



GJØVIK KOMMUNE

PLAN FOR LEGETJENESTEN 2025-2026



Foto av inngangspartiet til Gjøvik kommunale legegruppe som åpnet i 2024

Innhold

1	Innledning	3
2	Bakgrunn og hovedutfordringer	5
3	Mål og tiltak	8
	MÅL 1: Gjøvik kommune har tilstrekkelig kapasitet i fastlegeordningen	8
	MÅL 2: Gjøvik kommune har tilstrekkelig kapasitet i medisinske offentlige oppgaver ...	11
	MÅL 3: Gjøvik kommune har tilstrekkelig kapasitet til drift og ledelse av legetjenesten	13
4	Kunnskapsgrunnlag for planen	16
a)	Fastlegetjenesten	16
b)	Legetjenester i sykehjem	19
c)	Legetjenester i helsestasjon- og skolehelsetjenesten	22
d)	Akuttmedisinske oppgaver	24
e)	Kommuneoverlege – samfunnsmedisin	25
f)	Fengselshelsetjenesten	26
g)	Samhandlings- og møtearenaer	26
h)	Kvalitetsarbeid	28

1 Innledning

Det framgår av «Rammeavtale mellom KS og Legeforeningen» (ASA 4310) at kommunen skal utarbeide plan for legetjenesten i kommunen:

Planlegging

Kommunen skal sørge for nødvendig planlegging slik at legen har forutsigbarhet i sin virksomhet i henhold til gitte rammebetingelser, slik som forventet listestørrelse, sammensetning av pasientpopulasjon, veiledning av LIS-leger mv.

Kommunen skal utarbeide plan for legetjenesten i kommunen.
Planen skal rulleres og forelegges samarbeidsutvalget til vurdering og uttalelse.

I Gjøvik kommune er gjeldende plan for perioden 2022 - 2024, og som bygger på planen for perioden 2018-2022.

Arbeidet med å revidere denne planen ble igangsatt høsten 2024. Metode og fremgangsmåte ble først drøftet i Samarbeidsutvalget (SU). Gjøvik allmennlegeforening (GAL) ble også orientert om den forestående revisjonen. En representativ arbeidsgruppe ble opprettet, bestående av kommuneoverlegen, leder for GAL, utdanningsansvarlig overlege for Leger I Spesialisering (LIS), tillitsvalgt fra Legeforeningen og tjenesteleder helse med sekretærfunksjon og revisjonsansvar for planen.

Planen har status som fagplan i kommunens plansystem.

Planen skal også bidra i henhold til hovedutfordringer i folkehelseoversikten for kommunen. Aktuelle satsingsområder er:

- utjevne sosiale helseforskjeller (fysiske, psykiske)
- satsing på offentlige tilbud og et samfunn der alle kan trives
- forebyggende rusarbeid, foreldreveiledning, holdningsskapende arbeid og universelle lavterskeltilbud til barn og unge

Fastlegeordningen har en viktig rolle i forebygging hos egne pasienter, både med forebyggende rusarbeid, holdningsskapende arbeid, foreldreveiledning og å ha en bevisst holdning til at også helsetjenester i praksis blir skjevfordelt til fordel for de mer ressurssterke.

Tiltak fra planen kan besluttes i forbindelse med den årlige behandling av styringsdokument og økonomiplan, men også separate saker som legges fram for politisk behandling må påregnes.

Planen skal gi en beskrivelse av legetjenestene i kommunen, med hovedvekt på utviklingstiltak for å imøtekomme befolkningens aktuelle og framtidige behov for legetjenester. Formålet med Plan for legetjenesten er å sikre innbyggerne i Gjøvik kommune tilgjengelige legetjenester av god kvalitet i sykehjem, helsestasjon, skole, på legevakt, innenfor fastlegeordningen, samt i fengselshelsetjenesten og oppgaver og funksjoner som dekkes av kommuneoverlegen. Tjenesten skal bidra til forebygging, utredning og behandling i et folkehelseperspektiv. Planen skal legge til rette for det overordnede målet om at Gjøvik kommune skal ha en helhetlig helse- og omsorgstjeneste hvor legetjenesten er en integrert samarbeidspartner.

