



Fastlegestrategi for Sarpsborg kommune

Bystyrets vedtak
11. mai 2023



Sarpsborg
kommune

INNHOLDSFORTEGNELSE

KOMMUNEDIREKTØRENS FORSLAG APRIL 2023	1
INNHOLDSFORTEGNELSE	2
BAKGRUNN	3
UTFORDRINGSBILDET	4
GENERELT	4
ARBEIDSBELASTNING	4
STABILITET I LEGEKORPSET	5
REKRUTTERING AV FASTLEGER	5
VIKARER	6
ALIS-LØPET	6
NASJONALE TILTAK	7
ERFARINGER FRA ANDRE KOMMUNER	8
TROMSØMODELLEN	8
LARVIK	9
KOMMUNER I ØSTFOLD	10
FASTLEGEORDNINGEN I SARPSBORG	10
UTREDNING OG FORSLAG TIL TILTAKSPAKKE	13
KOMMUNEDIREKTØREN ANBEFALER FØLGENDE TILTAKSPAKKE FOR 2023:	13
ANDRE VURDERTE TILTAK	17
VED MULIGHET	17
TILTAK SOM BLE VURDERT, MEN SOM IKKE ANBEFALES GJENNOMFØRT PÅ NÅVÆRENDE TIDSPUNKT	18
ØKONOMISKE KONSEKVENSER FOR VALGT TILTAKSPAKKE	21
UTGIFTER	21
TILTAK	21
UTGIFT 2023	21
HELÅRSEFFEKT	21
KOMMENTARER TIL UTGIFT	21
KONKLUSJON	22

Bakgrunn

Fastlegeordningen ble innført i 2001. Undersøkelser har vist at den er en av de mest populære samfunnstjenestene i Norge og regnes som en suksess. Fastlegeordningen har gitt pasientene rett til en fast lege som sikrer dem en helsetjeneste med kontinuitet og stabilitet.

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.

Flere sentrale avtaler regulerer fastlegeordningen. Rammeavtalen, ASA 4310, er en avtale om fastlegeordningen mellom KS (kommunenes sentralforbund) og Legeforeningen. Denne skal sammen med fastlegeavtalen sikre at både kommunen og legene fyller kravene til fastlegeordningen i helse- og omsorgstjenesteloven og fastlegeforskriften. Rammeavtalen er ikke endret siden 2013 fordi partene ikke er enige om en videreutvikling av avtalen.

SFS 2305 er en særavtale mellom KS og Legeforeningen om legetjenesten i kommunen hvor vilkår for fastleger og turnusleger/LIS1 i kommunehelsetjenesten omtales. Denne regulerer arbeidstid i fastlegepraksisen, praksiskompensasjon og legevaksarbeid.

Finansieringen av fastlegeordningen er tredelt. I utgangspunktet er fastlegeordningen en nasjonal ordning som verken skulle påføre eller påførte kommunene utgifter. Basistilskuddet fra staten var i utgangspunktet tenkt å dekke driftsutgiftene ved å drive en praksis. Økningen som har skjedd i driftskostnader er ikke fulgt opp med tilsvarende økning i basistilskuddet og for mange dekker dette nå ikke kostnadene. Inntektsgrunnlaget er egenandeler fra pasientene og refusjoner fra HELFO etter takster fastsatt i statsavtalen mellom departementet, KS og regionale helseforetak og Legeforeningen.

Behovet for økonomisk innsats fra kommunen har økt som følge av rekrutterings- og stabilitetsutfordringer i stadig større deler av landet. KS har dokumentert at kommunene i 2018 brukte cirka 400 millioner kroner og i 2020 520 millioner kroner i året på å hindre kollaps i fastlegeordningen. Det er allment akseptert at det er en krise i fastlegeordningen nasjonalt. Krisen startet i mindre distriktskommuner, men har spredd seg til større og sentrale områder de siste årene. Spesielt fra 2021 har utfordringene også vært sterkt merkbare i Sarpsborg og det har blitt tydelig at det er nødvendig med lokale tiltak.

I sak 104/21 til Formannskapet «Tiltak for å løse kortsiktige fastlegeutfordringer» ble det redegjort for de utfordringer og problemer som har utviklet seg med rekruttering av fastleger, og behov for tiltak for å løse kortsiktige utfordringer. Det ble også vist til at det er nødvendig å utarbeide en plan som omfatter tiltak for å rekruttere og beholde fastleger i kommunen. Strategien som nå foreligger, er resultatet av arbeidet som er gjort siden da.

Strategien må også ses i sammenheng med Handlingsprogram for legetjenestene 2020 – 2024 som ble vedtatt høsten 2020.

Utfordringsbildet

Generelt

Evaluering av fastlegeordningen i regi av Helsedirektoratet i 2019, gav nyttig informasjon om utfordringsbildet. Evalueringen konkluderer med at fastlegeordningen over tid har hatt ønsket effekt for mange, men ikke for alle. Legedekningen er god, innbyggere som ønsker det har fått en fastlege, og så godt som hele befolkningen deltar i ordningen. Imidlertid er stabiliteten i legekorpset på vei ned og når fastlegenes oppgaver blir for mange, er det pasientgrupper som ikke får den tiden og oppfølgingen de har behov for.

Endringer i rammevilkår har økt belastningen på fastlegene, og situasjonen ble beskrevet som u håndterbar for mange. Man fant en klar indikasjon på at det vil være formålstjenlig å få flere fastleger inn i ordningen, og at fastlegene må avlastes med oppgaver. Dersom det ikke kommer flere leger inn i ordningen, eller oppgaver flyttes fra fastlegenes bord, er sannsynligheten stor for at enda flere allmennleger går ut av yrket, færre kommer inn og at forutsetningene for at fastlegeordningen skal kunne gi ønskede effekter, faller. En studie publisert i 2021 viser viktigheten av kontinuitet i fastlegeordningen. Forskerne har sett på betydningen av å ha en fastlege over tid og hvordan dette påvirker bruk av legevakt, antall sykehusinnleggelse og dødelighet. En god fastlegeordning avlaste resten av helsevesenet, sparer samfunnet for store kostnader og gir pasientene et bedre liv med mindre helsemessige komplikasjoner.

Arbeidsbelastning

Et gjennomgående trekk som blir sett ved kartleggingsundersøkelser er at 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 syke 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.

I tillegg til arbeidsbelastningen på legesenteret, kommer plikten til legevakter. Alle fastleger har plikt til å delta i kommunens legevaktjeneste. Det har blitt en økning i antallet som søker fritak for legevakter eller forsøker å bytte disse vekk pga. den totale arbeidsbelastningen. Dette er igjen utfordrende for legevakt driften. I fjorårets forhandlinger av kommuneavtalen ble partene enige om å be regjeringen legge til rette for at fastlegenes plikt til legevaktarbeid på sikt blir en del av andre allmennlegeoppgaver som kommunen kan pålegge, slik at leger i kommunen sikres en forsvarlig arbeidstidsordning. Legevakt vil da ikke komme på toppen av en full allmennlegestilling. Samtidig må kommunene gis rammevilkår som gjør det mulig å oppfylle sørge-for-ansvaret for øyeblikkelig hjelp til befolkningen i hele landet. Dette skal utredes innenfor avtaleperioden som går frem til 31.12.23.

Arbeidsbelastningen medfører at flere fastleger har redusert listene sine for å redusere arbeidsmengden. Gjennomsnittlig pasientlengde er nå ca. 1000 pr lege mot tidligere ca. 1200. En reduksjon av listen medfører redusert basistilskudd som skal dekke driftsutgiftene,

mens selve driftsutgiftene forblir de samme. Mulighet for reduksjon av listestørrelse forutsetter at andre leger har ledig kapasitet til å ta imot pasientene. Sarpsborg har tradisjonelt hatt en del ledig kapasitet og har i flere år fulgt et bystyrevedtak om å opprette nye hjemler når antall ledige plasser er under 1000. Siden kommunen med økende krise de siste årene har måttet ta hensyn til behovet for å besette hjemler som har stått uten fastlege og da det i tillegg er flere som har ønsket å redusere listene sine, har også Sarpsborg nå utfordringer med å ha ledige plasser til tross for fire 0-hjemler i løpet av 2022/2023.

