighet til å ivareta egen helse og forenkle samarbeid og oppfølging mellom ulike helseaktører og pasienter

Arbeidsbelastningen medfører at flere fastleger i kommunen har redusert listene sine for å redusere arbeidsmengden. Gjennomsnittlig pasientlengde er nå ca. 1000 pr lege mot tidligere ca. 1200.

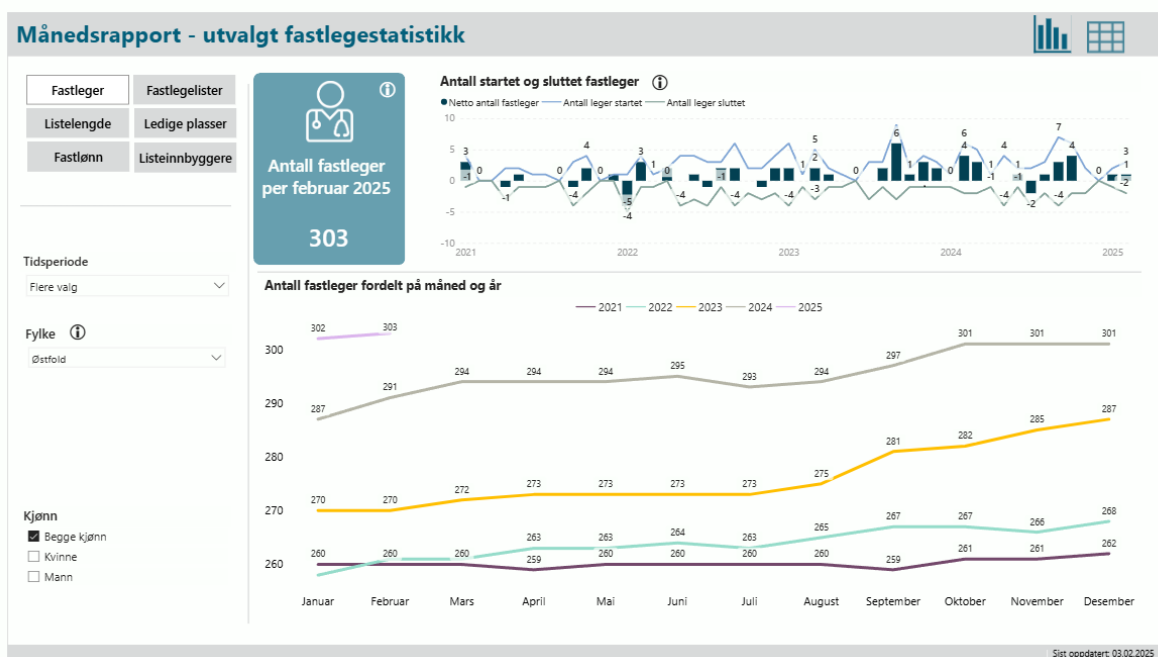
## Rekruttering

Mellom 2018 og 2023 var det utskiftning i over 30% av fastlegekorpset i Sarpsborg. Før dette var det gjennomgående at legene ble svært lenge i sine hjemler. De fleste som har sluttet, har gått over til andre legestillinger. Manglende stabilitet er bekymringsfullt da forskning viser en klar helsegevinst ved å ha samme fastlege over lang tid (vedlegg 2) og rekruttering er en økende utfordring. I tillegg til pasienten rammer dette andre kommunale helsetjenester som hjemmetjenester og NAV, samt spesialisthelsetjenesten.

I Statens og kommunens planlegging av fremtidens fastlegetjeneste er det viktig at man har en realistisk tilnærming til fastlegenes innsats. Det er ikke å forvente at fastlegene skal fortsette med 50 - 60 timers arbeidsuker pluss vaktbelastning i legevakt.