Følgende er de viktigste love, forskrifter og sentrale avtaler regulerer legetjenesten:

- Lov om helse- og omsorgstjenester i kommunene
- Lov om helsepersonell
- Lov om pasient- og brukerrettigheter
- Lov om smittevern
- Lov om folkehelse
- Forskrift om fastlegeordning i kommunene
- Forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen
- Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv
- Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger
- Forskrift om miljørettet helsevern.
- SF 2305 (tariffavtalen) Sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Legeforeningen om vilkår for leger og turnusleger i kommunehelsetjenesten med arbeidsavtale
- ASA 4301 (statsavtalen) Avtale om økonomiske vilkår for allmennleger med kommunal fastlegeavtale og legespesialister med avtalepraksis (basistilskudd og takster)
- ASA 4310 Rammeavtale mellom KS og Legeforeningen om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene

2 Bakgrunn og hovedutfordringer

Nasjonale utfordringer

Fastlegeordningen, som ble etablert i 2001, var ment å være selvfinansierende (ikke påføre kommunene utgifter), og fastlegene skulle være selvstendig næringsdrivende bedriftseiere med arbeidsgiveransvar for egne ansatte (hovedmodellen).

Det har over flere år vært en økende utfordring å rekruttere leger til fastlegeordningen etter hovedmodellen.

I 2023 brukte norske kommuner anslagsvis over en milliard kroner på fastlegeordningen ut over den statlige direktefinansieringen til fastlegene i hovedmodellen. I dag subsidierer de fleste kommuner ordningen, og subsidieringen øker årlig ifølge KS.

Trenden har vært at yngre leger ikke ønsker å være selvstendig næringsdrivende med bedrifts- og arbeidsgiveransvar. Mange ønsker fastlønn, i hvert fall frem til de er spesialister. Andre ønsker å arbeide som selvstendig næringsdrivende, men uten bedrifts- og arbeidsgiveransvar for et legekantor, såkalt 8.2-avtale der det er kommunen som drifter legekantoret og er arbeidsgiver for helsesekretærer mens legen er næringsdrivende i eget enkeltpersonforetak. 8.2-avtaler betyr i praksis kommunal subsidiering av fastlegens inntjening.

Med ny Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger av 2019 (spesialistforskriften), kom det krav om at fastleger må spesialisere seg i allmennmedisin. Kommunene er ansvarlig for spesialiseringsforløpet, noe som har medført et vesentlig økt administrativt arbeid og økte kostnader. Kommunene er avhengig av at dagens fastleger bidrar til obligatorisk veiledning og supervisjon.

Rammeavtalen om fastlegeordningen (ASA 4310) regulerer samarbeidet mellom allmennlegeforeningen og kommunene, også når det gjelder rekruttering og omsetning av hjemler. De avviker fra ordinære rekrutteringsprosesser, noe som gjør at arbeidet med rekruttering både tar lang tid og er arbeidskrevende.

Det er mangel på stillinger for leger i spesialiseringsordningens del 1 (LIS1) i Norge i dag, slik at mange medisinstudenter og tilflyttende leger utdannet i andre land, til enhver tid venter på å komme i gang med spesialiseringsforløpet.

Fastlegenes kjerneoppgave er kurativ praksis på legekantoret og kommunale legeoppgaver. Arbeidsbyrden har sammenheng med antall pasienter og sammensetningen av pasientpopulasjonen på fastlegens liste.

I tillegg er fastlegene pålagt å delta i legevaktsarbeid. (arbeidsplikt iht. Fastlegeforskriften § 13 og regulert i Særavtalen mellom KS og Den norske legeforening (SFS 2305). Legevaktsarbeid gir en økt arbeidsbyrde. Leger over 60 år har rett på fritak hvis de ønsker det.

Fastlegen har en avgjørende rolle (portvokterrollen) i forhold til hvem som skal legges inn på sykehus og hvem som skal henvises til utredning i spesialisthelsetjenesten.