Stabilitet i legekorpset

Siden 2018 har det vært 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 og rekruttering er en økende utfordring. I tillegg til pasienten rammer dette andre kommunale helsetjenester som hjemmetjenester og NAV, samt spesialisthelsetjenesten.

Rekruttering av fastleger

Selvstendig næringsdrift er hovedmodellen i fastlegeordningen. Legen blir tildelt en hjemmel og inngår fastlegeavtale med kommunen. Legen inngår så drift- og samarbeidsavtale med legene i kontorfellesskapet vedkomne innlemmes i og evt. avtale med fratredende lege hvis det gjelder overtagelse av en nåværende hjemmel. Mange danner AS eller DA og hver lege bidrar til kontorets fellesutgifter. Økonomien i dette er i utgangspunktet kommunen uvedkommen.

Det har imidlertid de siste årene vært en økende trend mot at flere yngre leger ønsker å arbeide i et ordinært ansettelsesforhold i kommunen og stadig flere kommuner har innført fastlønnede fastlegestillinger der kommunen drifter kontoret og legen får fastlønn. Forutsigbarheten med ordinær arbeidstid, sykelønnsordninger, fastlønn og det å slippe ansvar for personal og drift, angis som viktigere for mange enn muligheten til høyere inntekt. Det blir også uttrykt at flere leger kvier seg for risikoen ved å ta opp et lån for etablering, da det er usikkert om man får tilbake innsatsen når man slutter. Flere faste stillinger på bekostning av selvstendig næringsdrift medfører igjen behov for flere leger, da det ikke er mulig å håndtere like store lister når man skal jobbe innenfor normal arbeidstid.

Fastlønnede fastlegestillinger er dyrere for kommunen enn å opprette flere ordinære fastlegehjemler. Statlige rammer som gir alle fastleger faglig utvikling, trygg økonomi og en god balanse mellom arbeid og fritid vil være gunstig for rekrutteringen. Det er flere tiltak i Regjeringens handlingsplan for allmennlegetjenesten som ble lansert våren 2020 som har som målsetting å bedre rekrutteringen. Mange av tiltakene i handlingsplanen er enda ikke gjennomført. Dette har ført til at flere kommuner har innført ulike lokale tiltak for å rekruttere og beholde fastleger. Dette inkluderer økt basistilskudd og goder til selvstendig næringsdrivende som i utgangspunktet følger med det å være fast ansatt.

Et tredje alternativ for fastlegedrift er avtaler etter paragraf 8.2 i Rammeavtalen ASA 4310. Dette innebærer at kommunen stiller med kontor, utstyr og hjelpepersonell og står for driften, mens legen er selvstendig næringsdrivende og betaler for utgiftene kommunen har for driften. I noen kommuner subsidierer kommunen også slike ordninger av

rekrutteringshensyn. Da dekker ikke legen alle kommunens utgifter slik som det er forutsatt i avtaleverket. Det er i dag ikke slike stillinger i kommunen.

I Sarpsborg er prisen gått betydelig ned ved ordinære overtakelser mellom selvstendig næringsdrivende. Flere hjemler har vært utlyst mange ganger og noen av disse har endt med at kommunen har gitt kompensasjon til fratredende lege for å overta listen som ikke har blitt solgt. Over noen år har det gått fra 10-15 til 0-3 søkere pr stilling. I 2021 opplevde man for første gang at hjemler var ubetjente pga. manglende søkere og det ble behov for å sette inn ulike vikarløsninger, inkludert bruk av vikarbyrå. I løpet av høsten 2022 ble det ved hjelp av ulike rekrutteringstiltak rekruttert de legene som manglet og per mars 2023 er alle fastlegehjemler i kommunen besatt, men det er en skjør stabilitet og vi vet at oppsigelser kan medføre nye utfordringer med å sikre innbyggerne fastlege.

Fastlegeordningen har fått et dårlig rykte grunnet de nasjonale og lokale utfordringene. Dette bidrar også til dårligere rekruttering. I tillegg er det en utfordring i at kommunene etter lovverket kun kan ansette leger som er ferdig med LIS1. Det er i dag for få slike stillinger, slik at mange leger kun kan jobbe som vikarer i kommunen og ikke overta fastlegestillinger permanent. Dette er en nasjonal utfordring som må løses nasjonalt. I regjeringens ekspertutvalg sin foreløpige rapport i desember – 22 er det ulike forslag til løsninger for å løse proppen dette medfører i dag. Våren 2020 var det 1275 søkere til 574 LIS1-stillinger med oppstart 1.9.2020. I Statsbudsjettet for 2023 ligger det i tillegg inne en reduksjon av antallet nye LIS1-stillinger med 31– en halvering av styrkingen på 62 som forrige regjering besluttet.

Vikarer

Vikarmarkedet har tidligere vært en rekrutteringsarena. Fastlegene ordnet før stort sett vikar selv, men dette har blitt en økende utfordring og det er nå ofte vanskelig å finne både korttids- og langtidsvikarer. Vikarer er nødvendig både for fullføring av spesialistforløpet der legene må være 6-12 måneder i Helsehus eller sykehus, ved foreldrepermisjoner og ved sykdom. Flere og flere leger ønsker og trenger nå hjelp fra kommunen til å skaffe vikarer. Bruk av vikarbyråer har økt, men også disse har til tider problemer med å levere kvalifiserte vikarer. I tillegg er bruk av vikarbyrå svært kostbart og kvaliteten er varierende. Vikarene fra byrå kan også ofte kun jobbe i kortere perioder, noe som gir mindre kontinuitet og stadig behov for tidskrevende opplæring fra de andre legene på kontoret. Ved bruk av byrå, vil heller ikke vikarbehov kunne være en rekrutteringsarena på samme måte som tidligere.

ALIS-løpet

I ny ordning for utdanning av spesialister i allmennmedisin (ALIS – Allmennlege i spesialisering) har kommunene fra 2019 fått et stort ansvar for organisering og tilrettelegging i motsetning til gammel spesialistordning der legene organiserte dette selv. En velfungerende ALIS-ordning er et godt rekrutteringstiltak, men krever mye av kommunen og av den enkelte ALIS.

Kommunen har ansvar for at alle ALIS har en individuell avtale, utdanningsplan og veileder som er spesialist i allmennmedisin. Kommunen har også ansvar for vurdering og godkjenning av læringsmål. Staten yter tilskudd til hver ALIS kandidat i en 5 års periode. Midlene skal brukes til å dekke utgifter ALIS har i forbindelse med læringsaktiviteter som ALIS må delta på for å oppnå sine læringsmål som kurs, hospitering, individuell veiledning og

gruppeveiledning. Deler av tilskuddet går også til individuell veileder. Det er kommunen som søker om tilskuddsmidler, utbetaler midler til ALIS og rapportere på tilskuddet. ALIS-ordningen krever dermed både administrative og faglige ressurser fra kommunen som det ikke var behov for før 2019.

Det er en forutsetning for ansettelse som lege i kommunen at man følger et spesialistforløp, unntatt for leger som jobbet i kommunal stilling før 2017 og de som har en annen legespesialitet. For fastlegen er det viktig å raskt få på plass utdanningsavtale, individuell plan og veileder. Dette fører til at spesialistutdanningen kommer i gang og de statlige støttemidlene til legene i utdanningsforløpet utløses.

Nasjonale tiltak

Regjeringen Solberg II lanserte i mai 2020 en [handlingsplan for allmennlegetjenesten](#) 2020-2024. Handlingsplanen er en forpliktende opptrappingsplan, som har som mål å ruste opp allmennlegetjenesten for fremtiden ved å sikre rekruttering, styrke kvalitet og legge til rette for en teambasert tjeneste. Handlingsplanen er ment å bidra til å styrke, utvikle og bevare en fastlegeordning som gir pasientene allmennlegetjenester av høy kvalitet. Planen inneholder 17 tiltak. Noen av tiltakene som nevnes er økt basistilskudd som skal gi mer økonomisk trygghet i etableringsfasen og tettere oppfølging og veiledning som skal støtte leger i spesialisering og stimulere til sterkere fagmiljø i allmennlegetjenesten. Sammen med andre tiltak i handlingsplanen er ønsket fra nasjonale myndigheter å sørge for at fastlegeyrket er en trygg og sikker karrierevei som flere nyutdannede leger velger og etablerte leger ønsker å fortsette i. Flere av disse tiltakene er enda ikke realisert.

