

**Saksbehandler:** Aslaug Irene Skjold**Kommunedirektør/rådmann:** Vibeke Vikse Johnsen

Saksnr.	Utvalg	Møtedato
012/22	Eldrerådet	15.03.2022
015/22	Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne	15.03.2022
010/22	Hovedutvalg helse og omsorg	16.03.2022
028/22	Formannskapet	21.03.2022
	Kommunestyret	

Orientering om legesituasjonen i Karmøy kommune

Rådmannens forslag til vedtak:

Kommunestyret ber om at det arbeides videre med økonomiske og organisatoriske tiltak for å bedre rekruttering av leger til Karmøy kommune.

Eldrerådet 15.03.2022:

Behandling:

Kommunalsjefen orienterte og svarte på spørsmål.
Eldrerådet støttet enstemmig rådmannens forslag til vedtak.

ELD- 012/22 Vedtak:

Kommunestyret ber om at det arbeides videre med økonomiske og organisatoriske tiltak for å bedre rekruttering av leger til Karmøy kommune.

Saksutredning

Sammendrag

Utfordringene for legetjenestene i kommunen er i hovedsak knyttet til rekruttering og at legene opplever stor arbeidsbelastning. Det har vært økende utfordringer med å rekruttere i ledige stillinger og fastlegehjemler de siste årene. Det er for tiden 8 ulike legestillinger /-hjemler ledige i kommunen uten at det er leger som viser interesse for stillingene.

Det må vurderes og gjennomføres økonomiske, faglige og organisatoriske tiltak som styrker legetjenesten og fastlegeordningen for å erstatte leger som slutter og øke antall leger i kommunen. Selv om kommunen skulle innføre forsterkede økonomiske rekrutteringstiltak i framtiden, vil faglige og organisatoriske virkemidler erfaringsvis være av større betydning for å klare å rekruttere leger. Ved å satse på store og robuste fagmiljø, store legesentre, differensierte driftsmodeller, egen sykehjemsmedisin og samle ressursene i en legevakt for kommunen vil dette tilsammen utgjøre positive rekrutteringstiltak. Kommunestyret vil eventuelt få framlagt egen sak

vedr tiltak som gir budsjettmessige konsekvenser.

Bakgrunn for saken

Plan for legetjenesten 2018-2024 ble vedtatt i kommunestyret 12.11.2018, sak 120/18. Rådmannen ønsker med dette å gi en statusmelding til kommunestyret. Utfordringene med å rekruttere og beholde fastleger i regionene har forsterket seg de senere årene og rådmannen ønsker også å beskrive tiltak som kan lette på dette.

Legetjenesten i kommunen består av følgende:

- Samfunnsmedisin: kommuneoverlege, smittevernlege og medisinsk faglig rådgiver ved legevakten
- Fastlegeordningen, inkl LIS1 (turnustjeneste)
- Legevakt
- Øvrig kommunal allmennlegetjeneste (helsestasjoner, sykehjem og Rus og psykiske helsetjeneste/ROP)

Nasjonale og lokale planer for legetjenesten

Karmøy kommunes plan for legetjenesten 2018-2024, beskriver de ulike delene av legetjenestene, status og tiltak for å øke antall leger i Karmøy framover.

Nasjonal handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020 – 2024 beskriver regjeringens plan for å gjøre allmennlegetjenesten attraktiv, kvalitetssikker og teambasert. Av tiltak som er iverksatt er økt basistilskudd og innføring av knekkpunkt, der legene får høyere basistilskudd pr pasient opptil 1000 pasienter. Videre er det innført et grunntilskudd tilsvarende basistilskudd for 500 pasienter ved opprettelse av 0 hjemmel, og det er opprettet tilskuddsmidler til leger i spesialisering (ALIS). Planen videre er at det skal opprettes flere LIS1, det skal innføres introduksjonsstillinger og det legges vekt på økt teambasert arbeid. Det skal også gjøres kartlegginger av legevaktordninger og legevaktorganisering. Karmøy kommune vurderer fortløpende nye nasjonale tiltak som iverksettes og tar dem i bruk.

Status for de ulike delene av legetjenesten

Karmøy kommune har over lang tid hatt lav legedekning i forhold til sammenlignbare kommuner og landet forøvrig. På tross av styrket innsats og en lang rekke tiltak de senere år er det fortsatt svært lav legedekning i Karmøy.

Kostratall viser legeårsverk i kommunehelsetjenesten pr 10 000 innbyggere:

Karmøy 2017	Karmøy 2020	Haugesund	Ålesund	K10	Landet
7,7	7,0	8,7	9,4	8,9	9,2

Tallene er inkludert legevakt og sykehjemsleger, men unntatt samfunnsmedisin.

Samfunnsmedisin

De samfunnsmedisinske funksjoner er fordelt på tre stillinger.

Kommuneoverlege, 100 % stilling, har vært vakant siden 1. januar 2022.

Smittevernlege, 30 % stilling har vært ledig siden 1. november 2021, men besatt med midlertidig vikar.