Både Helsepersonellkommissjonen og Ekspertutvalget påpeker i sine rapporter at høyt utdannet helsepersonell ikke kan fortsette å jobbe på samme måte som de gjør i dag – da vil vi få mangel på både leger, sykepleiere og andre helseprofesjoner i løpet av få år. Befolkningen må lære å bruke helsetjenestene på en mer hensiktsmessig måte, og helsepersonell må bruke tiden på de viktigste oppgavene og ikke fortsette å gjøre arbeid som andre med lavere utdanning kunne håndtert like bra.

Det er en nasjonal og regional positiv utvikling for fastlegeordningen de siste årene. Både antall leger i ordningen og antall ledige plasser er økende.



Bildet viser utviklingen av antall fastleger i Østfold i perioden 2021-2025. Bildet er hentet fra [Månedssrapport – utvalgt fastlegestatistikk - Helsedirektoratet](#)

## Digitale løsninger

Fastleger, sykehus og kommunen har ulike journalsystemer. Dette er utfordrende med tanke på overføring av informasjon og fortløpende samhandling. Elektronisk melding er et godt verktøy for kommunikasjon mellom kommunal pleie- og omsorgstjeneste og fastlegene og er en del av pasientenes journal. Fastleger har gitt tilbakemelding på at det kan være vanskelig å skille viktig fra mindre viktig informasjon, og kvaliteten på innholdet varierer. Meldinger som haster, skal formidles per telefon og dette er nedfelt i kommunens prosedyre for samarbeid mellom hjemmetjenestene og fastlegene har ikke tilgang til elektroniske avvikssystem som kan kommunisere med kommuner og sykehus, så her er det foreløpig manuelle løsninger som må brukes

## Slik vil vi ha det

En god fastlegeordning kjennetegnes av stabilitet, hvor pasientene har en fast lege over tid som kjenner deres medisinske historie. God tilgjengelighet er også essensielt, slik at pasientene enkelt kan få time når de trenger det. Videre må ordningen sikre god kvalitet på helsetjenestene, med kompetente leger som gir riktig behandling. God samhandling er også viktig, både mellom fastlegen og andre helsetjenester, for å sikre en helhetlig og koordinert oppfølging av pasientene.

Som en del av arbeidet med å styrke rekruttering og stabilisering av fastlegeordningen i Sarpsborg kommune, vedtok formannskapet i november 2024 følgende tiltak med en økonomisk ramme på 2 280 000 kroner:

Sarpsborg kommune skal i 2025 ha følgende lokale tiltak for fastlegeordningen:

- Rekrutteringstilskudd på 200 000 kr ved overtakelse av etablert pasientliste.
- Rekrutteringstilskudd på 150 000 kr ved oppstart i ny praksis uten pasienter («0-liste»).
- 50 % praksiskompensasjon for fravær ved egen eller barns sykdom, inntil 5 dager.
- 50 % praksiskompensasjon for fravær ved kurs for spesialister, inntil 5 dager.

For å øke antall listeplasser vil det utlyses tre nye 0-liste i 2025. Kommunen ønsker at majoriteten av fastlegene velger å være selvstendig næringsdrivende også i fremtiden.

For å sikre legetjenester med kvalitet og kontinuitet skal allmennlegene konsulteres angående forhold som har direkte innvirkning på legetjenestene i kommunen. Årlig evaluering av økonomiske tiltak må gjøres. Her er LSU en viktig møtearena.

Pasienter skal oppleve at helsetjenestene i kommunen er helhetlige, koordinerte og trygge. Et godt samarbeid mellom fastlegene og de øvrige helsetjenestene i kommunen er nødvendig. Det er derfor viktig å kontinuerlig se på kvalitetsforbedring innen samhandling. Dette jobbes det også aktivt med i Helsefelleskapet Østfold, i tillegg til lokalt i Sarpsborg.

For ledelse og kvalitetsarbeid i fastlegeordningen se kapittel 4. For spesialistutdanning i allmenntmedisin se kapittel 5.

