



TRONDHEIM KOMMUNE
Tråanten tjjelte

Tiltaksplan for legetjenesten 2024-2028



Innhold

Kapittel 1 Legetjenesten - En viktig del av det store bildet.....	5
1.1 Innledning.....	5
1.2 Sammendrag	5
1.3 Om tiltaksplanen og planarbeidet.....	7
Kapittel 2 - Generelle utfordringer og tiltak.....	8
2.1 Statlige og lokale satsinger på allmennlegetjenesten	9
2.2 Satsingenes betydning for Trondheim.....	10
Kapittel 3 - Legetjenester i Trondheim kommune, status og utfordringer	11
3.1 Organisering av legetjenestene i Trondheim.....	11
3.2 Fastleger	12
3.2.1 Rekruttering.....	12
3.2.2 Andre allmennlegeoppgaver for fastleger	13
3.2.3 Samarbeid med NTNU om utdanning, fagutvikling og forskning.....	14
3.2.4 Spesialisering og kompetanseheving	14
3.2.5 Kvalitetsarbeid	14
3.2.6 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten	14
3.2.7 Samarbeid med Studentsamskipnaden om helsetjenester til studenter	15
3.2.8 Oppgavedeling	16
3.2.9 Nye arbeidsformer med digitale verktøy	16
3.2.10 Økonomi og ledelse.....	17
3.3 Legevakt.....	17
3.3.1 Organisering og finansiering/avlønning.....	17
3.3.4 Rekruttering og stabilitet.....	18
3.3.5 Samhandling med andre aktører	19
3.3.6 Journalsystem	19
3.3.7 Kompetanse.....	19
3.3.8 Kvalitet og utvikling av tjenesten	19
3.3.9 Nye digitale løsninger og teknologi.....	19
3.4 Legetjenester i sykehjem og helsehus.....	20
3.4.1 Organisering	20
3.4.2 Rekruttering og stabilitet	20
3.4.3 Økende arbeidspress.....	21
3.4.4 Kompetanse.....	21
3.4.5 Samarbeid med sykehuset	22

3.5 Legetjenester i barne- og familietjenesten	22
3.5.1 Organisering	22
3.5.2 Rekruttering, kompetanse og stabilitet	22
3.6 Fengselshelsetjenesten.....	23
3.7 Flyktninghelsetjenesten.....	23
3.8 Helse- og overdoseteamet	24
3.9 Samfunnsmedisin.....	24
Kapittel 4 - Satsingsområder, vurderinger og tiltak	25
4.1 Fire satsingsområder.....	25
4.2 Vurderinger og tiltak innenfor satsingsområdene.....	25
4.2.1 Rekruttere og beholde	25
4.2.2 Organisering og samhandling.....	30
4.2.2.1 Styrket oppfølging av kommunalt ansatte leger	30
4.2.3 Kompetanse og kvalitet	31
4.2.4 Innovasjon og utvikling.....	33
4.3 Økonomiske og administrative konsekvenser av tiltakene	34
4.4 Samlet oversikt over alle tiltak etter satsingsområde og anslått kostnad.....	34
5.0 Vedlegg til tiltaksplan for legetjenesten 2024 - 2028	37

Kapittel 1 Legetjenesten - En viktig del av det store bildet

1.1 Innledning

Tiltaksplan for legetjenesten 2024–2028 gjennomgår status og beskriver tiltak for alle legetjenester i Trondheim kommune. Av alle kommunale tilbud, er legetjenesten en av de få som innbyggerne trenger hele livet. Sammenlignet med antall årsverk i andre helsetjenester, utgjør ikke legene så mange, men vi klarer oss ikke uten dem.

Planen har mange tiltak, og noen er viktigere enn andre. Det aller viktigste i oppstarten av planperioden er å sikre rekruttering og beholde de legene kommunen har. Deretter blir det viktig å organisere legetjenesten slik at den samhandler godt med andre tjenester og fagfolk. I tillegg skal planen bidra til god kvalitet og høy kompetanse, samtidig som vi videreutvikler tjenestene for fremtidige behov.

Det overordnede målet med tiltaksplanen er at:

Trondheim kommune har en tilgjengelig legetjeneste som bidrar til at innbyggerne får nødvendige helse- og omsorgstjenester gjennom hele livet.

For å nå dette målet skal tiltaksplanen for legetjenesten føre til

- at alle som ønsker det får en fastlege
- at kommunale helsetjenester har tilstrekkelig legebemanning
- at vi har god helsefaglig beredskap
- at leger i Trondheim oppleves som gode samarbeidspartnere både internt i kommunen og utad med andre
- at legene har gode arbeidsvilkår
- et godt grunnlag for politiske og administrative beslutninger som har betydning for legetjenestene

Denne planen erstatter [Temaplan for legetjenester i Trondheim kommune 2019-2023](#). Ikke alle mål og tiltak har latt seg gjennomføre i forrige planperiode, men noe blir videreført i denne planen. Det gjelder følgende:

- Det er til enhver tid ledig plass på fastlegelister i alle bydeler
- Trondheim kommune bidrar til opprettelse av nye legesentre
- Trondheim kommune har stabil legetjeneste i store kommunale allmennlegestillinger

1.2 Sammendrag

Fastlegesituasjonen i Trondheim er fortsatt utfordrende, selv om det synes å være en positiv utvikling. Høyere nasjonale basistilskudd har gitt en tryggere økonomi, og en statlig tilskuddsordning for leger i spesialisering i allmennmedisin har bidratt til bedre rekruttering. Reduksjon av listelengde og midlertidig fritak for andre allmennlegeoppgaver i kommunen har

redusert arbeidsbelastningen for mange fastleger.

Siden 2021 har det over lengre perioder ikke vært ledig listekapasitet ved fastlegekontorene, og mange innbyggere får ikke byttet til fastlege i Trondheim. Det rekrutteres leger til nyopprettede og ledige avtaler, men ikke i tilstrekkelig omfang til å kompensere for reduksjonen av listelengden og økning i antall innbyggere. Det er fortsatt problemer med å rekruttere til enkelte ledige fastlegeavtaler, spesielt sør i byen. Det har de siste par årene også vært svært vanskelig å skaffe tilstrekkelig antall vikarer ved legesentrene, men dette har bedret seg, og fra januar 2024 har vikarsituasjonen vært god.

Legevakta har utfordringer knyttet til økt pasienttilstrømning, logistikk og effektivitet på stasjonær legevakt, nytt journalsystem, fagutvikling for næringsdrivende leger, rekruttering og stabilitet av fast ansatte og tilstrekkelig stor og robust gruppe fastleger som deltar i vaktturnus.

I kommunale allmennlegestillinger som sykehjem, helsestasjon og skolehelsetjeneste har legebemanningen vært lite stabil. Tidligere ble slike legeoppgaver dekket av fastleger i 10-20 prosent deltidstillinger, men etter at fastlegene har fått mulighet for midlertidig fritak for dette, rekrutteres det stort sett egne fastlønnede leger inn i slike stillinger. Det er i hovedsak nyutdannede leger som søker på disse stillingene. Legene må inn i et spesialiseringsløp med kurs og strukturert veiledning i henhold til Forskrift om spesialistutdanning fra 2019. Etter to til tre år må de over i vanlig fastlegepraksis for å oppnå obligatorisk spesialitet i allmennmedisin. Dette gir vedvarende utfordringer knyttet til ønsket stabilitet.

Ved helsehusene rekrutteres det i større grad leger med relevant spesialitet, og kompetansen og stabiliteten er bedre. Helsehusene tar i hovedsak imot pasienter fra sykehuset som trenger ytterligere observasjon, behandling og opptrening før hjemreise. Ansatte ved helsehusene melder om at pasientene i økende grad har store og komplekse utfordringer ved overføring slik at arbeidspresset er økende.

For å nå det overordnede målet om en tilgjengelig legetjeneste som bidrar til at innbyggerne får nødvendige helse- og omsorgstjenester gjennom hele livsløpet, beskriver planen en rekke tiltak. De er fordelt på følgende fire satsingsområder: rekruttere og beholde, organisering og samhandling, kompetanse og kvalitet samt innovasjon og utvikling. Grunnlaget for tiltakene i planen bygger på en omfattende gjennomgang av status og utfordringer innen alle legetjenester i kommunen.

Samfunnsmedisinernes rolle og organisering blir i liten grad drøftet i denne tiltaksplanen, men vil utredes nærmere i et eget arbeid.

Planen anslår økonomiske og administrative kostnader ved å innføre tiltakene så langt det lar seg gjøre uten ytterligere utredninger. Innføringen av tiltak som krever økte midler må konkretiseres og fremmes for prioritering ved behandling av handlings- og økonomiplan og årlige budsjetter.

1.3 Om tiltaksplanen og planarbeidet

Kommunal planstrategi for Trondheim kommune 2020-2023 beskriver prioritering av kommunens planarbeid i bystyreperioden. En av planene er en temaplan med tittel God helse for alle, og til denne knyttes det ulike tematiske handlingsdeler som konkretiserer kommunens tiltak for å nå underliggende delmål i kommuneplanens samfunnsdel, Trondheimsløftet. Delmål 2.1 i Trondheimsløftet er at kommunen skal tilby forsvarlige og gode tjenester til innbyggerne. Tiltaksplan for legetjenesten er en av handlingsdelene som følger av temaplanen God helse for alle er under utarbeidelse våren 2024.

Tiltaksplanen vurderer alle deler av legetjenesten i kommunen og er utarbeidet på grunnlag av diskusjoner og innspill fra en rekke arbeidsgrupper der fastleger og kommunalt ansatte leger har deltatt. I tillegg er det gjennomført møter både med leger som er tilknyttet team innenfor andre fagområder i kommunen og andre samarbeidspartnere som hjemmebaserte tjenester, enhetsledere ved sykehjem, NTNU, St Olavs hospital og Fagråd for legesamarbeid i helsefellesskapet. Sintef har på oppdrag fra Trondheim kommune foretatt en utredning om avlønningsformer i legevakt.

Det er i samarbeid med legenes tillitsvalgte gjennomført to spørreundersøkelser til fastlegene, se vedlegg 4. Det ene spørreskjemaet gikk til hver enkelt fastlege og ble besvart av 67 prosent av legene. Besvarelsen er vurdert å være representativ for fastlegene ut fra bydel, arbeidserfaring og listestørrelse. Det andre spørreskjemaet gikk til lederen for hvert enkelt legesenter og ble besvart av 87 prosent av legesentrene.

Kapittel 2 - Generelle utfordringer og tiltak

Vi står overfor en samfunnsutvikling som vil få stor betydning for helsetjenestene i årene som kommer. Andelen eldre øker, og det blir færre yrkesaktive. Sosiale ulikheter i helse øker, og flere faller utenfor samfunnet ved at de faller ut fra skole og utdanning, ikke er i arbeid eller har noe meningsfylt samvær med andre mennesker. Dette er utfordringer som krever et bredt og tverrfaglig samarbeid der også legene er en viktig samarbeidspartner.

En velfungerende allmennlegetjeneste i kommunen er viktig av flere grunner. Legetjenesten er en universell ordning som alle innbyggere kan benytte seg av. Den er viktig for helseberedskapen og for forebyggende helsetiltak. I tillegg til å yte helsehjelp, er legetjenesten også viktig for å hindre unødvendige undersøkelser og overbehandling både i kommunen og i sykehus. Den samfunnsmedisinske tjenesten har en viktig oppgave i å ha oversikt over og vurdere helsetilstanden i befolkningen, gi innspill på helsefremmende og forebyggende faktorer som har betydning for samfunnsutviklingen og generelt være en medisinskfaglig rådgiver for kommunen.