Medisinsk faglig rådgiver legevakt, 20 % stilling som er besatt.

Begge de vakante stillingene er utlyst flere ganger, uten at det har lyktes å besette stillingene ut fra opprinnelige stillingsstørrelser. Det er pr slutten av februar delvis tilsatt i 40 % av kommuneoverlegestillingen, med tiltredelse i juli 2022.

Fastlegeordningen

Karmøy kommune har opprettet 30 fastlegehjemler i kommunen. 25 hjemler er i privat praksis og

5 hjemler er kommunalt tilsatte fastleger. Fastlegene er fordelt på 11 legekontorer og fastlegelistene varierer fra 700 pasienter til 2500 pasienter. Utviklingen har gått mot kortere lister spesielt for yngre leger, leger i spesialisering (ALIS), kommunalt tilsatte leger og kvinnelige leger.

	Karmøy 2017	Karmøy 2020	Haugesund	Ålesund	K10	Landet
Legeårsverk*	7,7	7,0	8,7	9,4	8,9	9,2
Listelengde antall innbyggere	1527	1435	1525	1330	1258	1178
Kvinnelige leger, andel	25,9	33,3	35,3	41,1	47,4	47,3

*Tallene er inkludert legevakst og sykehjemsleger, men unntatt samfunnsmedisin.

Karmøy kommune har 42541 innbyggere pr 4. kvartal 2021. Karmøy har en underdekning av leger sett i forhold til befolkningstall. Det er fritt fastlegevalg i Norge og mange har fastlege i nabokommunene.

Karmøy kommune har fastlegekapasitet til 37988 innbyggere. Karmøy kommune mangler dermed fastlege til 4357 innbyggere og det er kun 418 ledige listeplasser hos fastlegene. I 2017 manglet Karmøy kommune listeplasser til 7624 innbyggere, med 2115 ledige plasser. Slik det er nå har ikke alle innbyggere et reelt valg av fastlege innen kommunen, selv om det har vært en positiv utvikling.

Det er ikke et krav i forskrift til fastlegeordningen i kommunene å ha tilstrekkelig fastlegeplasser til alle innbyggere. Kommunens ansvar er å organisere fastlegeordningen og sørge for at personer som ønsker det, får tilbud om plass på fastleges liste, jf. pasient- og [brukerrettighetsloven § 2-1c](#) og [forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen § 2](#). Kommunen skal sørge for at et tilstrekkelig antall leger deltar i fastlegeordningen.

Ut fra fastlegeforskriften § 12 kan fastlege i fulltidspraksis pålegges å delta inntil 7,5 timer per uke i andre allmennlegeoppgaver i kommunen. Pr dagsdato benyttes fastlegene til å bemanne helsestasjon, helsestasjon for ungdom, daglegevakt, veiledning av leger i spesialisering (LIS1 og ALIS). Fastleger benyttes ikke for tiden som bemanning i sykehjem.

Rekruttering

Det har i lang tid vært store utfordringer når det gjelder rekruttering av leger til fastlegetjenesten i Karmøy. Dette er et landsdekkende problem og har utviklet seg i negativ retning de siste årene, noe som også vises tydelig hos nabokommunene. På tross av et omfattende rekrutteringsarbeid de siste år er det fortsatt store utfordringer.

Av de 30 opprettede fastlegehjemler er 18 av dem rekruttert inn i siden 2015. I flere av hjemlene har det vært turnover av leger, slik at nyrekrutteringen er 25 fastleger. Det er rekruttert inn yngre leger ved ledige hjemler. Gjennomsnittsalderen for leger er redusert. To leger er over 70 år og har fått forlenget tjenestetid, to leger er over 60 år.

Ved utlysing har det vært 0-2 relevante søkere pr utlyst hjemmel, ofte har hjemmelen måtte lyses ut flere ganger. I løpet av det siste 1½ året er det kun rekruttert inn to nye fastleger, en i privat praksis og en i fastlønnsstilling. Pr 1. januar 2022 er det tre fastlegehjemler og ett vikariat som det ikke er rekruttert inn i på tross av gjentatte utlysninger. En av hjemlene er oppsagt for ett år siden, uten at kommunen har klart å rekruttere inn i hjemmelen etter gjentatt annonsering. Det er foreløpig vikar i hjemmelen og hjemmelen er lyst ut på nytt. En av hjemlene er en 0 liste, som det ikke har lyktes å rekruttere i. Den siste hjemmelen er lyst ut en gang uten søker, og lyses ut for 2. gang nå. Det er ikke rekruttert inn vikar ved permisjon ved kommunalt legesenter.

En distriktskommune som Karmøy har erfaringsvis rekruttert dårligere enn bykommuner. En utvikling der også bykommuner har rekrutteringsvansker gjør det nødvendig med nye tiltak. Ny forskrift om spesialistutdanning (se lengre ned i saken) stiller krav om gjennomført norsk LIS1 før oppstart som fastlege har også virket negativt inn på rekrutteringen. Før 2019 var det mulig å starte som fastlege uten å ha gjennomført LIS1.

