



Ås kommune

*Miljø, mangfold og muligheter*

## **Temaplan for legetjenestene 2024–2036**

Vedtatt i kommunestyret 12.2.2025





# Innhold

1	Sammendrag .....	5
2	Innledning .....	6
3	Rammer og føringer.....	8
3.1	Juridisk rammeverk.....	8
3.1.1	Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester med forskrifter.....	8
3.1.2	Helsestasjon .....	8
3.1.3	Helsetjenester for flyktninger .....	9
3.1.4	Spesialisering .....	9
3.1.5	Folkehelseloven.....	9
3.1.6	Smittevernloven .....	10
3.1.7	Miljørettet helsevern .....	10
3.1.8	Helseberedskap.....	10
3.1.9	Psykisk helsevernloven .....	11
3.1.10	Setterekvirent .....	11
3.2	Sentrale avtaler .....	11
3.3	Lokale føringer.....	12
4	Dagens situasjon .....	13
4.1	Allmennmedisin .....	14
4.1.1	Fastlegeordningen .....	15
4.1.2	Ås kommunale fastlegekontor.....	15
4.1.3	Attraktive betingelser i Ås .....	17
4.1.4	Rekrutteringsbehov fastleger.....	18
4.1.5	Veiledere .....	21
4.1.6	Avlønning fastleger .....	22
4.1.7	Sykehjem og helsestasjon.....	24
4.1.8	Organisering av allmennlegene.....	27
4.1.9	Samhandlingsarenaer.....	28
4.2	Samfunnsmedisin.....	29
4.2.1	Kommuneoverlegens arbeidsoppgaver .....	29
4.2.2	Organisatorisk tilhørighet.....	31
4.2.3	Stillingsstørrelse kommuneoverlege .....	32
4.2.4	Folkehelse, samfunnsmedisin, smittevern og beredskap.....	33

4.2.5	Stedfortreder kommuneoverlege.....	34
5	Prioriterte tiltak .....	35
5.1	Overordnet tilnærming.....	35
5.2	Fleksibel avlønning .....	37
5.3	Administrative ressurser fastlegeordningen.....	40
5.4	Økt fastlegekapasitet .....	40
5.5	Samfunnsmedisinske ressurser .....	41
5.6	Fleksible vikarordninger .....	42
5.7	Helsestasjon.....	43
5.8	Sykehjem .....	44
5.9	Migrasjonshelse .....	45
6	Tiltaksplan .....	46

# 1 Sammendrag

Temaplan for legetjenestene i Ås er et styringsverktøy for alle kommunens legeressurser, og omhandler både allmennmedisin og samfunnsmedisin. Planen omhandler tolvårsperioden 2024–2036.

Innen allmennmedisin har kommunen leger i fastlegeordningen, på sykehjem og på helsestasjon. Disse har en viktig rådgivende og behandlende rolle i kommunens helsetjenester. Kommuneoverlegefunksjonen er samfunnsmedisinsk. Den har lovpålagte oppgaver innen hovedsakelig medisinskfaglig rådgivning, smittevern, folkehelse, miljørettet helsevern og helseberedskap.

Dette er en viktig tid å planlegge videre utvikling av kommunens legetjenester. Fastlegene i Ås har levert stabile og gode tjenester i mange år, men kommunen har per i dag allerede for få leger både i fastlegeordningen og i andre kommunale legeoppgaver. Dette skjer samtidig som mange kommuner opplever utfordringer med å rekruttere leger, Ås kommune forventer befolkningsvekst, og det pågår et generasjonsskifte blant våre fastleger.

Kommunen har ansvar for å sørge for nødvendige helsetjenester til alle om oppholder seg i kommunen. Dette inkluderer også fastlegeordningen. Basert på eksisterende etterslep og forventet befolkningsvekst de neste tolv årene, vil kommunen trenge å opprette rundt 10 000 nye plasser på fastlegelister. Tar man i tillegg høyde for at flere fastleger vil komme til å gå av med pensjon de neste årene, er det totale rekrutteringsbehovet på mellom 20 og 30 hele legeårsverk de neste tolv årene til fastlegeordningen alene. I tillegg kommer flere legeressurser til andre kommunale legeoppgaver, samt et mer eller mindre konstant behov for vikarer.

Det vil kreve en stor innsats med å rekruttere, tilrettelegge og koordinere for å klare å både opprettholde dagens stabilitet, og samtidig øke kapasiteten i legetjenestene. Dette henger også sammen med at alle kommuner nå må fungere som utdanningsvirksomhet for leger i spesialisering. I takt med at nye leger starter i kommunen og kommunen har ansvar for å tilrettelegge for deres spesialiseringsløp, vil det også kreves en helt annen kommunal involvering enn tidligere.

Kommunen trenger å sette av nok administrative ressurser og gi tilstrekkelig økonomisk handlingsrom for at disse utfordringene skal kunne løses på en dynamisk, effektiv og god måte i årene fremover. Det er fortsatt tid til å være i forkant med å møte en del av disse utfordringene, og dette vil være viktig for å unngå å havne i en negativ spiral med løsninger som både kan bli dyre og gi dårligere kvalitet på helsetjenestene til kommunens innbyggere.

Gode legetjenester er en viktig del av grunnlaget for at Ås skal kunne være en god kommune å bo i.

## 2 Innledning

Temaplan for legetjenestene i Ås er et viktig styringsverktøy for legetjenestene i kommunen, og skal sikre kvalitet, retning og forutsigbarhet for lokalpolitikere, kommuneadministrasjon, legene, alle samarbeidende aktører både innenfor og utenfor kommuneorganisasjonen, og alle innbyggerne i kommunen. Planen dekker tolvårsperioden 2024–2036.

Temaplan for legetjenestene skulle opprinnelig inngå som en del av «Temaplan for helse og mestring». Denne inngår i kommunens planstrategi 2021–2024, og dekker kommunale helse- omsorgstjenester til de som er 19 år og oppover. Temaplan for legetjenestene dekker imidlertid mer enn dette. For allmennmedisin dreier dette seg mest om området oppvekst, og dermed også innbyggere som er under 18 år. For samfunnsmedisin er nedslagsfeltet større deler av både samfunnet og det kommunale organisasjonskartet.

Samtidig har det også vært viktig å få tatt tak i utfordringene som fastlegetjenesten står overfor nå. Det ble derfor administrativt besluttet å lage en egen temaplan for legetjenestene i Ås.

Planen ivaretar kravet i punkt 6.2 i rammeavtalen (ASA 4310) mellom KS og Den norske legeforening om at «Kommunen skal utarbeide plan for legetjenesten i kommunen.» Forrige plan for legetjenestene i Ås kommune ble vedtatt 11.04.2007, som innebærer at dagens plan i liten grad kan basere seg på tidligere eller sammenlignbare planer.

Planen gir retning og målsetninger innen både allmennmedisin og samfunnsmedisin, og inkluderer både kommunalt ansatte og selvstendig næringsdrivende fastleger med refusjonsavtale med Helfo. Kommunen har følgende legefunksjoner: Innen allmennmedisin fastlege, sykehjemslege, og helsestasjonslege, og innen samfunnsmedisin kommuneoverlege.

Legeressurser knyttet til legevakt og kommunal akutt døgnetenhet (KAD), er ikke del av planen, da disse tjenestene dekkes gjennom vertskommunesamarbeid med Nordre Follo kommune, og ivaretas av Follo medisinske senter (FMS). Kommunen har heller ikke fengselshelsetjeneste.

Denne temaplanen er tredelt. Første del omhandler rammer og føringer. Andre del gjør rede for situasjonen per i dag. Tredje del inneholder mål for arbeidet og prioriterer tiltak for å nå disse målene.

Det er mye i kommunens legetjenester som fungerer godt per i dag, men det haster med å forberede seg for fremtiden: I samfunnsmedisin avdekket covid-19-pandemien i 2020–2022 sårbarhet i kommuneoverlegefunksjonen. Helseberedskap har generelt fått økt oppmerksomhet, og behovet for medisinsk faglig rådgivning og smittevernarbeid er stadig til stede. Kommunen er også på etterskudd med lovpålagt arbeid innen miljørettet helsevern.

Innen allmenmedisin opplever mange kommuner i Norge i dag utfordringer med å opprettholde et stabilt fastlegetilbud til sine innbyggere. Ås kommune har på sin side hatt en meget stabil fastlegeordning, men har likevel per i dag et underskudd av fastleger. Behovet for rekruttering øker ytterligere ved at det pågår et generasjonsskifte blant fastlegene i kommunen, samtidig som det forventes en betydelig befolkningsvekst i årene fremover.

## 3 Rammer og føringer

Legetjenestene er en bærebjelke i kommunens helsetjenester, og er omtalt i en rekke lovverk. Allmennmedisinsk gjelder dette både innen fastlegeordningen, og som ledd i kommunens tjenestetilbud på sykehjem og helsestasjon. Kommunens samfunnsmedisinske ressurser fyller lovpålagte roller innen blant annet rådgivning, smittevern, folkehelse og helseberedskap.

### 3.1 Juridisk rammeverk

**3.1.1 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester med forskrifter**  
[Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd](#) fastslår kommunens sørge for-ansvar: «Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.» Dette inkluderer legetjenester.

Det er et generelt krav om å ha tilsatt lege i tjenestene listet opp i [helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2](#). Dette kravet spesifiseres blant annet i [forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie § 3-2](#): «Boformen skal ha tilknyttet [...] en lege som skal ha ansvaret for den medisinske behandling».

Både kommunens og legenes ansvar innenfor fastlegeordningen, er nærmere beskrevet i [fastlegeforskriften](#).

[Helse- og omsorgstjenesteloven § 5-5](#) slår fast at: «Kommunen skal ha en eller flere kommuneleger» og at «Kommunelegen skal være medisinskfaglig rådgiver for kommunen.» Denne rådgivningen kan være knyttet til for eksempel organisering, samhandling, prioriteringer og kvalitetsarbeid. Sistnevnte er utdypet i [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#).

### 3.1.2 Helsestasjon

Med utgangspunkt i helse- og omsorgstjenesteloven og folkehelseloven, plikter kommunen å ha en helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Dette er nærmere beskrevet i [forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten](#).

Tjenesten er helsefremmende og forebyggende, og en sentral del av det kommunale folkehelsearbeidet. Målgruppen er «gravide, nyfødte, barselkvinner og deres partnere og barn og ungdom 0–20 år». Tilbudet inkluderer vaksinasjon etter [Barnevaksinasjonsprogrammet](#).

Lovteksten har ingen eksplisitte krav til lege på helsestasjon eller i skolehelsetjenesten, men Helsedirektoratet har i [nasjonal faglig retningslinje](#) angitt hvilke undersøkelser som skal utføres på helsestasjon, og flere at disse mener de bare kan utføres forsvarlig av lege.



### 3.1.3 Helsetjenester for flyktninger

En del kommuner har en egen flyktninghelsetjeneste. Dette har bakgrunn i at denne gruppen ofte har en del felles problemstillinger, som skiller seg noe fra resten av befolkningen. Det er ikke et eksplisitt lovkrav å ha en slik tjeneste, men loven sier at asylsøkere har rett på helsetjenester som andre innbyggere. Det samme gjelder flyktninger og familiegjenforente, så lenge oppholdet er ment å vare lengre enn tolv måneder. Helsedirektoratet har laget en nasjonal veileder for [Helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente](#). Ås kommune har per i dag ingen fast flyktninghelsetjeneste.

### 3.1.4 Spesialisering

Fra 01.03.2017 ble det introdusert ny [forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger \(spesialistforskriften\)](#). Denne inneholdt grunnleggende endringer i hvordan en lege kan bli spesialist. Endringene berører alle spesialiteter, og dermed for kommunen sin del spesialisering i samfunnsmedisin og allmenntmedisin. Den nye modellen innebærer generelt betydelig økte krav til kommunal involvering i legers spesialiseringsløp.

Kommunen må blant annet for hver spesialitet oppfylle kravene til å bli en registrert utdanningsvirksomhet. Denne rollen innebærer et administrativt ansvar knyttet til tilrettelegging og oppfølging. Alle sider ved den enkelte leges utdanningsløp skal sammenfattes i individuelle utdanningsplaner. Dette innebærer også et ansvar for å ha tilstrekkelig med veiledere til dem som er i spesialisering. Innen allmenntmedisin omtales strukturerte stillinger som leder frem mot å bli spesialist ofte som ALIS-stillinger («allmenntlege i spesialisering»). Kommunen kan her få dekket merkostnader gjennom å søke på ALIS-tilskudd.

[Forskrift om kompetansekrav for leger](#) fastsatte også fra samme dato at alle som skal jobbe i den kommunale helse- og omsorgstjenesten med fast avtale, eller i vikariatet på mer enn ett år, må enten spesialist eller i spesialisering.

### 3.1.5 Folkehelseloven

[Folkehelseloven § 27](#) pålegger kommunen å «ha nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse» og at:

*Det skal ansettes en eller flere kommuneleger som medisinsk-faglig rådgiver for kommunen for å ivareta blant annet:*

- a. samfunnsmedisinsk rådgivning i kommunens folkehelsearbeid, [...]*
- b. hastekompetanse på kommunens vegne i saker innen miljørettet helsevern, smittevern og helsemessig beredskap og*
- c. andre oppgaver delegert fra kommunestyret.*

Kommunen plikter å jobbe systematisk og kunnskapsbasert med folkehelsearbeid, deriblant lage en folkehelseoversikt, jf. [forskrift om oversikt over folkehelsen](#).

### 3.1.6 Smittevernloven

Alle kommunens leger jobber med smittevern, men kommuneoverlegens overordnede rolle på dette feltet er eksplisitt utdypet i [smittevernloven](#), særlig § 7-2. Rollen innebærer blant annet å utarbeide en smittevernplan for kommunen, bistå i kvalitetsarbeid og å drive informasjonsarbeid til befolkningen.

Fra smittevernloven springer også en rekke av forskrifter som direkte berører kommuneoverlegens arbeid. I tillegg kommer annet smittevernrelatert lovverk som ikke ligger under smittevernloven, som [forskrift om smitteforebyggende tiltak mot visse antibiotikaresistente bakterier hos svin](#). Denne forskriften er særlig relevant i Ås, siden vi er både en jordbrukskommune og vertskommune for Veterinærhøgskolen.