De medisinske mulighetene blir flere, og det er økte krav og forventninger om tilgjengelige legetjenester, utredning og behandling. Spesialisthelsetjenesten har over tid blitt mer spesialisert. Sykehuset har også en lokalsykehusfunksjon som krever breddekompetanse i møte med multisyke pasienter med komplekse tilstander. Denne kompetansen har ikke økt tilsvarende behovet. I stedet har kommunens ansvar for medisinsk oppfølging og rehabilitering av pasienter økt vesentlig, særlig av eldre, multisyke pasienter. I kommunene bor flere hjemme samtidig som de får til dels avansert medisinsk behandling og oppfølging. Konsekvenser som økt behov for kompetanse og andre ressurser i kommunene har ikke i tilstrekkelig grad blitt kompensert. Det blir stadig viktigere å ha god samhandling både mellom kommuner og sykehus og mellom ulike aktører i kommunene for å bidra til en mest mulig hensiktsmessig oppgavefordeling, slik at ressursene blir brukt der effekten er størst for både pasienter og tjenester.

Samtidig med økende behov for tjenester, vil tilgangen på helsepersonell være begrenset, og det vil kunne bli vanskeligere å rekruttere og beholde nødvendig kompetanse. Det innebærer at kommunene må gjøre strammere prioriteringer enn før, og tiltak må være grundig vurdert og utredet før de innføres.

Hvis tilgangen på legetjenester i kommunen ikke følger behovene fremover, forsterkes utfordringene i resten av helse- og omsorgstjenesten. Allmennlegetjenesten er en grunnpilar i helsetjenesten. En robust allmennlegetjeneste kan bidra til redusert press på mer ressurskrevende tiltak i sykehjem og sykehus. Det er derfor vesentlig å sikre tilstrekkelig antall fastleger og øvrige leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Samtidig må man ha et kritisk blikk på hvilke type oppgaver legene skal forventes å håndtere og stadig vurdere hvordan samarbeid med andre kan løse oppgavene mer effektivt.

Legetjenesten i kommunene er grundig regulert i lover, forskrifter, avtaler og normerende

dokumenter. De mest sentrale er listet opp med lenker i et vedlegg 6 til tiltaksplanen.

2.1 Statlige og lokale satsinger på allmennlegetjenesten

Våren 2020 la daværende regjering fram en opptrappingsplan for allmennlegetjenesten, [Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024](#). Det er blant annet bevilget midler til endret og styrket basisfinansiering, økt antall avtaler for allmennleger i spesialisering (ALIS) og økt veiledning, innføring av introduksjonsavtaler, etablering av lederutdanning for allmennleger, utprøving av teambaserte tjenester der andre yrkesgrupper knyttes til en legepraksis og modernisering av arbeidsmetoder ved bruk av elektroniske arbeidsverktøy.

Handlingsplanen blir fulgt opp med kvartalsrapporter for å følge utvikling og effekt. [Statusrapport høsten 23](#) viser at det har vært en klart større vekst i antall fastleger i fastlegeordningen i 2023 enn de forutgående årene. Gjennomsnittlig listelengde på landsbasis har gått gradvis nedover over tid og ligger på rundt 1000 ved inngangen til 2024. Til tross for veksten i antall leger, var status per oktober 2023, at det fortsatt var 220 000 innbyggere uten fastlege. I fremtiden vil personell i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste måtte håndtere flere pasienter og brukere. Det vil derfor være viktig å legge til rette for å redusere fastlegenes arbeidsbelastning ved andre tiltak enn reduksjon i listelengde.

Etter at nevnte handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 ble lagt frem, har det kommet flere utredninger og stortingsmeldinger som beskriver utfordringene og foreslår tiltak som kan påvirke legetjenestene. I tillegg gir helsemyndigheter ut nasjonale retningslinjer og veiledere med betydning for det faglige innholdet i legetjenesten og for kommunenes utvikling av legetjenesten. Andre kommuner har også utarbeidet planer og strategier for legetjenesten som er nærmere beskrevet i vedlegg 7.

Utfordringene i legetjenesten har vært politisk behandlet en rekke ganger, se vedlegg 3. De lokale tiltakene som har vært innført og fortsatt er gjeldende, er å gi fastlegene mulighet for listereduksjon dersom det er kapasitet i ordningen og gi midlertidig fritak fra andre allmennlegeoppgaver i kommunen. Utover dette har Trondheim kommune per 1.1.24 ikke egne økonomiske stimuleringsmidler til rekruttering og stabilisering av fastleger slik en del andre kommuner har.

Regjeringen la 1.mars 2024 frem Meld. St. 9 (2023–2024) Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 - Vår felles helsetjeneste. Her varsles endringer i både regulering og finansiering av allmennlegetjenesten. Regjeringen ønsker å utvikle tverrfaglige fastlegekontor med tydelig ledelse. Sentrale endringer som vurderes for å oppnå dette, er økt mulighet for delegasjon, profesjonsnøytrale takster, endringer i forholdet mellom basistilskudd og takster, regulering av fastlegevirksomheter og av praksisoverdragelser og reduksjon av fastlegenes oppgaver. Regjeringen vil også sende på høring forslag om endrede kompetansekrav for leger i kommunale helse- og omsorgstjenester og endringer i spesialistutdanningen i allmennmedisin og mulighet for kommuner og helseforetak til å opprette LIS1-stillinger.

2.2 Satsingenes betydning for Trondheim

Tiltakene i den statlige handlingsplanen har sammen med lokale tiltak medført positive endringer for fastlegene i Trondheim. Økt basistilskudd har gitt en tryggere økonomi og mange har derfor redusert listelengden. Noen leger har tatt eller er i ferd med å ta lederutdanning som er spesialtilpasset fastlegepraksiser.

De organisatoriske og økonomiske betingelsene som følger med ALIS-avtalene, er svært viktige for rekruttering til fastlegepraksis. Krav om spesialisering er viktig for å bygge nødvendig kompetanse, men samtidig medfører obligatoriske kurs og veiledning i forbindelse med spesialisering at det blir en del fravær og mindre tid tilgjengelig for klinisk arbeid. Dette er særlig utfordrende for andre allmennlegetjenester, for eksempel i sykehjem og helsestasjon der legen arbeider kun én dag i uken på den enkelte arbeidsplass.

Introduksjonsavtaler slik de ble skissert i handlingsplanen, ble ikke innført i Trondheim da de økonomiske vilkårene for legene var bedre i ALIS-avtalene. Tverrfaglige primærhelseteam har heller ikke vært prøvd ut i Trondheim. Utprøvingen ble avsluttet i 2023 og det foreligger en [sluttevaluering](#) fra 2024.

Kapittel 3 - Legetjenester i Trondheim kommune, status og utfordringer

Statsforvalteren i Trøndelag lager jevnlig kommunebilder, som grunnlag for en dialog med de enkelte kommunene i fylket. Kommunebildene gjengir deres bilde og inntrykk av kommunen som helhet og av enkelttjenester og forvaltningsområder. Vurderinger av de enkelte områdene er blant annet basert på analyser, statistikk, utførte tilsyn og eventuelle klagesaker. I

[kommunebildet fra 2022](#) pekes det på at det er utfordringer i fastlegetilbudet og ingen ledige listeplasser på fastlegelistene. Det understrekes at en godt fungerende legetjeneste vil være avgjørende for helsetilbudet i kommunen i årene som kommer. Statsforvalteren uttrykker et behov for at kommunen prioriterer arbeid med å sikre en stabil fastlegetjeneste.

Dette kapittelet tar for seg alle deler av legetjenesten i Trondheim kommune, og beskriver status og utfordringer innenfor de enkelte områdene. I kapittel 4 beskrives deretter tiltakene som skal møte utfordringene i legetjenesten.

3.1 Organisering av legetjenestene i Trondheim

Enhet for legevakt, legetjenester og smittevernarbeid (ELLS) organiserer alle allmennlegetjenester i Trondheim kommune. Med unntak av noen av samfunnsmedisinerne og arbeidsmedisineren i personaltjenesten, har ELLS arbeidsgiveransvar for alle kommunalt ansatte leger, inkludert dem som arbeider i andre enheter i kommunen. Ved inngangen til 2024 arbeider om lag 34 årsverk leger på om lag 50 ulike arbeidsplasser i helse- og velferdsområdet og i barne- og familietjenesten. Dette gjør ledelse av den kommunale allmennlegetjenesten krevende.

De fleste av de 200 fastlegene i Trondheim kommune er selvstendig næringsdrivende med fastlegeavtale. Ett kommunalt drevet legesenter har bare fastlønnede leger, og det er startet planlegging av ytterligere ett fastlønnskantor. Fastleger og/eller kommunalt ansatte leger utfører legeoppgaver i legevakta, sykehjem, helsestasjon, skolehelsetjeneste, helsestasjon for ungdom, flyktningehelsetjenesten, fengselshelsetjenesten, helse- og overdoseteamet, arbeidsmiljøenheten og samfunnsmedisin.

ELLS har månedlige møter med fastlegenes fem tillitsvalgte og allmøter for alle fastlegene to ganger i året. I tillegg sendes e-post med viktig informasjon til alle fastlegene ukentlig. Det mangler imidlertid en arena for jevnlig dialog mellom ELLS og alle fastlegekontorene for drøfting av ulike tema som f.eks. generelle utfordringene ved kontorene, kvalitet, samarbeid med andre aktører etc.

Kommunene har et forskriftsfestet ansvar for å administrere en obligatorisk, strukturert spesialistutdanning for leger som arbeider i kommunen, se nærmere beskrivelse i vedlegg 5. Kravene medfører behov for vesentlig økte administrative ressurser. ELLS har også fått ansvar for et regionalt kontor for spesialisering i allmennmedisin (ALIS) og samfunnsmedisin (SamLIS),

som gir råd til alle kommunene i regionen. Kontoret finansieres med statlige midler.

Det har de siste årene vært nødvendig å styrke administrasjonen i ELLS betydelig for å kunne håndtere utfordringene i fastlegeordningen og utvikling og drift av andre legetjenester i kommunen. Det er fortsatt et behov for å styrke ELLS med administrative ressurser for å håndtere veksten i antallet fastleger og kommunalt ansatte leger.

3.2 Fastleger

Et viktig mål med fastlegeordningen er at hver innbygger skal ha tilbud om en fastlege over tid. Det er kjent at kontinuitet i forholdet mellom lege og pasient gir bedre oppfølging og behandling og større pasienttilfredshet. Ordningen har gjennom mange år vært vurdert som vellykket og hatt stor oppslutning i befolkningen. Det er utført nasjonale undersøkelser i 2021/2022 i regi av Folkehelseinstituttet om [pasienterfaringer med fastleger og fastlegekontor](#). Trondheim kommune kommer bedre ut enn landsgjennomsnittet på alle fem indikatorer som omhandler fastlegen, organisering og øvrige ansatte, tilgjengelighet, mestring, samt koordinering og samhandling.

Pasienterfaringene synes derfor gode, men mange fastleger har de siste årene opplevd for stor arbeidsbelastning på grunn av generelt økende antall henvendelser og økende krav til leger både faglig og organisatorisk. I tillegg ønsker nye generasjoner leger, som annet personell, en mer normal arbeidstid og ordninger som reduserer økonomisk risiko ved privat næringsdrift. For å sikre rekruttering og en stabil fastlegetjeneste har det vært viktig å redusere arbeidsbelastningen. I Trondheim kommune har det derfor blitt gitt mulighet til midlertidig fritak fra kommunal deltidsstilling, og kommunen har også en periode gitt mulighet til å redusere listelengde. I en lokal spørreundersøkelse (se vedlegg 4) oppgir likevel fortsatt knapt halvparten av fastlegene at de ennå ikke har redusert sin pasientliste til ønsket nivå, og bare 14 prosent vurderer å utvide listen.