Det er i plan for legetjenestene 2018-2024 skissert en økning i fastlegeordningen med 8 nye fastlegehjemler fram mot 2024. Hittil er 4 av disse hjemlene opprettet.

Geografisk fordeling av fastlegehjemlene

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 nært der de bor.

Den totale dekningsgraden for fastleger i Karmøy i 2017 er på 90 %. Det er underkapasitet i hele kommunen, unntatt i Kopervik/Bygnes. Det er også gjort en vurdering av at det vil være en risiko knyttet til å rekruttere inn i 9 legehjemler i løpet av neste årene framover.

Antall fastleger og listepasienter geografisk fordelt i Karmøy kommune

Sted	Antall legehjemler	Befolkning 2021	Kapasitet fastlegeliste	Dekningsgrad (pst)	ventelister	Risiko mht rekruttering
Skudenes	2	5 314	3534	67	74	2
Åkra/Vea	8 + 1 LIS1(turnus)	11 378	10231	90	118	2
Kopervik/Bygnes	9 + 2 LIS 1(turnus)	8 847	12666	143	111	1
Avaldsnes	3	7 722	3901	51	42	1
Norheim	7 (inkl 0 hjemmel)	9099	7656	84	657	3
Karmøy	30	42 186	37 998	90	1002	9

Befolkning: Antall innbyggere fordelt geografisk

Kapasitet: Hvor mange pasienter fastlegene har på listen sin.

Dekningsgrad: Kapasitet/listetak i pst av antall innbyggere i sonen

Risiko mht rekruttering: Antall leger som har meldt inn utfordringer i drift, der det er kjent legen vil slutte eller nye hjemler og som sannsynligvis vil være utfordrende å rekruttere ny lege inn i hjemmel.

Spesialisering ALIS

Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften) trådte i kraft den 1. mars 2019. Den stiller krav om at alle leger må starte i et spesialiseringssløp.

Dagens ordning for spesialistutdanning og spesialistgodkjenning av leger stiller tydelige krav til spesialistutdanningen og legger til rette for utvikling av kvaliteten i spesialistutdanningen.

Spesialistutdanningen og spesialitetsstrukturen er rettet inn mot fremtidens helseutfordringer og tar opp i seg ny fagutvikling, endringer i pasient- og legerollen og reformene i helsesektoren.

Spesialistutdanningen består av en første del som er felles for alle leger som skal gjennomføre en spesialistutdanning i norsk helse- og omsorgstjeneste. Deretter består den av en eller to deler som er spesialitetsspesifikke. Ofte brukes uttrykkene LIS1, LIS2 og LIS3 om leger som er ansatt i utdanningsstillinger i henholdsvis første og andre del.

For alle spesialitetene omfatter spesialistutdanningen en felles første del med en varighet på ett og et halvt år (tidligere kalt turnustjeneste). Ett år av den første delen skal gjennomføres i spesialisthelsetjenesten og et halvt år i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Den andre delen omfatter LIS2 og LIS3 og har en varighet på minimum 5 år. LIS 2 benyttes i sykehusspesialitetene. For leger som starter i spesialisering i allmennmedisin, går de direkte over

fra LIS1 til LIS3. LIS3 i allmennmedisin omtales ofte som ALIS.

Spesialisering innen allmennmedisin kan gjennomføres i både kommunal og privat fastlegeordning. To av årene må gjennomføres i uselektert allmennlegepraksis, dvs i fastlegeordning og legevakt. Dette medfører at sykehjemslegene må gjennomføre 2 års fulltidsarbeid i fastlegeordningen for å bli spesialist innen allmennmedisin. Det stilles krav om at den praktiske tjenesten skal gjennomføres under veiledning og supervisjon av kvalifisert lege. Det stilles videre krav om at minimum 6 måneder av praksisen skal gjennomføres ved sykehus eller institusjon som kan gi tilsvarende praksis.

Den nye spesialistforskriften stiller krav om gjennomført LIS1 og oppstart i spesialisering i allmennmedisin ved oppstart som fastlege. Dette sikrer kvaliteten på legene, men skaper utfordringer mht rekruttering av tilstrekkelig antall leger.

Inntektssystem

Hovedmodellen i fastlegeordningen i Norge er næringsdrift.

Som privatpraktiserende lege baseres inntekten på tre kilder;

- fra basistilskudd, Basistilskudd utgjør 653 kroner per listeinnbygger inntil 1000 listeinnbyggere. Fra listeinnbygger 1001 og opptil 2500 utgjør basistilskuddet 526 kroner per listeinnbygger.
- aktivitetsbasert inntjening
 - egenbetaling fra pasientene
 - refusjon fra Helfo (folketrygden).

I privat næringsdrift har fastlegen som hovedprinsipp selv ansvar for å skaffe vikar ved fravær. Ved kommunal fastlønnet lege er det kommunen sitt ansvar å tilsette vikar. Ved ledige hjemler har avtroppende privatpraktiserende lege rett til goodwill/vederlag for opparbeidet pasientliste og oppgjør for inventar og utstyr.