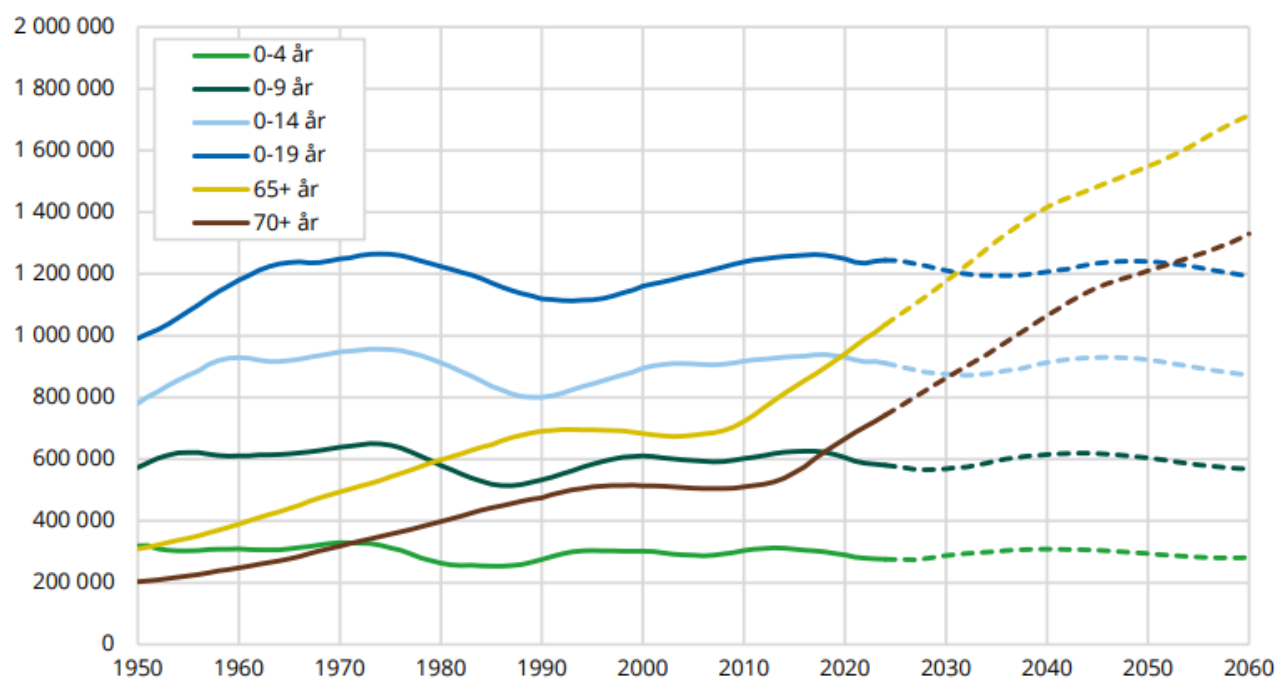
Samhandlingsreformen (St.meld.nr. 47, 2008-2009) har overført ansvar og oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten ved at pasienter skrives ut tidligere og har større oppfølgingsbehov.

Denne planen har hatt som uttalt mål på kort sikt å sørge for at det blir flere fastleger og at de får redusert arbeidsmengde. På lengre sikt omtaler planen å tilrettelegge for større og mer robuste fagmiljøer, kvalitetsarbeid og fagutvikling, og nye måter å arbeide og samarbeide på.

Den demografiske utviklingen med økende antall eldre samtidig med at antall yrkesaktive går ned, vil gi kapasitetsutfordringer i helse- og omsorgstjenestene i årene som kommer.

Jobbglidning (overføring av arbeidsoppgaver fra en gruppe til en annen) må vurderes, i tillegg til at ny teknologi vil gi nye arbeidsmetoder.

Figur 1.9 Antallet barn og unge i fire aldersgrupper og antallet eldre i to aldersgrupper, registrerte tall 1950-2024 og fremskrevet 2025-2060, hovedalternativet (MMM)



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Lokale utfordringer.

Gjøvik kommune skal gi legetjenester til egne innbyggere så vel som i overkant av 4000 studenter ved NTNU og nesten 2000 studenter ved Fagskolen Innlandet Gjøvik. De fleste av studentene har bostedsadresse i sin hjemkommune. I tillegg har kommunen til enhver tid et betydelig antall pendlere i regional sammenheng, turister og andre tilreisende som kan ha behov for helsehjelp. Kommunen ivaretar også fengselshelsetjenesten ved Vestoppland Fengsel avd Gjøvik, samt er vertskommune for akutttilbud på kveld/natt/helg ved Gjøvik Interkommunale legevakt.

Nyansatte leger i Gjøvik kommune er oftest nyutdannede og skal gjennom et spesialiseringsforløp (Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (Spesialistforskriften)). For å kunne ansette LIS3-leger i spesialiseringsforløp har kommunen søkt om, og blitt godkjent som utdanningsvirksomhet. Gjøvik kommune har også søkt om å bli registrert som utdanningskommune for spesialisering i samfunnsmedisin.