### 3.1.7 Miljørettet helsevern

Miljørettet helsevern er et fagområde som har sin lovmessige forankring i [folkehelseloven kapittel 3](#). § 8 inneholder en definisjon: «Miljørettet helsevern omfatter de faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Disse omfatter blant annet biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer». I Ås kommune er oppfølgingen av dette kapittel delegert fra kommunestyret til kommuneoverlegen. Denne delegeringen kommer i tillegg til hastekompetansen som allerede er direkte tillagt kommuneoverlegen i loven.

Arbeidet baseres blant annet på en rekke forskrifter, som:

- [Forskrift om miljørettet helsevern](#)
- [Forskrift om helse og miljø i barnehager, skoler og skolefritidsordninger](#)
- [Forskrift om hygienekrav for frisør-, hudpleie-, tatoverings- og hulltakingsvirksomhet mv.](#)
- [Forskrift for badeanlegg, bassengbad og badstu mv.](#)
- [Forskrift om gjødselvarer mv. av organisk opphav](#)
- [Drikkevannsforskriften](#)

Fagområdet grenser opp mot flere andre lovverk, og avgrensningen er ikke alltid så opplagt. Eksempler er faktorer som kan påvirke helsen i [plan- og bygningsloven](#), [forurensningsloven](#) med [forskrifter](#), og [tivoliloven](#) med [forskrift](#). Sistnevnte lovverk er relevant for Ås kommune med tanke på at landets største fornøylespark – Tusenfryd – ligger her.

Arbeidet med dette fagområdet innebærer både å gi medisinskfaglige råd til kommunens planarbeid og saksbehandling, tilsynsansvar for både kommunale, fylkeskommunale og private virksomheter, samt klagesaksbehandling.

### 3.1.8 Helseberedskap

[Helseberedskapsloven § 1-1 andre ledd](#) slår fast at «virksomheter loven omfatter [skal] kunne fortsette og om nødvendig legge om og utvide driften under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid, på basis av den daglige tjeneste, oppdaterte planverk og regelmessige øvelser, slik det er bestemt i eller i medhold av loven.»

Beredskap bør være et element i all planlegging og organisering av kommunalt helsearbeid, inkludert for de tjenester som i listen i lovens § 1-3 omtales som «b. private som i henhold til lov eller avtale tilbyr helse- og omsorgstjenester eller sosialtjenester til befolkningen», og «c. private som uten formell tilknytning til kommune, fylkeskommune, regionalt helseforetak eller staten tilbyr helse- og omsorgstjenester eller sosialtjenester». Dette innebærer blant annet selvstendig næringsdrivende fastleger. Loven slår klart fast at kommunal helseberedskap skal vektlegge god samhandling med aktører også utenfor kommunens egen organisasjon.

Kommuneoverlegen spiller en sentral rolle i kommunens helseberedskap, både som rådgiver, ved å inneha kommunens hastekompetanse på området, gjennom å kunne aktivere kommunens psykososiale kriseteam, og som fast medlem av kommunens kriseledelse.

### **3.1.9 Psykisk helsevernloven**

Den kommunale delen av [lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern \(psykisk helsevernloven\)](#) omhandler blant annet undersøkende allmennleges rolle i etablering av tvungent psykisk helsevern (§§ 3-2 og 3-3), og kommuneoverlegens myndighet til å fatte vedtak om tvungen legeundersøkelse (§ 3-1).

I tillegg til vanlig legevaktfunksjon, og dermed ansvar for tvangsinnleggelse når fastlegefunksjonen er utilgjengelig, har legevakten ved Follo medisinske senter (FMS) i Ski også delegert myndighet til å fatte vedtak om tvungen legeundersøkelse i tilfeller der kommuneoverlegen i Ås er utilgjengelig.

### **3.1.10 Setterekvirent**

I [helsepersonelloven § 63](#) står det at dersom en lege i kommunen mister eller frasier seg retten til å rekvirere legemidler i gruppe A eller B (vanedannende legemidler), så skal kommuneoverlegen – eller noen utpekt av denne – fungere som setterekvirent for legen. Helsetilsynet har utarbeidet et [rundskriv](#) som gir nærmere informasjon om dette.

## **3.2 Sentrale avtaler**

Det er tre [sentrale avtaler](#) mellom KS og Den norske legeforening (Dnlf), som regulerer legetjenestene i kommunen:

- ASA 4310 (rammeavtalen) omhandler rammene for samarbeidet mellom kommunen og næringsdrivende fastleger. Denne avtalen ble nylig fornyet for første gang på ti år med ikrafttredelse 01.04.2024.
- SFS 2305 (kommunelegeavtalen eller særavtalen) regulerer legevakt, samfunnsmedisinsk arbeid og arbeidsforholdene for leger i spesialisering del 1 (LIS1) i kommunen.
- ASA 4301 (statsavtalen) omhandler økonomiske vilkår for allmennleger med kommunal fastlegeavtale og legespesialister med avtalepraksis.

### **3.3 Lokale føringer**

Temaplan for legetjenestene har i kraft av å omhandle både allmennmedisin og samfunnsmedisin en ganske stor kontaktflate mot andre kommunale planer.

Overordnet forholder den seg til gjeldende kommuneplan for Ås kommune, som ble vedtatt 15.06.2022 for tolvårsperioden 2022–2034.

Den må også ses i sammenheng med sektorplanene «Temaplan for helse og mestring» og «Temaplan for helhetlige tjenester til barn og unge i Ås». Eksempler på andre koblinger er innen folkehelseområdet til «Temaplan for fysisk aktivitet, idrett og friluftsliv», innen miljørettet helsevern til blant annet reguleringsplaner, og innen helseberedskap til helhetlig risiko- og sårbarhetsanalyse med tiltaksplan.

Både kommuneplan og planstrategi beskriver en rekke faktorer og mål som indirekte medfører at gode legetjenester vil være viktig i årene fremover. Blant annet omtaler planstrategien på side 11 en punktliste med utfordringer for fremtidens kommunale helsetjenester. Tilstrekkelig tilgang på gode legeressurser er avgjørende for å kunne håndtere blant annet en aldrende befolkning, at folk skal bo lengre hjemme, økt behov for tverrfaglig samarbeid, mer spesialiserte tjenester på sykehjem, og utfordringer knyttet til lav arbeidslivsdeltagelse.

## 4 Dagens situasjon

Statistisk sentralbyrå (SSB) oppgir at Ås kommune per inngangen til 3. kvartal 2023 hadde 21 419 registrerte innbyggere. Det er usikkert hvor mange av de omtrent 6300 studentene ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet (NMBU), som er registrert bosatt i kommunen.

Status for kommunens fastlegeordning var per 01.07.2023 til sammen syv fastlegekontorer med til sammen 15 fastlegehjemler, hvorav alle var besatt. Den totale reelle listekapasiteten var 16 889. Ingen fastlege hadde ledig plass på sin liste, og ingen fastlegekontorer har per i dag meddelt ønske og kapasitet til å utvide med kontor plass til flere leger.

Til sammen stod 834 personer offisielt på venteliste til ny fastlege i kommunen. Det er usikkert hva det reelle antallet personer som umiddelbart ønsker fastlege i kommunen er. Dette både fordi 834 kan inkludere personer som allerede har fastlege i kommunen, og fordi det kan være at en del innbyggere velger fastlege i en annen kommune, i stedet for å sette seg på venteliste til fastlege i Ås kommune. I realiteten er trolig tallet på personer som ønsker ny fastlege i Ås kommune betydelig høyere.

Disse tallene innebærer at kommunen har et betydelig underskudd av plasser på fastlegelister, noe som innebærer at det både er vanskelig for eksisterende innbyggerne å skifte fastlege, og for nye innbyggere – inkludert flyktninger – å finne seg en fastlege i Ås.

Helfo har ikke tilgjengelige tall for hvor mange personer i kommunen som faktisk får ny fastlege per måned, og den reelle muligheten til å skifte fastlege gjennom å stå på venteliste er dermed ukjent, men forutsettes lav.

Tabell 1: Legeressurser i Ås kommune.

Legeressurs	Årsverk
Fastlege	13,0
Helsestasjon	1,3
Sykehjem	2,3
Migrasjonshelse	0,0
Kommuneoverlege	1,0
LIS1 (tidl. turnuslege)	3,0
<b>SUM</b>	<b>20,6</b>

Kommunen har også allmennleger ansatt på sykehjem og helsestasjon, se underkapittel [Sykehjem og helsestasjon](#). Ås har per i dag ingen fast legestilling innen migrasjonshelse, men har de siste par årene tidvis hatt en midlertid stilling i forbindelse med flyktningstrømmen fra Ukraina.

Innen samfunnsmedisin har kommunen én kommuneoverlegestilling på 100 %.

I tillegg kommer tre leger i spesialisering del 1 (LIS1, tidligere kjent som turnusleger), som deler tiden sin mellom fastlegejobbing og jobb på helsestasjon og sykehjem. De tjenestegjør i kommunen et halvt år, og er fordelt på to legesentre. Det kommer nye hver 1. mars og 1. september.

#### 4.1 Allmenntmedisin

Kommunens 15 fastleger er fordelt på syv kontorer, og fem av disse har minst to leger. De resterende to er såkalte «solopraksiser», altså kontorer med bare én lege. Det er forskjellige grunner til at legekontorer har ulikt antall leger, men generelt anses ofte en størrelse på rundt 3–4 leger som gunstig. Det er enighet med fastlegene i Ås om å gradvis fase ut solopraksiser.

Geografisk er legesentrene fordelt mellom to nord i kommunen (Da Vinci og Vinterbro) og fem syd i kommunen.

Gjennomsnittlig listelengde for fastlegene i Ås kommune er 1143 pasienter. En riktigere fremstilling av dette er imidlertid å regne listelengde basert på full fastlegestilling, og da er snittet så høyt som 1320 pasienter. Forskjellen skyldes at de kommunalt ansatte fastlegene bare jobber 50 % som fastlege, og de resterende 50 % som annen kommunal lege. Gjennomsnittlig listelengde ligger uansett betydelig høyere enn landsgjennomsnittet. Dette er nå på rundt 1050, og har beveget seg stadig nedover de siste årene. De fulltidsjusterte listene i Ås kommune ligger i et spenn mellom 1000 og 1800 pasienter.

Tabell 2: Legekontorer i Ås kommune.

Legesenter	Fastlegehjemler	LIS1
Da Vinci-klinikken	2	1
Åsvang legekantor (tidl. Det blå huset legesenter)	2	
Moerveien legesenter	3	
Vinterbro legesenter	2	
Sentrum legesenter Ås	1	
Ås legekantor	1	
Ås kommunale fastlegeskantor	4	2
<b>SUM</b>	<b>15</b>	<b>3</b>

Blant hjemmelshaverne er elleve spesialister i allmenntmedisin, og i tillegg er også én av disse spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering. Bare én lege er per i dag under spesialisering i allmenntmedisin etter ny ordning (LIS3), det vil si etter ny spesialistforskrift. Kommunen har dermed per i dag lite administrasjon knyttet til å fungere som utdanningsvirksomhet. Dette kommer imidlertid til å endre seg kraftig i årene som kommer.

Kommunens interne læringsarenaer i allmenntmedisin er fastlegekontorene, sykehjemmene og helsestasjonen. I tillegg har våre LIS3 i allmenntmedisin læringsarenaer ved legevakt og KAD ved Follo medisinske senter (FMS) i Ski, samt ved Akershus universitetssykehus (Ahus).

At kommunen per i dag har en høy andel av spesialister og utdanningskandidater etter gammel ordning, innebærer redusert fravær til kurs og annen faglig utvikling. Sykefraværet er også generelt lavt blant kommunens leger.

Kommunen har ut fra befolkningsstørrelse et relativt høyt antall LIS1. Disse utgjør med sin halvårige tjeneste en naturlig sirkulasjon av leger, noe som er gunstig med tanke på at flere leger får et forhold til kommunen. Dette gir forhåpentligvis økt grunnlag for rekruttering.

#### **4.1.1 Fastlegeordningen**

Fastlegeordningen utgjør den største delen av de kommunale legetjenestene. Ordningen tredde nasjonalt i kraft 01.06.2001, og er «hjørnesteinen» i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Ordningen er også sentral for hele det norske helsevesenet. Den var opprinnelig ment som et trepartssamarbeid mellom staten, KS og Legeforeningen. Ordningen har generelt vært ansett som vellykket, men de siste 5–10 årene har stemningen snudd. Stadig flere kommuner har opplevd vansker med å rekruttere nye leger til ledige fastlegehjemler, samtidig som etablerte fastleger også har ønsket seg bort fra ordningen. Dette har nasjonalt ført til bekymring for hele fastlegeordningen, og det er etter hvert bred enighet om at Norge har en «fastlegekrise».

En viktig grunn til at fastlegeordningen bør fungerer godt, er at [langvarige og gode relasjoner mellom pasient og lege er viktige for folks helse](#). Norsk forskning viser at pasienter som har hatt den samme fastlegen i mer enn 15 år, har 25 % redusert dødsrisiko sammenlignet med dem med samme fastlege i bare ett år eller mindre. Pasienter som har hatt samme fastlege over lengre tid har også rundt 30 % redusert sannsynlighet for å kontakte legevakt eller bli akuttinnlagt på sykehus.

#### **4.1.2 Ås kommunale fastlegekontor**

Elleve av Ås kommunes 15 fastleger jobber som selvstendig næringsdrivende, fordelt på seks kontorer. I tillegg til disse har kommunen siden 2017 hatt et kommunalt fastlegekontor. Dette er i dag organisatorisk plassert i enhet fastlegeordningen og Ås kommunale fastlegekontor, som er en egen enhet under virksomhet helse og mestring (se [figur 1](#)). Der jobber fire leger med egen hjemmel, som alle er fast ansatte og deler arbeidstiden sin 50/50 mellom fastlegejobb og annen kommunal legejobb. I tillegg har legesenteret én fast ansatt lege som foreløpig fungerer som vikar for en av de andre fastlegene. Disse legene dekker per i dag størsteparten av kommunens behov for legetjenester på sykehjem og helsestasjon.

Erfaring viser at kommunalt drevne legekontorer generelt medfører økte direkte kostnader for kommunen per lege, sammenlignet med de selvstendig næringsdrivende kontorene. Sistnevnte har tradisjonelt vært helt kostnadsfritt for kommunen.