Modellen for inntektssystemet til en fastlegeordning med privat næringsdrift skal være selvfinansierende og ikke utgjøre en kostnad for kommunen. Rammeoverføringen ivaretar inndekning av basistilskudd. Mange fastleger opplever at dette ikke er reelt lenger og at økning av oppgaver og inntektsutvikling gjør det vanskelig å fortsette som fastlege. En undersøkelse legeföreningen gjorde i 2018 viste at fastlegene arbeidet 56 timer i uken i gjennomsnitt. KS og legeföreningen er enig i at legene arbeider mye og KS skriver at «i mange medieoppslag den siste tiden kan vi lese om leger som jobber opptil 120 timer i uka. I tillegg viser Legeföreningen stadig til en undersøkelse som sier at en av ti leger jobber 100 eller flere timer legevakt per uke, i tillegg til å være fastlege på dagtid. Altså en arbeidsuke på 140 timer».

Karmøy kommune opprettet i 2011 et kommunalt legesenter. Fastlegene ved dette legesenteret er fast tilsatt i kommunen. I tillegg er det innført en honorarordning der de mottar 40 % honorar for inntjening over 55 000,- pr måned. Karmøy kommune mottar basistilskudd, refusjon og egenandeler tilknyttet pasientlistene og har personalansvar for helsepersonell og driftsansvar for legesenteret. Fastlegene er forpliktet til å følge opp pasientene på egen liste på tilsvarende måte som de privatpraktiserende legene. Kommune har arbeidsgiveransvar for legene, spesialiseringsutgifter dekkes og det er kommunen sitt ansvar å skaffe vikar ved fravær. Kommunen har mulighet til å benytte legene der det er behov innen kommunehelsetjenesten. Legene arbeider ut fra Arbeidsmiljøloven og har dermed 37,5 timers dag. Legevakt på ettermiddag, natt og helg kommer i tillegg.

Legevakt

Legevaktordningen må sees i sammenheng med fastlegetjenesten. Fastlegen plikter etter fastlegeforskriften å delta i kommunal eller interkommunal legevakt utenfor ordinær åpningstid.

Minst en lege skal være tilgjengelig for legevakt hele døgnet. Fastlegen har også plikt til å delta i kommunens organiserte øyeblikkelig hjelp-tjeneste i kontortiden, herunder tilgjengelighet i helseradionettet/nødnettet og ivaretagelse av utrykningsplikten.

Legevakten skal håndtere legehjelp som ikke kan vente og henvendelsene til legevakten hastegradvurderes og prioriteres. Såkalte «grønne henvendelser» (henvendelser som kan vente til neste dag) skal i størst mulig grad utføres hos fastlegen og en god nok fastlegedekning i kommunen har derfor betydning for legevakten. Rekruttering av leger til legevaktordningen er derfor helt avhengig av en god rekruttering og en stabil fastlegetjeneste.

Legevakten er åpen når fastlegekontoret er stengt, altså kveld, natt og helg. Til sammen utgjør det 128 timer i løpet av en uke. Uansett om kommunen er stor eller liten er det 128 timer som skal dekkes av fastlegene. I små kommuner er som hovedregel legen hjemme hos seg selv når han/hun har legevakt, og innbyggerne tar kontakt på telefon. Store kommuner har en egen legevaktbygning med flere leger på vakt samtidig.

Handlingsplan for allmennlegetjenesten beskriver at legevaksarbeidet utgjør en stor del av arbeidsbelastningen for mange fastleger. Det skal innhentes mer kunnskap om arbeidsbelastningen, også på bakgrunn av at legevaktarbeid er unntatt arbeidmiljølovens grenser. En vet fra evalueringen at interkommunale samarbeid om legevakt ofte fungerer bra, selv om det kan gi innbyggerne lengre reisevei til legevakt. Men vi vet også at enkelte kommuner ikke velger en slik løsning av geografiske eller andre årsaker.

I 2020 økte vaktbelastningen for leger i små kommuner med 30 prosent. Økningen er kommet som følge av at regjeringen innførte et nytt kompetansekrav for leger som deltar i legevakt. Legen må være spesialist eller innfri minimumskrav av erfaring for å ha oppfylle legevaktkompetanse. I Karmøy er det pr dd 3 leger som ikke oppfyller minimumskravet. Leger som ikke oppfyller kompetansekravet må ha bakvaktlege. Dette medfører økt belastning for kompetente leger.

I dag har Karmøy kommune en todelt legevaktordning. Det kjøpes legevakttjenester fra Haugesund kommune slik at innbyggerne på nord-Karmøy og fastlandssiden får legevakttjenester fra Haugesund legevakt i Karmsundgaten. Fastleger som er lokalisert til legesenter på fastlandssiden har legevaktplikt ved Haugesund legevakt i tråd med legevaktavtalen. Pr dags dato gjelder dette 6 fastleger, i tillegg er det en ledig hjemmel.