### Slik gjør vi det

Nummer på tiltak	Beskrivelse	Ansvar	År
Fastlegeord. Tiltak 1	Rekutteringstilskudd på 200 000 kr ved overtakelse av etablert pasientliste.	Virksomhet Helse	2025
Fastlegeord. Tiltak 2	Rekutteringstilskudd på 150 000 kr ved oppstart i ny praksis uten pasienter («0-liste»).	Virksomhet Helse	2025
Fastlegeord. Tiltak 3	50 % praksiskompensasjon for fravær ved egen eller barns sykdom, inntil 5 dager.	Virksomhet Helse	2025
Fastlegeord. Tiltak 4	50 % praksiskompensasjon for fravær ved kurs for spesialister, inntil 5 dager.	Virksomhet Helse	2025
Fastlegeord. Tiltak 4	Utlysning og etablering av 3 nye 0-lister i 2025	Virksomhet Helse	2025
Fastlegeord. Tiltak 5	Årlig evaluering av lokale økonomiske tiltak i Sarpsborg kommune	Virksomhet helse i samarbeid med fastlegene via LSU	Årlig

Fastlegeord. Tiltak 6	Utvikle LSU som samhandlingsarena og sikre deltagelse av fastleger i saker som omhandler dem.	Virksomhet helse/LSU	Årlig
Fastlegeord. Tiltak 7	Opprette velkomstpakke for nye fastleger	Samarbeid i LSU	2025-2028
Fastlegeord. Tiltak 8	Besøk på alle legekantor for dialog om utfordringer og muligheter,	Virksomhet helse	2025-2028
Fastlegeord. Tiltak 9	Faste møter fastlegerepresentant, kommuneoverlege og hjemmetjenesten	Virksomhet helse, ALU (utpeker representant)	2025-2028
Fastlegeord. Tiltak 10	Opprettholde faste møter mellom NAV, fastlegerepresentant og kommuneoverlege	Virksomhet helse, NAV, ALU (utpeker representant)	2025-2028
Fastlegeord. Tiltak 11	Opprette og etablere teamskanal for informasjonsdeling med fastlegene	Virksomhet helse	2025-2028

## Samfunnsmedisinsk kompetanse

Samfunnsmedisin er en medisinsk spesialitet på lik linje med andre medisinske spesialiteter, som for eksempel indremedisin. Samfunnsmedisinere jobber eksempelvis hos Statsforvalteren som fylkeslege, hos statlige organer som seniorrådgivere/medisinskfaglige rådgivere og hos kommunen som kommuneoverleger. Samfunnsmedisin er et fag på systemnivå.

Kommuneoverlegene er enten spesialist i samfunnsmedisin eller under spesialisering i samfunnsmedisin. Samfunnsmedisin handler om helse og sykdom i et samfunnsperspektiv, herunder blant annet folkehelse, helseledelse, helserett, epidemiologi, tjenesteforskning, samfunnsplanlegging og kunnskapshåndtering. Samfunnsmedisinen har et langt tidsperspektiv og er befolkningsrettet. Endringer i befolkningsdemografi med påfølgende ressursutfordringer gjør samfunnsmedisin til et stadig viktigere fag.

Kommuneoverlegene har ansvar for oppgaver etter smittevernloven, folkehelseloven, beredskapslovgivningen og enkelte oppgaver innen psykisk helsevern. Kommuneoverlegen holder også i utdanningsplan og veiledningsavtaler for leger som spesialiserer seg innen allmenntilleggsmedisin i kommunen.

Kommuneoverlegen skal være medisinskfaglig rådgiver for kommunen inkludert alle virksomheter, ledere, folkevalgte og innbyggere. Dette følger av lov om folkehelsearbeid og helse- og omsorgstjenesteloven. Kommuneoverlegen skal gi råd om samfunnsmedisinske aspekter ved administrative, budsjettmessige og planmessige spørsmål. En forutsetning for å kunne påse at helseperspektivet er tilstrekkelig ivarettatt i kommunens planverk, er at kommuneoverlegen blir involvert i risikoanalysene, utredningene og vurderingene som ligger til grunn for planverket. Kommuneoverlegen bør også være i posisjon til å gi råd knyttet til planlegging og bruk av kommunens samlede legeressurser, herunder fastlegevirksomhet og annet allmennt medisinsk legearbeid.