I kommuneproposisjonen 2022 var det varslet at det skulle avsettes nye midler til fastlegeordningen. Dette ble imidlertid ikke gjort. I Statsbudsjettet for 2023 ble det avsatt 690 mill. kr for 2023 med en helårsvirkning på 920 mill. kr fra 2024. Basistilskuddet, som er det statlige driftstilskuddet til fastlegene, skulle styrkes fra 01.05.23 med 480 mill. kr, med helårsvirkning på 720 mill. kr. Det ble også satt av midler til økt tilskudd til ALIS-avtaler med 200 mill. kr slik at alle som starter spesialisering i allmenntilmedisin kan få tilskudd, og i tillegg avsatt midler til forskning i allmennpraksis.

Fordelingsnøkkelen på basistilskuddet har vært en fast sats på 675 kr per innbygger inntil 1000 innbyggere, og en noe lavere sats på 544 kr per innbygger over 1000 den enkelte lege har på listen. Fastleger som har færre enn 500 innbyggere på listen, har fått et grunntilskudd i inntil to år for å sikre dem et minstebasistilskudd mens de bygger opp listen.

Fordelingsnøkkelen ble i Statsbudsjettet 2023 varslet endret og innretningen på dette skulle bli lagt frem før ikrafttredelse 01.05.23.

14.03.23 la Helseministeren frem hvordan det som kalles pasienttilpasset basistilskudd skal fungere. Det tar utgangspunkt i indikatorene kjønn, alder, aktivitet/bruk av fastlegetjenester i en 12 mnds periode og sentralitet og utdanningsnivå i kommunen. Fastlegene får mer tilskudd for pasienter som er eldre, er kvinner, har brukt fastlegen mye, hvis de har praksis i en usentral kommune og hvis utdanningsnivået i kommune er lavt. Tilskuddet vil dermed variere fra lege til lege, men de aller fleste vil komme godt ut av endringen. Sarpsborglegene vil generelt få mer enn gjennomsnittet i Norge da vi har et lavt utdanningsnivå og høy

sykelighet som tilsier høy aktivitet. Det er sannsynlig at økningen vil være på over 20% for mange av kommunens leger. Fasit for den enkelte lege og for totalen i Sarpsborg vil foreligge ved første basistilskuddsberegning fra HELFO etter ny ordning i starten på mai -23.

Regjeringen Støre har satt ned et nasjonalt ekspertutvalg som skal komme med forslag til tiltak i fastlegeordningen. De la frem en foreløpig rapport 01.12.22. Mulige tiltak som nevnes her er:

- Øke antall LIS1-stillinger betydelig
- Kommunene og helseforetakene bør selv vurdere behovet for LIS1-stillinger knyttet til allmennmedisin
- Endringer i spesialistforskriften – oppmyking av krav og unntak
- Veiledning bør bli en prioritert del av allmennlegenes oppgaver
- Vurdere kompetansekravene slik at kommunene har mulighet til å ansette flere enn i dag

Den foreløpige rapporten sier ingenting om organisering, finansiering eller legevakt, men det varsles at dette vil komme i den endelige rapporten som skal legges frem innen 15.04.23. Tiltakene skal så vurderes for Statsbudsjettet for 2024. Dette tyder på at det ikke kommer ytterligere større tiltak i 2023.

Imidlertid står det i Statsforvalters forventningsbrev til kommunene for 2023 datert 01.03.23 at: «Kommunene må også tilby tilstrekkelig med stillinger for leger i spesialistutdanningens del 1 (LIS1). I 2023 innebærer dette at det kan være behov for at kommunene må være med og bidra til å opprette nye stillinger for LIS1-leger som starter sin kommunetjeneste pr. 1. september 2023. Det er nå omtrent 120 etablerte kommunestillinger for LIS1, men det kan bli behov for flere. Vi vil påpeke at en godt tilrettelagt kommunal LIS1-tjeneste med god veiledning, er et viktig tiltak for rekruttering av leger til kommunenes fastlegetjeneste og øvrige kommunale legeoppgaver.»

Dette kan tyde på at regjeringen tenker å øke antall LIS1-stillinger allerede fra september -23. Kommunen er enig med Statsforvalter at dette vil være en god rekrutteringsmulighet i tillegg til å bidra til å få flere leger tilgjengelige for fastlegetjeneste.

Erfaringer fra andre kommuner

Som tidligere nevnt har flere kommuner sett seg nødt til å innføre lokale ordninger for å klare å ivareta innbyggernes rett til fastlegetjenester. Dette har også skapt en økende forventning hos søkere på fastlegestillinger at det vil være mulig å få enten fastlønnsstillinger eller sterk tilrettelegging eller subsidiering av selvstendig næringsdrift. Felles for kommunene som har innført slike tiltak, er at de stod i en svært vanskelig situasjon med tanke på rekruttering og stabilisering som de ikke klarte å løse på annen måte. KS anslår at kommunene brukte drøye 520 mill. kr på slike tiltak i 2020.

Tromsømodellen

Tromsø var i 2021 en av de første store kommunene som innførte en lokal tiltakspakke. Før det var det først og fremst små og usentrale kommuner som var blitt nødt til å sette i verk

lokale tiltak. Tiltakspakken i Tromsø har fått navnet Tromsømodellen, varer fra 2021-2025 og innebærer:

- 60% økning i basistilskudd opptil 1000 pasienter til alle selvstendig næringsdrivende leger
 - Klausul om å redusere listene til maks 1000 pasienter
 - Det lokale tilskuddet reduseres ettersom nasjonalt tilskudd økes
- Ønske om å rekruttere tolv nye ALIS – disse tolv skulle blant annet få:
 - 0-avtale i to år eller fast kommunal lønn for to år
 - Rekrutteringstilskudd 150.000kr/300.000kr til leger som starter i hhv 0-hjemmel eller kjøper opp hjemmel
 - ALIS-tilskudd
 - Sykelønnsordning inntil 10dg/år med 60% praksiskompensasjon for eget eller barns sykefravær
- Samhandlingskontakt på hvert fastlegekontor i 5% stilling.
 - Forplikter til tettere dialog med kommuneoverlege mv.
 - Skal brukes til samhandlings- og kvalitetsarbeid
 - Skal kunne brukes av alle pasientrettede tjenester i kommunen
- Opprettelse av 1-2 nye legekontorer
- Administrative endringer og styrking internt i kommunen

Evaluering i mai 2022, 11 mnd etter innføring viste at 4/5 leger nå så for seg å være fastleger om 5 år – her var det motsatte tall før innføringen. Mange leger så på fastlegeyrket i Tromsø som en trygg og sikker karrierevei. Det var imidlertid ikke kommet flere leger til byen slik at det fremdeles ikke var mulig å redusere listen for alle som ønsket det.

Samhandlingsstillingene har vært utfordrende mtp hvordan disse skal ledes og brukes. Sykelønnsordningen er ikke brukt så mye, men legene ser på dette som en trygghet.

Per mars 2023 er det fremdeles for få leger, ledige hjemler, større lister enn ønskelig og ingen ledige liteplasser i Tromsø.

Flere kommuner har gjort liknende tiltak som i Tromsø, blant annet Lillehammer, Larvik og kommuner i Trøndelag.

Larvik

Larvik er en av kommunene i Sør-Norge som har gjort liknede tiltak som Tromsø. De fattet vedtak sommeren 2022 da de hadde store utfordringer med å rekruttere leger til ledige stillinger. Larvik sin modell varer i første omgang ut 2023 og innebærer:

- Subsidiering av basistilskudd med 390 kroner pr innbygger opp til 1000 pasienter pr liste (tilsvarer nesten 60 % økning i basistilskudd). Subsidiering av basistilskuddet reduseres i takt med statlig økning.
- Etableringstilskudd ved kjøp av hjemmel på 150 000 kr for 0-hjemmel, og 300 000 kr for en eksisterende hjemmel.
- Det gis praksiskompensasjon til etterutdanning for de spesialistene som er i kommunen med inntil 10 dager i året
- 60% kompensasjon i inntil 10 dager pr år for egen eller barns sykdom.