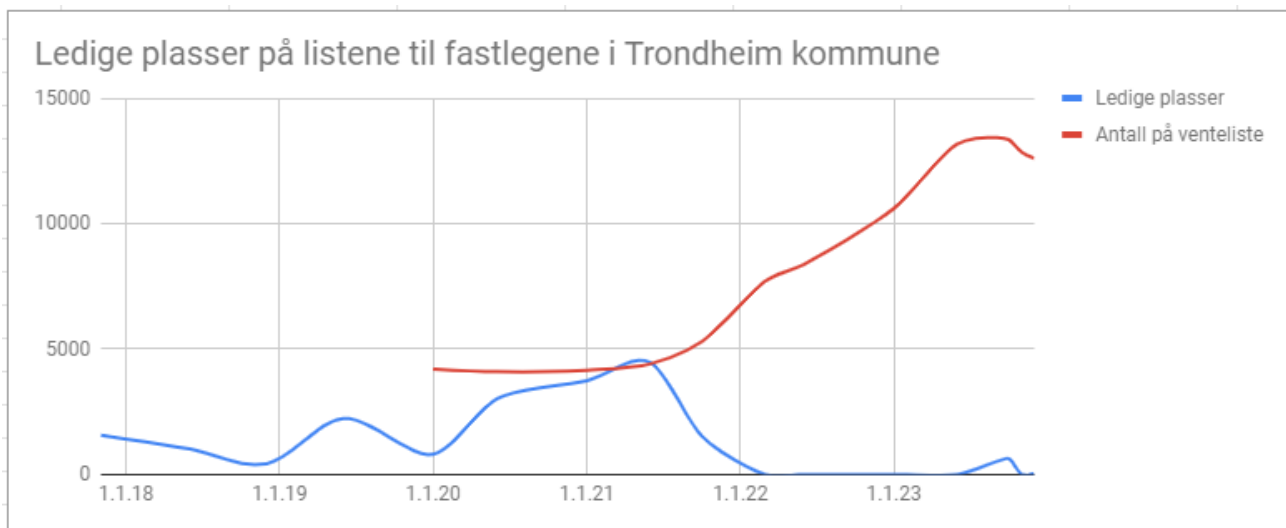
De lokale tiltakene vurderes å ha vært viktige for å sikre rekruttering og stabilitet blant fastleger, men tiltakene har også skapt utfordringer. Dette blir nærmere beskrevet i kapittel 3.2.1 og 3.4.2.

3.2.1 Rekruttering

Befolkningen i Trondheim øker med om lag to til tre tusen personer årlig, og det rekrutteres fastleger fortløpende både til nye og eksisterende fastlegeavtaler. Det er opprettet 29 nye fastlegeavtaler siste fem år, og det er rekruttert 36 leger i etablerte fastlegeavtaler som har blitt ledige, jf. nøkkeltall for fastlegeordningen i vedlegg 1. Selv om mange leger er rekruttert inn i fastlegeordningen, er antall søkere på stillingene betydelig redusert de siste årene, og det har vært nødvendig å lyse ut fastlegeavtaler flere ganger, spesielt på sørsiden av byen.

Til tross for mange nye fastlegeavtaler, har det siden midten av 2021 kun i kortere perioder vært mulig å få fastlege i Trondheim eller bytte til annen fastlege (figur 1). Ventelisten har vært stigende, men har flatet ut siste halvår og har nå en synkende tendens. Listen består dels av personer som ikke har fastlege i det hele tatt og dels av personer som har fastlege andre steder i

landet eller som ønsker å bytte fastlege internt i Trondheim. Per 1.1.24 var det i underkant av 200 personer bosatt i Trondheim som var helt uten fastlege. Dette var i hovedsak innvandrere og flyktninger.



Figur 1: Ledige plasser og antall på venteliste for bytte av fastlege

Manglende fastlegekapasitet skyldes i hovedsak at etablering av nye fastlegeavtaler ikke har holdt tritt med en gradvis reduksjon av antall pasienter på den enkeltes fastleges liste. Gjennomsnittlig listelengde har gått ned fra 1242 personer i 2018 til 1130 personer i 2023. Det kommunale legekantoret, Øya legesenter, gir et begrenset tilbud om allmennlegetjenester til personer som oppholder seg i kommunen, men som ikke har fastlege her. Tilbudet kompenserer bare delvis for utilstrekkelig fastlegedekning i Trondheim kommune.

Det er stadig et behov for vikarer. Det gjelder både ved utdanningspermisjoner, fødselspermisjoner og lengre sykefravær. Legene har i utgangspunktet selv ansvar for å skaffe vikarer, men kan be ELLS om bistand dersom dette ikke lykkes. Tilgangen på vikarer har de siste årene vært svært krevende, men ved inngangen til 2024 har situasjonen bedret seg betydelig, og er nå rimelig god.

Det er behov for å øke takten på etablering av nye fastlegeavtaler. De siste ti årene har veksten i nye fastlegeavtaler skjedd gjennom å øke antall leger ved de eksisterende legesentrene. Fortsatt oppgir nesten 30 prosent av legesentrene et ønske om å utvide, men dette vil for de fleste være avhengig av nye og større lokaler. Det er i tillegg nødvendig å etablere helt nye legesentre. Det har vært leger som har vurdert å starte nye legesentre, men som har skrinlagt planene, blant annet fordi de opplever etableringskostnadene som for høye.

3.2.2 Andre allmennlegeoppgaver for fastleger

I henhold til fastlegeforskriften og sentrale avtaler har fastleger plikt til å delta i legevakt utenom åpningstid og kan pålegges andre allmennlegeoppgaver i for eksempel sykehjem og helsestasjon. Så godt som alle fastleger har tidligere hatt andre allmennlegeoppgaver i kommunen eller andre virksomheter i henhold til sentrale avtaler for fastlegeordningen. De siste årene har mange fastleger bedt om midlertidig fritak fra andre allmennlegeoppgaver. Høsten

2023 hadde fortsatt omtrent 60 prosent av fastlegene i Trondheim en deltidsstilling ved siden av fastlegepraksis. I underkant av 20 prosent hadde en kommunal deltidsstilling mens de øvrige hadde deltidsstillinger ved NTNU eller annen legestilling ved siden av fastlegevirksomhet. Det er svært ønskelig at fastleger som har kapasitet, fortsatt har kommunale deltidsstillinger på grunn av bred kompetanse og stabilitet over tid.

3.2.3 Samarbeid med NTNU om utdanning, fagutvikling og forskning

Fastlegene har en viktig rolle ved utdanning av nye leger. Det har vært en betydelig reduksjon i andelen fastleger med deltidsstilling ved NTNU i form av universitetslektor for første- og andreårsstudenter, praksisveileder for sjette års studenter eller knyttet til universitetene på andre måter (14 prosent i 2023). Dette skyldes både et ønske om å redusere egen arbeidsbelastning og mangel på areal for studenter, ettersom legesentrene er fortettet med flere faste leger. Samtidig har antall studenter økt, og konsekvensen er at undervisningen i primærhelsetjenesten i de to første studieårene har blitt betydelig redusert. Medisinstudentene får dermed mindre kjennskap til allmennmedisin gjennom studiet.

3.2.4 Spesialisering og kompetanseheving

Kommunen inngår ALIS-avtaler med alle næringsdrivende leger under spesialisering, så sant arbeidsforholdet varer minst tre måneder. Gjennom avtalen får legen mulighet til å søke om et tilskudd for å dekke utdanningsaktiviteter og veiledning. Dette er utgifter som kommunen får refundert fra staten. Ordningen har betydd mye for rekruttering av leger til fastlegepraksis.

Ferdige spesialister må ta etterutdanning for å beholde rett til spesialisttakst. Dette gjelder i hovedsak kurs med medisinskfaglig innhold. Legeforeningen har en tilskuddsordning for å dekke reise- og oppholdsutgifter, men det er generelt ikke knyttet praksiskompensasjon til kurs for ferdige spesialister. Et unntak er lederkurset for allmennleger der legene gjennom Helsedirektoratet og Legeforeningen også dekker kursavgift og utgifter til fravær fra egen praksis.

3.2.5 Kvalitetsarbeid

Det enkelte legekontoret har digitale kvalitetssystem, men det er ukjent i hvilket omfang dette blir brukt og oppleves nyttig. ELLS har jevnlig besøk på det enkelte legekontor, blant annet for veiledning om og vurdering av universell utforming. Kvalitet er også et tema i lokalt samarbeidsutvalg mellom tillitsvalgte og ELLS, men det mangler et forum for en jevnlig dialog mellom ELLS og alle legesentrene vedrørende drift og eventuelle utfordringer, gode løsninger og samarbeid med andre.

3.2.6 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Fastlegene samarbeider med spesialisthelsetjenesten på ulike måter. Fagråd for legesamarbeid i helsefellesskapet mellom kommunene og St. Olavs hospital har representanter fra spesialisthelsetjenesten, fastleger og andre kommunale allmennleger. Dette fagrådet har arbeidet ut retningslinjer for ansvar og oppgaver for henholdsvis leger i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Bakgrunnen for dette var å demme opp for og kvalitetssikre oppgaveoverføringen fra spesialisthelsetjenesten til legetjenestene i kommunene som har

foregått over år. Det er noe usikkert hvor godt retningslinjene er implementert og hvilken betydning de har hatt.

For øvrig samarbeides det om enkeltpasienter i form av konferering via dialogmeldinger i journalsystemet.

Enkelte avdelinger ved St Olavs hospital har egne utdanningsstillinger for allmennleger (ALIS stillinger) som kommer på toppen av egen bemanning. Dette gir verdifull læring for allmennlegene og en viss avlastning for sykehusavdelingen. Det er ikke nasjonale retningslinjer for hvordan slike stillinger skal finansieres, noe som kan ha bidratt til at det er etablert få slike stillinger.

3.2.7 Samarbeid med Studentsamskipnaden om helsetjenester til studenter

I januar 2024 har i overkant av 40 prosent av studentene (ca. 15.000) ikke fastlege i Trondheim. Alle har rett på nødvendig helsehjelp, også de som ikke har fastlege i Trondheim. Akutte tilstander ivaretas av legevakten. Kommunen må også ha tilgjengelige legetjenester for studenter med tilstander som haster noe, men ikke krever legevaktens akutfunksjon.

Kommunen har et legekontor med kommunalt ansatte leger (Øya legesenter) som delvis har kompensert for studenters manglende tilgang på fastleger i Trondheim. Dette er et tilbud som kan benyttes av studenter som har behov for legekontakt som ikke kan håndteres av fastlegen på hjemstedet ved digital- eller telefonkonsultasjon. Kapasiteten er imidlertid begrenset, og i perioder er pågangen langt høyere enn det legekantoret har kapasitet til. Studentsamskipnaden i Trondheim (Sit) har i flere år bidratt økonomisk til kommunen for å ha et tilbud til studenter ved Øya legesenter.

Ungdom og unge voksne er den aldersgruppen som totalt sett har best helse og færrest helseutfordringer, men det er områder knyttet til unges helse som krever særskilt oppmerksomhet. Det er over tid sett en økning i unge som rapporterer psykiske helseplager og etterspørselen etter helsetjenester knyttet til dette øker. Også seksuell helse er et område med behov for særskilt fokus blant unge, og forekomsten av enkelte seksuelt overførbare sykdommer har vært økende.

Med økningen av psykiske plager blant unge er Studentsamskipnadens tilbud om lavterskel psykisk helsehjelp et godt supplement til kommunens tilbud om rask psykisk helsehjelp. Trondheim kommune bidrar økonomisk til samskipnadens organisering av dette tilbudet, men kapasiteten er fortsatt for lav til å dekke behovet fullt ut.