Gjøvik kommunen har pr oktober 2024 20-LIS3-leger i spesialisering!

Spesialiseringsordningen medfører økt administrativt arbeid, bl.a. organisering av spesialiseringsforløpene, og ansvar for oppfølging. I tillegg er det økte kostnader for kommunen.

Gjøvik kommunen har de siste 2 årene iverksatt flere tiltak for å bedre rekrutteringen av fastleger:

- opprettelse av fastlegehjemler med kommunalt ansatte leger med fastlønn
- virksomhetsoverdragelse av legekantor
- reduksjon av listelengder
- etablert nytt legekantor (Gjøvik kommunale legegruppe)

Kostnadene forbundet med legetjenester i Gjøvik kommune har økt som følge av tiltakene, men også grunnet finansiering av spesialiseringsforløp, og ikke minst kostnader ved innleie av leger fra vikarbyråer i vakante hjemler.

Det er fortsatt en noe ustabil fastlegesituasjon, da 5 hjemler mangler fastlege med fast kommunal avtale. Disse hjemlene blir ivaretatt av stabile langtidsvikarer utleid fra vikarbyrå /bemanningsbyrå.

Godt samarbeid mellom kommunen og legene er avgjørende for en velfungerende fastlegetjeneste til innbyggerne. Kommune har god dialog med Gjøvik AllmennLegeforening (GAL) gjennom Samarbeidsutvalget (SU).

3 Mål og tiltak

MÅL 1: Gjøvik kommune har tilstrekkelig kapasitet i fastlegeordningen

I Forskrift om fastlegeordning i kommunene står det at fastlegeordningen skal bidra til at kommunene kan imøtekomme kravet om forsvarlige allmennlegetjenester for alle som oppholder seg i kommunen jfr. Helse- og Omsorgsloven § 3.2 og §4.1. God tilgang til tjeneste og kontinuitet i forholdet mellom legen og innbyggerne på listen er viktige indikatorer på kvalitet. Kontinuiteten og det forpliktende forholdet i et livsløpsperspektiv er av stor betydning for kommunens innbyggere, helse- og omsorgstjenestene, NAV, spesialisthelsetjenestene og andre samarbeidspartnere.

En viktig faktor i en velfungerende fastlegeordning er tilstrekkelig med ledige plasser på fastlegelistene slik at befolkningen har et reelt valg mellom flere fastleger. Samtidig skal hver fastlege kunne ha listelengde og forsvarlig god faglig og økonomisk praksis. Lov om pasient- og brukerrettigheter beskriver i § 2-1 c. pasientens rettigheter i fastlegeordningen:

Enhver som er bosatt i en norsk kommune, har rett til å stå på liste hos lege med fastlegeavtale. Det samme gjelder asylsøkere og deres familie når de er medlem av folketrygden.

Personer som står på fastleges liste har rett til å skifte fastlege inntil to ganger i året, og rett til å få en ny vurdering av sin helsetilstand hos en annen lege med fastlegeavtale.

Gjøvik kommune har gjennomført mange tiltak siste 2 år, jfr. Status pr tiltak.

Kommunen har ut fra demografisk utvikling fortsatt behov for å øke listekapasiteten i årene fremover. De fleste lister er nå justert ift lengde. Etter hvert som LIS3 / ALIS-legene fullfører sitt spesialiseringsforløp bør listene i samarbeid med fastlegen økes. Opprettelse av flere fastlegelister kan også vurderes, men ikke som eneste virkemiddel for økt listekapasitet.

Tiltakene beskrevet nedenfor har prioritet i tråd med rekkefølgen. Tiltak fra planperiode 2022-2024 tas med for å vise status, måloppnåelse og fremdrift.

Tiltak 1: Opprette nytt kommunalt drevet legesenter i Gjøvik Sentrum innen 2022, med 5-8 legehjemler innen 2026.

Status:

- Tiltaket er fullført. Nytt legesenter med 7 legekantor i Storgata 23 ble tatt i bruk i februar 2024.
- 2 nye fastlegehjemler er opprettet og tatt i bruk.
- 2 hjemler ble overført hit fom september 2024 ifm at Sentrumslegene AS avviklet sin virksomhet.
- 3 hjemler fulgte med fra de gamle lokalene i 3. etg.