- Det utredes et kommunalt drevet legekantor fra 2023

Kommuner i Østfold

De fleste kommunene har på samme måte som Sarpsborg hatt behov for å sette inn ulike tiltak for å løse utfordringer de siste årene. Utfordringsbildet er noenlunde likt, men har truffet i ulik grad i ulike kommuner. Dette påvirker også hvilke tiltak som har vært satt inn og enkelte kommuner har hatt behov for å gå lenger enn de fleste andre. Tiltak som er brukt i kommunene inkluderer rekrutteringstilskudd, fastlønnsstillinger, fastlønnsstillinger med overgang til selvstendig næringsdrift, vikarbyrå, fastlønn legevakt, økt antall stillinger og tilbakekjøpsordning. Enkelte kommuner har hatt svært store utgifter til vikarbyrå.

Når det gjelder økt basistilskudd er det kun Indre Østfold og Rakkestad som har innført dette. Rakkestad har økt med 60%. Indre Østfold har økt med 50% for 1000 pasienter på hver liste ut 2023 i første omgang. Det er ikke avgjort hva som skjer med dette etter økningen nasjonalt. I tillegg økte Moss kommune basistilskuddet midlertidig med 10.000 kr i månedene januar-april 2023 i påvente av økt basistilskudd nasjonalt. De andre kommunene i Østfold har ikke økt basistilskuddet.

Fastlegeordningen i Sarpsborg

Fastlegeordningen i Sarpsborg består pr. mars 2023 av 48 selvstendig næringsdrivende fastleger fordelt på 18 legekantorer og 6 kommunalt ansatte fastleger fordelt på to legekantorer.

Det har over flere år blitt gjennomført tiltak for å avlaste fastlegene i Sarpsborg. Vedrørende legevakt er det både innført faste nattevaktstillinger og kommunal beredskap på dagtid er ivaretatt av fastlønnsleger på det kommunale Lilleorget legekantor slik at de næringsdrivende fastlegene slipper dette. Dette har vært svært populære tiltak og gjør at legevaktbelastningen er lav. I forrige 6 måneders periode, fikk fastlegene 7-8 vakter hver. Mange bytter bort vaktene sine og det kommer stadig nye vikarer inn i ordningen.

Det er ansatt faste leger i stillinger som fastlegene før var tilpliktet til i sykehjem, helsehus, helsestasjon- og skolehelsetjeneste og nå sist flyktinghelsetjeneste.

I 2021 og 2022 ble fastlegesituasjonen i Sarpsborg utfordrende da flere stillinger ikke ble besatt. Det ble nødvendig med kortsiktige tiltak for å sikre vikardekning i ledige fastlegehjemler og for å få på plass nye faste leger i hjemlene. Det ble ansatt 8 selvstendige næringsdrivende i 2022. I flere tilfeller var det lange prosesser med gjentagende utlysninger og det var behov for ulike tilpassede løsninger før vi fikk leger på plass. Kommunen benyttet tiltak som rekrutteringstilskudd, kompensasjon for overtagelse av lister som ikke ble solgt og ulike vikarordninger. Det ble også opprettet to nye lister for selvstendig næringsdrivende leger for å øke kapasiteten i ordningen i 2022. I 2023 har det så langt blitt opprettet to nye hjemler i kommunal drift + en overføring fra selvstendig næringsdrift til kommunal drift.

Legene som sluttet oppgav ulike grunner for dette; pensjon, sykdom, overgang til sykehuslege i forbindelse med utdanningspermisjon, annen legestilling enn fastlege, flyttet ut av byen.

I 2022 ble det vedtatt at kommunen skulle opprette et nytt kommunalt fastlegesenter for å tiltrekke flere fastleger som ikke ønsker å være selvstendig næringsdrivende, samt som en avlastning for fastlegene i kommunen. Kontoret hadde planlagt oppstart høsten 2022, men måtte utsette oppstarten da det var viktigere at den nyansatte legen dekket opp som vikar i en fastlegehjemmel i påvente av nytilsatt lege der. Nye Solbyen legesenter åpnet derfor dørene først 02.01.23.

Det er en viktig prioritering for kommunen å sikre drift i nåværende hjemler fremfor å starte nye 0-hjemler der disse interessene kolliderer. Dette både for å bidra til at senterne overlever, at gjenværende leger får nye kollegaer å dele driftsutgiftene med, at legene som slutter får omsatt hjemlene sine, og sikre pasientene videre helsehjelp på nåværende kontor. Dette har medført at kommunen ikke har hatt mulighet til å starte opp så mange nye hjemler som det har vært behov for, men det har vært essensielt å gjøre ting i riktig rekkefølge for å forhindre at ulike prosesser påvirker hverandre negativt.

Kommunen ser at Solbyen legesenter er et svært viktig tiltak som gir fleksibilitet og øker robustheten i fastlegeordningen i kommunen. Kommunen har nå to fastlønnede sentre og dette bidrar til at det finnes stillinger til de som ønsker fast ansettelse uavhengig av tiltak i næringsdrift. Kommunen må i situasjonen med fastlegemangel ha mulighet til å tilby stillinger både til de som ønsker å være selvstendig næringsdrivende og de som ønsker kommunal ansettelse og ha mulighet til å være fleksibel mtp ivaretagelse av ulike pasientgrupper og oppgaver utfra kommunens behov.

P.t. er det 2,6 legeårsverk i drift ved Solbyen. Det er rom for inntil 6 leger og per mars 2023 er det utlysning ute for å rekruttere flere leger. Senteret skal kunne øke kapasiteten i fastlegeordningen, men skal også kunne bidra til å ta imot pasienter når noen vil redusere listene sine.

Så langt i 2023 har Solbyen tatt over pasienter fra 3 fastleger som har meldt behov for raskt å gå ned på listene sine. Solbyen ivaretar også pasienter uten fastlege. Det har i tillegg blitt opprettet 210 ledige listeplasser og Solbyen har fungert som vikar for et legekontor med akutt behov for dette. Videre planlegges det å utvide kapasiteten på Solbyen og avlaste ytterligere for fastleger som ønsker reduksjon av listene sine. Oppgaven som lege i flyktningehelseteamet er tatt over av senteret for å unngå å tilplikte en fastlege til dette.

Hvilken listestørrelse legene på senteret kan forventes å ha er under løpende vurdering. Det ble anslått 1000 pasienter i saken som ble lagt frem om opprettelse av senteret, men dette er ikke realistisk hvis man skal jobbe innenfor normal arbeidstid og i tillegg har oppgaver utover egen liste. Listestørrelsen avhenger av hvilken fleksibilitet kommunen ønsker, den enkelte leges kapasitet, andre oppgaver og sammensetning av listen.

Sannsynligvis kan spesialistene i ordinær drift ha maks rundt 8-900 pasienter og ALIS noe lavere 6-700. Det er viktig at listene økes gradvis under en fortløpende vurdering for å se hvor høyt det er hensiktsmessig å legge listene for å ivareta fleksibiliteten det er behov for. Det er behov for å ha en buffer på senteret for å kunne avlaste andre legesentre, ivareta pasienter uten rett til fastlege og ta imot pasienter i forbindelse med listereduksjoner, så slik situasjonen er i dag, er anslått listestørrelse over for høyt.

Fastlegeordningen har krevd økende administrative ressurser i tråd med fastlegekrisens utfordringer og kommunens oppgaver i ALIS-løpet. Det ble i 2022 opprettet et nytt team i Virksomhet helse for bedre ivareta utfordringene i fastlegeordningen og systematisere arbeidet videre fremover; Team fastlegeordningen.

Det er jobbet systematisk med ALIS-oppfølging siden 2019. Pandemien medførte forsinkelse i arbeidet, men siden 2021 har det blitt utviklet en god struktur og systematikk i arbeidet. Hele utdanningen som allmennlege kan nå også gjennomføres i kommunen siden Helsehuset er godkjent som læringsarena som et alternativ til sykehustjeneste. Det er i tillegg forhandlet med Legeforeningen om økt lønn til veiledere som gjør det enklere å rekruttere veiledere til nye ALIS. KS og departementet mener veilederoppgaven kan tilpiktes, Legeforeningen er uenig i dette, og kommunen ser at tilpikning til oppgaver for allerede pressede fastleger er svært uheldig.