Studentsamskipnaden i Trondheim (Sit) har et samarbeid med et fastlegekantore om helsestasjonstjenester for studenter en ettermiddag i uken. Tjenesten handler i hovedsak om oppfølging av seksuell helse, men dekker ikke behovet. Barne- og familietjenesten i Midtbyen startet et samarbeid med Sit i 2019 med tanke på utvidelse av Helsestasjon for ungdom (HFU) til også å omfatte studenter opp til 25 år. Tilbudet har i dag en øvre aldersgrense på 21 år og er derfor tilgjengelig kun for en del av studentmassen. Både samarbeidsformer, kapasitet, finansiering, lokaler, åpningstider og fokusområder ble drøftet, men arbeidet strandet på

manglende finansiering.

3.2.8 Oppgavedeling

Det er flere eksempler på at andre faggrupper arbeider med oppgaver som tradisjonelt har vært fastlegeoppgaver. Jordmødre tar f.eks. en stor del av svangerskapskontrollene, og hjemmetjenesten utfører sårstell der hver enkelt sårbehandling er så tidkrevende at det er vanskelig å få det til på et fastlegekontor. Kommunen har også fått et mye bedre tilbud innenfor psykisk helse som også avlastar fastleger. Fortsatt er det mange fastleger som ønsker økt samarbeid med andre faggrupper om pasientene sine. I fastlegeundersøkelsen i Trondheim i 2023 (vedlegg 4) ble legesentrene spurt hvorvidt de ønsket andre yrkesgrupper inn på legekontorene for en mer hensiktsmessig oppgavefordeling i den grad dette ikke ville medføre noen økonomisk risiko for dem. Vel halvparten av legesentrene ønsket dette. Av dem som svarte bekreftende, ønsket alle psykologer, dernest fysioterapeuter og vel halvparten ønsket sykepleiere. Det er gjennomført en utprøving av primærhelseteam, der blant annet sykepleiere og psykologer har vært ansatt på legekontoret som en del av et fastlegeteam. Ordningen ble vurdert som lite attraktiv blant fastlegene i Trondheim og er derfor ikke utprøvd her.

3.2.9 Nye arbeidsformer med digitale verktøy

Utviklingen innen elektronisk verktøy har forbedret arbeidssituasjonen for fastlegene vesentlig de senere årene. Funksjonaliteten i pasientjournalssystemene er betydelig forbedret. Den gir god oversikt og understøtter arbeidsflyten godt. Hjemmekontorløsning kombinert med e-konsultasjoner gjør at legen kan gjøre en betydelig del av arbeidet fra andre steder enn kontoret. Alle samarbeidspartnere er på nettet, og digitale møter har vært svært tidsbesparende. Digitale møter er nå en etablert ordning mellom fastleger og NAV og testes også ut mellom fastleger, hjemmesykepleien og pasient eller pårørende. Videre har Helsenorge.no en god funksjonalitet som sparer mye arbeid. Muligheter for elektronisk bestilling av time og moderne betalingsløsninger innebærer også mindre behov for medarbeidere og dermed en mer kostnadseffektiv drift.

De fleste fastlegene i Trondheim tok i bruk videokonsultasjoner under pandemien. Dette ble av mange vurdert til å være tungvint i bruk, og mange pasienter strevde med å koble seg opp. Gevinsten ble ikke vurdert å stå i forhold til kostnadene. Digital tekstkommunikasjon blir derimot brukt i økende grad. Det fungerer godt til enkle avklaringer, men blir ineffektivt dersom det blir benyttet som en chattefunksjon slik det har vært en tendens til.

Digital hjemmeoppfølging er prøvd ut i en rekke kommuner overfor pasienter med KOLS, hjertesvikt eller diabetes der både fastleger og spesialisthelsetjenesten er involvert. I Trondheim har dette vært prøvd ut i et prosjekt som omfattet KOLS pasienter (KOLS-heim), men arbeidet har ligget brakk noen år. Det er imidlertid fortsatt en nasjonal satsing og forskning på området, og arbeidet vil bli gjenopptatt i Trondheim i regi av velferdsteknologiprogrammet.

Det er et nasjonalt mål at helseopplysningene følger pasienten, og derfor at opplysninger deles mellom fastlegenes journalssystemer og øvrige helsetjenester. Det vil gi helsepersonellet tilgang på til enhver tid oppdaterte helseopplysninger og gi en god oversikt over pasientens samlede

oppfølging. For å oppnå alle samhandlingsgevinster for pasientene er det avgjørende at også fastlegene tar i bruk Helseplattformen. Det vil gi fastlegene en unik oversikt over den samlede oppfølgingen som pasientene får, og øvrig helsepersonell nødvendige opplysninger når de har behov for det. Samarbeidspartnere ville også kunne se i hvilken grad fastlegen er involvert i oppfølging og behandling. Det arbeides med forbedring av fastlegemodulen i Helseplattformen slik at den blir konkurransedyktig i forhold til øvrige fastlegesystemer.

3.2.10 Økonomi og ledelse

Økonomien for fastlegene har blitt tryggere i takt med nasjonal økning av basistilskudd. Flere har kunnet redusere antall pasienter på listen. I fastlegeundersøkelsen i Trondheim i 2023, oppga litt under 60 prosent av dem som svarte, at basistilskuddet fra kommunen dekker de månedlige utgiftene som den enkelte lege har til drift av legesenteret (se svar fra spørreundersøkelsen i vedlegg 4). Hvorvidt basistilskuddet dekker løpende driftsutgifter avhenger av listelengde, sammensetning av pasientlistene og antall medarbeidere. I løpet av siste planperiode har mange legekantor økt antall leger for å bli mer robuste med tanke på økonomi, fravær og fordeling av oppgaver. Store legesentre krever imidlertid god organisering og sterkere ledelse. Legene på hvert legesenter deler administrative oppgaver mellom seg, som økonomi, personaloppfølging, IT-systemer, daglig leder/kontaktperson for kommune etc. Flere leger gir uttrykk for behov for mer kompetanse på slike administrative oppgaver.

3.3 Legevakt

3.3.1 Organisering og finansiering/avlønning

Trondheim interkommunale legevakt (legevakta) og Enhet for legetjenester og smittevernarbeid ble slått sammen høsten 2023. Legevakta består av legevaktsentralen, stasjonær legevakt og legebil. På hverdager (dagtid) betjener legevakta kun kommunens innbyggere og andre som oppholder seg i kommunen. På kveld, natt, helg og helligdag er legevakta en interkommunal ordning som også omfatter Melhus, Malvik og Midtre Gauldal. På dagtid (hverdager) og på natt betjenes legevakta av fast ansatte leger, mens fastleger i alle de deltakende kommunene dekker øvrige vakter. Legevaktsentralen betjenes av sykepleiere. De vurderer hastegrad (triagering) og gir råd og veiledning. Pågangen på legevaktsentralen har vært økende og hadde en topp under pandemien og første året etter da det var en betydelig økning av luftveisinfeksjoner (se tabell).

År	Antall henvendelser til legevaktsentralen
2019	132 376
2020	157 516
2021	170 622
2022	183 035
2023	158 842

Etter akuttmedisinforskriften skal 80 prosent av alle telefonhenvendelser normalt besvares innen to minutter. Legevaktsentralen besvarte i januar 2024 knapt 50 prosent innen to minutter. Gjennomsnittlig svartid er på litt over tre minutter, men svartiden veksler betydelig gjennom døgnet.

På stasjonær legevakt vurderes hastegrad (triagering) for alle pasienter ved ankomst, slik at pasientene blir prioritert riktig ut fra aktuell helsetilstand og eventuelle endringer i tidsrommet etter kontakt med legevaktsentralen. I perioder med stor pågang, blir det en opphopning i forbindelse med vurderingen ved ankomst, noe som gir utfordringer med pasientflyt og effektivitet. En annen utfordring er de ulike systemene for vurdering av hastegrad.

Legevaktsentral, stasjonær legevakt og ambulanse/AMK har alle ulike triageringsverktøy som hindrer mulighet til å få en rask oversikt over utvikling i pasientens helsetilstand.

Oppdragsmengden på legevaktbilen har økt de siste årene, noe som medfører flere samtidighetskonflikter. Oppdrag fra legevaktsentralen kan på bakgrunn av dette bli ventende lenge før oppdraget gjennomføres.

Driften og avlønningen på legevakta er tredelt, fastlønn på dagtid, næringsdrift kveld og helg og timesats på natt etter sentrale avtaler. Avlønning har betydning for effektivitet, prioriteringer og forutsigbar inntekt, og det er en pågående diskusjon blant legevaktene i storbyene hvilken avlønningsform som er å foretrekke. Dette er beskrevet nærmere i vedlegg 8 i en kartlegging utført av Sintef om avlønningsformer ved legevakttjenesten i de norske storbykommunene.

3.3.4 Rekruttering og stabilitet

Alle fastleger har en plikt til å delta i legevaksarbeid utenom ordinær åpningstid og må også ha avsatt tid for øyeblikkelig hjelp i kontortiden. Dette fremgår av fastlegeforskriften og avtaler. Kommunen kan i henhold til forskriften frita fastlegen fra plikten til legevaktdeltagelse etter gitte regler. Legevaktdeltagelse kommer i tillegg til de allmennlegeoppgaver som kommunen ellers kan pålegge. I praksis er det en vesentlig andel leger som ikke tar sine vakter. Disse søker fritak eller gir bort sine vakter til et mindre antall kolleger som ønsker flere vakter enn kun egen turnus. Dette er en praksis som har utviklet seg over tid og som gjør vaktberedskapen sårbar. Det vil i planperioden være nødvendig å sikre at vaktpliktige leger i større grad deltar i vaktberedskapen.

Pasientpågangen og arbeidsbelastningen har økt på alle vakter de siste to årene. Dette har medvirket til både oppsigelser, langtidssykemeldinger og mer krevende rekruttering. Leger i klinisk arbeid på dagtid inkluderer per 1.1.24 fastleger i deltidsstilling og to fulltids ansatte leger. Sistnevnte er leger under spesialisering (ALIS-leger) og må over i uselektert allmennpraksis etter to-tre år. Legevakta har i tillegg to overleger med administrative funksjoner. Ressursene til administrasjon, veiledning og fagutvikling er vurdert å være for lave i forhold til behovet på legevakta.

Utfordringer knyttet til rekruttering og stabilisering gjelder også andre profesjoner på legevakta. Tilgangen på tilstrekkelig og god kompetanse fra andre faggrupper har stor betydning for driften

av legevakta og legenes arbeid.

3.3.5 Samhandling med andre aktører

Legevakta samhandler med en lang rekke aktører som kommunale enheter og institusjoner, kommunalt kriseteam, spesialisthelsetjenesten inkludert AMK og ambulanse, fengsel, arrest, politi, brann og redning, m.fl. På enkelte områder er samhandlingen krevende, og det er behov for jevnlig revisjon av samhandlingsrutiner for å få til god logistikk.

Legevakta har mange oppdrag på sykehjem og helsehus som ikke har egen legetjeneste ut over normal arbeidstid. Problemstillingene er ofte komplekse. Legevakslegen vil ofte være avhengig av at den faste sykehjemslegen, sammen med det øvrige personalet på avdelingen, har laget en behandlingsplan etter samtaler med pasient og pårørende. En slik behandlingsplan bygger på vurderinger av hvor omfattende utredning og behandling bør være ut fra pasientens ønsker og helsesituasjon. Jf. kapittel 3.4.3. Det er behov for en tydelig plassering av behandlingsplaner i journalsystemet, og at denne blir lett tilgjengelig for alle samarbeidspartnere. Med en tilgjengelig plan vil man kunne unngå innleggelser, som er belastende og gir liten nytte for pasienten og er ressurskrevende for sykehuset. Økt geriatrisk kompetanse hos legevaksleger ville også kunne føre til bedre avklaringer på sykehjemmene. Både Stavanger og Bergen har etablert en egen sykehjemslegevakt bestående av sykehjemsleger som har en vaktturnus på frivillig basis. Dette blir betegnet som en kvalitativ god, men svært kostbar ordning, jf. kartlegging fra Sintef i vedlegg 8.