Tiltak 2: Tiltak for å rekruttere og beholde fastleger

Flere rapporter vedr. fastlegesituasjonen i Norge viser til at mange leger i etablering og oppstart i allmennmedisin / ved gjennomføring av spesialisering LIS3 ikke ønsker å være selvstendig næringsdrivende etter hovedmodellen (bedriftseiere og arbeidsgivere). Samtidig vet vi at leger har ulike ønsker, så å kunne tilby ulike typer av fastlegehjemler har vært, og vil fortsatt ha prioritet.

Et annet viktig tiltak for å rekruttere fastleger er at kommunen har LIS1-stillinger (turnuslegestillinger. Gjøvik kommune fikk fom høsten 2024 tildelt 1 ny LIS1 og har da 3 LIS1-stillinger. Praksistiden for LIS1 i kommunetjeneste er 6 mnd og rulleres fortløpende.

Alternativer er:

- Kommunalt ansatt fastlege med andel av omsetning.
- Selvstendig næringsdrivende lege på kommunalt legekontor (8.2 avtale med eller uten omsetning av pasientliste).
- Selvstendig næringsdrivende fastlege etter hovedmodellen for fastlegeordninga.

Status:

- Gjøvik kommune har i siste del av nåværende planperiode rekruttert 9 fastleger,
- Herav 2 selvstendig næringsdrivende etter hovedmodellen, 1 næringsdrivende med 8.2-avtale og 6 med fast kommunal ansettelse.
- 7 er leger i spesialiseringsforløp LIS3 og 2 er spesialister i allmennmedisin.
- Fom høsten 2024 har Gjøvik kommune fått tildelt en tredje stilling for turnuslege / LIS1.

Tiltak:

- Rekruttere. Nåværende strategi med tilbud innen de 3 alternativene kombinert med tett dialog og godt samarbeid med legene både på individbasis, per legesenter og gjennom Samarbeidsutvalget (SU) og Gjøvik allmennlegeforening (GAL) har gitt akseptable resultater inn mot rekruttering.
- Beholde. For å beholde fastleger har det blitt innført en kompensasjon for næringsdrivende leger som må være hjemme med sykt barn og et kommunalt basistilskudd for næringsdrivende leger som drifter sin praksis etter hovedmodellen for fastlegeordninga. Dette har bidratt til å stabilisere og jevne ut kommunens tiltak uavhengig av fastlegenes organisering og driftsmodell.
- Ut fra befolkningsutvikling og listekapasitet / listelengder kan det vurderes å opprette 1-2 nye fastlegehjemler i planperioden 2025-2026.

Vurdering:

- Planens tiltak og strategier har hatt akseptabel måloppnåelse.

Anbefaling:

- Planens tiltak og strategier anbefales videreført

Tiltak 3: Sikre gode spesialiseringsforløp for LIS3

Den nye spesialistforskriften fra 2019 krever at alle fastleger må spesialisere seg i allmennmedisin. De fleste søkere til fastlegestillinger i dag er ikke spesialister i allmennmedisin.

Det er kommunens ansvar som registrert utdanningsvirksomhet å tilrettelegge for spesialiseringsforløpet for alle LIS-leger.

Det innebærer å sikre utdanningsplan, veiledning og supervisjon gjennom hele spesialiseringen, «sørge for ansvar» for pasientlistene ved gjennomføring av sykehustjeneste, samt bidra med økonomisk støtte gjennom statlige tilskuddsmidler, mm.

Arbeidet krever en medisinskfaglig ressurs, jfr Mål 3 tiltak 1.

Helsedirektoratet har etablert ALIS-kontor på Hamar.

Status:

- Gjøvik kommune har nå et godt organisert spesialiseringsforløp for leger i spesialisering i allmennmedisin. Legene oppgir selv at de er fornøyd. Egen overlege i kommunal bistilling med ansvar for spesialiseringsforløpet har vært et suksesskriterie. Kommunen har pr oktober 19 leger i spesialisering inkl 4 vikarleger. 2 faste fastleger og 1 sykehjemslege har fullført sin spesialisering i 2024.

Tiltak:

- Følge tett opp dagens organisering.
- Beholde nøkkelfunksjoner / kommunal stilling for overlege med ansvar for spesialiseringsforløpet.