Arbeidet med fastlegestrategien ble startet i 2022 og er forankret i ALU (allmennlegeutvalget) og LSU (lokalt samarbeidsutvalg - den formelle samhandlingsarenaen mellom fastlegene og kommunen). Det ble gjennomført workshop med fastlegene i ALU i mai-22 for innspill til mulige tiltak. Det ble innhentet informasjon fra andre kommuner og det ble utarbeidet et kunnskapsgrunnlag om fastlegeordningen. Denne strategien tar utgangspunkt i utfordringsbilde som ble synliggjort gjennom utredningen og inkluderer nye vurderinger av situasjonen og nye erfaringer som er gjort i Sarpsborg og andre kommuner.

Etter at statsbudsjettet var lagt frem var det fremdeles tydelig at det i tillegg til nasjonale tiltak ville være behov for en lokal plan i løpet av 2023 med tiltak for å rekruttere og beholde fastlegene i kommunen.

Tiltakene som var satt inn lokalt i 2022 medførte en stabilisering i Sarpsborg med alle hjemler besatt, men det har vært få og til tider ingen ledige listeplasser i kommunen. I tillegg har mange fastleger i kommunen en høy arbeidsbelastning. Noe som medfører økt risiko for ønske om å bytte arbeid og behov for å redusere listestørrelse. For å sikre befolkningens behov for legetjenester, er det nødvendig med flere leger i kommunen. I tillegg vil økningen i basistilskudd fra mai 2023 kunne medføre at flere leger enn tidligere ser muligheten for og ønsker å redusere listene sine for å redusere arbeidsbelastningen. I 2022 og så langt i 2023 er det opprettet 5 nye hjemler i kommunen, to privatpraktiserende og tre fast ansatte, men det er behov for ytterligere leger inn i ordningen.

I november 2022 ble det avklart i LSU at kommunen skulle fortsette arbeidet med fastlegestrategien og koble på ALU/LSU ved behov. I februar 2023 ble det utpekt en fastlegerepresentant på ALU som skulle delta i arbeidet med prioritering og drøfting av tiltak, med sikte på å ferdigstille en strategi til behandling før sommeren -23.

Kommunen deltar også i utredning av «Fremtidens legevakt i Østfold» med kommuner i Helsefelleskapet og SØ – vedtatt av Strategisk samarbeidsutvalg. Målet er en bærekraftig legevakttjeneste i Østfold. Det skal vurderes fordeler og ulemper med alternativene; 1 legevakt, 3 legevakter, 5 legevakter som i dag, samarbeid om psykiatrilagevakt, legevaktsentral, nattelegevakt og legevaktbiler.

Det har vært avholdt drøftingsmøte med de største nabokommunene Moss, Indre Østfold, Fredrikstad og Moss med direktører, kommuneoverleger og ledere. Flere av kommunene

utgjør én region, der det én kommune gjør påvirker de andre. Det er ikke hensiktsmessig at kommunene overbyr hverandre. Det er enighet om at kommunene bør samarbeide og finne felles løsninger der det er mulig. Det er avtalt nytt møte når ekspertutvalget har lagt frem sin endelige rapport.

Utredning og forslag til tiltakspakke

Tiltakene som er vurdert har fremkommet i workshop og dialog med fastlegene i kommunen, drøftinger i LSU, tiltak og erfaringer fra andre kommuner og tiltak og erfaringer i egen kommune. Det er vurdert hvilke utfordringer som er størst for kommunen lokalt og hvordan det som gjøres i en kommune påvirker en annen. Det har blitt sett på hvilke tiltak som har kommet nasjonalt underveis i arbeidet og hva som er varslet fremover.

Hovedlinjen i kommunens fastlegestrategi er å følge nasjonale føringer. Finansiering av fastlegeordningen er statens ansvar, men slik situasjonen er i dag, er ikke nasjonale tiltak nok for å stabilisere fastlegeordningen lokalt eller regionalt.

Det bør lokalt prioriteres målrettede tiltak for å fremme rekruttering, herunder bidra til at det kommer søkere når fastleger ønsker å selge sine lister. Videre bør det prioriteres tiltak som reduserer arbeidsbelastningen, og som gir tilfredsstillende løsninger ved sykdom eller annet fravær for legene, noe legene lokalt har gitt tilbakemelding om at er en faktor som fremmer utrygghet.

Det anses at det er behov for både ikke-økonomiske og økonomiske tiltak allerede i 2023.

Kommunedirektøren anbefaler følgende tiltakspakke for 2023:

1. Rekrutteringstilskudd

- **Beskrivelse:**
Tiltaket innebærer at leger som starter opp i hjemler som selvstendig næringsdrivende i privat praksis mottar et tilskudd fra kommunen på 300.000 kr ved oppstart i hjemmel med nåværende pasientliste og 150.000 kr ved oppstart i 0-hjemmel. Det vil være tilbakebetalingsplikt hvis man sier opp innen det har gått tre år. Kommunedirektøren vil utarbeide kriterier for ordningen.
- **Begrunnelse:**
Både Sarpsborg kommune og flere av våre nabokommuner har brukt dette tiltaket de siste årene med god effekt. Tiltaket virker rekrutterende ved at den enkelte leges utgifter til oppstart blir mindre og er en engangsutgift i hvert tilfelle. Hensikten er å bidra til legens utgifter i forbindelse med kjøp av hjemmel eller inntreden i nytt kontorfellesskap, eller som en start for en lege som starter i 0-hjemmel og skal bygge opp sin liste.
- Anslått utgift i 2023: 2,1 mill. kr
- Anslått helårseffekt: 2,1 mill. kr

2. Kommunalt ansatt vikar

- **Beskrivelse:**

Tiltaket innebærer at kommunen ansetter en eller flere leger på fastlønn som kan være vikar for de selvstendig næringsdrivende legene ved behov. Kommunen betaler lønn og driftsutgifter til kontoret. Driftsutgiftene vil dekkes av basistilskudd og evt. mellomlegg. Her er mellomlegget estimert til 15.000kr/mnd basert på tidligere erfaringer og økt basistilskudd fra 01.05.23. Kommunen mottar inntekten fastlegen genererer. Inntekten er basert på erfaringer fra flere ulike vikarer kommunen har benyttet seg av. Legene kan brukes på fastlønnskontorene og i andre kommunale stillinger når de ikke brukes som vikarer. Utgiften er beregnet utfra en lege som benyttes som vikar i fastlegedrift 100%.

- **Begrunnelse:**
Både fastleger og kommunen har store utfordringer med å finne vikarer utenom bruk av vikarbyrå. Bruk av vikarbyrå er en svært dyr løsning, i tillegg til at kvaliteten kan være varierende. Ett års bruk av vikarbyrå kan medføre rundt 3,3 millioner kr i kostnad.
Det er flere fastleger i dag som utsetter/avlyser permisjoner/ferier og gjør det de kan for å unngå å være hjemme ved sykdom eller barns sykdom for å ikke belaste kollegaer og for å sørge for at pasientene blir ivaretatt.
Tiltaket vil det bidra til en trygghet for legene på at det er mulighet for vikar i slike situasjoner hvis de ikke finner egen vikar og sikre innbyggernes rett til fastlege. Ved å ha mulighet til å starte opp som vikar med fastlønn, kan leger som ønsker det teste ut fastlegearbeid med sikker inntekt uten risikoen ved å starte i egen hjemmel, og tiltaket kan dermed også være en rekrutteringsarena.
- Anslått utgift 2023: 0,35 mill. kr pr lege
- Anslått helårseffekt: 0.7 mill. kr pr lege