3.3.6 Journalsystem

Helseplattformen ble tatt i bruk som nytt journalsystem på legevakta mai 2022 og innebærer at de ansatte ved legevakta har felles journal med sykehuset og øvrige kommunale enheter. Dette har gitt et bedre grunnlag for gode kliniske vurderinger og beslutninger og enklere dialog med de ulike instansene. Faste leger og næringsdrivende leger som tar mange vakter, rapporterer om at systemet fungerer i den kliniske hverdagen med god effektivitet og produktivitet.

3.3.7 Kompetanse

Alle legevaksleger må ha gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering, jf. akuttmedisinforskriften. Det arbeides i tillegg med å utvikle en kompetanseplan for alle leger på legevakt som omfatter både strukturert opplæring i journalsystemet, legebil og særlig relevante medisinske og juridiske tema. Det er ønskelig at både faste ansatte og næringsdrivende vaktleger deltar på internundervisning, samtreningdager, fagdager, samt kompetansehevende kurs internt og eksternt.

3.3.8 Kvalitet og utvikling av tjenesten

Legevakta har opprettet et klage- og avviksteam, bestående av avdelingslederne for de ulike yrkesgruppene, jurist og avdelingsoverleger. Dette teamet gjennomgår og følger opp sakene og sørger for at det tas med i arbeidet med kvalitetsforbedring og utvikling av legevakta.

3.3.9 Nye digitale løsninger og teknologi

Legevakta har mange prosedyrer og samarbeidspartnere, og det er noe vanskelig å få god

oversikt over dette om man kun tar noen få vakter på legevakta. Det er behov for en lokal digital metodebok, hvor lokal informasjon og prosedyrer er lett tilgjengelig. Foreløpig er det ikke tilgjengelige ressurser til å utvikle dette.

Legevakta vurderer innføring av rover som f.eks. brukes i hjemmetjenesten. Rover er en håndholdt enhet med tilgang til Helseplattformen. Den gjør det mulig å dokumentere i sanntid nært pasienten og kan benyttes til mange ulike oppgaver som umiddelbar registrering av vitale parametre, registrering av bilder, dokumentering av prosedyrer for ambulansesarbeidere og talegjenkjenning på legebil mm.

Videokonsultasjoner i legevakt har vært prøvd ut i andre legevaktsdistrikt, og legevaktsentralen bruker videokonferanse til vurderinger. Det er ennå ikke tatt systematisk i bruk av leger på legevakta. Legevaktsdistriktet som Trondheim interkommunale legevakt dekker, er imidlertid stort område, og det er tilbakemeldinger på at video kan være nyttig for enkelte oppdragstyper, f.eks. digital syning av forventede dødsfall på sykehjem eller avklaringer for behov av legetilsyn hvis det er lang reisevei for pasienten. Dette er noe som vil vurderes i innværende planperiode.

3.4 Legetjenester i sykehjem og helsehus

3.4.1 Organisering

Kommunen har sykehjem (helse- og velferdssentre) som i hovedsak har langtidsplasser, og helsehus som har korttidsplasser og høyere bemanning og kompetanse.

3.4.2 Rekruttering og stabilitet

Legetjenesten ved sykehjemmene består av leger i rene kommunale legestillinger og fastleger med deltidsstilling. Fastlegene er i all hovedsak erfarne, stabile fastleger som har arbeidet ved institusjonene i mange år. Legene som rekrutteres til rene kommunale stillinger ved sykehjemmene, er i hovedsak relativt nyutdannede som enten ikke har begynt på sitt spesialiseringsløp (pre-LIS) eller som nylig har startet spesialiseringen (ALIS) Dette er en vesentlig årsak til at legene i sykehjemmene i liten grad blir værende over tid. Pre-LIS kan bare arbeide inntil ett år før de starter sin spesialisering, og ALIS må etter to-tre år i sykehjem over i arbeid på et legekontor i henhold til spesialiseringsreglene (se vedlegg 5).

I tillegg er rammebetingelsene for å skape et godt fagmiljø vanskelige. Hver lege yter tjenester ved flere avdelinger ved ulike sykehjem, gjerne en arbeidsdag på hver avdeling. Noen kombinerer også arbeidet med tjeneste på andre områder som f.eks. i helsestasjon. Legene arbeider som regel som eneste lege på arbeidsstedet mens arbeidsgiveransvaret ligger til ELLS. Dette påvirker hvor godt de blir inkludert i arbeidsmiljøet på arbeidsstedet.

Uerfarne leger kan ringe til mer erfarne leger for å rådføre seg. Mangel på erfaring og kolleger å rådføre seg med på arbeidsplassen, utgjør likevel en utfordring når det gjelder de mange komplekse problemstillingene ved sykehjemmene. For å kompensere noe for den sårbare arbeidssituasjonen, har legene ukentlige digitale møter for undervisning og månedlige fysiske

møter. Alle leger som ikke er spesialister, har en fast veileder. Dette er obligatorisk for ALIS, men praktiseres også for pre-LIS. I tillegg har alle sykehjemsleger mulighet til å rådføre seg med sykehjemsoverlege ved behov.

Fastleger med deltidsstilling i denne delen av tjenesten møter også utfordringer. Selv om fastlegen er tilgjengelig for avdelingen på telefon alle hverdager, har legene ikke tilgang til sykehjemmets journalsystem fra legekantoret og har ikke tilgang til evt. epikriser fra spesialisthelsetjenesten ettersom de ikke har tatt i bruk Helseplattformen.

Ved helsehusene rekrutterer man i større grad spesialister, ikke minst fra spesialisthelsetjenesten. Stabiliteten ved helsehusene er bedre da man her har muligheter til å bygge gode fagmiljøer. Men det er fortsatt en utfordring å tilby stillinger med tilstrekkelig muligheter for videre spesialisering og fagutvikling slik at legene blir værende over tid.

3.4.3 Økende arbeidspress

Legene har over år beskrevet økende arbeidspress som følge av økte krav til hva som skal håndteres i sykehjemmene. I tråd med nasjonale anbefalinger har Trondheim kommune utarbeidet en lokal norm for legetimer i helse- og velferdssenter og helsehus (vedlegg 2). Denne har økt i hver planperiode, men i siste planperiode har man ikke lyktes med å finansiere økt legebemanning tilsvarende normen. Siden forrige planperiode har også nye krav til spesialisering medført mindre tid til klinisk arbeid. Dagens legebemanning gjør at legene må prioritere nyoppståtte helseproblemer. De får i mindre grad arbeidet med avklaringer med pasient og pårørende og øvrige ansatte om hva slags behandling som vil være aktuell for at pasienten skal ha best mulig livskvalitet når helsetilstanden svekkes ytterligere. Det ligger i dette en fare for uhensiktsmessig utredning og overbehandling av sterkt svekkede pasienter, ikke minst i akutte situasjoner der legevakt blir tilkalt.

Også i helsehusene er bemanningen både av leger og andre yrkesgrupper knapp i forhold til de mange komplekse medisinske problemstillingene, noe som medfører en risiko for at pasientforløpene blir mindre effektive. Dette er spesielt uheldig i en situasjon der kommunen over år har hatt kø av utskrivningsklare pasienter og behov for mer effektive pasientløp i våre helsehus.

3.4.4 Kompetanse

Leger som arbeider i de kommunale helseinstitusjonene utover ett år, må være spesialist eller under spesialisering i allmennmedisin. Spesialistene kan representere ulike kliniske fagområder, noe som er berikende for fagmiljøene i helsehus og sykehjem. I utgangspunktet er det bare spesialister i allmennmedisin som kan være veiledere for ALIS leger, men kommunen har fått en foreløpig dispensasjon slik at også andre spesialister kan nyttes som veiledere. Veilederkapasiteten for de kommunale legestillingene dekker likevel ikke behovet.

Det finnes egne kompetanseområder innen alders- og sykehjemsmedisin og palliasjon. Dette er etterutdanning for spesialister som det er ønskelig at legene tar. Legene gir uttrykk for at videre fagutvikling er en avgjørende faktor for motivasjon til å bli værende i stillingen over tid.

Spesialistene har avtalemessig rett på fire måneders utdanningspermisjon med lønn hvert fjerde år, men det er ikke tatt høyde for dette i budsjettet, jf. kapittel 3.4.2.

3.4.5 Samarbeid med sykehuset

Det er en løpende dialog mellom sykehuset og kommunen knyttet til flaskehalser i pasientflyten, unødige innleggelser eller for tidlige utskrivinger. Det uttrykkes blant annet bekymringer om at pasienter blir innlagt fra sykehjemmene. Pasienter i sykehjem vil noen ganger ha behov for spesialisthelsetjenester, men vil ofte kunne få vel så god behandling i sykehjemmet. Dette krever imidlertid god fagkompetanse hos sykehjemspersonalet og tid til å kunne gjøre gode avklaringer før pasientens helsesituasjon blir akutt forverret, jf. kapittel 3.3.5 og 3.4.3.

Øya helsehus har 12 senger som driftes i samarbeid med sykehuset for pasienter som trenger til dels avansert lindrende behandling eller hjertesviktbehandling. Sykehuset bidrar med opplæring og delfinansiering og disponerer disse sengene til pasienter som ellers ikke ville vært regnet som utskrivningsklare. Kunnskapen kommunen har fått, har vært svært verdifull, særlig på plassene for lindrende behandling. Ordningen er imidlertid ressurskrevende og begrenser til en viss grad kapasiteten til å kunne ta imot andre utskrivningsklare.

Erfaringsnivået blant legene i institusjoner og legevakt varierer, men legene har nå mulighet til å konferere med lege i akuttmottaket for å finne gode løsninger, f.eks. utredning ved poliklinikk neste dag slik at akuttinnleggelse unngås. Det er også satt i gang en prøveordning med alderspsykiatrisk avdeling om digitale behandlingskonferanser for pasienter med utfordrende atferd.

3.5 Legetjenester i barne- og familietjenesten

3.5.1 Organisering

I barne- og familietjenesten (BFT) arbeider leger ved helsestasjon, i skolehelsetjenesten og ved helsestasjon for ungdom (HFU). De er ansatt i Helse- og velferdssektoren (ELLS), men er faglig forankret i Oppvekst- og utdanningssektoren. Dette har gitt utfordringer med å integrere legene godt i teamene og også inkludere legene i faglig utvikling og systemarbeid i BFT. Det skaper videre en utfordring med dimensjonering og finansiering av legetjenesten i BFT. Økning av legeressurs i BFT utover justering for demografiske endringer, er i hovedsak finansiert gjennom tilskuddsmidler.

Legenes oppgaver i helsestasjons- og skolehelsetjenesten følger anbefalinger i nasjonal faglig [retningslinje](#) for helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Legene i BFT erstatter ikke fastlegene når det gjelder utredning og oppfølging av barn og unge med helseproblemer, og tjenesten skal ha rutiner for samarbeid med barns og ungdommers fastleger for å sikre tydelig ansvars- og oppgavefordeling.

3.5.2 Rekruttering, kompetanse og stabilitet

Noen få fastleger har fortsatt deltidsstillinger tilknyttet helsestasjon, skolehelsetjeneste og HFU. De siste årene har leger som har vært rekruttert til stillinger i BFT, nesten utelukkende vært leger

i rene kommunale stillinger som ennå ikke har startet sitt spesialiseringsløp (pre-LIS), eller som er i gang med sitt spesialiseringsløp (ALIS). Pre-LIS kan som nevnt bare arbeide inntil ett år, og ALIS-stillinger i barne- og familietjenesten gir begrenset mulighet til å fylle de nødvendige læringsmålene for spesialiseringen i allmennmedisin. Derfor gir arbeid ved helsestasjon og skolehelsetjeneste bare halv uttelling for praksistid i spesialiseringsløpet. Det er gjort tiltak for å kompensere for dette ved å tilby legene kombinerte stillinger med tjeneste både i barne- og familietjenesten og i sykehjem. Per 1.1.24 har fire leger slike kombinerte stillinger.