For innbyggerne på sør og midt-Karmøy (30 000 innbyggere) drifter kommunen en egen kommunal legevakt, Karmøy legevakt i Åkrehamn. Fastleger med lokasjon sør for Bøkrossen har legevaktplikt ved Karmøy legevakt, pr dags dato er dette 23 leger. I tillegg dekkes daglegevakt av faste deltidsstillinger fordelt på kommunale og privatpraktiserende leger.

Den todelte legevaktordningen medfører økt vaktbelastning for legene.

Flere fastleger har ihht fritaksregler i fastlegeforskriften fått fritak fra legevakt, noe som gir en økt belastning for resterende vaktleger. Høy vaktbelastning i tillegg til en travel fastlegepraksis er uheldig for unge leger i etableringsfasen, men oppleves også krevende for erfarne leger og eldre leger.

Øyeblikkelig hjelp døgnettenhet (ØHD/KAD)

Øyeblikkelig hjelp døgnettenhet er en del av den akuttmedisinske beredskapen i kommunen.

Avdelingen er lokalisert til Norheim sykehjem. Her er det tilknyttet 1 legeårsverk som er besatt. I tillegg er det tilsyn av pasientene 2 timer på dagtid i helgene. Det organiseres en egen vaktordning som administreres fra Norheim sykehjem. Det er krevende til tider å ha nok leger i vaktordningen. En tilsynsordning kan i en større legevaktordning legges til legevakten, etter avtale med legeföreningen.

Sykehjem

Karmøy kommune har 7 sykehjem (Norheim, Storesund, Kopervik, Torfæusgt.21, Vea, Fredheim og Åkra) med 281 pasienter. Det er opprettet 6,7 stilling som sykehjemslege.

Sykehjem, pasientfordeling og sykehjemstillinger.

Sykehjem	pasienter	Årsverk lege	vakant
Åkra	31	0,4	
Fredheim	16	0,2	
Vea sykehjem	107	2,4	1,0
Kopervik, Torfæus	42+8	0,7	
Storesund BBH	41	0,5	0,5
Norheim sykehjem inkl KØH	36	2,5	0,5
	281	6,7	2

Det er pr dd 2 vakante stillinger som sykehjemslege. Det er ikke rekruttert i stillingen på tross av gjentatt utlysing. For tiden mangler det lege på Norheim/Storesund /Vea. Arbeidet dekkes for tiden med ekstraarbeid fra kommunens leger og fra leger tilsatt i Helse Fonna.

Det har ikke vært ønskelig å pålegge kommunens fastleger arbeid ved sykehjemmene i dagens fastlegesituasjon selv om det er mulig å pålegge inntil 20 % kommunale oppgaver ut fra lov og avtaleverk.

Helsestasjon

Karmøy kommune har 5 helsestasjoner og 2 helsestasjon for ungdom. Det er tilsatt lege i 1,3 årsverk fordelt på 10 leger. Det er fastlegene som har deltidsarbeid ved helsestasjonene og HFU. Det er vurdert å tilsette egne helsestasjonsleger, men det har ikke lyktes å rekruttere til en slik stilling. Det er krevende å få avtale med fastleger om å arbeide på enkelte helsestasjoner, dette begrunnes med høy belastning med å ivareta egen pasientliste i fastlegepraksisen. Det er også krevende å rekrutterer tilstrekkelig antall leger til helsestasjon for ungdom, da dette arbeidet gir økt ettermiddagsarbeid for legene.

Fastlegene tilsettes i kommunalt arbeid ut fra ønske og interesse for arbeidet. Det har ikke vært ønskelig å pålegge kommunens fastleger arbeid ved helsestasjonene i dagens fastlegesituasjon selv om det er mulig å pålegge inntil 20 % kommunale oppgaver ut fra lov og avtaleverk.

Mottak- og oppfølgingssenteret (MO)

Det er opprettet 20 % stilling knyttet til MO-senteret for rus- og psykisk helsetjeneste. Formålet er forebyggende arbeid blant alvorlig syke rusmisbrukere og psykisk syke som ellers ville hatt problem med å oppsøke lege. Stillingen ivaretas av kommunal tilsatt fastlege.

Innførte rekrutteringstiltak og tiltak som bedrer arbeidshverdagen for fastlegene:

- Antall LIS1 er økt fra to til tre. Det er søkt Statsforvalteren om å øke antall LIS1 ytterligere. Foreløpig har vi fått tildelt en midlertidig LIS1 i 2021/2022.
- Avtale med to private legesenter om mottak av LIS1. Den tredje har tjeneste ved kommunalt legesenter.
- Kommunalt legesenter hvor 5 fastleger slipper å ha arbeidsgiveransvar for tilsatt helsepersonell
- Honorarordning ved kommunalt legesenter for å rekruttere og beholde leger og stabilisere driften.
- Det ble i 2015 opprettet daglegevakt som avlaster fastlegene for utrykning på dagtid. Det ble samtidig innført fastlønn på natt for å gi like betingelser som ved Haugesund legevakt.
- Kommunale leger dekker deler av bemanningen ved daglegevakt, inkl backup ved fravær.