3. Kompensasjon til kollegaer ved fraværdeknning utover 8 uker kollegial fraværdeknning

- **Beskrivelse:**
Ved kortere fravær eller i påvente av andre løsninger, kan kollegaer kompenseres for ekstrabelastningen ved å ivareta fraværende kollegas listepasienter ved at kollegaer ved kontoret deler et honorar tilsvarende en spesialistlønn etter kommunal lønnsstige.
- **Begrunnelse:**
Mange leger ivaretar i dag kollegaers pasienter utover avtafestet 8 ukers kollegial fraværdeknning. Dette er krevende og en stor belastning på kollegaene hvis det går over tid og er usikkert hvor lenge det varer. Kommunen må i økende grad bidra med vikarløsninger i slike situasjoner. En kompensasjon som beskrevet reduserer ikke belastningen på legene, men gir en anerkjennelse for jobben de gjør for pasientene. Det kan kun brukes i kortere perioder og der legene ser at de har kapasitet til dette. Økonomisk og kvalitativt er dette en bedre løsning enn bruk av vikarbyrå og kan unngå at legene på kontoret må lære opp flere nye leger, noe som også er belastende.
- Anslått utgift 2023: 0,3 mill. kr
- Anslått helårseffekt: 0,4 mill. kr (forutsatt kommunalt ansatt vikarer i tillegg)

4. Kommunal sykkelønn ved egen eller barns sykdom

- **Beskrivelse:**
Selvstendig næringsdrivende fastleger i kommunen får 60% praksiskompensasjon etter allmennlegeforeningens takster i inntil 10 dager pr år ved egen sykdom eller sykdom hos barn.
- **Begrunnelse:**
Ved sykdom taper legene inntekt, mens driftsutgifter til personalet, lokaler mv vedvarer. Terskelen for å være hjemme er høy og medfører en økt belastning.
- Anslått utgift 2023: 0,4 mill. kr
- Anslått helårseffekt: 0,8 mill. kr

5. Praksiskompensasjon ved kurs

- **Beskrivelse:**
Selvstendig næringsdrivende fastleger som er spesialister, får 60% praksiskompensasjon etter allmennlegeforeningens takster i inntil 10 dager pr år for tellende kurs for å beholde spesialiseringen.
- **Begrunnelse:**
ALIS-legene får dekket kursutgifter og praksiskompensasjon gjennom nasjonalt ALIS-tilskudd. Spesialistene har ingen slik ordning. Spesialistene må gjennomføre kurs for å beholde sin spesialitet – dette øker også kvaliteten i tjenesten og inntektsgrunnlaget til fastlegen (takstene er høyere for spesialister). Når kurs må tas i arbeidstid, mister legene inntekt. Kommunen vil med dette kompensere noe av dette tapet.
- Anslått utgift 2023: 0,8 mill. kr
- Anslått helårseffekt: 1,6 mill. kr

6. Praksiskonsulent

- **Beskrivelse:**
Stilling som kommunal praksiskonsulent 20% etter modell fra sykehusets praksiskonsulentordning. En fastlege blir ansatt som praksiskonsulent og jobber med samhandling med kommunen og kommunens tjenester. Stillingen lønnes etter kommunal lønnsstige.
- **Begrunnelse:**
Tiltaket vil bidra til bedre samhandling og forståelse mellom partene, og til at fastlegeperspektivet blir ivaretatt i kommunale beslutninger. God erfaring fra Moss kommune som innførte dette i fjor. Alternativ kunne være samhandlingsstillinger med 5% stilling på hvert kontor, men dette vurderes som langt mer administrativt krevende å få et godt system på. Vurderes at det er mer hensiktsmessig med en person som ivaretar denne rollen og blir god på dette.
- Anslått utgift 2023: 0,15 mill. kr
- Anslått helårseffekt: 0,3 mill. kr

7. Møtegodtgjøring

- **Beskrivelse:**

Fastleger som møter i samarbeidsmøter i regi av kommunen som ikke utløser takster gis samme avlønning som fastlegearbeid i utvalg i Helsefellesskapet. Fastleger skal fakturere arbeidet som praksiskompensasjon iht. avtale for praksiskonsulentordningen, det vil si 89 % av salærsatsen. For 2023 er salærsatsen kr. 1140 per time. Det betyr at fastleger kan fakturere kr. 1015 per time.

- Begrunnelse:
Vil først og fremst gjelde for LSU-møter hvis praksiskonsulentordningen vedtas. Gir en forutsigbarhet for fastlegene som deltar i møter og honorering på samme måte som i Helsefellesskapet. Bidrar til at fastleger kan prioritere å delta på viktige samarbeidsarenaer.
- Anslått utgift 2023: 0,04 mill.kr
- Anslått helårseffekt: 0,04 mill. kr (forutsatt praksiskonsulent i tillegg)

Total utgift 2023 er beregnet til ca. 4,15 millioner. Sarpsborg kommune er i en krevende økonomisk situasjon. Årsbudsjettet for 2023 inneholder omfattende nedskjæringer, og det har vært nødvendig å budsjettere med bruk av fond for å få et budsjett i balanse. Det er svært uheldig at kommunen i denne situasjonen blir påført denne utgiften til en ordning som i utgangspunktet skal være statlig finansiert. Det anses likevel nødvendig å foreslå disse tiltakene for å bidra til rekruttering og stabilitet i fastlegeordningen lokalt.

Det bør også fremover opprettes nye fastlegehjemler utfra behov og etter en helhetsvurdering. Dette bør erstatte tidligere vedtak om at det skal opprettes nye hjemler ved 1000 ledige plasser.

Det fremkommer i fastlegeforskriften og pasient- og brukerrettighetsloven at kommunen har ansvar for å sikre tilstrekkelig antall leger i fastlegeordningen. Det skal være nok leger til at de som ønsker det skal kunne bytte lege og til å få en alternativ vurdering fra en annen lege. Dette krever ledige listeplasser, men det er ikke noen nasjonal norm for antallet. Slik situasjonen er nå er det behov for en bredere vurdering av når en oppretter nye hjemler. Det må vurderes blant annet mulighet til å få omsatt hjemler som er ledige, hvor mange som ønsker å redusere sine lister, mulighet til å få tak i leger og mulighet for lokaler. Det tidligere vedtaket er derfor for statisk med tanke på hvordan situasjonen er nå.

I tillegg anbefales det:

- Utredning av incitamentordning for kommunalt ansatte fastleger som avtalt i lønnsforhandlinger med Legeforeningen. Flere kommuner har slike avtaler der de kommunalt ansatte får en prosentandel av inntekten de genererer. Muntlige erfaringer fra noen av disse er at det kan medføre økt effektivitet og mer riktig bruk av takstsystemet.
- Utredning av opprettelse av 8.2 avtaler. Det vil si at kommunen drifter kontorfellesskap der legene er selvstendig næringsdrivende, men slipper driftsansvaret og kun leier seg inn i kontorfellesskapet. Flere leger har etterspurt dette. Det kan være aktuelt å vurdere både på nåværende kommunale legekantor og på andre legekantor.

- Ny kartlegging av hvor mange som ønsker å gå ned på listene når de har sett effekten av den nasjonale økningen i basistilskudd og se hvor mange nye leger som trengs i kommunen. Det må vurderes muligheter for flere hjemler for selvstendig næringsdrivende på eksisterende og nye legekontorer, og også mulighet for flere kommunalt ansatte.
- Tilrettelegging for en god oppstart for nye leger i kommunen i samarbeid med nåværende leger. Det bør være gode on-boarding ordninger der en kan vurdere fadderordninger, tidlig hospitering på ulike kontorer, tips og råd for gode timebokoppsett, kommunikasjon med pasienter og grensesetting og veiledningssamtaler med erfarne kollegaer. Hvis hospitering også knyttes til læringsmål, kan ALIS-tilskuddet benyttes. Dette er drøftet i LSU og fastlegerepresentantene ser på dette som et viktig grep for at nye kollegaer skal få en god start.
- Det strukturerte ALIS utdanningsløpet og ALIS-tilskuddet må videreføres og videreutvikles.
- Det bør jobbes aktivt med legegruppen for å samarbeide om å skape et positivt omdømme rundt det å være fastlege i Sarpsborg. Her bør kommunikasjonsavdelingen kobles på og det kan f.eks. lages filmer. Det er mange fastleger som synes yrket er det beste som finnes og dette bør vi vise utad.
- Med tanke på rekruttering bør det jobbes med samarbeid med legegruppen for å spre annonser, jobbe aktivt med studenter på legekantorene og LIS1-leger.
- Det bør jobbes aktivt med bedre samhandling med fastlegene og vurdere hvordan kanaler som nettsiden «For fastleger», informasjonsbrev og mailer brukes best mulig og hyppighet av formelle og uformelle møter. Teamleder og kommuneoverlege bør ta ny runde ut til alle kontorene for samhandling og drøftinger.