Legene i BFT arbeider i hovedsak alene som lege på sitt arbeidssted og sitter mesteparten av tiden med individuelle, rutinemessige helseundersøkelser. Det er lite tid til samarbeid med annet helsepersonell. Dette, kombinert med mye gjennomtrekk i stillingene gjør det utfordrende å skape gode fagmiljøer der legene kan trives og utvikle seg.

Mangel på spesialister blant legene i BFT medfører at kommunen tidvis mangler veiledere. Det er etablert to stillinger for medisinskfaglige koordinatore i henholdsvis helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Disse arbeider i hovedsak klinisk, men har i tillegg ansvar for faglig utvikling og veiledning. Man har tidvis lyktes å rekruttere spesialister inn i disse stillingene, men stabiliteten har ikke vært god. Legene i BFT har gitt tilbakemelding på at koordinatorstillingene er viktige, men etterlyser at koordinatorene i enda større grad får frigjort tid til veiledning og til å arbeide med fagutvikling i samarbeid med øvrig helsepersonell ved helsestasjonene og skolene.

3.6 Fengselshelsetjenesten

Fengselshelsetjenesten er et tverrfaglig team som holder til på Trondheim fengsel og forvaringsanstalt. Tre av de fire legene, som arbeider i ordningen, er erfarne, stabile fastleger som har arbeidet i teamet i mange år. Tjenesten er veldrevet med god ledelse, et velfungerende team og gode muligheter for påfyll av kompetanse. Teamet samarbeider tett med andre aktører som spesialisthelsetjenesten lokalt, legevakta og også fengselshelsetjenesten andre steder i landet. Samhandlingen mellom helsetjenesten i fengselet og de andre helseaktørene har blitt langt mer smidig etter innføring av Helseplattformen og gir et bedre grunnlag for gode vurderinger.

Dette er en svært krevende legetjeneste der rusavhengighet og psykisk uhelse er gjennomgående tema. Det er helt avgjørende at legegruppen består av erfarne leger for at tjenesten skal kunne fungere godt.

3.7 Flyktninghelsetjenesten

Flyktninghelsetjenesten er et tverrfaglig team som gir helsetjenester til om lag 225 asylsøkere ved Trondheim mottakssenter (høsten 2023), inkludert 25 plasser ved tilrettelagt avdeling for asylsøkere med store helseutfordringer. I tillegg tilbyr teamet legetjenester til personer som har fått endelig avslag på sin asylsøknad, men som ikke har reist ut av landet.

Flyktninghelsetjenesten gir også helsetjenester til flyktninger, enslige mindreårige og familiegjenforente med flyktningebakgrunn.

Pasientgruppen er traumatisert og har sammensatte helseutfordringer, og legene beskriver arbeidet som emosjonelt belastende. Legene har i liten grad et faglig fellesskap med andre leger i kommunen. Det er samme utfordring knyttet til stabilitet over tid på grunn av spesialiseringsreglene som ved de andre kommunale allmennlegetjenestene.

3.8 Helse- og overdoseteamet

Helse- og overdoseteamet representerer et lavterskel helsetilbud til rusmisbrukere som ikke er i stand til å nyttiggjøre seg ordinære helsetjenester. Det er tilknyttet en fastlege for drop-in en ettermiddag hver uke. Legen gir ordinære fastlegetjenester, men ordinerer ikke faste medisiner eller medikamenter med ruspotensiale. Dette er vesentlig for å kunne håndtere denne pasientgruppen i et lavterskeltilbud. Øvrige medikamenter håndteres av fastlegen, evt. supplert fra legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Legetilbudet i helse- og overdoseteamet erstatter derfor ikke fastlegen, men representerer et supplement. I praksis oppleves ikke fastlegetilbudet som tilstrekkelig for mange i denne gruppen som generelt har liten evne til å forholde seg til bestilling av time. Mange har dessuten en adferd som er betydelig utfordrende å håndtere i et fastlegekontor.

3.9 Samfunnsmedisin

Kommuneoverlegeoppgavene og de samfunnsmedisinske funksjonene er i dag fordelt på flere stillinger, direktørområder og ulike enheter i kommunen. Oppgavene ivaretas i dag av flere ansatte med ulik samfunnsmedisinsk kompetanse. Det er ingen overordnet felles plan for eller organisering av funksjonene, men et medisinskfaglig rådgiverforum fungerer som et nettverk, der oppgaver og funksjoner koordineres.

Legene har noen myndighetsoppgaver som tvangsvedtak innen smittevern og psykisk helsevern. For øvrig er legene knyttet til smittevernarbeid, miljørettet helsevern, beredskapsarbeid og ulike typer utviklingsarbeid. Saksbehandling, forberedelse av politiske saker og rådgiving på system og individnivå er også en viktig del av kommuneoverlegenes arbeid.

Det er påbegynt en gjennomgang av innhold og organisering av de samfunnsmedisinske funksjonene for å fremskaffe et beslutningsgrunnlag for fremtidig innhold og organisering. I dette arbeidet skal det blant annet utarbeides en tydeligere beskrivelse av rollen som kommuneoverlege, i tråd med kravene i lovverket, føringer fra Helsedirektoratet og kommunens behov.

Kapittel 4 - Satsingsområder, vurderinger og tiltak

4.1 Fire satsingsområder

I dette kapittelet vurderes og beskrives aktuelle tiltak og satsinger innen legetjenesten fremover. Tiltakene er delt inn etter satsingsområdene, ikke etter de enkelte tjenestene slik de er beskrevet i kapittel 3.

Det overordnede målet med tiltaksplanen er at Trondheim kommune har en tilgjengelig legetjeneste som møter innbyggernes behov for legetjenester gjennom hele livsløpet. Satsingsområdene og tiltakene som er beskrevet under, skal bidra til dette. Det høyest prioriterte området i alle deler av allmennlegetjenesten, er å rekruttere og beholde tilstrekkelig antall leger slik at kommunen kan oppfylle sitt ansvar for nødvendige og forsvarlige tjenester.

For å nå det overordnede målet, skisserer denne tiltaksplanen fire satsingsområder.

Rekruttere og beholde	Trondheim kommune skal rekruttere og beholde tilstrekkelig antall leger i allmennlegetjenesten slik at kommunen kan opprettholde et forsvarlig legetilbud
Organisering og samhandling	Trondheim kommune skal ha en organisering av allmennlegetjenesten som ivaretar samhandling både i og utenfor Trondheim kommune
Kompetanse og kvalitet	Trondheim kommune skal videreutvikle sin rolle som utdanningsvirksomhet for allmennleger og styrke arbeidet med kvalitetsforbedring
Innovasjon og utvikling	Trondheim kommune skal aktivt bidra til god ressursutnyttelse og bærekraft i allmennlegetjenesten

4.2 Vurderinger og tiltak innenfor satsingsområdene

4.2.1 Rekruttere og beholde

Trondheim kommune skal rekruttere og beholde tilstrekkelig antall leger i allmennlegetjenesten slik at kommunen kan opprettholde et forsvarlig legetilbud.

Antall fastleger og øvrige leger vil i tiden fremover avhenge av antall innbyggere og deres behov, hvordan kommunens øvrige helsetjenester er organisert og spesialisthelsetjenestens organisering og kapasitet. Per i dag fremstår manglende fastlegekapasitet som mest kritisk.

Trondheim kommune må være en attraktiv aktør i arbeidsmarkedet og legge til rette for avtaler og stillinger som møter både kommunens og legenes behov. Dette innebærer at det må vurderes tiltak som er viktig for både selvstendig næringsdrivende fastleger og kommunalt

ansatte leger.

4.2.1.1 Øke listekapasitet i fastlegeordningen

Manglende listekapasitet hos fastleger er en alvorlig situasjon for deler av byens befolkning. Trondheim kommune må ha nok ledig listekapasitet til at alle personer som bor i Trondheim har en fastlege og har mulighet til å bytte til annen fastlege i alle bydeler.

Dagens gjennomsnittlige listelengde i Trondheim er vel 1100 pasienter. Det legges til grunn et behov for fem prosent ledig listekapasitet hos fastlegene for at innbyggerne skal kunne ha en reell mulighet til å velge lege og bytte lege. Ved inngangen til 2024 var det vel 4000 personer som stod på venteliste for å få fastlege i Trondheim (jf. vedlegg 1). For at kommunen skal ha tilstrekkelig fastlegekapasitet, er det behov for vel 15 000 nye listeplasser i 2024, noe som tilsvarer 13 - 14 nye fastlegeavtaler. Som følge av økt antall innbyggere er det deretter behov for en vekst med to til tre tusen nye listeplasser årlig (tre nye fastlegeavtaler), under forutsetning av at fastlegenes listelengde ikke reduseres ytterligere.

Det er behov for tiltak for å etablere flere nye legesentre, og det anbefales også tiltak for å stimulere til utvidelse av mindre legesentre. Det er i dag seks legesentre med tre leger eller færre. Det er ønskelig at flere av disse utvider virksomheten til minst fem leger. For å få til dette kreves flytting til nye lokaler.

Det er behov for enda et kommunalt legekontor for blant annet å kunne tilby et fastlønnet alternativ til dem som ønsker det og en mulighet for uselektert fastlegepraksis til kommunalt ansatte leger som trenger dette som ledd i sin spesialisering. Etablering av et nytt kommunalt legesenter for minst fem leger, krever en engangsinvestering til inventar og utstyr. Etter at legesenteret har kommet i drift legges det til grunn at det er selvfinansierende.

Videre anbefales støttetiltak i situasjoner der en fastlege slutter og det av ulike årsaker ikke lykkes å rekruttere en ny fastlege inn i den ledige avtalen innen ett år.

Formannskapet i Trondheim kommune har tidligere vedtatt (PS 0131/19) å tilby leger som starter opp helt nye legesentre et etableringstilskudd i stedet for tidligere vedtatt etableringslån, se vedlegg 3. Tilskuddet skulle tilsvare et basistilskudd for 800 pasienter i et halvt år. Basistilskuddet er endret siden vedtaket, og det foreslås heller en enkeltsum på 300 000 kroner per lege.

I planen legges det inn et årlig beløp på 1.500 000 kr som etableringstilskudd for opprettelse av ett nytt legesenter for selvstendig næringsdrift med inntil fem leger per år. Det legges også inn en årlig sum på 300 000 kr for mindre legesentre som utvider med minst 2 leger. Nytt kommunalt legesenter er ennå tidlig i planleggingen og vil ikke være etablert for litt ut i planperioden.

Tiltak:

- Leger som etablerer helt nye legesentre for selvstendig næringsdrift tilbys et engangstilskudd på 300 000 kroner per lege for inntil fem leger per senter

- Legesentre med tre leger eller færre som utvider virksomheten i nye lokaler, tilbys et engangstilskudd til legesenteret på 100 000 kroner for hver nye lege som tilknyttes virksomheten.
- Kommunen etablerer et nytt kommunalt legesenter med minst fem fastlønnede leger (engangs investeringskostnad)

Det er flere årsaker til at fastlegeavtaler ikke blir omsatt. Det kan dreie seg om beliggenhet eller forhold ved driften av legesenteret. Dersom det etter minst tre utlysninger ikke er rekruttert inn ny lege ett år etter at en fastlege har sagt opp, skal ELLS i samarbeid med legesenteret foreta en gjennomgang av årsaker til manglende rekruttering og legge en plan for tiltak.

Tiltak:

- Ved utfordringer med rekruttering til en fastlegeavtale skal ELLS i samarbeid med legesenteret foreta en gjennomgang av årsaker og legge en plan for tiltak.