- Det er opprettet egne sykehjemsleger i full stilling. Fastlegene slipper dermed sykehjemsmedisin som pålagte kommunale oppgaver.
- Det er opprettet legestilling ved MO senteret som gir tilbud til personer med alvorlig ruslidelse og psykisk lidelse. Dette gir mulighet til samarbeid og avlastning for fastlegene
- I henhold til nasjonal handlingsplan for allmennlegetjenesten får nye leger som starter i nye lister uten pasienter (0-hjemler) grunntilskudd (oppstarttilskudd) opp til 500 pasienter i inntil 2 år. Dette tilsvarer basistilskuddet for 500 pasienter.
- Helsedirektoratet/Bergen kommune ALIS vest: Tilskudd til ALIS med 200 000 pr lege i spesialisering (50 000 kommunal egenandel). Deltaking i prosjektet med 3 leger. Prosjektet avsluttes 2022 og kan evt overføres til nasjonal tilskuddsordning.
- Helsedirektoratets tilskuddsordning: Tilskudd til spesialisering ALIS næring og ALIS fastlønn. Lege i spesialisering kan få inntil 300 000 i tilskudd (med 60 000 kommunal egenandel). For kommunalt tilsatte leger går tilskuddet med til å dekke kostnader til spesialisering. Kommunen deltar i prosjektet med 4 leger.
- Opprettet luftveislegevakt og koronasenter under pandemien har frigjort fastlegene for undersøkelser av luftveispasienter, testing og vaksinasjon for korona.
- Antall solopraksiser i Karmøy er redusert fra 6 til 5.
- Ved enkelte legesentra er det økt antall legehjemler og det arbeides med å øke med ytterligere antall hjemler.

Administrativt arbeid

Avtaler med alle fastleger inngås og følges opp av helsesjef og personalrådgiver, som også har ansvar for utbetaling av basistilskudd, permisjoner, kompensasjoner, utlysninger, tilskudd mm. For fastlegene ved kommunalt senter er det tilsatt avdelingsleder som har arbeidsgiveransvar for legene.

Det administrative arbeidet knyttet til rekrutteringsutfordringer, personalansvar for fast tilsatte leger, søknad om tilskudd, oppfølging av spesialisering (LIS1 og ALIS) og oppfølging av fastlegene har økt de siste år.

Utfordringer

Utfordringene for alle legetjenestene i kommunen er i hovedsak knyttet til rekruttering og at legene opplever stor arbeidsbelastning. Det er få leger tilgjengelig i «markedet». Pr dags dato har kommunen utfordringer med å rekruttere inn i 8 ulike legestillinger /-hjemler uten at det er leger som viser interesse for stillingene.

Kommunen har fått overført flere og mer kompliserte oppgaver og fra spesialisthelsetjenesten, noe som også medfører økt innsats for både fastleger og sykehjemsleger. Koronapandemien har også medført økte utfordringer for kommunen på alle nivå også innen legetjenesten.

Koronapandemien har krevd spesielt mye av leger innen samfunnsmedisin, som har måttet ta et stort og krevende ansvar for håndteringen i kommunen. Det er grunn til å tro at dette ekstraordinære trøkket har medført en skepsis til å ta på seg slike oppgaver. Dette selv om slike stillinger i en normalsituasjon kan være attraktive for leger som har en interesse for samfunnsmedisin, folkehelsearbeid og forebyggende arbeid. Det kreves ikke økonomiske investeringer, arbeidet utføres på dagtid, man får god oversikt, tverretattlig samarbeid og gode utviklingsmuligheter innen kommunen.

I handlingsplan for allmennmedisin beskrives det at allmennmedisinen er faglig utfordrende. Den har stor bredde og varierte typer oppgaver. I tillegg får fastlegen muligheten til å følge mennesker i alle aldre og gjennom hele livet. Ifølge legene selv er det ikke faget som er problemet for å få til rekruttering, men rammebetingelsene. Leger oppgir imidlertid små faglig miljø og lite faglig nettverk som viktige årsaker til at de ikke velger å bli fastlege. De jobber ganske alene sammenliknet med det man gjør i sykehus. Det krever tid å bli trygg i rollen og i faget. I

etableringsfasen som fastlege er det behov for trygg veiledning av erfarne kolleger og forutsigbare rammer for kompetansebygging og utdanning. Erfarne leger ønsker også å være del av et fagmiljø og mulighet for faglig utvikling. De oppgir at en for stor del av arbeidstiden nå går til administrative oppgaver.

For fastleger i næringsdrift er det og økonomisk og administrativt krevende å drive egen praksis. Dette er spesielt krevende for nye fastleger i en oppstartfase, der de også er faglig usikre. Man er også gjerne i etableringsfasen for familie og bolig samtidig, noe som gjør det utfordrende og lite attraktivt å ha lange pasientlister. Inntjeningen for en ung lege som går inn i næringsdrift kan være lav i begynnelsen. Dette kan være utfordrende med tanke på de økonomiske forpliktelsene de påtar seg og skape økonomisk utrygghet.