Selv om det kommunale fastlegekontoret også for Ås sin del utgjør en netto utgiftspost, viser erfaringer likevel at et kommunalt kontor med fastlønnede leger er et verdifullt supplement til de næringsdrivende legene i fastlegeordningen. Dette henger sammen med at kontoret:

- Gjør det mulig for kommunen å rekruttere leger som ønsker å jobbe som fastlege, men ikke ønsker å jobbe som næringsdrivende.
- Generelt utgjør en betydelig mer fleksibel legeressurs enn de selvstendig næringsdrivende fastlegene. Dette er viktig både i en større beredskapsammenheng og for å ha god stedfortrederfunksjon for andre kommunale legestillinger.
- Er et godt utgangspunkt for at kommunen kan fungere som utdanningsvirksomhet i allmenntillegning, både for LIS1 og LIS3, blant annet ved å gi økt tilgang på veiledere og supervisører.
- Utgjør et sikkerhetsnett for dem som ikke har fastlege i kommunen, og likevel trenger fastlegehjelp mens de er her, i tilfeller hvor dette ikke naturlig hører hjemme på legevakt, jf. [helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd](#). Dette er en spesielt aktuell problemstilling for en kommune med en stor studentpopulasjon, og vil kunne gjelde alle typer fastlegeproblemstillinger. Til forskjell fra større studentsamskipnader, har ikke Studentsamskipnaden i Ås (SiÅs) en egen legetjeneste. Ett eksempel på ekstra oppgaver som følger av et stort og til dels internasjonalt studentmiljø, er oppfølging av positive svar på lovpålagt tuberkulose-screening for utenlandsstudenter.
- Sikrer at alle behov for andre kommunale legeressurser dekkes, og styrker kontinuiteten i disse funksjonene. Dette gjelder i dag i første rekke sykehjem og helsestasjon.
- Gjør det mer attraktivt å jobbe som selvstendig næringsdrivende lege i kommunen, ved at behovet for å pålegge disse kommunale bistillinger reduseres.
- Fungerer som en buffer dersom andre legekontorer unntaksvis og i kortere perioder skulle ha vansker med å ta hånd om pasientene sine selv. Eksempler på dette kan være akutt fravær og overganger, som ved skifte av hjemmelshavere.
- Kan ta imot ressurskrevende pasienter som er fjernet fra andre fastlegers lister etter truende eller voldelig adferd, jf. [fastlegeforskriften § 15](#). Dette er viktig både for å gi disse pasientene et forsvarlig helsetilbud, og som et ledd i å ivareta sikkerheten til våre næringsdrivende fastleger.
- Kan benyttes i tilfeller hvor pasienter ber om ny vurdering av sin helsetilstand hos annen lege med fastlegeavtale, i henhold til [pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1c andre ledd](#).
- Kan benyttes dersom kommunen har behov for å innhente supplerende medisinsk vurdering etter [forskrift om parkeringstillatelse for forflytningshemmede § 3 andre ledd](#).
- Fører kommunen tettere på fastlegeordningen, noe som også gjør det lettere å ha et godt samarbeid med kommunens næringsdrivende



fastleger. Drift av et kommunalt kontor gir også erfaringer som vil være verdifulle, dersom det fremover skulle bli behov for å bistå i driften av andre legekontorer. Dette inkluderer også tilgang til ferdigforhandlede leverandøravtaler.

Ås kommunale fastlegekontor har per i dag tre kontorer til legene. Alle disse er i daglig bruk. Det er derfor ikke mulig å utvide kontoret med flere leger innenfor dagens arealer.

#### 4.1.3 Attraktive betingelser i Ås

De næringsdrivende fastlegene i Ås har valgfrihet når det kommer til hvor mye de ønsker å variere arbeidshverdagen sin med andre allmennt medisinske oppgaver utover fastlegegjerningen. Kommunen stiller ikke krav til kommunale bistillinger, men er åpen for å tilby dette dersom det er behov og legene selv ønsker det. Denne valgfriheten har ført til at det per i dag bare er én næringsdrivende fastlege som har kommunal bistilling. Denne har 20 % stilling som helsestasjonslege. Kommunens fastleger har heller ikke daglegevakt eller plikt til å ta vakter på legevakt ved Follo medisinske senter.

Tabell 3: Oversikt fra Helsedirektoratet over kommunene i Norge med lengst avtalevarighet i fastlegeordningen per 01.05.2022.

Kommune	Avtalevarighet for besatte avtaler		
	Median avtalevarighet (år)	Gjennomsnittlig avtalevarighet (år)	Antall avtaler
Kvitsøy	20,68	20,68	1
Masfjorden	20,68	15,21	3
Nordkapp	20,68	15,62	6
Nordre Land	20,68	15,61	5
Osen	20,68	20,68	1
Råde	20,68	16,06	5
Vestre Slidre	20,68	14,37	3
Vevelstad	20,68	20,68	1
Øystre Slidre	20,68	14,37	3
Hattfjelldal	20,68	20,68	1
Bremanger	20,68	19,56	4
Sunndal	20,68	15,03	5
Averøy	20,68	16,39	4
Austrheim	20,68	14,07	3
Surnadal	20,68	13,94	5
Sør-Aurdal	20,56	20,56	2
Hvaler	20,18	19,76	3
Ås	20,18	14,11	15
Nord-Fron	20,01	13,99	7

Per 01.05.2022 viste tall fra Helsedirektoratet at blant kommuner med rundt ti eller flere fastlegehjemler, hadde Ås kommune lengst median avtalevarighet i

landet med sine 20,2 år. Gjennomsnittlig avtalevarighet var 14,1 år. Det er ikke helt klart hva som er årsaken til disse tallene. Noe kan skyldes fritak fra kommunale bistillinger og legevakt, noe kan skyldes tilfeldigheter, og noe skyldes trolig en gunstig geografisk beliggenhet med kort reisevei fra omliggende kommuner, inkludert Oslo. I tillegg kan noe skyldes at kommunen generelt har forsøkt å legge til rette for godt samarbeid med fastlegene gjennom blant annet halvårlige fastlegedager.

Kommunens fastleger står for en stabilitet som utmerker seg nasjonalt, og dette gir Ås kommune et privilegert utgangspunkt for videre utvikling av sine allmennlegetjenester.

#### 4.1.4 Rekrutteringsbehov fastleger

Kontinuitet i legetjenestene forutsetter at de som allerede er i jobben blir værende over tid. Samtidig forutsetter videre stabilitet en god rekruttering av nye leger.

Når en næringsdrivende fastlegehjemmel skal skifte hjemmelshaver, skjer dette ved at kommunen gjennom søknadsprosess og intervjuer velger hvilken kandidat som skal overta. Deretter kan avtroppende fastlege avtale en salgssum for sin praksis med den påtroppende hjemmelshaveren. Prisen blir i utgangspunktet ikke høyere enn det den påtroppende legen er villig til å betale.

Usikkerheten rundt fastlegeordningen har de siste årene ført til at det har blitt betydelig vanskeligere å få yngre leger til å betale for å overta en næringsdrivende praksis. En viktig grunn til dette, er at det ofte er gode muligheter for å finne annen legejobb uten risikoen og ekstraarbeidet knyttet til å kjøpe og drive egen praksis. Dagens nyutdannede leger stiller også høyere krav enn sine forgjengere til regulert arbeidstid og sosial trygghet.

Tabell 4: Ås kommunes rekrutteringsbehov for fastleger de neste tolv årene.

Årsak	Legeårsverk
Utligne eksisterende etterslep	4,5
Etablere 5 % overkapasitet	1,3
Befolkningsvekst	4,3
Generasjonsskifte	10,0
Gjennomtrekk	6,0
<b>SUM</b>	<b>26,1</b>

For Ås kommune har den fremragende mediane avtalevarigheten også som konsekvens at flere fastleger i dag nærmer seg pensjonsalder. Dermed vil det i årene fremover være et betydelig behov for å rekruttere nye leger som kan overta etter disse. Det er også flere andre årsaker til at kommunen kommer til å ha behov for å rekruttere fastleger i årene fremover, og en samlet oversikt over estimert rekrutteringsbehov finnes i tabell 4. Hvert punkt i tabellen forklares i eget underkapittel. Til sammen tyder tallene på at det vil være behov for å

rekruttere mellom 20 og 30 fastlegeårsverk de neste tolv årene. Dette utgjør 2–3 nye fulltids fastleger hvert år i årene fremover.

I tillegg kommer et mer eller mindre konstant behov for vikarer, som trolig vil dreie seg om både korttids- og langtidsvikariater. Man bør vurdere i hvor stor grad dette skal dekkes inn ved å ha noe overkapasitet på fast ansatte leger.

Det er per i dag ingen klar enighet om hva som er forventet listelengde for en fastlege. Tidligere har både 1500 og 1200 pasienter vært benyttet som standard listelengde for en fulltidspraksis som næringsdrivende. Gjennomsnittlig listelengde i Norge i dag ligger imidlertid som nevnt på rundt 1050. Flere har tatt til orde for at man som fersk LIS3 ikke bør ha mer enn 750–800 pasienter, og så kan en ta sikte på å jobbe seg opp mot 1000–1100 etter hvert som man blir mer erfaren. Å regne med en gjennomsnittlig listestørrelse på 1000 pasienter, er derfor både enkelt og realistisk.

#### **4.1.4.1 Eksisterende etterslep**

Den enkelte innbygger står fritt til å velge fastlege, også utenfor registrert bostedskommune. Hver kommune bør imidlertid ta sikte på å ha en totalkapasitet på sine fastlegelister som minimum tilsvarer egen befolkning. Sammenlignes kommunens innbyggertall per 01.07.2023 (21 419) med den reelle totalkapasiteten på kommunens fastlegelister (16 889), viser tallene at det trengs hele 4530 nye plasser bare for å dekke eget innbyggertall. Forutsatt en gjennomsnittlig listelengde på 1000 pasienter per fastlege, vil det av denne grunn alene trengs 4,5 nye legeårsverk for å kunne dekke behovet tilsvarende egen befolkning per i dag.

I og med at denne innbyggergruppen – tilsvarende nettunderskuddet av fastlegeplasser – i dag stort sett har fastlege annet sted, og behovet dermed ikke er akutt for hele antallet, bør man ta sikte på å utjevne differansen noe gradvis over de neste årene.

#### **4.1.4.2 Befolkningsvekst**

Gjeldende kommuneplan legger til grunn at kommunens befolkning vil øke til mellom 23 991 (tall fra SSB) og 27 410 (tall fra Kompas) innen 2035. Om man går ut fra gjennomsnittet av dette, altså 25 701, tilsvarer dette et ytterligere underskudd på 4282 plasser frem til 2035. Behovet er dermed ytterligere 4,3 legeårsverk over de neste årene for å dekke befolkningsveksten alene.

Ifølge kommuneplanen skal det meste av boligveksten (90 %) skje på Solberg og i Ås sentrum. Det er derfor behov for å øke fastlegekapasiteten både nord og sør i kommunen.

#### **4.1.4.3 Nødvendig overkapasitet**

Dersom den totale listekapasiteten akkurat skulle tilsvare antall innbyggere, og vi altså forutsetter at et antall personer tilsvarende kommunens innbyggertall ønsker fastlege i Ås kommune, ville likevel innbyggernes mulighet til å skifte fastlege, og tilflytteres mulighet til å få seg fastlege, være for liten. Det er derfor

nødvendig å sikte mot en grad av overkapasitet på listene sammenlignet med innbyggertallet. Denne bør ligge på 5 %. Basert på et fremtidig innbyggertall på 25 701, tilsvarer dette 1285 plasser, eller 1,3 legeårsverk.

En annen viktig årsak til at kommunens fastlegelister bør ha noe ekstra kapasitet, er muligheten for at det kan være en del studenter fra NMBU som ikke har meldt flytting til Ås, men som bor her og dermed likevel kan ønske å ha fastlege her.<sup>1</sup>

Legger vi sammen behovene fra eksisterende etterslep, forventet befolkningsvekst og 5 % overkapasitet, tilsvarer dette et underskudd på til sammen rundt 10 000 listeplasser.

Noe ledig kapasitet i ordningen vil i årene fremover også fungere som en buffer for en rykkvis økende befolkning, og muliggjøre at tilflyttere enkelt kan få seg fastlege i sin nye bostedskommune. Noe overkapasitet vil også generelt gi økt fleksibilitet til å håndtere uforutsette hendelser, endringer og fravær.

#### **4.1.4.4 Generasjonsskifte**

De samme fastlegene som har sørget for en god og stabil fastlegeordning frem til nå, nærmer seg punktet hvor de skal gi stafettpinnen videre til en ny generasjon. Median alder på våre fastleger er i dag 58 år, og gjennomsnittsalderen er 54 år. I løpet av 2025 vil 8 av 13 fastleger være 60 år eller eldre. Dette betyr det at vi står overfor et generasjonsskifte.

Disse åtte fastlegene hadde per 01.07.2023 til sammen 11 282 pasienter på sine lister. Forutsettes det at disse plassene skal fordeles på nye hjemmelshavere med gjennomsnittlig listelengde på 1000 pasienter, vil det være behov for å erstatte disse med rundt elleve nye legeårsverk.

#### **4.1.4.5 Vikariater spesialisering**

Nye leger som i årene fremover skal legges til kommunens fastlegeordning, vil i mange tilfeller være yngre leger. Man må regne med at disse vil ha behov for et betydelig fravær fra sin praksis i forbindelse med sin spesialisering i allmenntillegemedisin. Mange av dem vil også privat være i en etableringsfase, noe som gir økt sannsynlighet for enkelte andre typer fravær. For å ha en robust legetjeneste, må man derfor også regne med å rekruttere for å dekke inn når legene skal være borte både for obligatorisk sykehustjeneste, legevakter, kurs, veiledning, veiledningsgruppe, overlegepermisjon, foreldrepermisjon, og andre mer uforutsette typer fravær, som sykefravær og fravær grunnet syke barn.

---

<sup>1</sup> Det bør være regelen at studenter som bor i Ås, har fastlege i Ås. Dette understøttes av ordningen om at studenter som flytter tilbake til tidligere bostedskommune innen tre år, har krav på å få tilbake sin fastlege i kommunen selv om listen skulle være full, jf. [forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen § 4](#) og [Helsenorge.no](https://www.helsenorge.no).

Omfanget av dette fraværet vil i stor grad være forventet. Man bør planlegge slik at man unngår at dette blir en belastning som virker negativt inn på både arbeidsmiljø, kvaliteten på helsetjenestene og kostnadsnivået for kommunen.

En del av løsningen vil ligge i å ha noe overkapasitet i ordningen generelt. En annen kan være ordningen med [introduksjonsavtaler](#), som gir øket fleksibilitet ved at man kan jobbe som fastlege uten å ha egen hjemmel. Man bør i tillegg jobbe aktivt med å ha en fungerende vikarliste, slik at man kan benytte vikarer som i størst mulig grad kjenner kommunen fra tidligere, og samtidig unngå dyrere løsninger via vikarbyråer.