### ***Slik har vi det***

Den samfunnsmedisinske kompetansen i Sarpsborg kommune ivaretas av kommuneoverlegene og helsesjef. Siden 2021 har det vært 4,0 kommuneoverlegestillinger i Sarpsborg kommune. Fra januar 2025 er kommuneoverlegestillingene redusert fra 4,0 til 3,0. Kommuneoverlegene er i dag organisert under Virksomhet helse.

Skiptvet kommune kjøper 30% kommuneoverlegetjeneste siden oktober 2021. Det blir da 2,7 kommuneoverlegestillinger tilgjengelig for Sarpsborg kommune.

Helsesjefen utfører samfunnsmedisinske oppgaver som rådgiver i staben til direktør for helse og velferd. I november 2024 ble denne stillingen redusert fra 100% til 50% som en følge av at helsesjefen startet i 50 % stilling som samhandlingssjef i Helsefelleskapet Østfold.

### ***Slik vil vi ha det***

Det samfunnsmedisinske arbeidet i kommunen skal preges av kompetanse og kontinuitet, og samles i et enhetlig fagmiljø. Alle virksomheter bør få tilgang til den samfunnsmedisinske kompetansen inn i sine prosesser og planer.

I forlengelsen av koronakommisjonens arbeid har Helsedirektoratet på oppdrag fra Helse og omsorgsdepartementet laget en nasjonal veileder for kommuneledelsen om kommuneoverlegens myndighet, funksjon og hensiktsmessige organisatoriske plassering. Veilederen som kom på høring i juni 2024, beskriver hvordan kommunen skal håndtere sine samfunnsmedisinske oppgaver og hvordan kommunen kan legge til rette for kontinuerlig samfunnsmedisinsk beredskap. Ett hovedbudskap i veilederen er å sikre at den samfunnsmedisinske kompetansen kommer hele kommunen til nytte.

### ***Slik gjør vi det***

Den samfunnsmedisinske kompetansen brukes i dag mye innen Helse og velferd. I dag anses kommuneoverlegene hovedsakelig som en helseressurs, men det er avgjørende med en tverrsektoriell tilnærming for å drive helhetlig og koordinert samfunnsutvikling med et strategisk langtidsperspektiv.

Navn på tiltak	Beskrivelse	Ansvar	År
----------------	-------------	--------	----

Samfunnsmedisinsk tiltak 1	Sikre at den samfunnsmedisinske kompetansen kommer hele kommunen til nytte	Virksomhetsleder	2025-2028
Samfunnsmedisinsk tiltak 2	Ivareta føringer fra nasjonal veileder for kommuneoverlege funksjonen og samfunnsmedisinsk arbeid i kommunen.	Virksomhetsleder	2025-2028

## DEL 4 Ledelse og kvalitetsforbedring i legetjenesten

Sarpsborg Kommune har vedtatt plattform for ledelse og medarbeiderskap. Agenda Kaupangs utredning fra 2016 på oppdrag fra KS [«kommunens legetjeneste, kan den ledes?»](#) viste at ledelse av legetjenesten ikke prioriteres på samme måte som ledelse av andre helse- og omsorgstjenester i kommunen. Sarpsborg kommune har som mål å yte god ledelse av legetjenesten. Samtidig er kommunenes handlingsrom i styringen av fastlegeordningen noe begrenset.

Kvalitet er et resultat av god kompetanse og godt organiserte tjenester. Tjenester av god kvalitet er virksomme, trygge og sikre. De involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet. Ressursene utnyttes på en god måte og tjenestene er tilgjengelige og rettferdig fordelt ([Ref. nasjonal strategi; og bedre skal det bli](#)).

Fra 1. januar 2017 ble kommunens ansvar for ledelse og kvaliteten i tjenestene ytterligere presisert gjennom forskrift om ledelse og kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten. Den slår tydelig fast at det er ledelsen som har ansvaret for at virksomheten planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres. Forskriften stiller krav til styring og ledelse i helse- og omsorgssektoren. I tillegg presiserer fastlegeforskriften fastlegens plikt til å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Kommunen har som mål at legetjenesten jobber kunnskapsbasert. Dette inkluderer bruk av oppdatert forskning og veiledere.