Andre vurderte tiltak

Følgende tiltak har også blitt drøftet og vurdert i arbeidet. Noen tiltak foreslås til videre utredning hvis det blir mulighet for dette nasjonalt, mens andre tiltak foreløpig ikke gjennomføres. Disse tiltakene kan likevel bli aktuelle på et senere tidspunkt.

Ved mulighet

- Opprette flere LIS1 stillinger
LIS1 tildeles fra Statsforvalter slik det er i dag og kommunen kan ikke opprette flere eller færre stillinger enn det vi blir tildelt. Som tidligere beskrevet er det signaler både fra ekspertgruppens foreløpige rapport og forventningsbrevet fra Statsforvalter til kommunene at det kan bli anledning til/bli forespørsler om å opprette flere LIS1-stillinger. Hvis dette blir tilfelle, kan det være et godt tiltak for rekruttering. I tillegg er det givende for kontorene å ha LIS1 både som avlastning og faglig stimulans. Dette forutsetter at det er ledige kontorer LIS1 kan bruke.
- Vurdere bruk av primærhelseteam
Primærhelseteam har vært prøvd ut flere steder i Norge. Her får hjelpepersonell ta takster utover det som er mulig uten denne ordningen. Dette kan gi leger mulighet til å delegerer flere oppgaver til hjelpepersonellet. For at det skal være avlastende, krever det at hjelpepersonellet kan håndtere oppgavene selvstendig og stort sett ikke krever behov for at legen involveres. Hva som skjer med ordningen videre er

foreløpig usikkert og ordningen er satt på vent til ekspertutvalget kommer med sin rapport. Hvis dette blir en mulighet, bør det vurderes i samråd med fastlegene om det er noe som bør prøves ut i Sarpsborg.

Tiltak som ble vurdert, men som ikke anbefales gjennomført på nåværende tidspunkt

- Økt basistilskudd
Tiltakspakken inneholder ikke forslag om økt basistilskudd. Basistilskuddet er en del av en tredelt finansiering av fastlegeordningen, der helforefusjon og egenandeler etter et sentralt fastsatt takstsystem er inntektskilden til legene. Basistilskuddet er ment å dekke fastlegenes driftsutgifter. Fastlegenes driftsutgifter varierer og tilskuddet slik det er i dag er ikke nok til å dekke utgiftene for alle. Styrking av basistilskuddet er et tiltak legene er opptatte av og hvis det fortsatt skal være intensjonen fra statlig hold at det skal dekke driftsutgiftene, må basistilskuddet styrkes nasjonalt.

Enkelte kommuner har styrket basistilskuddet til legene utover nasjonal finansiering de siste årene. Felles for flere av kommunene som har innført økt basistilskudd har vært akutt mangel på leger og store utfordringer med å fylle ledige stillinger. Som tidligere beskrevet har de fleste kommuner i vårt område ikke økt basistilskuddet, fra mai gjelder det kun Indre Østfold og Rakkestad.

Økt basistilskudd er et svært krevende tiltak økonomisk og en 60% økning på basistilskuddet med satsen pr pasient for de første 1000 pasientene før den nasjonale økningen, vil bety en belastning på kommunens budsjett med 18,9 mill. kr. Erfaringer viser at økt basistilskudd øker rekruttering, men det er usikkerhet om det har effekt på det som sees på som ser på som hovedmålet med tiltaket, å redusere arbeidsbelastningen på fastlegene, da kommuner som har innført dette ikke i vesentlig grad rapporterer at legene går ned på listestørrelse.

Når basistilskuddet nå øker nasjonalt fra 01.05.23 og fordelingsnøkkelen endres vil de fleste fastlegene i Sarpsborg utfra kommunes demografi og utdanningsnivå, sannsynligvis få en økning utover gjennomsnittet for Norge. Hvordan dette slår ut for den enkelte lege vil variere, men det er sannsynlig at økningen vil være på over 20% for mange av legene i Sarpsborg, og for flere også godt over dette.

Med utgangspunkt i utbetalt basistilskudd på 675kr pr pasient som før den nasjonale økningen slår inn, ville helårseffekten ved en kommunal økning for de første 1000 pasienter bli følgende:

- 20% økning: 6,3 mill. kr
 - 40% økning: 12,6 mill. kr
 - 60% økning: 18,9 mill. kr
- En kommunal økning av basistilskuddet er det ikke rom til i kommunens økonomiske situasjon. En slik lokal økning av basistilskuddet vil også i større grad enn andre tiltak bryte med prinsippet om at det er staten som skal finansiere fastlegeordningen, og kan skape en uheldig konkurransesituasjon mellom kommunene. Dette vil også drøftes nærmere med nabokommuner i planlagte møter fremover.

- Redusere legevaktbelastning
Det er allerede gjort en rekke tiltak for å redusere legevaktbelastningen for fastlegene i Sarpsborg. Ved å ha faste nattevaktleger, samt kommunal ivaretagelse av beredskapen på legevakt på dagtid, er legevaktbelastningen i kommunen kraftig redusert. Snitt på siste vaktliste var 7-8 vakter pr. lege fordelt på 6 mnd. LSU er enig i at vaktbelastningen er begrenset. Imidlertid ser vi likevel en økende bruk av beordring på starten av 2023. Utredning av «Fremtidens legevakt i Østfold» og et nylig startet samarbeid mellom Fredrikstad, Halden og Sarpsborg for å se på likheter og ulikheter mellom legevaktene bør ferdigstilles før det vurderes andre endringer i organiseringen av vakter.
- Utrede tilgjengelige barnehageplasser
Sarpsborg kommune har full barnehagedekning, men det kan være utfordrende å få plass for barn som er født tidlig på året før august året etter. Det er i Sarpsborg ikke satt av barnehageplasser som kan brukes av f.eks. fastleger i slike situasjoner. Dette kan medføre behov for permisjoner utover foreldrepermisjon for å ivareta barnet. Dette gjelder for alle yrkesgrupper, men i dagens kontekst der det er utfordrende å få tak i vikarer for fastleger, kan dette i noen tilfeller medføre en spesielt stor utfordring og evt. kostnad til vikarbyrå for kommunen der legen ikke har annet alternativ til barnepass. LSU oppfatter dette likevel ikke som et stort problem. Det er også et spørsmål om hvilke grupper dette i så fall skal gjelde for. Det er flere arbeidstakere det er mangel på i kommunen i dag og oppveksttjenester får også forespørsel om dette fra private aktører. Det kan bli vanskelig å prioritere hvem som skal få slike plasser og det har også en økonomisk konsekvens. Det vurderes at det heller bør satses på tiltak for å øke muligheten for vikardekning enn å starte en utredning av dette utfra dette grunnlaget nå.
- Flere polikliniske tjenester
Det har kommet innspill på om dette kan lette noe av arbeidsbyrden til fastlegene. I Sarpsborg i dag er det demensteam og diabetespoliklinikk. Disse er i aktivt bruk og får positive tilbakemeldinger fra fastlegegruppen. Forslag som har kommet opp i løpet av utredningen er sårbehandling, oppfølging av KOLS, råd til livsstilsendringer. Det er kun få år siden det ble utredet mulige sårpoliklinikk i Sarpsborg – det ble da funnet at pasientgrunnlaget var for lite for effektiv drift. Når det gjelder oppfølging av KOLS er digital hjemmeoppfølging et bedre alternativ. Dette jobbes det aktivt med i kommunen. Frisklivssentralen ble avviklet for noen år siden og slik den økonomiske situasjonen i kommunen er og utfra beregnet nytteeffekt, er det ikke aktuelt å vurdere dette igjen på nåværende tidspunkt.
- Fastlegekontor med blandet drift
Erfaringer fra ulike kommuner er blandet, flere fraråder dette og det kan være krevende administrativt. Fredrikstad startet noen slike praksiser i fjor, så det vurderes at det innhentes informasjon fra erfaringene de gjør seg over litt tid før det vurderes om Sarpsborg skal utrede dette tiltaket videre.
- Pensjonsordning

Legenes egen pensjonsordning SOP ble avvirket brått for alle som ble autorisert etter 1993. Dette medførte spesielt utfordring for de legene som hadde blitt oppfordret til å ikke spare pensjon på egen hånd fordi SOP ville ivareta behovet. I dag kan legene tegne pensjonsordning via Legeforeningens sentrale avtale med privat aktør. Tillitsvalgte opplyser at utfordringene med pensjon og SOP er noe det jobbes med sentralt i Legeforeningen. Sarpsborg kommune bruker KLP. Kommunen kan ikke velge hvem de innlemmer i denne – det gjelder først og fremst fast ansatte. Tiltaket prioriteres ikke for videre utredning på nåværende tidspunkt.