Forutsatt at mellom et halvt og ett av de fem årene i spesialisering i allmennmedisin skal tilbringes på sykehus, og i tillegg faktorene nevnt over, er det rimelig å anta at en fastlege vil trenge vikar i alle fall 20 % av tiden sin i spesialisering. Forutsetter man videre at halvparten av kommunens leger de neste tolv årene vil være under spesialisering, gir dette et ytterligere rekrutteringsbehov til kontinuerlige vikariater på rundt to årsverk. Man kan velge i hvor stor grad man ønsker å dekke inn dette ved å ha overkapasitet blant de fast ansatte.

#### **4.1.4.6 Vikariater livsfase**

Majoriteten av legene som rekrutteres til kommunen, må man, som nevnt, forvente at er yngre leger. Rent statistisk kan man forvente at disse vil ha behov for gjennomsnittlig to foreldrepermisjoner. Videre er i dag rundt 70 % av leger som utdannes kvinner, og erfaring tilsier at flesteparten av disse velger å ta hele eller store deler av fellesperioden. I tillegg har man etter foreldrepengeperioden krav på inntil et år med ulønnet permisjon, og erfaring tilsier videre at dette er noe som benyttes til en viss grad. Totalt sett bør man derfor regne med å ha en lege eller to ute i foreldrepermisjon til enhver tid, noe som igjen gir behov for vikariater tilsvarende en fulltidsstilling.

#### **4.1.4.7 Gjennomtrekk**

Alle tallene over forutsetter at ingen fastleger bytter jobb eller slutter i jobben. Selv med Ås sin gode historikk, er ikke dette helt realistisk. Til tross for lite gjennomtrekk blant leger per i dag, bør man ta høyde for at minst 1 av 4 leger som starter hos oss velger å slutte før tolvårsperioden er gått. Antallet ekstra årsverk som må rekrutteres grunnet gjennomtrekk, vil da utgjøre en økning i rundt 30 % av det totale rekrutteringsbehovet – noe høyere enn 25 %, fordi også noen av erstatterne kan komme til å slutte.

#### **4.1.5 Veiledere**

Ett av kravene for å kunne være i spesialisering, er at man har en individuell veileder som er spesialist i faget. Veileder bør i tillegg ha gjennomgått et todagers veilederkurs i regi av Legeforeningen. Det er utdanningsvirksomheten – her Ås kommune – sitt ansvar å oppnevne individuell veileder. Sannsynligvis kommer Ås kommune til å ha et betydelig antall leger i spesialisering i

allmennmedisin de neste årene, og det er derfor viktig å ha nok veilederkapasitet.

Kommunen har per i dag tre spesialister som har gjennomgått veilederkurs. Det bør være en målsetning å hele tiden ha noe overkapasitet på veiledere. For bred faglig tilnærming, er det best å ha en blanding av næringsdrivende og fastlønnede leger som fyller denne oppgaven.

Veiledere er også meget viktig for LIS1, som oftest har dette som sin første jobb innen allmennmedisin.

Kravet til veiledning i allmennmedisin er minimum fire timer per måned i 10,5 av årets måneder. I tillegg kommer tid til forberedelser for veileder. Hvor mange veiledere kommunen vil trenge, kommer an på hvor mye veiledning hver spesialist har kapasitet til å gjøre, og hvor mange leger i spesialisering kommunen til enhver tid har.

#### **4.1.6 Avlønning fastleger**

For å klare å rekruttere og beholde fastleger, er det flere forhold som spiller inn. Godt arbeidsmiljø, overkommelig arbeidsmengde og faglig utvikling er i undersøkelser oppgitt som viktige faktorer. Dette harmonerer også godt med kravene i [arbeidsmiljøloven § 4-2 andre ledd](#). Konkurransedyktige økonomiske betingelser vil også som regel spille en viktig rolle. Når det gjelder sistnevnte, så finnes det per i dag forskjellige tilnærminger til økonomisk godtgjørelse av fastleger. Ytterpunktene er på den ene siden de selvstendig næringsdrivende fastlegene, som generelt både jobber mest, har de høyeste inntektene og bærer den høyeste økonomiske risikoen. I den andre enden av skalaen er de fast ansatte fastlegene, som jobber mindre og tjener mindre, men til gjengjeld har en større økonomisk trygghet og sosiale goder. Sistnevnte organisering innebærer også mer administrasjon fra kommunens side.

De næringsdrivende fastlegene i Ås driver per i dag uten noen form for økonomisk bistand fra kommunen. Unntaket har vært at kommunen de siste få år på nyopprettede hjemler har støttet utbetaling av basistilskudd tilsvarende maksimalt 1000 pasienter frem til listetak er nådd.

Fast ansatte allmennleger har lønn etter avtale, som tar utgangspunkt i kommunens lønnstrapp «Rutine for godtgjøring og avlønning av leger».

Den selvstendig næringsdrivende fastlege tjener hovedsakelig penger på tre måter:

- Egenandeler fra pasientene
- Refusjoner fra Helfo – etter innsendte regningskort utfylt med takstkoder tilknyttet bestemte satser fastsatt i [forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege](#)
- Basistilskudd, også kjent som fastlegeordningens grunnfinansiering eller *per capita*-tilskudd, er tilskudd kommunen får som del av rammetilskuddet

fra staten ved starten av måneden. Kommunen betaler så videre en konkret sum til hver enkelt fastlege basert på antall pasienter på listen ved månedsskiftet. Fra 01.05.2023 besluttet regjeringen at dette skulle variere noe etter blant annet hva slags pasienter man har på listen, såkalt «pasienttilpasset basistilskudd».

- I tillegg kan det tilkomme mindre inntekter for attester til forsikringsselskaper, oppdrag for helseforetakene, domstolene, politiet, med mer.

For fastleger som er kommunalt ansatt med fast lønn, tilfaller inntekter i form av hovedsakelig egenandeler, Helfo-refusjoner og basistilskuddet kommunen. Til forskjell fra de fleste andre kommunale ansattgrupper, har derfor kommunen direkte inntekter på ansatte fastleger.

Både den selvstendig næringsdrivende og fastlønnede modellen har sine fordeler og ulemper både for legen og kommunen (se tabell 5). Hvilken modell som anses mest attraktiv for legen, vil variere blant annet ut fra fase i livet og personlige preferanser. For å styrke muligheten for å rekruttere og beholde et bredt spekter av leger, kan det være fornuftig å tilby forskjellige avlønningsmåter.

Det kan også være verdifullt om det er noe fleksibilitet til å veksle mellom forskjellige modeller, da dette kan redusere sjansen for at leger forsvinner ut av kommunen for å søke en lignende jobb med annet system for avlønning i en annen kommune. Vi kan forutsette at leger vil ønske å bli i samme kommune, om man i utgangspunktet trives og har mulighet til omtrent samme tilbud her som andre steder.

Tabell 5: Fordeler (+) og ulemper (-) ved ulike avlønningsmodeller.

	<b>Fastlønn</b>	<b>Selvstendig næringsdrivende</b>
<b>Legen</b>	+ Forutsigbar inntekt + Forutsigbar og kortere arbeidstid + Sosiale ordninger + Mindre administrasjon - Ofte lavere inntekter	+ Bedre inntjeningsmuligheter + Større frihet - Sårbart ved sykdom - Mer administrasjon
<b>Kommunen</b>	+ Mulighet for å omdisponere ansatte + Lettere å rekruttere - Større direkte kostnader - Ofte mindre «effektive» - Mer administrasjon	+ Lavere kostnader + Mindre administrasjon + Behov for færre leger - Mindre fleksibelt - Vanskeligere å rekruttere

Arbeidstider er en viktig forskjell mellom å jobbe som fastlønnnet og næringsdrivende fastlege. En fastlønnnet jobber i utgangspunktet 37,5 timer per uke, mens en selvstendig næringsdrivende allerede i 2018 i gjennomsnitt jobbet 55,6 timer per uke. Dette innebærer at man trenger 1,5 fastlønnnet lege for hver selvstendig næringsdrivende, forutsatt at disse arbeider like effektivt. Erfaring viser imidlertid at det gjør de ofte ikke. Dette har ganske enkelt å gjøre med

hvordan inntektene genereres. Den rent fastlønnede har isolert sett mindre direkte insentiver til å optimalisere bruk av takstkoder og effektivisere arbeidsflyt, da inntektene fra praksisen tilfaller kommunen og ikke legen selv.

Rent fastlønn eller rent selvstendig næringsdrivende er imidlertid ytterpunktene. Det finnes forskjellige mellomvarianter hvor kommunen enten subsidierer selvstendig næringsdrivende, eller gir fastlønn med en omsetningsbasert komponent.

Tabell 6: Fire avtaleformer for fastleger.

Selvstendig næringsdrivende	8.2-avtale med variasjoner	Fastlønn med delvis omsetningsbasert lønn	Ansatt med fastlønn
-----------------------------	----------------------------	---	---------------------

Én mellomvariant er en såkalt «8.2-avtale». Dette referer til punkt 8.2 i ASA 4310, hvor første ledd lyder:

*Kurativt arbeid etter denne avtalen er selvstendig næringsvirksomhet. Dersom legen mottar ytelse fra kommunen i form av hjelpepersonell, lokaler, utstyr, forbruksvarer osv., skal legen refundere kommunens utlegg i sin helhet, med mindre kommunen og legen av rekrutteringshensyn o.a. skriftlig avtaler redusert innbetaling for en tidfestet periode.*

Det er altså en avtale hvor kommunen tar seg av driften av legesenteret, mens legen dekker kostnadene. Det har utviklet seg mange varianter av dette i forskjellige kommuner i Norge. Det mest gunstige med denne typen avtale er at legen får frigjort tid til å jobbe med pasientrettede legeoppgaver.

Ulike kommuner benytter også forskjellige varianter av omsetningsbasert lønn, med en større eller mindre fast komponent. Dette er foreløpig ikke gjort i Ås kommune, men kan vurderes som et virkemiddel ved økt behov for å rekruttere eller beholde leger.

Når kommunen skal se på hvilke løsninger som er mest hensiktsmessige, er det viktig å huske at løsninger som oppleves fordelaktig for legene, til et visst nivå også indirekte kan være bra for innbyggerne i kommunen, ved å sørge for tilstrekkelig rekruttering og god kontinuitet. Kommunen og legene har felles mål om gode legetjenester. Det er avgjørende å ha god dialog og gode prosesser hvor flere hensyn ivaretas, for å kunne tilby best mulig tjenester samlet sett.

#### **4.1.7 Sykehjem og helsestasjon**

Sykehjemsleger har siden innføringen av samhandlingsreformen i 2012 måtte håndtere økende kompleksitet i medisinske problemstillinger. Utviklingen har også gått i retning av økte krav og forventinger når det gjelder vurdering av samtykkekompetanse og bruk av tvang, pårørendeinvolvering og samarbeid med både andre kommunale aktører og spesialisthelsetjenesten.

Siden 01.01.2020 har det vært krav i [forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten](#) om at alle allmennleger i kommunen



enten må være spesialister eller i spesialisering. Dette innebærer at man ikke lenger kan tilsette andre enn spesialister i allmenmedisin som for eksempel rene, faste sykehjems- eller helsestasjonsleger. Dette er blant annet fordi man trenger annen tjeneste enn bare denne typen allmenmedisinske oppgaver for å oppfylle læringsmålene i spesialiseringen i allmenmedisin. Erfaring viser imidlertid at det er vanskelig å få tilsatt spesialister til disse oppgavene alene.

Man har da i hovedsak tre andre alternativer:

- Vikarstafett med etapper på inntil ett år av gangen
- Tilsette næringsdrivende fastlege som har dette som bistilling eller deltidsjobb
- Tilsette fastlønnet lege enten i kombinasjonsstilling eller på rotasjon

Mange sykehjem i Norge har utfordringer med kontinuitet på legesiden, og vikarstafetter er lite ønskelige både med tanke på faglig kvalitet og kostnadsnivå. Første alternativ er derfor minst ønskelig.

Den vanligste måten å løse dette på, har vært alternativ to: Å tilprikte en mindre stilling på sykehjem eller helsestasjon til næringsdrivende fastlegehjemmel. Ås kommune hadde denne ordningen tidligere, men gikk altså bort fra den. Erfaringer både herfra og andre kommuner viser at mange fastleger ønsker å unngå å kombinere næringsdrift med kommunal bistilling. Kommunen bør derfor være forsiktig med å reintrodusere denne løsningen. Unntaket er de tilfellene hvor legen selv ønsker en slik variasjon i arbeidsoppgaver, og kommunen har behov for flere slike legeressurser.

For å bli spesialist i allmenmedisin, må man ha til sammen minst to år i såkalt «åpen uselektert praksis», som i hovedsak vil si å jobbe som fastlege. Et annet krav er totalt minimum fem år som LIS3 i allmenmedisin i fulltidsstilling. Innenfor denne tiden skal legen også inntil et halvt til ett års tjeneste på sykehus. For å få tellende tjeneste i åpen uselektert praksis, må jobben bestå i minimum 50 % stilling som fastlege. Arbeidet i annen kommunal legestilling må derfor være enten i form av rotasjon eller maksimalt 50 % deltidsstilling. En fordel med deltidsstilling er at dette gir bedre kontinuitet.

Ås kommune har derfor etter opprettelsen av Ås kommunale fastlegekontor delt alle fastlønnede stillinger 50/50 mellom fastlegejobb og annen kommunal legejobb. Dette sikrer et komplett utdanningsløp, og ivaretar også behovet for stabilitet i andre legeoppgaver.

For begge de to siste alternativene på listen, kan utgangspunktet for fastlegejobben være enten fastlønnet eller selvstendig næringsdrivende. Selve jobben som sykehjemslege eller helsestasjonslege vil alltid være fastlønnet. Et argument for at det kan være lurt at legen har samme lønn både som fastlege og sykehjems- eller helsestasjonslege, er at det vil legge til rette for mer fleksibilitet fra legens side, dersom det skulle dukke opp endrede behov hos kommunen. Det

er generelt også lettere å få leger til å kombinere andre kommunale legeoppgaver med fastlønnede fastlegestillinger enn med næringsdrift.

#### **4.1.7.1 Sykehjem**

Ås kommune har to sykehjem: Moer sykehjem og Moertunet. Moer sykehjem ligger på Moer helsehus. Moertunet har et særlig fokus knyttet til personer med demenssykdom. Moer sykehjem har 20 medisinske korttidsplasser og 60 langtidsplasser. Moertunet har 10 korttidsplasser og 36 langtidsplasser.