Fastleger som skal avslutte sin praksis opplever også at det ikke er nye leger som ønsker å overta hjemmelen, da det er mer enn nok ledige legestillinger tilgjengelig. Ved oppsigelse av en fastlegehjemmel i privat næringsdrift er det kommunen som rekrutterer ny lege ut fra faglige kvalifikasjoner. Avtroppende lege har rett til økonomiske kompensasjon i form av goodwill for en veldrevet fastlegeliste og kompensasjon for utstyr ut fra en markedspris. Markedet fungerer ikke i dagens situasjon når det ikke er søkere til hjemlene. Avtroppende lege (og legeforeningen) opplever imidlertid at pasientlisten og praksisen deres har en «verdi». Kommunenes sentralforbund (KS) mener at denne verdien reduseres betraktelig når det ikke er søkere til hjemmelen. Det er ikke avklaring i lov eller avtaleverk hvordan slike utfordringer skal løses. Kommunens ansvar ut fra fastlegeforskriften er å sikre at pasientene en fastlege. Enkelte kommuner har gjort vedtak om å kompensere legene for å overta fastlegelisten. Utfordringen for kommunen er fortsatt rekruttering av lege til å følge opp pasientene!

Det oppleves at de senere års omtale av fastlegekrisen og mediedekning har forsterket den utfordrende rekrutteringen. Fokuset på det faglig spennende og varierte allmennlegeyrket kommer ikke fram i mediebildet.

Selve utdanningsløpet kan oppleves krevende. Det er et langt løp med mange aktiviteter og læringsmål. Legen skal ha tjeneste både i kommunen og spesialisthelsetjeneste. Kommunen ser på det som positivt å være utdanningsinstitusjon. Men det er en del oppfølging og behov for veiledning fra andre fastleger. LIS 1 som er etablert med barn og familie signaliserer at de er viktig for dem å få mulighet til å være nær hjemmet. Dette er også i kommunens interesse med tanke på lokal rekruttering til legetjenesten og det arbeides aktivt for å tilrettelegge for dette.

Selv om LIS1 som har tjenestegjort i Karmøy er forsøkt rekruttert inn i legestilling i kommunene er erfaringene at svært mange av dem ønsker å arbeide i sykehus og dermed i større faglige fellesskap. Det vil være viktig å ha fokus på å utvikle større fagmiljø i kommunen framover.

Fastlegene har vaktplikt i kommunens legevaktordning. Færre fastleger og økt søknad om fritak gjør at legevaktene må deles på færre. Det er et press på tjenestene og for de som skal sørge for at det er nok leger på vakt til enhver tid. Koronapandemien har også medført ekstra belastning med å bemanne den todelte legevaktordningen og luftveislegevakt ved Karmøy legevakt og ved Haugesund legevakt. Høy vaktbelastning i legevakt og det at legene er alene lege på vakt medfører økt faglig belastning for legene. Leger i nattevakt har vakt sammen med en sykepleier, noe som utgjør et svært lite fagmiljø med tanke på faglig trygghet og støtte i arbeidet. Ved å fortsatt holde på to legevaktlokasjoner vil et lite fagmiljø opprettholdes, noe som vil være uheldig med tanke på rekruttering av fastleger til kommunen, for å opprettholde et godt akuttmedisinsk fagmiljø og for en god utnyttelse av legeressursene i kommunen.

Karmøy har egne sykehjemsleger, slik at dette arbeidet ikke pålegges fastlegene. Ved å ha egne sykehjemsleger styrkes kompetansen og kontinuitet i oppfølgingen av pasientene. Svært mange fastleger oppgir at de opplever sykehjemsarbeid som krevende i kombinasjon med fastlegejobben.

Det er imidlertid også utfordrende å rekruttere sykehjemsleger. Administrasjonen mener likevel ikke det vil hjelpe å gå bort fra egne sykehjemsleger og heller la oppgaven fordeles mellom flere fastleger. Lønn oppgis ofte som en årsak til ikke å ta imot stilling som sykehjemslege, selv om det ikke foreligger noen vaktbelastning i jobben. Det kan være vanskelig å få tak i vikarer ved ferieavvikling i sykehjem. De som rekrutteres er ofte nyutdannede leger med behov for veileder, og medfører dermed større belastning på de legene vi har. Enkelte ganger har dette resultert i at kommunen har måttet benytte rekrutteringsbyrå.

Legeforeningen i Karmøy er også svært bekymret over situasjonen. De har behandlet det som sak i Allmennlegeutvalget og formidlet forslag til tiltak, se vedlegg. Legeforeningen viser også til Stavanger kommune og deres iverksatte tiltak, se vedlegg.

Stavanger kommune har iverksatt flere av de rekrutteringstiltak som legeforeningen nevner. Ved henvendelse til Stavanger kommune opplyser de at de har også store utfordringer med rekruttering, og merker at de fleste leger vil til spesialisthelsetjenesten. De har hittil klart å rekruttere etter gjentatte utlysinger og har rekruttert 10-12 leger pr år de siste år. De har 125 leger og det er høy gjennomsnittsalder på legene. Mange unge leger ønsker fastlønn ved kommunale legesentre, eller en kombinasjon av fastlønn noen år før de går over i næringsdrift. Etter at de innførte rekrutteringstiltakene har de ikke merket noe videre større pågang av leger. Ved siste utlysing ble kun en av de tre utlyste hjemlene besatt.