Vurdering:

- Planens tiltak og strategier har hatt akseptabel måloppnåelse.

Anbefaling:

- Planens tiltak og strategier anbefales videreført

Tiltak 4: Lønnsplan for leger

Gjøvik kommune har ikke som mål å være lønnsledende, men forholder oss til at lønn er ett virkemiddel for å rekruttere og beholde leger.

En lønnsplan vil gi en forutsigbarhet, eks i forhold til lønnsutvikling for fast ansatte LIS3 / ALIS-leger gjennom spesialiseringsforløpet, for fastleger med bistilling, og for sykehjemsleger. For LIS3 / ALIS-leger er det viktig at lønnsprogresjon ses sammen med økt listelengde ut over i spesialiseringsforløpet slik at legen ved fullført spesialisering har en listelengde tilsvarende nasjonal norm.

Status:

- Tiltak er ikke gjennomført.

Tiltak:

- Tiltak er ikke gjennomført.

Vurdering:

- En lønnsplan kan være et hjelpemiddel som gir noe forutsigbarhet i lønnsutvikling. Det vil samtidig ikke frata leger retten til å forhandle lønn ved tilsetting og ved årlige lokale forhandlinger. En lønnsstige eller prosentvis lønnsøkning for hvert år av gjennomført spesialisering kan være alternativer.
- En lønnsplan for LIS3 / ALIS-leger bør knyttes til økning i listelengde opp til f.eks 950 pasienter.
- I en lønnsplan bør også kommunale bistillinger i kombinasjon med næringsdrift vurderes og om kommunal bistilling skal vurderes opp mot listelengden til fastlegen.

Anbefaling:

- Tiltaket vurderes på nytt i samarbeid med HR og Legeforeningen lokalt.

Tiltak 5: Vurdere primærhelseteam

Med utgangspunkt i St.meld. nr. 26, Fremtidens primærhelsetjenste, har Helsedirektoratet fått ansvar for å gjennomføre et pilotprosjekt med primærhelseteam. Pilotprosjektet startet 1.april 2018 i 8 kommuner der målet er å teste om primærhelseteam i fastlegepraksiser gir et bedre tilbud til pasientene enn den vanlige fastlegepraksisen. Primærhelseteam er team bestående av fastleger, sykepleiere og helsesekretærer som skal tilby et bedre helsetilbud til pasienter som ikke får god nok oppfølging. Primærhelseteamene skal jobbe ut fra pasientenes behov, og de skal ledes av en fastlege. Kommunen følger utviklingen og den pågående evalueringen av dette prosjektet, og vil vurdere om det bør inkluderes i videre planer. Et primærhelseteam vil kunne ha en viktig funksjon også i forhold til jobbglidning, og frigjøre kapasitet i fastlegeordningen.

Status:

- Det har ikke kommet noen statlig konklusjon eller anbefaling.

Vurdering:

- Fastlegeordningen er under nasjonal evaluering. Et spesialistutvalg har utarbeidet en rapport. Regjeringen har varslet sin innstilling medio 2025.

Anbefaling:

- Dersom primærhelseteam konkretiseres og anbefales i Regjeringens innstilling vurderes tiltaket på nytt.

MÅL 2: Gjøvik kommune har tilstrekkelig kapasitet i medisinske offentlige oppgaver

Tiltak 1: Stabilitet i kommunale bistillinger, helsestasjon/skolelege.

Kommunale legeoppgaver i helsestasjon- og skolehelsetjenesten utføres av næringsdrivende fastleger i kommunale bistillinger eller av fast ansatte fastleger. I Biri gjøres det av lege ved det respektive helsesenter, i Gjøvik by ivaretas oppgavene av fastleger fra flere legesentre.

Tjenesten har de siste årene ikke hatt ønsket stabilitet.

Kommunen arbeider for å endre dette, bl.a ved at LIS3 / ALIS-leger har kommunale legeoppgaver som fast del i spesialiseringsforløpet, kombinasjonsstillinger e.l.

Gjøvik kommune har per dato ingen egne stillingsressurser for skolelege. I [Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjonen, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom](#) framkommer det en sterk anbefaling om skolelege i kommunen.

Normen i retningslinjen opp mot antall elever i grunnskolen viser at Gjøvik kommune anbefales å ha en skolelegeressurs tilsvarende ca 140% stilling.