Til tross for disse kravene er kommunene fortsatt ikke i mål med å sikre at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring i legetjenestene. Flere utfordringer peker seg ut:

- Representanter for de kommunalt ansatte legene deltar sjelden i kvalitetsteamene eller kvalitetsarbeidet på de arenaene der de daglig utfører sine oppgaver. For eksempel inngår ikke leger ved sykehjem i sykehjemmenes kvalitetsteam.
- Kommunens kvalitetssystem er ikke tilpasset legetjenestene, og legene har ofte manglende kjennskap til kommunens prosedyrer. Dette fører til at forankring og implementering av endringer som berører legers praksis, blir utfordrende når prosedyrer utvikles uten legenes medvirkning.

- Fastlegene er ikke representert i kommunens kvalitetsteam og har begrenset tilgang til kommunens digitale avvikssystem.
- Kommunen har heller ikke tilstrekkelig oversikt over hvorvidt fastlegekontorene har etablert systemer for kvalitetsforbedring.

### Slik gjør vi det

Nummer på tiltak	Beskrivelse	Ansvar	År
Ledelse- og kvalitetstiltak 1	Ledelse av legetjenesten i tråd med vedtatt vedtatt plattform for ledelse og medarbeiderskap	Hver avdelingsleder/ virksomhetsleder	2025-2028
Ledelse- og kvalitetstiltak 2	Legetjenesten deltar i kvalitetsteam i tjenestene der leger jobber.	Virksomhetsleder helse Avdelingsleder for kommunale legetjenester	2025-2028
Ledelse- og kvalitetstiltak 3	Utrede behov for representasjon av fastlegeordningen inn i kommunens kvalitetsteam	Virksomhetsleder helse	2025-2028
Ledelse- og kvalitetstiltak 4	Kartlegge hvorvidt fastlegekontorene har etablert system for kvalitetsforbedring	Virksomhetsleder helse	2025-2028
Ledelse- og kvalitetstiltak 5	Legetjenesten skal arbeide kunnskapsbasert.	legene, avdelingsleder, virksomhetsleder	2025-2028

## DEL 5 Spesialiseringsforløp og kompetanseheving i legetjenesten

Profesjonsstudiet i medisin tar mellom seks til seks og et halvt år. Autorisasjon som lege oppnås etter fullført studium. LIS1-leger er leger i første del av sin spesialisering; tidligere det som var kalt turnusleger. Fullført LIS1-tjeneste er et krav for videre spesialisering innen et spesifikt fagfelt. Tjenesten omfatter først ett års sykehus-tjeneste og deretter et halvt år i kommunal helsetjeneste. Fra høsten 2022 har antall LIS1-leger i kommunen økt fra tre til fire. To av LIS1-legene er plassert hos private fastlegekontor, og de andre er plassert ved



Lilletorget legekantor. LIS1-legene er ved fastlegekontoret tre dager per uke, ved et av familiesentrene en dag per uke, og på et av sykehjemmene en dag per uke.

LIS1-legene har oppstart hhv. 1. mars og 1. september (fire leger per runde). I løpet av tjenestetiden følger LIS1-legene et kursopplegg i regi av Statsforvalteren. De introduseres også til samfunnsmedisinsk arbeid i form av en kursdag i regi av kommuneoverlegene.

Etter godkjent LIS1-tjeneste står legene fritt til å velge hvilken medisinsk spesialitet de ønsker å fortsette med.

Sarpsborg kommune er registrert utdanningsvirksomhet i allmenntidisin. Det betyr at kommunen er godkjent for å tilby utdanning og veiledning til leger som spesialiserer seg i allmenntidisin. Kommunen må legge til rette for et helhetlig utdanningsløp som oppfyller kravene i spesialistforskriften.