4.2.1.2 Redusere arbeidsbelastning for fastlegene

I Trondheim har fastlegene fått anledning til midlertidig fritak fra andre allmennlegeoppgaver i kommunen. Dette har sammen med redusert listelengde gitt en positiv utvikling i arbeidssituasjonen for mange fastleger. Midlertidig fritak opprettholdes derfor i gjeldende planperiode, samtidig som det må arbeides for å gjøre de andre allmennlegeoppgavene attraktive for fastleger som har kapasitet. Fastleger i slike stillinger er en viktig ressurs for kommunen. For fastlegen gir en slik kommunal deltidsstilling bedre innsikt i annen kommunal virksomheter, og det gir en forutsigbar inntekt som kan være særlig verdifull for leger i en oppstartsfase.

Fortsatt oppgir ca. 40 prosent av fastlegene at de ønsker en kortere liste. Redusert listelengde forutsetter ledig listekapasitet og er derfor ikke aktuelt i starten av planperioden. Med tilstrekkelig listekapasitet, vil det igjen være mulighet for reduksjon av listelengde for dem som har behov for dette, og fastleger med kommunal deltidsstilling vil bli prioritert.

Tiltak:

- Muligheten for midlertidig fritak fra kommunal deltidsstilling opprettholdes i gjeldende planperiode.
- Fastleger som har kommunal deltidsstilling prioriteres for reduksjon av listelengde.

4.2.1.3 Sykefravær for næringsdrivende fastleger

Ved langt sykefravær hos en fastlege, har det de siste årene vært vanskelig å skaffe vikar. Det har tidligere vært en ordning i Trondheim at legesenteret eller andre leger som ivaretar pasientene til den syke legen, mottar en kompensasjon inntil det kommer på plass en vikar. Ordningen var bare delvis vellykket og ble avsluttet høsten 2023, i hovedsak på grunn av manglende

finansiering.

Trondheim kommune har også forsøkt å lyse ut faste vikarstillinger uten å få søkere. Videre har ELLS kontaktet vikarbyrå, men har da erfart at det ikke har vært kvalifiserte leger tilgjengelig. Vikarbyrå er dessuten en svært kostbar løsning. I tillegg til kostnader til vikarbyrået, må man som dekke vikarens utgifter til bolig og reise.

Ved starten av 2024 er vikarsituasjonen god, men dette vil kunne variere, og det er nødvendig å planlegge for tiltak om vikarmarkedet blir vanskelig fremover.

Tiltak:

- Det utredes nærmere hvordan kommunen i samarbeid med fastlegene kan bidra til bedre vikarordninger

4.2.1.4 Rekruttering og tilstrekkelig kapasitet på legevakt

Det er behov for å rekruttere overleger med spesialitet i allmennmedisin på legevakta på dagtid for å ivareta både klinisk arbeid, veiledning og fagutvikling for å ha tilstrekkelig kapasitet til arbeid med kompetanse og fagutvikling.

Det er også behov for at flere av de vaktpliktige fastlegene tar sine vakter i henhold til vaktturnus for å sikre en robust legevakt.

Tiltak:

- Det etableres overlegestillinger som kombinerer klinisk arbeid og fagutviklingsarbeid på legevakta på dagtid.
- ELLS samarbeider med tillitsvalgte om tydeligere regler for vaktplikt og fritak fra vakt.

4.2.1.5 Tiltak for å rekruttere og beholde leger i sykehjem og helsehus

Det er behov for å øke antall leger i sykehjem og helsehus for å kompensere for fravær i forbindelse med spesialisering, etterutdanning for spesialister og avtalefestede utdanningspermisjoner, jf. kap 3.4.2 og 3.4.4.

I forrige planperiode ble det utarbeidet en lokal norm for legebemanning i sykehjem og helsehus, se vedlegg 2. Gjennomsnittlig antall legetimer per uke per beboer/ pasient har økt i Trondheim, men bemanningen er fortsatt ikke styrket nok til å oppfylle denne normen. Dette gjelder først og fremst legetjenesten i sykehjemmene.

Det er stipulert at veiledning og deltagelse på kurs utgjør om lag 10 prosent av arbeidstiden for ALIS. Kravene til strukturert veiledning krever også spesialistenes tid svarende til 10 prosent stilling om man har ansvar for fire ALIS. Det er i tillegg behov for å bruke tid på supervisjon og veiledning av de nyutdannede legene som ennå ikke har startet sitt spesialiseringsløp.

Spesialiseringskravene var ikke innført da den lokale normen for legetimer i helse- og velferdssenter og helsehus ble utarbeidet og lagt frem i forrige plan for legetjenesten, slik at eksisterende norm trolig er noe lav i forhold til behovet.

Tiltak:

- Det settes av ressurser til vikar for leger med avtalefestet utdanningspermisjon
- Antall leger økes i henhold til lokal norm for legetimer i helse- og velferdssenter og helsehus
- Lokal norm for legetimer i helse- og velferdssenter og helsehus revurderes i planperioden

4.2.1.6 Tiltak for å rekruttere og beholde leger i BFT

Legebemanningen i helsestasjon, i skolehelsetjenesten og ved helsestasjon for ungdom (BFT) har vært ustabil og dels også lav i forhold til oppgavene. Legene er ofte uerfarne, organiseringen oppleves noe uklar, og det etterlyses bedre faglig trygghet og støtte innad i tjenesten og i samarbeid med andre aktører. Flere av legestillingene i BFT er finansiert med tilskuddsmidler. Ved utgangen av 2023 ble 1,5 av 9 stillinger finansiert med slike midler, noe som fører til uforutsigbare rammer for videre drift og utvikling.

For å gjøre uerfarne leger faglig tryggere og skape et faglig utviklende arbeidsmiljø, er det behov for å klargjøre oppgaver og roller innad i teamet på helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Videre må det gis rom til veiledning og fravær til kurs i forbindelse med spesialiseringen. Legene må også tas med i utvikling av tjenesten. Legekoordinatorens funksjon i BFT skal vurderes særskilt i en gjennomgang av legenes rolle og oppgaver i et samarbeid mellom ELLS, BFT og tillitsvalgte.

Tiltak:

- Legestillinger i BFT finansiert med tilskuddsmidler legges inn i ordinært budsjett.
- Legenes rolle og oppgaver i BFT skal gjennomgås, og legene skal rutinemessig involveres i faglig utvikling av BFT.

4.2.1.7 Rekruttere gjennom god praksis for studenter

Færre fastleger tar imot studenter i legepraksisen og færre fastleger har kommunale deltidsstillinger. Dette fører til at studentene får mindre innblikk i de kommunale legetjenestene. Hvis Trondheim kommune skal være en attraktiv arbeidsgiver for kommende leger, både næringsdrivende fastleger og leger i kommunale stillinger, må studenter oppleve at kommunen er et faglig godt og spennende sted å arbeide. For å gjøre legearbeid i helsestasjon, helse- og velferdssenter og helsehus mer kjent og attraktivt, kan et tiltak være å legge bedre til rette for studenter i forbindelse med utplassering i allmennpraksis og opprette studentstillinger på helsehus.

Det er startet et samarbeid med NTNU og legevakta om medisinerstudenter på legevakt. Det er foreslått enkeltdager hvor medisinerstudentene veiledes av allmennleger som har meldt seg til studentundervisning, og hvor de skal ha pasienter under veiledning. Dette arbeidet har pr i dag stoppet opp på grunn av manglende finansiering. Samarbeidet med NTNU må søke å avklare situasjonen nærmere.

Tiltak:

- Samarbeidet med NTNU om utdanning av leger videreutvikles, for å gi medisinstudenter en god og variert praksis i kommunen

4.2.2 Organisering og samhandling

Trondheim kommune skal ha en organisering av allmennlegetjenesten som ivaretar samhandling både i og utenfor Trondheim kommune.

Mye av samarbeidet legene er en del av, har en forankring i nasjonale og lokale avtaler og for øvrig som følge av samarbeidsavtaler kommunen har inngått.

4.2.2.1 Styrket oppfølging av kommunalt ansatte leger

Enhet for legevakt, legetjenester og smittevernarbeid (ELLS) har personalmessig, faglig og økonomisk ansvar for leger som arbeider i ulike allmennmedisinske legestillinger på forskjellig type enheter. Det er utfordringer knyttet til dimensjonering av tjenestene, forventninger til legenes rolle og ansvar og integrering av legene i det faglige utviklingsarbeidet der de arbeider. Det er behov for å styrke faglig ledelse og koordinering av de legene i kommunale (deltids)stillinger og et tettere samarbeid mellom ELLS og tjenestesteder med leger i teamet for å avklare roller og ansvar og skape en god faglig integrering.

Tiltak:

- Det utredes tiltak for integrering av legene i det faglige utviklingsarbeidet på tjenestestedene
- Faglig ledelse og koordinering av kommunalt ansatte leger styrkes

4.2.2.2 Helsetjenester til studenter

Kommunen har etter kommunehelseloven et ansvar for å sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Helsetjenestetilbudet til studenter er utilstrekkelig.

Det er behov for at studenter som trenger det, kan få fastlege i Trondheim. En bedre kapasitet i fastlegeordningen vil legge til rette for dette. En egen fastlegeordning for studenter er lite aktuelt innenfor dagens regelverk og med dagens kapasitet i fastlegeordningen.

Sit har et samarbeid med et legekantor om helsestasjon for studenter vedrørende seksuell helse en ettermiddag i uken. Tilbudet er klart utilstrekkelig og det har tidligere vært arbeidet med

løsninger for å utvide dette tilbudet ved at også studenter kan benytte helsestasjon for ungdom. Dette arbeidet strandet av økonomiske årsaker, men det er behov for å gjenoppta et arbeid for å øke helsestasjonstilbudet for studenter innen seksuell helse.

Tiltak:

- Det gjenopptas et arbeid med å øke helsestasjonstilbudet for studenter innen seksuell helse

4.2.3 Kompetanse og kvalitet

Trondheim kommune skal videreutvikle sin rolle som utdanningsvirksomhet for allmennleger og styrke arbeidet med kvalitetsforbedring.

For å gjøre det, må vi legge til rette for spesialiseringsløp i alle legetjenester, tilby intern kompetanseheving, stimulere til videreutdanning, arbeide målrettet med kvalitet og fagutvikling og øke interesse for og gjennomføring av forskningsaktivitet og samarbeid med utdanningsinstitusjoner.

4.2.3.1 Kompetanseheving fastleger

Stimulering til kompetanseheving generelt er ett av flere tiltak som er ansett å være både rekrutterende og stabiliserende for leger i kommunene. Det er også ønskelig å styrke fastlegenes kompetanse innen fagområder knyttet til befolkningsgrupper med særlige behov, men dette krever at det legges til rette for at legene velger slike kurs. En måte kan være å utvikle lokale kurs og kompensere for deltagelse på kurs innenfor utvalgte fagområder, f.eks. innen eldremedisin, legevaktmedisin, utviklingshemming og rus- og psykiatri. Slik kan kommunen legge til rette for kompetanseheving for fastleger innenfor prioriterte fagområder.

Det bør også stimuleres til at fastleger med deltidsstilling i andre kommunale allmennlegestillinger og i legevakta, tar del i kurs- og kompetanseheving på arbeidstedet.

Det finnes for øvrig gode kursordninger for leger i regi av legeforeningen som tilbyr en rekke ulike kurs og dekker reise- og oppholdsutgifter etter søknad.