Handlingsplan for allmennlegetjenesten bekrefter våre erfaringer med at kommunen «mister» leger til sykehusene. Det vises til at fra 2012 – 2018 økt antall legeårsverk i kommunene med 19 %, mens antall legeårsverk i sykehusene økte med 27 %.

Rekrutteringsutfordringer og årsakene er nasjonale og sammensatte og viser at økonomiske insentiver ikke er nok til å løse rekrutteringsutfordringen. Karmøy kommune må derfor satse på et bredt spekter av tiltak for å bli en attraktiv kommune for legene.

Det må vurderes økonomiske, faglige og organisatoriske tiltak som styrker legetjenesten og fastlegeordningen for å erstatte leger som slutter og øke antall leger i kommunen. Selv om kommunen skulle innføre forsterkede økonomiske rekrutteringstiltak i framtiden, vil faglige og organisatoriske virkemidler erfaringsvis være av større betydning for å klare å rekruttere leger. Ved å satse på store og robuste fagmiljø, store legesentre, differensierte driftsmodeller, egen sykehjemsmedisin og samle ressursene i en legevakt for kommunen vil dette tilsammen utgjøre være positive rekrutteringstiltak.

Tiltak som må vurderes

- Karmøy kommune må satse på å utvikle store, robuste fagmiljø for legene i kommunen, som fastlege, i sykehjem og på legevakt.
- Karmøy kommune må samle ressursene i en stor, robust interkommunal legevakt med godt fagmiljø og høy kompetanse.
- Fortsatt satsing på egne sykehjemsleger i full stilling.
- Vurdere å tilsette egne helsestasjonsleger i full stilling.
- Felles utlysning av ledige legestillinger/legehjemler i kommunen for eksempel annenhver måned, uansett type stilling.
- Det er søkt om å øke antall LIS1 fra 3 til 5.
- Opprette 0-hjemler ved de større legesentrene der befolkningen tilsier behov.
- Vurdere å opprette kommunale ALIS fastlønnsstillinger tilknyttet private legesentre for å omgjøre til privat praksis etter endt ALIS utdanning.
- Vurdere å opprette ytterlige et kommunalt legesenter.

- Benytte statlige tilskuddsmidler som ALIS næring og ALIS fastlønn. Det mottas tilskudd for hver lege i spesialisering på 300 000, med en egenandel på 60 000. Leger i ALIS næring får overført tilskuddet og dekker egen spesialisering. Tilskudd for ALIS fastlønn dekker deler av kostnad til spesialisering i fastlønnsdrift.
- Oppfølging av spesialistløpet til LIS1 og ALIS.
- Søknader fra leger i næringsdrift som ønsker å arbeide etter 70 år, ses positivt på og behandles ut fra utarbeidede rutiner.
- Vurdere tilskudd opp til 1000 pasienter for O-lister (Nasjonale føringer gir støtte til 500 pasienter i 2 år).
- Vurdere tilskudd på 200 000 til lege som starter i hjemmel i privatpraksis og driver denne i 3 år.
- Vurdere gjenkjøpsgaranti av hjemmel i 3 år.

Rådmannens vurdering og konklusjon

Rekrutteringsutfordringer og årsakene er nasjonale og sammensatte og viser at økonomiske insentiver ikke er nok til å løse rekrutteringsutfordringen. Karmøy kommune må derfor satse på et bredt spekter av tiltak for å bli en attraktiv kommune for legene til beste for innbyggerne i kommunen. Rådmannen mener at tiltak i Karmøy må ses i sammenheng med statlige tiltak. En stor nasjonal utfordring vil kreve nasjonale tiltak ut fra videreføring av nasjonal handlingsplan for legetjenesten. Karmøy kommune kan ikke alene løse den såkalte fastlegekrisen. Det er heller ikke gunstig med en overbudspolitik mellom nabokommuner.

Det må vurderes økonomiske, faglige og organisatoriske tiltak som styrker legetjenesten og fastlegeordningen for å erstatte leger som slutter og øke antall leger i kommunen. Selv om kommunen skulle innføre forsterkede økonomiske rekrutteringstiltak i framtiden, vil faglige og organisatoriske virkemidler erfaringsvis være av større betydning for å klare å rekruttere leger. Ved å satse på store og robuste fagmiljø, store legesentre, differensierte driftsmodeller, egen sykehjemsmedisin og samle ressursene i en legevakt for kommunen vil dette tilsammen utgjøre positive rekrutteringstiltak.

Rådmannen ønsker å foreslå at det arbeides videre med tiltakene i listen over. Enkelte av tiltakene er under arbeid, mens flere av tiltakene må utredes nærmere. For tiltak som har budsjettmessige konsekvenser vil det bli lagt fram sak til politisk behandling.

Vedlegg:

Innspill rekrutteringstiltak fra legeforeningen januar 2022