I henhold til Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kommunen sikre at leger som er ansatt i klinisk tjeneste, enten skal ha spesialistgodkjenning i allmenntidisin eller være under spesialisering i allmenntidisin. Dette gjelder de som tiltrer en fastlegehjemmel, stilling ved kommunal legevakt eller annen stilling med oppgave om å yte helsehjelp. Det siste vil si leger ved helsehus, sykehjem og familiesentre. Kravet er absolutt for fastleger. For leger med stilling utenfor fastlegeordningen er det tilstrekkelig å ha en annen spesialistgodkjenning.

Utdanningsløpet for å bli spesialist i allmenntidisin har en minimumsramme på fem år heltid etter LIS1. Det er krav om minimum fire og et halvt års tjeneste i kommunal helse- og omsorgstjeneste hvorav minimum to år i åpen, uselektert allmenntidisin (det vil si arbeid på fastlegekontor). I tillegg kommer krav om seks måneders tjeneste i spesialisthelsetjenesten. Leger i spesialisering i allmenntidisin (ALIS) skal også ta flere kurs og delta i veiledningsgruppe som går over to år.

Alle leger i spesialisering skal ha individuell veiledning. For ALIS er omfanget av den individuelle veiledningen forskriftsfestet til (minst) førtito timer per år. Det er et krav om at individuell veileder skal være spesialist i allmenntidisin. Individuelle veiledere rekrutteres hovedsakelig bland kommunens egne spesialister, både fra privat næringsdrift og fra kommunalt ansatte. Veilederne blir økonomisk kompensert for oppgaven.

Alle ALIS i kommunen tilbys å inngå en såkalt ALIS-avtale. En slik avtale gjør at kommunen kan søke om tilskuddsmidler fra [Helsedirektoratet, Nasjonal ALIS og veiledning](#). Det er ulike satser for ALIS som jobber i fastlegeordningen og for ALIS som jobber i øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste. Tilskuddsmidlene er ment å dekke utgifter som f.eks. kostnader til kurs og fravær fra fastlegepraksis, men også for å dekke noe av veiledningsutgiftene. Privatpraktiserende fastleger søker kommunen om å få utbetalt midler, mens for kommunalt ansatte leger tilfaller midlene kommunen. En andel av det totale beløpet kommunen mottar (p.t. 5%), brukes til å dekke noen administrasjonskostnader i forbindelse med tilrettelegging av ALIS-løpet, og til nettverkssamlinger. Utgifter for veileders deltakelse på veiledningskurs dekkes også av denne andelen. Det er i tillegg en egen pott som dekker noe av kommunens utgifter til individuelle veiledere.

Spesialister i allmenmedisin må gjennomføre obligatorisk etterutdanning for å opprettholde retten til å kreve tilleggskost via HELFO. Dersom kravene ikke oppfylles, kan legen miste retten til å benytte tilleggskoster.

Sarpsborg kommune er også registrert utdanningsvirksomhet i samfunnsmedisin. Kommunen må legge til rette for at en lege som ansettes som kommuneoverlege, og som ikke er spesialist i samfunnsmedisin, kan gjennomføre et spesialisingsløp. Normert tid for spesialistutdanning er (minimum) fem år etter godkjent LIS1. Leger i spesialisering i samfunnsmedisin (SamLIS) skal ta flere kurs og delta i veiledningsgruppe som går over tre år. For å tilby forskriftsfestet individuell veiledning er det en fordel at det i kommunen alltid er minst én kommuneoverlege som er spesialist i samfunnsmedisin.

Legetjenesten i kommunen dekker over store fagområder og det er viktig med riktig kompetanse. Medisin er stadig i utvikling og det krever kontinuerlig kompetanseheving. Kompetanseheving kan oppnås via faglitteratur, kursing, hospitering, internundervisning og overlegepermisjon.

Overlegepermisjon, også kjent som utdanningspermisjon, gir overleger og legespesialister rett til minst fire måneders sammenhengende permisjon med lønn per femårsperiode. Formålet med denne permisjonen er å gi leger mulighet til faglig oppdatering, fordypning og utvikling. Rutine for avvikling av overlegepermisjon blir klar i løpet av våren 2025.