Sykehjemmene har til sammen 230 % legestilling, delt på fem faste legestillinger. Begge sykehjemmene ligger som egne enheter under virksomhet helse og mestring.

Legestillingene fordeler seg på 130 % på Moer sykehjem, hvorav 50 % dekkes av 50/50-stilling i kombinasjon med Ås kommunale fastlegekontor, 30 % dekkes av 70/30-stilling ved Ås kommunale fastlegekontor, og de resterende 50 % dekkes inn av vikariater. Det er i dag likevel ingen leger som jobber i stillingen på 30 %.

Moertunet har totalt 100 % legestilling, fordelt på to 50/50-stillinger i kombinasjon med Ås kommunale fastlegekontor.

#### **4.1.7.2 Helsestasjon og skolehelsetjeneste**

I Ås kommune ligger både helsestasjon og skolehelsetjeneste under enhet forebyggende helsetjenester, som er del av virksomhet barn, unge og familier. Kommunens helsestasjonstilbud ligger nå på Moer helsehus, og det er ikke lenger helsestasjon i Ås sentrum eller nord i kommunen. Skolehelsetjenesten arbeider ved alle kommunens barne- og ungdomsskoler – totalt seks barneskoler, to ungdomsskoler og én velkomstklasse.

Helsestasjonen inkluderer det obligatoriske tilbudet til gravide, nyfødte, barselkvinner og deres partnere, og barn og ungdom 0–20 år. Eldste del av denne gruppen har vanligvis et tilbud i form av helsestasjon for ungdom (HFU). Dette tilbudet er i Ås utvidet til helsestasjon for ungdom og studenter (HFUS), og gjelder for unge mennesker opp til 25 år, samt studenter i alle aldre. Dette gjøres i samarbeid med Studentsamskipnaden i Ås (SiÅs) og NMBU. HFUS holder per i dag åpent alle hverdager, med drop-in to dager i uken, og ellers mulighet for timebestilling.

Helsestasjonen er en viktig del av kommunens folkehelsearbeid, og helsestasjonslegene er også rådgivere og samarbeidspartnere for andre kommunale ansatte og tjenester, som helsestasjonen, LIS1, skole, barnehage, praktisk-pedagogisk tjeneste (PPT), barnevern, psykisk helse med flere. I Ås spiller HFUS en viktig rolle i møte med økende psykiske utfordringer blant barn og unge.

Det finnes ikke klart fastsatte nasjonale normtall for legestilling på helsestasjon og i skolehelsetjeneste, og man sikter først og fremst etter oppfyllelse av faglige

mål fastsatt i nasjonal faglig retningslinje fra Helsedirektoratet. Helsedirektoratet kom imidlertid også med rapporten [IS-1798 Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten](#) tilbake i 2010, som gir noen veiledende anbefalinger om legebemanning på helsestasjon basert på relevante befolkningsgrupper:

- 20 % legestilling kan følge opp 100 fødsler
- 5 % legestilling kan følge opp 100 barneskolebarn
- 20 % legestilling kan følge opp 550 ungdomsskoleelever
- 20 % legestilling kan følge opp 800 videregående skoleelever

Det inkluderes også noe tid til arbeid med kvalitetssikring, organisasjons- og fagutvikling, tverrfaglige møter og befolkningsrettet arbeid.

Ås kommune har per i dag rundt 200 barnefødsler per år. Antall innbyggere 0–5 år har ligget ganske stabilt rundt 1350 de siste 5–6 årene. Ås kommune har totalt ca. 2500 grunnskoleelever, hvorav ca. 750 er elever på ungdomsskolene. Ås videregående skole har rundt 1250 elever.

Helsestasjonen har i dag totalt 130 % legestilling, fordelt på tre leger. Av disse dekkes 50 % av 50/50-stilling i kombinasjon med Ås kommunale fastlegekontor, 20 % som bistilling hos næringsdrivende fastlege og resterende 60 % av annen ikke-spesialist. Helsestasjon for 0–5 år har 70 % legestilling, og helsestasjon for ungdom og studenter har 60 % stilling. Én lege som i dag jobber på helsestasjonen som vikar, har også bakgrunn som spesialist i pediatri (barnelege).

Skolehelsetjenesten har ikke tilknyttet egen legeressurs, heller ikke ved skolestartundersøkelse. Helsestasjonslegene bistår imidlertid helsesykepleierne der ved behov. Skolioseundersøkelse i åttende klasse utføres av fysioterapeut.

I tillegg til de andre legene, har helsestasjonen LIS1 tre av dagene i uken, altså tilsvarende 60 % legestilling.

#### **4.1.8 Organisering av allmennlegene**

Kommunens allmennleger er organisert på forskjellige måter. De selvstendig næringsdrivende fastlegene har som nevnt sin individuelle avtale med kommunen, følger de åpningstider som er avtalt, mottar sitt basistilskudd, deltar på fastlegedagene og er ellers selv i stor grad ansvarlig for egen praksis.

Frem til høsten 2023 har det ikke vært helt klart definert hvem i kommuneorganisasjonen som har hatt administrativt ansvar for oppfølging av fastlegeordningen, og da særlig de selvstendig næringsdrivende fastlegene. I praksis har det imidlertid vært kommuneoverlegen, med innkobling av kommunalsjef – senere virksomhetsleder – for helse og mestring, særlig når det har vært snakk om økonomi.

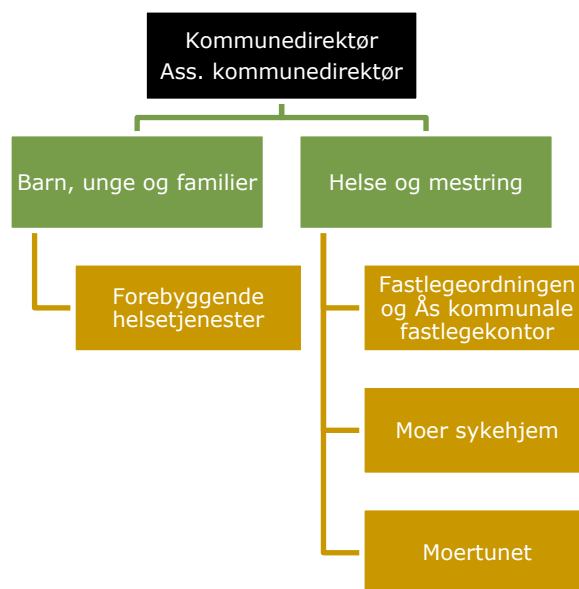
Legene ved Ås kommunale fastlegekontor er kommunalt ansatte. Arbeidsgiveransvaret ivaretas av enhetsleder. Denne har også hatt oppfølgingsansvar for alle LIS1. I tillegg til personaloppfølging, har denne også ansvar for alle andre

administrative oppgaver ved legesenteret, som budsjett, regnskap og oppfølging av lokaler og leverandører. Legene som jobber på helsestasjon og sykehjem, har også sine enhetsledere der, som de forholder seg til på vanlig måte.

Fra høsten 2023 ble det besluttet at det administrative ansvaret for hele kommunens fastlegeordning – inkludert oppfølging av den næringsdrivende delen av den – skal legges sammen med Ås kommunale fastlegekontor i enheten fastlegeordningen og Ås kommunale fastlegekontor. Enhetsleder har i utgangspunktet fått 50 % av sin stilling satt av til å jobbe med fastlegeordningen generelt.

Kommuneoverlegen fortsetter å følge fastlegeordningen tett, blant annet gjennom rollen som medisinsk faglig rådgiver.

*Figur 1: Områder av organisasjonskart for Ås kommune som inkluderer allmennlegeressurser, med virksomheter i grønt og enheter i gult.*



## 4.1.9 Samhandlingsarenaer

### 4.1.9.1 Fastlegedag

Ås kommune prioriterer å holde god kontakt med alle fastleger, blant annet gjennom halvårlige fastlegedager, hvor alle fastlegene stiller. Målsetningen er å legge til rette for styrket samhold og samhandling, både mellom legene og mellom legene og kommunen. Kommunen har her anledning til å invitere inn forskjellige ressurser, ta opp temaer som trengs å belyses osv. Samlingene går over en hel arbeidsdag, og kommunen kompenserer delvis for tapt inntekt for de næringsdrivende.

### 4.1.9.2 Faglige samarbeidsmøter med NAV

Faglige samarbeidsmøter mellom fastlegene og NAV bidrar til bedre samarbeid og arbeidsflyt. Det har periodevis vært gjennomført slike møter i regi av NAV Ås. Samarbeidet mellom disse to instansene er helt sentralt både for å sørge for at

innbyggerne får tilgang på de riktige ytelser og tiltak, og samtidig at disse gis i riktig omfang. Et eksempel på siste er viktigheten av å få sykmeldte raskt tilbake i arbeid, og dermed redusere sjansen for langtidssykmeldinger, arbeidsavklaringspenger (AAP) og uføretrygd.

NAV skiller seg fra andre kommunale virksomheter ved at de også er en del av et statlig system, og at dette har tilsatt sine egne leger. NAV Ås har dermed tilgang på NAV sine egne rådgivende overleger (ROL), og over dem koordinerende rådgivende overleger (KROL). Deler av NAV-systemet er også registrerte utdanningsvirksomheter i samfunnsmedisin. Både kommunen og NAV har dermed samfunnsmedisinere ansatt, som også kan bidra til å legge til rette for et godt og effektivt samarbeid mellom fastlegene og NAV.

Et konkret resultat som de siste årene har kommet ut av denne dialogen i Ås, er et vaktnummer som fastlegene kan benytte for å komme direkte til en saksbehandler hos NAV, og dermed få mulighet til å avklare spørsmål raskt og effektivt.

#### **4.1.9.3 ALU og LSU**

Allmennlegeutvalget (ALU) er en møtearena hvor alle kommunens næringsdrivende og ansatte leger deltar. Kommunen kan eventuelt også delta på møtene hvor det er behov for å orientere om forhold av betydning for allmennlegetjenesten i kommunen. ALU bidrar blant annet ved å uttale seg om, og selv spille inn, saker til lokalt samarbeidsutvalg (LSU).

LSU er det avtalefestede, partssammensatte utvalget angitt i ASA 4310. Der stiller to tillitsvalgte fra fastlegene og to representanter fra kommunen, i tillegg til kommuneoverlegen. Samarbeidsutvalget bør gi råd i forhold som er av betydning for fastlegeordningen i kommunen.

ASA 4310 beskriver også kommuneoverlegens rolle i LSU: «Kommuneoverlegen eller dennes stedfortreder har møteplikt i samarbeidsutvalget og er ansvarlig for å tilrettelegge møtene og følge opp saker hvor det er nødvendig.» Fra 01.04.2024 reduseres dette til: «Kommuneoverlegen bør delta i møtene.»

Legene i Ås har fire tillitsvalgte: Én tillitsvalgt og én vara fra både de fast ansatte og de selvstendig næringsdrivende. Legene har bestemt at det normalt er varaene som stiller i LSU.

## **4.2 Samfunnsmedisin**

### **4.2.1 Kommuneoverlegens arbeidsoppgaver**

Kommuneoverlegen (KOL) jobber med mange ulike fagområder i kommunen. Rollen innebærer en rekke ulike oppgaver, som grovt sett kan deles inn slik:

- Oppgaver direkte tildelt i lover og forskrifter, for eksempel helse- og omsorgstjenesteloven, smittevernloven, folkehelseloven, psykisk helsevernloven, helsepersonelloven, og diverse forskrifter knyttet til disse

- Oppgaver tildelt direkte gjennom sentrale avtaler, som deltagelse i lokalt samarbeidsutvalg (LSU) med fastlegene
- Det som i den enkelte kommune er lokalt delegert til kommuneoverlegen

De lovpålagte arbeidsoppgavene kan i hovedsak deles i fem kategorier:

- Medisinskfaglig rådgivning
- Folkehelsearbeid
- Miljørettet helsevern
- Smittevern
- Helsemessig beredskap

I tillegg kommer blant annet mindre oppgaver som ansvar for vedtak om tvungen legeundersøkelse etter [psykisk helsevernloven § 3-1](#), ansvar som setterekvirent etter [helsepersonelloven § 63](#) og rollen som deltager i samarbeidet med fastlegene etter ASA 4310.

Kommuneoverlegefunksjonen får gjennom dette arbeidet god oversikt over kommuneorganisasjonen, og kan i mange sammenhenger ha en koordinerende og katalyserende virkning på kommunale prosesser.

Oversikten og kompetansen kan også være nyttig for kommunen i møte med eksterne aktører, som spesialisthelsetjenesten.

Det er stor variasjon mellom norske kommuner i hvordan kommuneoverlegerollen organiseres. Dette innebærer også variasjon i hvilke oppgaver som er tillagt rollen utover de lovpålagte. En slik lokal variasjon er delvis nødvendig med tanke på hvor forskjellige kommunene er. Det har likevel blitt tatt til orde for tydeligere føringer fra sentralt hold for hvordan rollen bør formes. Covid-19-pandemien og erfaringer derfra har i så måte vært med på å synliggjøre dette behovet.

[Smittevernloven § 7-2 andre ledd](#) gir noen rammer for kommuneoverlegens arbeid innenfor smittevern, som også i noen grad kan ha overføringsverdi for å forstå rollen innenfor andre arbeidsområder:

*Kommunelegen skal*

- utarbeide forslag til plan for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vern mot smittsomme sykdommer, herunder beredskapsplaner og -tiltak, og organisere og lede dette arbeidet,*
- ha løpende oversikt over de infeksjonsepidemiologiske forholdene i kommunen,*
- utarbeide forslag til forebyggende tiltak for kommunen,*
- bistå kommunen, helsepersonell og andre i kommunen som har oppgaver i arbeidet med vern mot smittsomme sykdommer,*
- gi informasjon, opplysninger og råd til befolkningen om vern mot smittsomme sykdommer,*
- utføre alle andre oppgaver som følger av loven eller bestemmelser i medhold av loven, og medvirke til effektive tiltak for å forebygge smittsomme sykdommer og motvirke at de blir overført.*

Noen uttrykk i sitatet over er streket under, og kan si noe generelt om rollen:

- Utarbeidet forslag til plan: KOL er en kommunal ressurs som kan sikre at det medisinske perspektivet ivaretas i planarbeidet. Dette gjelder et vidt spekter av planer, ikke bare de som har direkte med helsetjenestene å gjøre. I noen tilfeller er KOL naturlig mer direkte involvert i utarbeidelsen av planer, i første rekke smittevernplan og plan for legetjenestene.
- Beredskapsplaner og -tiltak: KOL har i henhold til [folkehelseloven § 27](#) hastekompetanse innen blant annet helsemessig beredskap. KOL sitter i kommunens kriseledelse og samarbeider også i det daglige tett med kommunens beredskapskoordinator om kommunens helsemessige beredskap.
- Lede: Selv om KOL ikke har en linjelederfunksjon, vil det i mange sammenhenger være en faglig ledelse i måten KOL arbeider på. Dette krevet god og ryddig kommunikasjon med linjeledelsen, som har det formelle lederansvaret.
- Løpende oversikt: Selv om KOL ikke har et direkte ansvar for tjenestene kommunen yter, vil det å holde oversikt være viktig for å kunne utføre den lovpålagte rollen som medisinskfaglig rådgiver på en god måte, og komme med forslag til tiltak.
- Bistå kommunen, helsepersonell og andre i kommunen: Dette handler om å spille andre i kommunen gode gjennom rådgiving, og er kanskje kjernevirksomheten til KOL.
- Informasjon, opplysninger og råd til befolkningen: Saker som påvirker folks helse er ofte ting som engasjerer, og godt kommunikasjonsarbeid er viktig for å lykkes med å spille på lag med innbyggerne. Under covid-19-pandemien samarbeidet KOL tett med kommunikasjonsavdelingen i kommunen, og dette samarbeidet er viktig både når det blåser og når det er mer smult vann.