Det er et nasjonalt mål at flere skal kunne bli boende i hjemmet livet ut. Dette innebærer at innbyggere med behov for hjelp får oppfølging av sine fastleger og kommunale helse- og velferdstjenester. Det er i den sammenheng ønskelig å styrke kompetansen innen geriatri og lindrende behandling blant fastlegene. Det foreslås å gi fastleger mulighet til å arbeide (hospitere) ved helsehus i tre til seks måneder, noe som kan øke kompetansen innen geriatri eller lindrende behandling. Dette er spesielt aktuelt for ALIS som må arbeide et halvår med en selektert pasientgruppe som ledd i spesialiseringen. Dette skjer vanligvis på sykehus, men helsehusene fyller også vilkårene for å kunne være læringsarena for allmennleger (ALIS) under spesialisering.

Tiltak:

- Det etableres en kurspott for fastleger for deltagelse på lokale kurs innen prioriterte områder og for kurs som har særlig relevans til kommunal deltidsstilling
- Det opprettes 1 årsverk hospiteringsstilling for fastleger i helsehus

4.2.3.2 Kompetanseheving på legevakta

Mange leger som ikke regelmessig tar sine vakter, kjenner på en utrygghet. Dette gjelder både rutiner ved legevakta og journalsystemet som krever opplæring og jevnlig bruk for å kunne håndteres effektivt. Det er behov for kompetanseheving i form av kurs for nye leger og leger som ikke har tatt vakter siste året, samt samhandlingstrening, fagdager og årlige oppfriskningskurs for alle leger som tar vakter. Jf. for øvrig kap 4.2.3.1.

Tiltak:

- Det utarbeides opplæringskurs og resertifiseringskurs for leger i legevakt
- Det sikres strukturert opplæring og support på Helseplattformen for legevaktsleger

4.2.3.3 Kompetanseheving i andre allmennmedisinske stillinger

Det er rekrutterende å ha forutsigbare og attraktive ALIS-løp i alle allmennmedisinske stillinger. Dette inkluderer varierte arbeidsoppgaver, god faglig støtte og veiledning og tilrettelegging for åpen, uselektert allmennpraksis og deltakelse i legevakt. Det er nødvendig å sikre tilstrekkelig veiledningskapasitet, noe som i dag særlig er en utfordring for kommunale legetjenester.

Det er videre stabiliserende å sikre ferdige spesialister mulighet for etterutdanning innen relevante områder, f.eks. kompetanseområdet for palliasjon eller alders- og sykehjemsmedisin.

Leger bør få mulighet til å delta på internundervisning og fagdager med øvrig personell på arbeidsstedet.

Tiltak:

- Legge til rette for etterutdanning og videre fagutvikling etter oppnådd spesialitet for leger i andre allmennlegestillinger
- Øke kapasiteten for veiledning med egne deltidsstillinger

4.2.3.4 Kvalitet i tjenesten

Kommunen er i fastlegeforskriften pålagt å sørge for at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet og at tjenestene er i tråd med krav fastsatt i helse- og omsorgslovgivningen og i forskrifter gitt med hjemmel i disse lovene. Ansvarer gjelder uavhengig av om tjenestene ytes av ansatte leger eller det inngås avtaler med selvstendig næringsdrivende leger om å yte tjenestene. Det foreligger lite informasjon om kvaliteten på

tjenestene som ytes både på samlet legegruppe og legekotornivå i Trondheim, men det finnes noe nasjonal statistikk og kjennetegn som kan være et godt utgangspunkt for lokalt kvalitetsarbeid. Legesentrene har systemer for styring og kvalitet i tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, men det er lite kjent hvordan disse brukes.

Dagens arena for dialog mellom fastleger og kommunen er i hovedsak Lokalt samarbeidsutvalg (LSU), som består av tillitsvalgte, kommuneoverleger og ELLS og kommunalsjef. Det er behov for en tettere kontakt med de enkelte legesentrene, for å holde hverandre gjensidig oppdatert, fange opp utfordringer og muligheter og drøfte ulike typer tema av betydning for alle legesentre. Dette kan for eksempel være interne tema som sikkerhet, beredskap, kvalitetssystem og internavtaler eller samarbeidsrutiner mellom legekotorene og ulike kommunale helse- og velferdstjenester. Dette vil både gi ELLS en bredere forståelse av situasjonen ved legesentrene og legesentrene kan få nyttige innspill fra hverandre. En slik dialog kan oppnås ved å opprette en kommunal samhandlingsstilling ved hvert legesenter slik man har gjennomført i Tromsø. Tiltaket er etterspurt av fastlegenes tillitsvalgte. I første omgang etableres deltidsstillinger på 2,5 prosent ved hvert legesenter.

Leger i kommunale stillinger i andre deler av tjenesten bør involveres i kvalitetsarbeidet som skjer der de jobber, Jf. kapittel 4.2.2.1

Tiltak:

- Det etableres en kommunal samhandlingsstilling på hvert legesenter

4.2.4 Innovasjon og utvikling

Trondheim kommune skal aktivt bidra til god ressursutnyttelse og bærekraft i allmennlegetjenesten.

Legetjenesten har stor betydning for ressursbruken og utvikling av andre deler av helse- og velferdstjenesten og det må det legges til rette for deres representasjon i utvikling av tjenestene og deltakelse i utviklingsarbeid.

Legene arbeider kontinuerlig med bedre ressursutnyttelse og bærekraft i egen praksis og i kommunens helse- og velferdstjenester. De bidrar til innovasjon og utvikling på flere måter, og innehar mye verdifull erfaring og kunnskap om pasienter og pasientforløp. Gjennom jevnlig dialog med legene, der innovasjon og utvikling er et tema, kan det identifiseres områder og tema for fagutvikling og nye utviklingsprosjekter. Ved å sette innovasjon og utvikling på dagsorden for møtene mellom legekotorene og ELLS, kan både de ulike fastlegekotorene og kommunen lettere fange de gode ideene for utvikling, utprøving av nye arbeidsformer og ta i bruk nye verktøy og ny teknologi. Dette vil særlig være relevant ved etablering av samhandlingsstillingene jf. kap 4.2.3.

Tiltak:

- Innovasjon og utvikling skal være del av den jevnlige dialogen kommunen har med sine fastleger

4.3 Økonomiske og administrative konsekvenser av tiltakene

Tiltaksplan for legetjenesten inneholder tiltak som innebærer økte kostnader i løpet av planperioden. Samtidig vil tiltak i planen kunne bidra til å redusere kostnadsveksten framover. For eksempel kan tiltak som medfører god rekruttering og stabil legedekning bidra til å redusere kostnader til administrasjon og vikarbruk.

Noen tiltak i denne planen trenger nærmere utredning av økonomiske og administrative konsekvenser, inkludert mulige gevinster. Andre tiltak kan gjennomføres innenfor gjeldende budsjetttrammer uten at det kreves særskilte vedtak. I oppfølging av tiltaksplanen bør man starte med de høyest prioriterte tiltakene slik det fremgår av tabell med samlet oversikt.

Innføring av tiltak som har vesentlige økonomiske konsekvenser skal vurderes i forbindelse med de årlige budsjettprosessene i kommunen, og om de skal tas inn i forslag til handlings- og økonomiplan i tiltaksplanens periode fra 2024-2028.

4.4 Samlet oversikt over alle tiltak etter satsingsområde og anslått kostnad

Tiltaksplanen har mange tiltak, og noen haster mer og er viktigere enn andre. Tiltakene som skal føre til bedre rekruttering, stabilitet og høyere kompetanse bør prioriteres høyest. Tiltak merket med blå bakgrunn bør innføres først.

	Tiltak	Anslått merbehov
Rekruttere og beholde		
1	Leger som etablerer helt nye legesentre for selvstendig næringsdrift tilbys et engangstilskudd på 300 000 kroner per lege for inntil fem leger per legesenter	1.500 000
2	Legesentre med tre leger eller færre som utvider virksomheten i nye lokaler, tilbys et engangstilskudd til legesenteret på 100 000 kroner for hver nye lege som tilknyttes virksomheten.	300 000
3	Kommunen etablerer et nytt kommunalt legesenter med minst fem fastlønnede leger (engangs investeringskostnad).	2.000 000
4	Ved utfordringer med rekruttering til en fastlegeavtale, skal ELLS i samarbeid med legesenteret foreta en gjennomgang av årsaker og legge en plan for tiltak.	Innenfor budsjett
5	Muligheten for midlertidig fritak av kommunal deltidsstilling opprettholdes i planperioden.	Innenfor budsjett
6	Fastleger som har kommunal deltidsstilling prioriteres for reduksjon av listelengde.	Innenfor budsjett
7	Det utredes nærmere hvordan kommunen i samarbeid med fastlegene kan bidra til bedre vikarordninger.	Innenfor budsjett
8	Det etableres overlegestillinger som kombinerer klinisk arbeid og fagutviklingsarbeid på Legevakta på dagtid.	Må utredes
9	ELLS samarbeider med tillitsvalgte om tydeligere regler for vaktplikt og fritak fra vakt.	Innenfor budsjett
10	Det settes av ressurser til vikar for leger med avtalefestet utdanningspermisjon.	1.500 000
11	Antall leger økes i henhold til lokal norm for legetimer i helse- og velferdssenter og helsehus (økning 2,3 årsverk)	3.000 000
12	Lokal norm for legetimer i sykehjem og helsehus revurderes i planperioden	Må utredes
13	Legestillinger i BFT finansiert med tilskuddsmidler legges inn i ordinært budsjett	1.550 000
14	Legenes rolle og oppgaver i BFT skal gjennomgå, og legene skal rutinemessig involveres i faglig utvikling av BFT	Innenfor budsjett
15	Samarbeidet med NTNU om utdanning av leger videreutvikles, for å gi medisinstudenter en god og variert praksis i kommunen	Må utredes
Organisering og samhandling		

16	Det utredes tiltak for integrering av legene i det faglige utviklingsarbeidet på tjenestestedene	Må utredes
17	Faglig ledelse og koordinering av kommunalt ansatte leger styrkes	Må utredes
18	Det gjenopptas et arbeid med å øke helsestasjonstilbudet for studenter innen seksuell helse	Må utredes
Kompetanse og kvalitet		
19	Det etableres en kurspott for fastleger for deltagelse på lokale kurs innen prioriterte områder og for kurs som har særlig relevans til kommunal deltidsstilling	2 000 000
20	Det opprettes 1 årsverk hospiteringsstilling for fastleger i helsehus.	1.500 000
21	Det utarbeides opplæringskurs og resertifiseringskurs for leger i legevakt.	1.000 000
22	Det sikres strukturert opplæring og support på Helseplattformen for legevaktsleger.	750 00
23	Legge til rette for etterutdanning og videre fagutvikling etter oppnådd spesialitet for leger i andre allmennlegestillinger	1.000 000
24	Øke kapasiteten for veiledning med egne deltidsstillinger.	900 000
25	Det etableres en kommunal samhandlingsstilling på hvert legesenter.	1.500 000
Innovasjon og utvikling		
26	Innovasjon og utvikling skal være en del av den jevnlige dialogen kommunen har med sine fastleger	Innenfor budsjett

5.0 [Vedlegg til tiltaksplan for legetjenesten 2024 - 2028](#)

Vedlegg 1 - Nøkkeltall for legetjenesten i Trondheim og utviklingen i forrige planperiode

Vedlegg 2 - Lokal norm for legetimer i helse- og velferdssenter og helsehus

Vedlegg 3 - Politiske vedtak i Trondheim med betydning for legetjenesten

Vedlegg 4 - Spørreundersøkelsene til fastlegene og legekantorene

Vedlegg 5 - Gjeldende kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Vedlegg 6 - Lover, forskrifter og sentrale avtaler som er relevante for allmennlegetjenesten

Vedlegg 7 - Andre kommuners strategier og tiltak for å møte utfordringene i allmennlegetjenesten

Vedlegg 8 - Kartlegging utført av Sintef om avlønningsformer ved legevaktstjenesten i de norske storbykommunene

Trondheim kommune
Postboks 2300 Torgarden
7004 Trondheim

www.trondheim.kommune.no