- Tilrettelegge for flere fastlønnsstillinger
Det skal ansettes flere fast ansatte leger på Solbyen for å fylle opp kontoret. Flere fastlønnsansatte utover dette vil kreve ytterligere kommunale legekontorer eller kommunalt ansatte inn på privat kontorer (se eget tiltak). Sarpsborg ønsker i utgangspunktet at de fleste av fastlegene er selvstendig næringsdrivende. Kommunen ser imidlertid at stadig flere søkere ønsker faste stillinger så det kan ikke utelukkes at det blir et økende behov fremover, men det er ønskelig å i utgangspunktet forsøke å rekruttere til privat drift og evt. 8-2-avtaler.
- Gjenkjøpsgaranti
Dette tiltaket betyr at kommunen i en rekrutteringssituasjon stiller garanti for å kjøpe hjemmelen hvis en fastlege ønsker å slutte. Dette er grundig juridisk vurdert av kommuneadvokat og KS-advokat. Tiltaket strider mot kommuneloven §§14-19 og er derfor ikke aktuelt for kommunen.
- Innløsning av hjemler som ikke blir solgt
Kommunen har i noen tilfeller gitt kompensasjon til leger som ikke har fått omsatt sin praksis eller for å overføre praksisen til kommunal drift. Kommunedirektøren ønsker å ha fokus på tiltak for å rekruttere fremfor å legge dette som et fast tiltak.
- Samhandlingsstillinger
Tromsø har slike stillinger i sin modell. De gir da lønn og praksiskompensasjon til en 5% stilling ved hvert legekantor. Stillingene skal kunne brukes av alle pasientrettede tjenester og er tenkt brukt til kvalitets- og samhandlingsarbeid. Det var planlagt felles kvalitetsmøter, men stillingene har ikke fungert etter intensjonen så langt i Tromsø. De har erfaring med at det har vært vanskelig å administrere. Det anbefales heller å satse på en stilling som praksiskonsulent etter modell fra Moss da det vurderes som en mer håndterbar løsning enn å spre samhandlingsstillingene ut på hvert kontor.
- Forskudd ved kjøp av hjemmel
Tromsø har dette i sin modell. Kommunen kan bidra ifm. kjøp av praksis ved næring, for å bidra til å sikre økonomisk trygghet hos ALIS. Kommunen kan forskuttere inntil 50% av avtalt kjøpesum, etter at etableringstilskuddet er trukket fra. Forskuddssummen tilbakebetales i form av fratrukk fra basistilskudd etter oppstart i næringsavtale, med minimum 2% av totalsummen pr. måned i 4 år og 2 måneder. Høyere månedlig innbetaling og kortere løpetid kan avtales individuelt. Ved eventuelt salg av praksis i nedbetalingstiden forplikter ALIS seg til å selge sin hjemmel for samme sum som egeninvesteringssummen (ved eventuelt salg av praksis), og den

kommunale avtalen om tilbakebetaling overføres til kjøper, som kan velge å inngå samme avtale, eller kjøpe kommunen ut. Intensjonen er at ALIS skal få betalt ut sitt eget lån ifm. salg, men ikke tjene på avtalen med kommunen hvis verdien har økt i perioden. Vurderes som en administrativ komplisert løsning. Sarpsborg kommune ønsker heller å tilby rekrutteringstilskudd og tenker det vil ha den ønskede effekten.

Økonomiske konsekvenser for valgt tiltakspakke

Utgifter

<i>Tiltak</i>	<i>Utgift 2023</i>	<i>Helårseffekt</i>
1. Rekrutteringstilskudd	2,1 mill.	2,1 mill. – kan bli mindre hvis andre tiltak lykkes med å stabilisere ordningen.
2. Kommunalt ansatte vikarer	0,35 mill.	0,7 mill.
3. Kompensasjon ved fraværdekning utover kollegial fraværdekning	0,3 mill.	0,4 mill. (forutsetter kommunalt ansatte vikarer i tillegg)
4. Kommunal sykefraværordning	0,4 mill.	0,8 mill.
5. Praksiskompensasjon ved kurs for spesialister	0,8 mill.	1,6 mill.
6. Praksiskonsulent	0,15 mill.	0,3 mill.
7. Møtekompensasjon	0,04 mill.	0,04 mill.
Totalt	4,14 mill.	5,94 mill.

Kommentarer til utgift

1. Rekrutteringstilskudd
 - a. 5 stk. tilskudd à 300.000kr (4 leger har sagt opp p.t.)
 - b. 4 stk. tilskudd à 150.000kr
2. Kommunalt ansatt vikar
 - a. Utgifter:
 - i. Helårseffekt ved lønn på 960.000kr + sosiale utgifter + vikar for 5 uker ferie: 1,4 mill.kr.
 - ii. Dekning av gjennomsnittlige driftsutgifter utover det basistilskuddet dekker: 15.000 kr/mnd: 0,2 mill.kr.
 - b. Inntekt estimert 75.000 kr/mnd; 900.000 kr/år
3. Kompensasjon ved fraværdekning utover kollegial fraværdekning
 - a. Beregnet med sats 1.055.000kr ved 100% stilling. Vanskelig å beregne, da utgiften vil variere fra situasjon til situasjon. Vikarutfordringer generelt gjør at vi forventer økt bruk fremover vs. tidligere. Forventet 0,3 mill.kr i 2023. 0,4 mill.kr i 2024 ved også bruk av kommunalt ansatte vikarer.
4. Kommunal sykefraværordning
 - a. Tatt utgangspunkt i 5 dager for 50% av legene.
5. Praksiskompensasjon ved kurs for spesialister
 - a. 60 % praksiskompensjon. Beregnet 5 dager for hver av de 25 spesialistene i 2023.

6. Praksiskonsulent
 - a. 20% stilling. Beregnet lønn: 1.010.000kr/år.
7. Møtekompensasjon
 - a. Fastleger som møter i samarbeidsmøter som ikke utløser takster gis samme avlønning som fastlegearbeid i utvalg i Helsefellesskapet.
 - b. Fastleger skal fakturere arbeidet som praksiskompensasjon iht. avtale for praksiskonsulentordningen - det vil si 89 % av salærsatsen.
 - c. For 2023 er timesatsen i salærsatsen kr. 1140. Det betyr at fastleger kan fakturerer kr. 1015 per time.

Konklusjon

Utfordringene i fastlegeordningen har spredd seg fra mindre og usentrale kommuner til sentrale og større kommuner de siste årene. Dette inkluderer Sarpsborg. Det er behov for nasjonale tiltak, men også tiltak lokalt frem til de nasjonale tiltakene er tilstrekkelig for stabilisering og rekruttering. Det har vært nødvendig med tiltak lokalt de siste årene. Etter stabilisering av konkrete utfordringer i 2022, har det blitt jobbet lokalt med en fastlegestrategi i samarbeid med ALU og LSU. I påvente av nasjonale tiltak i Statsbudsjettet for 2024, legges det våren 2023 frem for politisk behandling anbefalt tiltakspakke ut 2023 som beskrevet i dette dokumentet.

Fastlegestrategien med tiltaksliste vil revideres etter at Statsbudsjettet 2024 foreligger. I forkant av dette vil effekten av de tiltakene som besluttes samt tidligere lokale tiltak, herunder kommunale fastlegekontor, evalueres, og behovet for videreføring eller nye lokale tiltak vil vurderes. Det vil også videreføres et påstartet samarbeid med nabokommunene for å tilstrebe likhet der det er mulig.