#### **4.2.2 Organisatorisk tilhørighet**

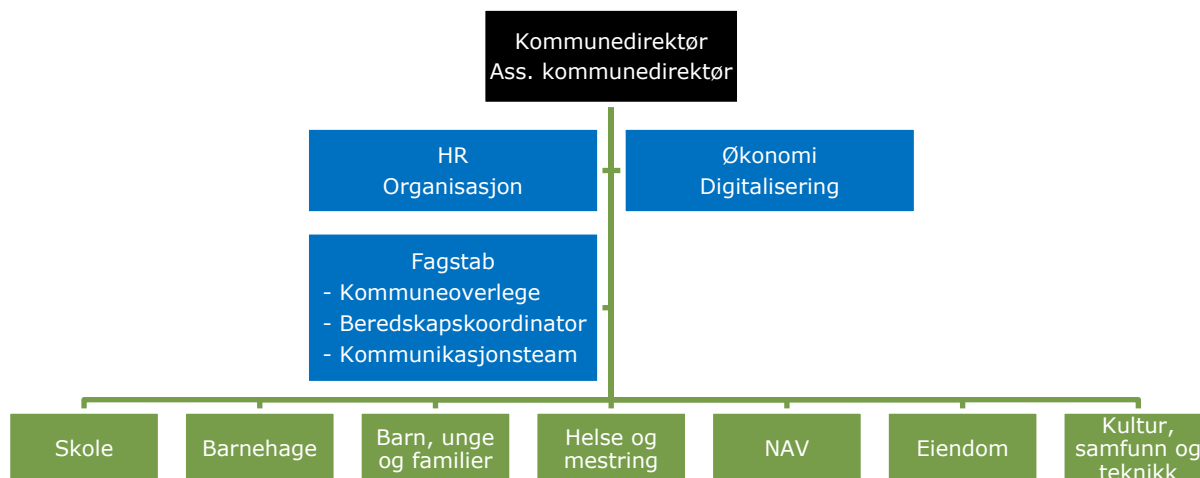
Forskjellige kommuner løser organisatorisk plassering av kommuneoverlegefunksjonen ulikt. Mange vil intuitivt tenke at denne rollen bør plasseres under helseområdet, men samtidig er også betydelige deler av arbeidsoppgavene innenfor andre områder, som oppvekst og plan.

Inntrykket fra kommune-Norge generelt, er at utviklingen går i retning av å plassere KOL mer sentralt i organisasjonen. Dette er med på å legge til rette for at kommuneoverlegen kan løse oppgaver som medisinskfaglig rådgiver, ved å bidra til at det blir enklere å holde oversikt, samhandle og gi medisinskfaglige råd.

I Ås kommune har KOL tidligere vært organisatorisk plassert hos kommunalsjef helse og mestring, men ble i forbindelse med omorganisering i 2023 plassert i fagstab under kommunedirektøren. En nyopprettet stilling som assisterende kommunedirektør har nå personalansvaret for KOL.

KOL har fast kontor på rådhuset i Ås sentrum.

Figur 2: Organisatorisk plassering av kommuneoverlege i Ås kommune.



#### 4.2.3 Stillingsstørrelse kommuneoverlege

Det har i flere omganger vært etterlyst et normtall fra sentrale myndigheter for hvor stor samfunnsmedisinsk ressurs man bør ha basert på innbyggertall. Dette foreligger per i dag ikke, og det er ganske betydelige variasjoner mellom kommunene. Det nærmeste man har kommet var notatet «Helsedirektoratets forslag til Helse- og omsorgsdepartementet om videreutvikling av kommunelegefunksjonen» fra mai 2022: Her ble det gitt tilråding om en *minstenorm* for kommuneoverlegestillinger basert på innbyggertall:

- Kommuner med 10 000–19 999 innbyggere bør ha minst 125 % stilling
- Kommuner med 20 000–49 999 innbyggere bør ha minst 200 % stilling

Ås kommune ligger i så måte med sine drøye 21 000 innbyggere – og i tillegg noen tusen studenter – et stykke under denne anbefalingen.

Det er imidlertid flere faktorer utover offisielt folketall som vil påvirke hvor stor kommuneoverlegestilling det er behov for, og flere av dem har både en nasjonal, regional og lokal side:

- Antall personer som i praksis oppholder seg eller bor i kommunen uten at det kommer frem av offisielle innbyggertall
- Hvilken rolle og ansvar KOL skal ha, og hvilke oppgaver KOL skal involveres i – dette handler blant annet om hvilke oppgaver som er delegert KOL ut over de som er direkte tillagt i lov, forskrift og sentrale avtaler
- Om KOL i del av stillingen er tilsatt med personalansvar (linjeansvar)
- Lokale variasjoner i hvor mye det er å gjøre innenfor hvert av arbeidsområdene
- Om det er behov for større satsinger eller innsatser for å komme à jour innenfor noen av disse arbeidsområdene



- Samarbeidende funksjoner som kan effektivisere eller avlaste kommuneoverlegens jobb
- Krav til deltagelse i andre aktiviteter, for eksempel knyttet til spesialisering
- Kommuneoverlegens erfaringsnivå

Ås kommune har altså per i dag én kommuneoverlegestilling 100 %. Denne er besatt av én lege som er under spesialisering i samfunnsmedisin. Kommunen har knyttet til seg en ekstern spesialist i samfunnsmedisin som fyller oppgaven som veileder for denne.

Kommuneoverlegen har i Ås ikke personalansvar.

Av oppgaver som er direkte delegert kommuneoverlegen utover det som er lovpålagt, er saksbehandling og tilsyn innen miljørettet helsevern det mest omfattende.

#### **4.2.4 Folkehelse, samfunnsmedisin, smittevern og beredskap**

Kommunen har flere ansatte som jobber inn mot det samfunnsmedisinske området, og som også i noen grad har et nødvendig overlappende ansvars- og arbeidsområde med kommuneoverlegen:

- Folkehelse: Rådgiver i 50 % stilling. Denne jobber blant annet med skriving av folkehelseoversikten, jf. [forskrift om oversikt over folkehelsen](#).
- Miljørettet helsevern: Rådgiver i 50 % stilling. Denne driver saksbehandling og tilsyn, og samarbeider med kommuneoverlegen om de større sakene. Det er kommuneoverlegen som er delegert myndighet til å fatte eventuelle vedtak.
- Smittevern: Tuberkulosepsykeleier i 20 % stilling ved helsestasjonen. Denne tar sammen med andre helsesykepleiere seg av tuberkulose-screening av utlendinger, MRSA-screening av studenter og ansatte som jobber med svin på Veterinærhøgskolen, samt reisevaksinasjonskontor.
- Smittevern: Kommunalt vaksinasjonssenter. Dette utførte under covid-19-pandemien et stort arbeid med testing, smittesporing, vaksiner og koronatelefon. I dag er fortsatt noe av kapasiteten bevart, og utfører vaksiner mot covid-19 og deler av vaksinasjonen kommunen utfører mot sesonginfluensa.
- Beredskap: Beredskapskoordinator i 50 % stilling. Denne jobber tett sammen med kommuneoverlege i spørsmål knyttet til helseberedskap. Dette gjelder både risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS-analyser), beredskapsplaner, og tiltakskort innen eksempelvis akutt fastlegemangel og akutte hendelser innen miljørettet helsevern.
- Kommunikasjon: Kommunikasjonsavdeling 200 %. Disse var til stor støtte i forbindelse med kommuneoverlegens kommunikasjonsarbeid under covid-19-pandemien, og er også i normal drift viktige samarbeidspartnere. Sakene kommuneoverlegen jobber med er relativt ofte gjenstand for offentlig interesse.

- Juss: Samfunnsmedisin er en medisinsk spesialitet med stort innslag av helsejuss og til dels annen juss. Juridisk bistand er derfor viktig som hjelp og kvalitetssikring. Eksempler er skriving av lokale forskrifter, og veiledning i kommunale prosesser som saksbehandling og klagebehandling. Tilgang på denne bistanden er per i dag ikke systematisert.

#### **4.2.5 Stedfortreder kommuneoverlege**

I den nevnte anbefalingen fra Helsedirektoratet til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), har de et eget punkt hvor det understrekes tydelig «At alle kommuner utpeker stedfortreder i [kommuneoverlege]funksjonen – dette må bare komme på plass.»

Smittevernloven § 7-2 første ledd påpeker også at det «bør også utpekes en stedfortreder for [kommuneoverlegen]».

I Ås foreligger det per i dag ikke en stedfortreder for kommuneoverlegen, utover at en allmennlege ved Ås kommunale fastlegekontor kan omdisponeres til rollen ved behov. Disse har i utgangspunktet full jobb som fastlege og med andre kommunale legeoppgaver. Det legges per i dag ikke opp til at disse skal holdes à jour med aktuelle problemstillinger innen samfunnsmedisin i kommunen, eller at noen av dem skal inneha samfunnsmedisinsk kompetanse for øvrig.

## 5 Prioriterte tiltak

På bakgrunn av de rammer og føringer, samt utfordringer, Ås kommune har med legetjenestene i dag, er det nødvendig både med en klar overordnet tilnærming og konkrete tiltak for å sikre gode legetjenester i årene fremover.

### 5.1 Overordnet tilnærming

Alle konkrete løsninger for legetjenestene bør ha utgangspunkt i at kommunen jobber aktivt og kostnadseffektivt for å være et attraktivt sted å jobbe over tid, og samtidig være i forkant med rekruttering. Dette fordi stabilitet er en forutsetning for god kvalitet.

Ås kommunen kommer altså til å ha behov for å rekruttere mellom 20 og 30 faste legeårsverk til fastlegeordningen de neste tolv årene, og i tillegg kommer løpende vikarbehov, samt rekruttering til andre kommunale legeoppgaver. Dette innebærer i praksis at kommunen i årene fremover må jobbe mer eller mindre kontinuerlig med å rekruttere nye leger. For å lykkes med å rekruttere og beholde nye leger, er det viktig at kommunen:

1. Tar initiativ til et samarbeidsklima hvor den enkelte lege opplever å bli sett, lyttet til, verdsatt og at det er lett å ha god og løsningsorientert dialog med ledelsen
2. Legger til rette for faglig utvikling i hele yrkeskarrieren
3. Fasiliterer tverrfaglig og kollegialt samarbeid
4. Legger til rette for bærekraftig arbeidsbelastning
5. Lager gode og forutsigbare utdanningsplaner for LIS3
6. Organiserer en attraktiv LIS1-tjeneste
7. Kan fasilitere eller stå for fastlegelokaler og støttefunksjoner ved behov
8. Har konkurransedyktige og fleksible ordninger for økonomisk kompensasjon

Mulige tiltak under hvert punkt utdypes i tabell 7.

Kommunen bør primært lede på faglig kvalitet og personlig oppfølging, og sekundært sørge for å holde tritt på økonomiske betingelser. Dette snarere enn å henge etter på de to første og kompensere med det siste. Et viktig grunnlag for at leger skal rekrutteres og bli værende, er at de kjenner seg verdsatt. Dette handler om mye mer enn økonomi, og det er derfor viktig å ha tilstrekkelig med menneskelige ressurser til å følge opp legene.

Det hjelper lite å rekruttere nye leger, om man ikke klarer å beholde dem man allerede har. Det er egentlig viktigere å beholde enn å rekruttere, for det vil som regel være slik at jo lenger en lege har jobbet i kommunen, jo bedre blir denne kjent med sine pasienter og lokale forhold. Dette vil bidra betydelig til å øke kvaliteten på tjenestene som ytes, og denne kunnskapen og erfaringen kan i utgangspunktet ikke kjøpes for penger. Dette gjelder både innen allmenntidmedisin og samfunnsmedisin.

Stabilitet er noe av styrken til fastlegeordningen i Ås per i dag. Vi må også i fortsettelsen ha som målsetning å være et så attraktivt sted å jobbe at det blir naturlig for de fleste av våre leger å ønske å bli her gjennom forskjellige livsfaser hele yrkeskarrieren ut.

Tabell 7: Tiltak for å lykkes med å rekruttere og beholde leger.