## Slik gjør vi det

Nummer på tiltak	Beskrivelse	Ansvar	År
Spesialisingsforløp og kompetanseheving Tiltak 1	Opprettholde systematisk oppfølging av LIS-1, ALIS og SamLIS løpet i tråd med prosedyrer i kvalitetssystemet.  <a href="#">Gjennomføring av ALIS-løp</a>  <a href="#">Mottak og oppfølging av LIS1-lege</a>	Virksomhet helse	2025-2028
Spesialisingsforløp og kompetanseheving Tiltak 2	Etablere en systematisk plan for kontinuerlig	Avdelingsleder Virksomhetsleder	2025-2028

	kompetanseheving i legetjenesten		
--	----------------------------------	--	--

## Del 6 Økonomiske konsekvenser av nye tiltak

De lokale økonomiske tiltakene for fastlegeordningen for 2025 ble vedtatt i formannskapet nov.2024. Se kapittel om fastlegeordningen.

Handlingsprogrammet foreslår flere andre tiltak som lar seg realisere innenfor dagens økonomiske rammer, men det må tilrettelegges for innovative utforminger av tjenestene, og man må se på andre og mer kostnadseffektive løsninger. Noen utredninger som foreslås gjennomført, kan føre til kostnadskrevende tiltak. Slike økonomiske konsekvenser må utredes ytterligere og legges frem i arbeid med budsjett.

Folkehelseprofilen viser at Sarpsborg kommune har store levekårsutfordringer. Mange lever i utenforskap. Befolkningen i Sarpsborg har lavere utdanningsnivå, sysselsettingsgrad, inntekt og helse enn landsgjennomsnittet. Helse tilstanden til befolkningen i Sarpsborg kommune blir stadig dårligere. Det er viktig at vi tar utfordringsbildet på alvor. Hvis vi ikke klarer å snu trenden vil helse og omsorgstjenesten bli sterkt presset, i tillegg til at det har store negative konsekvenser for den enkelte. Det er helt nødvendig med gode planer for forebyggende tiltak. Dette arbeidet er kommuneovergripende og dekkes ikke av dette handlingsprogrammet.

## Del 7 Vedlegg

### Vedlegg 1: Anbefalt legebemanning på legevakt.

Forslaget beskrevet i tabellen er ment som ett utgangspunkt for vurdering av minimum legebemanning ved legevaktene i forhold til størrelse på legevaktpopulasjonen. Det er store variasjoner mellom de forskjellige legevaktene, og man må ta hensyn til lokale forhold og rutiner i vurderinger av hva som vil være riktig bemanning for å kunne håndtere oppgavene. Legevaktene må også vurdere sin bemanningssituasjon ut fra erfaringer fra driften i legevakten.

Tabell viser eksempler på legebemanning basert på størrelsen på legevaktpopulasjonen. Tallene er basert på anbefalinger fra [Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin - Norge](#)

Populasjon i legevakt-distriktet	Største vakt-hyppighet for primærvakt	Største vakt-hyppighet samlet	Bakvakt for utrykning	Bakvakt for utrykning etter kl. 23	To leger på vakt til kl. 23	Minst to leger på vakt
<1000	3-delt		Nei		Nei	
1000-1999	4-delt		Nei		Nei	
2000-2999	4-delt		Nei		Nei	
3000-4999	5-delt		Nei		Nei	
5000-6999	6-delt		Nei		Nei	
7000-8999	7-delt	5-delt	Ja		Nei	
9000-11999	8-delt	6-delt	Ja		Nei	
12000-15999	9-delt	7-delt	Ja		Nei	
16000-24999	10-delt	8-delt		Ja	Ja	
25000-39999	12-delt	10-delt		Ja	Ja	
40000-60000	14-delt	14-delt				Ja
>60 000	18-delt	18-delt				Ja

### Vedlegg 2:

British Journal of General Practice, Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway, H. Sandvik et al

<https://bjgp.org/content/72/715/e84.long>