Hovedpunkt		Tiltak
1	Tar initiativ til et samarbeidsklima hvor den enkelte lege opplever å bli sett, lyttet til, verdsatt og at det er lett å ha god og løsningsorientert dialog med ledelsen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anse legetjenestene som en bærebjelke i helsetjenestene</li> <li>- Nok administrative ressurser til allmennlegetjenestene</li> <li>- Videreføre fastlegedager hvor ledelsen stiller</li> <li>- Gode kanaler for dialog med NAV</li> </ul>
2	Legger til rette for faglig utvikling i hele yrkeskarrieren	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kommunen omfavner rollen som utdanningsvirksomhet</li> <li>- Sørge for gode læringsarenaer, veiledere, supervisører, legge til rette for kollegialt samarbeid, vikarordninger i forbindelse med overlegepermisjon og videreutdanning</li> <li>- Bærekraftig arbeidsbelastning, slik at legene har overskudd tidsmessig og mentalt til læring</li> </ul>
3	Fasiliterer tverrfaglig og kollegialt samarbeid	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gå bort fra solopraksiser og legge til rette for flerlegesentre med ulik størrelse</li> <li>- Videreføre fastlegedager og fasilitere godt samarbeid med NAV og andre kommunale tjenester</li> </ul>
4	Legger til rette for bærekraftig arbeidsbelastning	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fornuftige listestørrelser</li> <li>- Fleksible vikarordninger</li> <li>- Tilstrekkelig med støttefunksjoner</li> </ul>
5	Lager gode og forutsigbare individuelle utdanningsplaner for LIS3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nok administrative ressurser til allmennlegetjenestene</li> </ul>
6	Organiserer en attraktiv LIS1-tjeneste	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nok administrative ressurser til allmennlegetjenestene</li> <li>- God veilederkompetanse</li> <li>- Opplegg som eksponerer for bredden i allmennmedisin og samfunnsmedisin</li> </ul>
7	Kan fasilitere eller stå for fastlege-lokaler og støttefunksjoner ved behov	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nok administrative ressurser til allmennlegetjenestene</li> <li>- Økonomisk handlingsrom</li> </ul>
8	Har konkurransedyktige og fleksible ordninger for økonomisk kompensasjon	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fleksibel avlønning</li> </ul>

Det bør gjennomføres årlige spørreundersøkelser blant alle legene om hvordan kommunen skårer innen hvert av disse punktene.

Flere av punktene i tabellen diskuteres i egne underkapitler, særlig de som koster penger direkte. Når det gjelder punktet om at den enkelte lege skal oppleve å bli sett, lyttet til, verdsatt og at det er lett å ha god og løsningsorientert dialog med ledelsen, er ikke dette noe som trenger å koste penger, men handler mer om en kultur og erkjennelse hos kommunen. Det er viktig at det er noen hos kommunen som både forstår utfordringene fastlegene

står i, og som har kapasitet til å følge tettere opp de fastlegene som måtte ha behov for det i særlig utfordrende situasjoner eller perioder.

At fastlegene skal oppleve å bli lyttet til, innebærer at legene blir tatt med på råd for å sikre at deres perspektiv blir hørt. Dette vil samtidig ofte føre til at det blir lettere å forvente god kvalitet tilbake på tjenestene som legene skal yte.

Ås kommune har per i dag flere faktorer som tyder på bevissthet rundt legene som en verdifull ressurs, samtidig som det også er verdt å merke seg at leger og legetjenester omtrent ikke er nevnte i de relevante deler av kommunens planverk.

Den halvårlige fastlegedagen er et eksempel på et relativt rimelig tiltak som likevel viser at man verdsetter legeressursene i kommunen. Hver slik heldagssamling koster per i dag kommunen rundt kr 58 000 i direkte kompensasjon til elleve selvstendig næringsdrivende leger, samt tapt inntekt fra kommunalt ansatte leger. I tillegg kommer deltagelse fra kommunale ledere og representanter fra tjenestene, forarbeid av kommuneoverlege og andre, lokaler og lett bevertning. Disse samlingene koster noe penger, og krever innsats fra kommunalt ansatte for å følge opp på en god måte. Likevel får en relativt mye igjen for det som investeres av penger og tid, samlingene har stor toveis nytteverdi, og bidrar betydelig til trivselen blant våre leger.

For å sikre god rekruttering og redusere gjennomtrekk av leger i årene fremover, vil konkurransedyktige økonomiske betingelser være en grunnleggende forutsetning. Forskjellige kommuner har de siste årene forsøkt å stimulere fastlegeordningen sin økonomisk på ulike måter. En av de mest kjente tilnærmingene er den såkalte [«Tromsø-modellen»](#). Denne innebærer blant annet å øke basistilskuddet med 60 %. Fra 01.05.2023 innførte regjeringen, som nevnt, pasienttilpasset basistilskudd. Dette førte til noe økt basistilskudd – for Ås kommunes fastleger sin del en total økning på 12,3 % fra april til mai 2023. Tromsø-modellen har opphav før denne endringen, og om man tar utgangspunkt i siste måned før endringen ble gjort – altså april 2023 – ville en tenkt økning av basistilskuddet til Ås kommunes fastleger på 60 % utgjøre en økt kostnad for kommunen på til sammen rundt kr 6,6 millioner per år. I tillegg til dette innebærer Tromsø-modellen også flere andre økonomiske tilskudd til kommunens fastleger. Flere kommuner med rekrutteringsvansker har innført eller vurdert lignende tilnærminger. I vårt område innførte Indre Østfold kommune fra 01.08.2022 en økning på 50 % av basistilskuddet til sine fastleger. Disse tallene er derfor en nyttig referanse når en skal vurdere kostnader ved eventuelle tiltak for å styrke fastlegeordningen. Vi tror imidlertid at det i utgangspunktet kan finnes lokale løsninger som er mer kostnadseffektive enn å heve basistilskuddet.

## **5.2 Fleksibel avlønning**

Kommunen bør ha muligheten til å være noe fleksibel i hvordan fastlegene avlønnes. Et slikt system kan i første omgang være mer arbeidskrevende for

kommunens administrasjon enn for eksempel å heve basistilskuddet. På sikt tror vi imidlertid at den vil spare kommunen mye både økonomisk og administrativt. I tillegg vil den gi mer stabile – og dermed bedre – legetjenester. Fleksibel avlønning handler bare om avlønning, og bør følgelig sees på bare som én del av løsningen for å skape robuste legetjenester for fremtiden. Dette bør inngå som del av den helhetlige tilnærmingen beskrevet i tabell 7.

For at kommunen skal legge til rette for at flest mulig leger blir jobbene lengst mulig i Ås, bør avlønning og arbeidsbelastning være konkurransedyktig i alle faser av karrieren, fra fersk LIS3 til pensjonsalder. Det er viktig å unngå at noen skifter jobb fordi vårt system for avlønning er for rigid. Det er også viktig at vi har et transparent og rettferdig system.

Fleksibel avlønning innebærer å ved behov og mulighet gi rom for noe fleksibilitet mellom tre forskjellige avlønningsmodeller:

**Modell 1: Selvstendig næringsdrivende.** Dette er den tradisjonelle modellen, hvor fastlegene har ansvar for drift av eget legesenter i henhold til individuell avtale med kommunen, og mottar samtidig uavkortet basistilskuddet fra kommunen. I Ås hefter det heller ingen krav om kommunal bistilling. Alle kommunens næringsdrivende fastleger følger denne modellen per i dag. For nystartede hjemler, dekker kommunen per i dag basistilskudd tilsvarende nasjonal gjennomsnittssats på differansen mellom listetak opp til 1000 pasienter og det faktiske antallet pasienter på listen. Dette gir forutsigbarhet ved oppstart av ny liste, og kommunens kostnader reduseres til null etter hvert som listen fylles opp. Slik fastlegesituasjonen er per i dag, vil dette skje relativt raskt. Dette er kommunens foretrukne modell, da den både er effektiv og relativt fleksibel når den fungerer bra.

**Modell 2: Næringsdrivende på kommunalt drevet legesenter.** Dette er en variant av 8.2-avtale etter ASA 4310. Legen beholder alle inntekter den genererer, og kommunen beholder basistilskuddet, i tillegg til en omsetningsbasert komponent basert på bestemte takster og eventuelt totalomsetning. Legen har avtale om drift av hjemmel på samme måte som andre selvstendig næringsdrivende leger, og har ikke rettigheter som ansatt. Legen avlastes for administrative oppgaver, og det frigjøres dermed tid til bruk på pasientrettet arbeid. Denne modellen er først og fremst aktuell dersom det ikke lykkes kommunen å rekruttere til modell 1.

**Modell 3: Fastlønnnet ansatt.** Fast lønn som andre kommunalt ansatte, i henhold til kommunens lønnstrapp for leger. Som ansatt har legen alle de vanlige sosiale rettigheter. Jobben har faste arbeidstider, og overtid må avtales. Kommunen beholder alle inntekter produsert av legen. I utgangspunktet er dette mest aktuelt ved kommunalt drevet legesenter, og er modellen som følges ved Ås kommunale fastlegekontor i dag. Denne modellen kan også inneholde komponent av omsetningsbasert godtgjørelse.

Når det gjelder andre kommunale legeoppgaver, kan disse i prinsippet kombineres med alle tre modellene, men som tidligere beskrevet har det flere fordeler å kombinere dem med fastlønnede stillinger.

Kommunen bør i dag ta høyde for at vi ikke vil klare å rekruttere alle fastlegene som vil kreves de neste årene basert på modell 1 alene. Erfaringer fra de siste par års utlysninger viser at interessen for å jobbe som fastlege i Ås er der, men at mange leger vegrer seg for å ta på seg ansvaret knyttet til modell 1. Dette gjelder selv om kommunen har tilbudt aktuelle kandidater å overta hjemmel og praksis vederlagsfritt. Praksisene det da har vært snakk om, har imidlertid vært solopraksiser, og det er grunn til å tro at det vil være lettere å få noen til å gå inn i modell 1 som del av en allerede veldrevet flerlegepraksis.

Basert på disse erfaringene er det imidlertid nødvendig å ta høyde for at kommunen ikke vil klare å rekruttere mellom 20 og 30 leger de neste tolv årene på denne måten. Derfor trenger vi å ha muligheter for alternative tilnærminger, og noen av disse mulighetene bør stå klare. Det tar tid å stable alternative opplegg på beina, og dersom man venter til akuttbehovet er der, risikerer man ubesatte hjemler, og sjansen for en dyrere og dårligere løsning øker også. Får man først ubesatte hjemler, kan det lede kommunen inn i en negativ spiral.

Andelen fastleger som avlønnes etter modell 1, bør være så høy som mulig. Dersom kommunen må gå over til bruk av modell 2 eller 3 også utenfor Ås kommunale fastlegekontor, vil dette medføre økte totalkostnader for kommunen på kort sikt, og også at kommunen vil måtte ta på seg ansvar for driften av flere legesentre enn i dag.

Erfaringer både fra Ås og andre kommuner, viser at man bør ta høyde for at en del yngre leger vil ønske modell 3. Denne gir større økonomisk trygghet, og innebærer sosiale ordninger som ansatt. Tendensen er at man etter å ha jobbet en periode, og sett at man klarer å generere en viss omsetning, blir mer trygg på å ha inntekter etter andre modeller.

Med innføringen av pasienttilpasset basistilskudd fra mai 2023, økte basistilskuddet noe. Dette gjorde det isolert sett mer aktuelt for næringsdrivende fastleger å ønske modell 1, fremfor modell 2 eller 3. Skulle basistilskuddet fra sentralt hold økes ytterligere, vil dette gjøre det enda mer økonomisk gunstig å velge modell 1, som jo også er den enkleste modellen for kommunen å administrere. Det handler om at legene må se at inntektene ved å beholde basistilskuddet er større enn driftskostnadene. De som allerede driver etter en velfungerende variant av modell 1, vil som regel ønske å fortsette med dette.

Det er ikke et poeng i seg selv at kommunen skal involvere seg mer enn nødvendig i den direkte driften av kommunens fastlegetjenester. Poenget med å kunne tilby forskjellige former for avlønning, er å være godt forberedt dersom man ikke får rekruttert nok leger som ønsker å drive etter modell 1.

Sannsynligheten for at man ikke klarer dette de neste årene, vurderer vi som meget høy.

### **5.3 Administrative ressurser fastlegeordningen**

Frem til september 2023 var det kommuneoverlege, i samarbeid med tidligere kommunalsjef – nå virksomhetsleder – for helseområdet, som hovedsakelig stod for kontakten med kommunens næringsdrivende fastleger. Med utgangspunkt i at det var behov for å klargjøre ansvaret for oppfølging av hele fastlegeordningen, ble det bestemt at enhetsleder for Ås kommunale fastlegekontor skulle overta den administrative delen av dette ansvaret. De kommunalt ansatte legene i andre legeoppgaver, vil fortsatt følges opp av sine enhetsledere, som andre kommunalt ansatte.

En klargjøring av ansvar var viktig å få på plass, da det i årene som kommer vil være behov for en betydelig mer omfattende oppfølging av legetjenestene, sammenlignet med i dag. Det er derfor viktig å ha tilstrekkelig med administrative ressurser som kan følge opp kommunens eksisterende leger, både de ansatte og de selvstendig næringsdrivende allmennleger, lage og følge opp ALIS-avtaler og utdanningsplaner, jobbe med rekruttering og ansettelse, se til at det er god vikardekning ved ferier, permisjoner og annet fravær, behandle klagesaker, rekruttere og følge opp veiledere, følge opp LIS1, følge opp nasjonale føringer og krav for allmennlegetjenesten, ha en sentral rolle i gjennomføring av LSU, fastlegedager og andre møtearenaer med fastlegene, delta i relevante interkommunale fora, søke om midler, med mer. Dette ansvaret vil være tett koblet til kommunens nye identitet som utdanningsvirksomhet i allmenntilleggsmedisin. Kapasitet til administrativ oppfølging vil også være viktig for god økonomistyring i kommunens del av fastlegeordningen.

En annen oppgave som naturlig vil tilfalle denne ressursen, er koordinering av eventuell kommunal drift av legesentre, i de tilfellene hvor kommunen ikke lykkes med å finne næringsdrivende leger som ønsker å drifte selv. Dette kan utgjøre en betydelig arbeidsmengde i seg selv, og innebærer foruten rekruttering og oppfølging av legene, også rekruttering og oppfølging av støttepersonell som helsesekretærer eller sykepleiere, inngåelse og oppfølging av avtaler med leverandører av utstyr og IT-systemer, oppfølging av lokaler, med mer.

Vi vurderer derfor at det viktigste tiltaket for å komme i forkant med de endringene som trengs de neste årene, er at det settes av tilstrekkelig med administrative ressurser til å følge opp kommunens fastlegeordning på en god måte fra dag til dag.

### **5.4 Økt fastlegekapasitet**

Ås kommune har per i dag betydelig underkapasitet i sin fastlegeordning. Kommunen må de neste årene rekruttere et større antall leger, stipulert til mellom 20 og 30 årsverk de neste tolv årene. Rekrutteringstakten kan med fordel være noe større i starten av perioden.



For å gjøre noe med dette bør det følges to spor:

1. Rekruttere til nye fastlegehjemler, samtidig som man erstatter de som går av med pensjon, eller slutter på annen måte. Utgangspunktet er at alle nye hjemler skal inn i modell 1, og kommunen bør ha nok administrative ressurser tilgjengelig til å gjøre nødvendig tilrettelegging for dette. Om nødvendig, må kommunen også være forberedt på å ta seg av driften av nye legesentre, og ansette leger etter modell 2 eller 3. Nye hjemler bør heller ikke i fremtiden tilheftes kommunale bistillinger.
2. Øke antall leger ved Ås kommunale fastlegekontor slik at alle kommunale legefunksjoner innen allmenntilleggsmedisin – utenom fastlegerollen – er dekket med leger som jobber minst 50 % som fastlege og resten med andre kommunale legefunksjoner. Eventuelle utvidelser med deltidsstillinger i samfunnsmedisin bør også dekkes inn på denne måten. Utvidelse vil også kreve økte kontorarealer. Listestørrelser ved kontoret bør være tilrettelagt for en arbeidsmengde som innebærer noe bufferkapasitet, samt normale arbeidstider. Dette inkluderer også at eksisterende lister ved kontoret på noe sikt bør reduseres fra dagens 600 og ned til 400–550 pasienter, avhengig av legens erfaringsnivå.

Til nye hjemler som ikke følger modell 1, må det tas høyde for en netto kostnad. Det vil etter modell 1 også være noen forbigående kostnader knyttet til oppretting av næringsdrivende hjemler, i form av ekstra basistilskudd tilsvarende listetak, maksimalt 1000 pasienter.

Med utgangspunkt i tre legeårsverk per nye legesentre, bør kommunen i løpet av tolvårsperioden ta sikte på at det opprettes tre nye sentre. Disse bør fordeles geografisk hensiktsmessig, i lokaler med god tilgang for pasienter med nedsatt forflytningsevne, og med tilstrekkelige kollektivforbindelse og parkeringsmuligheter.

## **5.5 Samfunnsmedisinske ressurser**

Kommuneoverlegen har per i dag ikke noen reell stedfortreder, som har kapasitet til å gjøre kommuneoverlegens arbeidsoppgaver. Dette er per i dag lagt til Ås kommunale fastlegekontor generelt, som i utgangspunktet hverken har samfunnsmedisinsk erfaring eller ledig kapasitet.

Stedfortrederfunksjonen ville vært bedre ivaretatt om minst to leger hadde kjennskap til de samfunnsmedisinske oppgavene som skulle gjøres. Dette ville gitt en kontinuitet i arbeidet, både ved akutt og planlagt fravær. Eksempler på sistnevnte er kurs, veiledningsgruppe, permisjoner og ferie. Dette ville også ført til redusert behov for å hente inn eksterne vikarer. Det er også en viktig beredskapsmessig side ved å ha mer enn én ansatt som jobber med et fagfelt. Ved større hendelser, som en ny pandemi, ville det også være lettere å få til en bærekraftig belastning på kommuneoverlegefunksjonen, om man kunne delt både på oppgavene og når man skulle være tilgjengelig.

Det er også samfunnsmedisinske oppgaver som kommunen i for liten grad følger opp per i dag, og som det kunne vært bedre ivaretatt, om man hadde flere

samfunnsmedisinske ressurser. Miljørettet helsevern er et nærliggende eksempel. Med tanke på hvor mye utbygging og andre forandringer som skal finne sted i Ås kommune i årene som kommer, er det viktigere enn tidligere å ha kapasitet til å kunne bidra i reguleringsprosesser. Kommunen har også et stort etterslep innenfor lovpålagte tilsyn ved barnehager, skoler og andre virksomheter. I en del tilfeller nedprioriteres oppgaver som er viktige, fordi de ikke haster nok. Dette gjelder områder som helseberedskap, smittevernarbeid, folkehelse og rådgivning og dialog rundt fastlegeordningen.

## 5.6 Fleksible vikarordninger

Ås kommune har frem til i dag bare i begrenset grad hatt rutiner knyttet til å skaffe vikar ved fravær blant kommunens fastleger. Dette henger sammen med at det i utgangspunktet er de selvstendig næringsdrivende legene som selv har ansvaret for å skaffe vikar til sine praksiser ved fravær. Dette har fungert bra for flerlegepraksisene, som vikarierer for hverandre, men bare delvis for solopraksisene. Sommer, jul og påske har legene hatt såkalt «kollegial fraværsdekning», som vil si at alle dekker inn for alle. Dette er noe legene selv mener har fungert ganske bra, men som kommunen likevel har mottatt en del klager på fra innbyggerne.

Ås kommune har også mottatt kritikk både fra innbyggere, egne tjenester og legevakten for å ikke være gode nok på å dekke inn med vikarer ved langtidsfravær av fastleger. Dette har ikke minst vært tilfelle ved Ås kommunale fastlegekontor, hvor dette var en viktig årsak til misnøye rundt kontoret tilbake i 2021–22.

Ettersom et økende antall av kommunen leger fremover trolig kommer til å være yngre leger med behov for fravær både knyttet til spesialisering og livsfase, vil gode systemer for vikarer være med på å redusere belastningen ved disse fraværene både for innbyggerne, legen selv, de andre legene og administrasjonen.

Det finnes i dag en rekke vikarbyråer som tilbyr legevikarer, men dette er ofte kostbart og ikke blant de beste løsningene. Fordelen er imidlertid at det er en forholdsvis enkel løsning.

Følgende tiltak kan gi bedre og billigere vikarløsninger:

1. Sørge for at alle legesentre er flerlegesentre, slik at legene kan vikariere for hverandre, og dermed som oftest ikke trengte ekstern vikar ved kortere fravær.
2. Ha en vikarpool bestående av tidligere LIS1 og andre leger som i noen grad kjenner forholdene i kommunen, og som man kan hyre inn uten fordyrende mellomledd.
3. Ha noe overkapasitet i ordningen generelt, og spesielt ved Ås kommunale fastlegekontor, slik at man kan håndtere først og fremst akutt fravær, og også noe mer langsiktig fravær uten å måtte hente inn nye legerressurser. Dette må brukes med forsiktighet for at det ikke skal gå ut over driften på

kontoret, men denne funksjonen bør være noe av det som skiller Ås kommunale fastlegekontor fra de andre kontorene.

Igjen vil dette kreve en administrativ innsats for å følge opp, men dette blir med stor sannsynlighet et mer eller mindre vedvarende behov i årene fremover, og man bør ruste seg deretter.

Kostnader ved dette inngår i punktene om å ha tilstrekkelig med administrative ressurser for fastlegeordningen og å utvide total listekapasitet.

## 5.7 Helsestasjon

Helsestasjonen har i dag som nevnt totalt 130 % fast legestilling, fordelt på tre leger. Det finnes ikke klart fastsatte nasjonale normtall for legestilling på helsestasjon og i skolehelsetjeneste. Tabell 8 viser imidlertid en sammenligning av tall fra Ås kommune med Helsedirektoratets forslag til veiledende anbefalinger om legebemanning på helsestasjon, fra rapporten [IS-1798 Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten](#) fra 2010.

*Tabell 8: Antall barn i Ås kommune, sammenlignet med Helsedirektoratets veiledende anbefalinger fra 2010 for størrelse legestillinger på helsestasjon.*

Aldersgruppe	Anbefalt legestilling	Antall i Ås	Tilsvarende legestilling	Ligestilling per i dag
Fødsler	20 % per 100	200	40 %	70 %
Barneskoleelever	5 % per 100	1750	90 %	0 %
Ungdomsskoleelever	20 % per 550	750	30 %	60 %
Videregående-skoleelever	20 % per 800	1250	30 %	
<b>SUM</b>			<b>190 %</b>	<b>130 %</b>

I tillegg til oppgavene som Helsedirektoratets rapport tar hensyn til, har også Helsestasjon for ungdom og studenter (HFUS) i Ås en betydelig utvidet pasientgruppe sammenlignet med vanlig helsestasjon for ungdom. Dette skyldes alle studentene på NMBU, samt andre innbyggere opp til 25 år.

HFUS har i dag 60 % legestilling. Medregnet det utvidede mandatet til HFUS, ligger dette under det som er anbefalt. De udekte behovene er likevel per i dag større for de yngre aldersgruppene.

Helsestasjonen har per i dag 70 % legestilling for 0–5 år, og ingen for skolehelsetjenesten. Sistnevnte er mot det Helsedirektoratet i sin oppdaterte nasjonale faglige retningslinje, angir som en «sterk anbefaling» om å tilby somatisk undersøkelse hos lege for alle førsteklassinger. Oppgavefordelingen mellom helsesykepleiere og helsestasjonslege har endret seg en del siden 2010, men det er likevel stor forskjell på de 90 % som da var anbefalt, og de 0 % som Ås kommune har avsatt til dette formålet per i dag.

Ås kommune forventer også befolkningsvekst blant barn i årene som kommer, noe som vil øke behovet for legeressurser ytterligere i det forebyggende helsearbeidet knyttet til gravide, barn, unge og foreldre.

For liten tilgang på legeressurser, vil også kunne ha negative følger for kommunens satsing på tidlig innsats for risikoutsatte barn og unge.

Det bør derfor de nærmeste årene legges opp til 30 % økning i legeressurser på helsestasjon 0–5 år og skolehelsetjenesten. Dette bør gjøres ved å øke dagens løse 20 % stilling, og slå sammen til en ny fast 50/50-stilling med 50 % til helsestasjon 0–5 år og skolehelsetjenesten, og 50 % som fastlege ved Ås kommunale fastlegekontor.

LIS1 er per i dag en viktig legeressurs for helsestasjonen. Det bør tas høyde for at denne ressursen i årene som kommer kan utgjøre mindre enn dagens 60 %, da dette utgjør en andel av LIS1 sin tid som ligger godt over det som er vanlig i de fleste andre kommuner.

## 5.8 Sykehjem

Moer sykehjem har 130 % legestilling per i dag. Det foreligger ikke normtall fra sentrale myndigheter for hvor mye legeressurser man bør ha basert på beboertall, men Legeforeningen kom med et forslag til bemanningsnorm i 2020. Der ble det foreslått å ha en 100 % legestilling per 80 langtidspasienter eller 12 korttidspasienter. Tallene for langtidspasienter innebærer omtrent 30 minutter avsatt tid til hver pasient per uke.

Tabell 9: Sammenligning antall leger og beboere på sykehjem i Ås kommune.

Sykehjem	Plasser †		Legeårsverk				
	KTP	LTP	Forventet ‡			Per i dag	Differanse
			KTP	LTP	Totalt		
Moer sykehjem	20	60	165 %	75 %	240 %	130 %	110 %
Moertunet	10	36	85 %	45 %	130 %	100 %	30 %
<b>SUM</b>	<b>30</b>	<b>96</b>	<b>250 %</b>	<b>120 %</b>	<b>505 %</b>	<b>230 %</b>	<b>140 %</b>

† KTP: korttidsplasser; LPT: langtidsplasser.

‡ Forventede verdier er basert på Legeforeningens «Bemanningsnorm for legeressurs i sykehjem» fra 2020.

Sammenlignet med anbefalingen fra Legeforeningen, ligger Moer sykehjem på rundt 55 % av anbefalt legedekning, mens Moertunet ligger på rundt 75 %. Differansen mellom dagens bemanning og anbefalt bemanning er et underskudd på 140 % legestilling.

For å sikre kontinuitet, bør eventuelt nye legestillinger ved sykehjemmene også i fremtiden være koblet til 50/50-stillinger i kombinasjon med fastlegejobbing ved Ås kommunale fastlegekontor.

Med tanke på at Moer sykehjem har lavest legedekning, og at det allerede i dag mangler fast ansatte leger til å dekke legestillingene der, bør alle tre legestillingene ganske raskt organiseres slik at de dekkes av tre 50/50-stillinger som kombinasjon mellom Moer sykehjem og fastlegejobb ved Ås kommunale fastlegekontor. Denne prosessen vil innebære at 30 %-stillingen økes til 50 %.

Moertunet har per i dag relativt god legedekning med sine to 50 % stillinger.

## **5.9 Migrasjonshelse**

Det kommer hvert år et større antall personer til Ås kommune fra land som kulturelt ligger et stykke unna Norge. Dette dreier seg i første rekke om flyktninger, og studenter og gjesteansatte ved NMBU.

Under den første runden med mottak av flyktninger fra Ukraina i 2022, hadde kommunen midlertidig et tverrfaglig team som sørget for medisinsk undersøkelse og kartlegging av alle flyktninger som kom til kommunen. Disse kunne prate med og undersøke de ankomne før de ellers ville fått plass på en fastlegeliste.

Det var også flere grunner til at det var viktig å få gjort en god kartlegging av denne gruppen, samtidig som det ville være krevende for fastlegene å få det til på egenhånd. Dette handlet blant annet om språkbarriere, utfordringer knyttet til forskjeller i kultur, tillit og forventinger til helsevesenet, lavere vaksinasjonsgrad, manglende kontroll med kroniske sykdommer, manglende dokumentasjon, økt forekomst av en rekke smittsomme sykdommer (som tuberkulose, HIV, hepatitt B, hepatitt C og meslinger) og psykiske og fysiske traumer.

Den innledende kartleggingen som ble gjort av det tverrfaglige teamet i forbindelse med Ukraina-krisen, var med å sikre denne pasientgruppen en god start i kommunen, og var også til god hjelp for fastlegene som deretter overtok ansvaret. Flere av faktorene som kan avdekkes ved en god innledende kartlegging, har også innvirkning på helsen i kommunen generelt, som smittefarlige sykdommer.

Det bør derfor opprettes en egen legestilling i 20 % til fast team for [migrasjonshelse](#). Der bør også andre ressurser inngå, som psykososial kartlegging og oppfølging av tuberkulosekoordinator.

## 6 Tiltaksplan

De tiltakene for legetjenestene som har en direkte økonomisk kostnad, er listet opp i tabell 10. Tiltakene er ikke oppført i prioritert rekkefølge. Punktet om utvidelse av total listekapasitet innebærer forskjellige tiltak for å klare å gjennomføre en utvidelse med to til tre legeårsverk per år. Noe av dette vil også handle om å stabilisere fastlegeordningen slik den er i dag.

I økonomiplan for 2024–2027 for Ås kommune er det allerede satt av kr 250 000 for 2024 og kr 500 000 årlig for 2025–2027 til styrking av allmennlegetjenesten.

*Tabell 10: Prioriterte tiltak for å styrke og videreutvikle kommunens legetjenester.*

<b>Prioriterte tiltak</b>
Administrative ressurser fastlegeordningen
Økt fastlegekapasitet
Økt kommuneoverlegeressurs (30 %)
Fylle alle legestillinger Moer sykehjem med fast ansatte, inkludert 20 % økt legeressurs
Økt legeressurs helsestasjon (30 %)
Legeressurs migrasjonshelse (20 %)





Ås kommune

*Miljø, mangfold og muligheter*