Status:

- Pr oktober 2024 har Gjøvik kommune ikke avsatt stillingsressurser til skolelege.

Tiltak

- Innarbeide arbeid på helsestasjon- og skolehelsetjenesten som del av spesialiseringsforløpet LIS3.
- Organisere stabile ressurser til skolelege og ungdomshelsestasjon.

Vurdering

- Det bør tas stilling til hvordan Gjøvik kommune skal forholde seg til anbefalingene i nasjonale retningslinjer når det gjelder ressurser til skolelege og ungdomshelsestasjon.

Anbefaling

- Vurdere om del av reduserte utgifter til kjøp av vikarleger fra bemanningsbyrå / vikarbyrå kan disponeres til skolelegeressurs / ungdomshelsestasjon, jfr anbefaling i nasjonale faglige retningslinjer.
- Fremme konkret forslag i planperioden.

Tiltak 2: Stabilitet i legetjenesten i sykehjem / pasienter med store hjelpebehov.

Rekruttering av sykehjemsleger følger rekrutteringsutfordringene som i fastlegeordningen. Kommunen har hatt utfordringer med å tilsette leger i alle hjemler for sykehjemsleger.

Aktuelle virkemidler:

- Lønnsplan (jfr Mål 1, tiltak 4)
- Tilby spesialiseringsforløp som allmennlege med hovedbase på sykehjem.
- Kompetanseheving
- Kombinasjonsstillinger

Status:

- Det er nå fast tilsetting i alle faste stillinger som sykehjemslege.

Anbefaling

- Tiltak videreføres og tilpasses utvikling både når det gjelder behovet for legeressurser og behov for fagsammensetning / profesjoner for å gi et helhetlig tilbud.

Pasienter med store hjelpebehov

Gjennom flere tiår har Gjøvik kommune satset på å betjene befolkningen lengst mulig i egen bolig, og det har blitt bygget et stort antall omsorgsboliger. Dette medfører at Gjøvik kommune

har hjemmeboende pasienter med store hjelpebehov og med behov for medisinsk oppfølging langt ut over det hjemmeboende normalt har.

Det har framkommet ønsker fra helse- og omsorgstjenesten rundt denne pasientgruppen om å kunne ha en form for tilsynslegeorganisering tilknyttet bokollektiver og andre omsorgsboliger.

Tiltak:

- Vurdere om det er hensiktsmessig å organisere en form for tilsynslegeordning, eller om det kan finnes andre løsninger for legetjenester til beboere i bokollektiver og omsorgsboliger.

MÅL 3: Gjøvik kommune har tilstrekkelig kapasitet til drift og ledelse av legetjenesten

Tiltak 1: Sikre ressurser til å drifte legetjenesten.

Dagens fastlegeordning krever større involvering og ledelse enn tidligere, spesielt når det gjelder tiltak for å rekruttere og beholde leger, og endring i form av kommunale fastlønnsstillinger, utdanningsstillinger og virksomhetsoverdragelser av kommunale legekontor.

Flere kommunalt ansatte leger har medført et betydelig større personal- og arbeidsgiveransvar for tjenesteleder helse. Løpende rapporterings- og meldingsansvaret for kommunen er for fastlegene knyttet direkte opp mot Helfo, Helsenorge og Fastlegeregisteret, noe som setter den kommunale fastlegetjenesten i særstilling i forhold til andre kommunale tjenester.

Det ble opprettet stilling som virksomhetsleder for legekontor i 2020. Virksomhetsleder har personalansvar for 22 helsesekretærer fordelt på 5 legekontor i tillegg til vikarer og har ansvar for innkjøp og etablering av rutiner, herunder kvalitetsarbeid ved legekantorene.

Skal kommunen utvikle og drifte en legetjeneste med god kvalitet og med prioriteringer i tråd med nasjonale og lokale politiske føringer, jfr. Helse- og omsorgsplan 2025, må den sikres tilstrekkelige administrative ressurser.

Tjeneste Helse har særskilte behov for ledelse av fastlegeordningen, dialog med allmennlegetjenesten, rekrutteringsarbeid, samt sikre gode spesialiseringsforløp.

Et tett samarbeid mellom legene og kommuneledelsen vil gi en sammenhengende helse- og omsorgstjeneste som prioriterer riktig og bidrar til å utvikle gode tjenester for framtiden.

Endringene og utviklingen i legetjenesten er omfattende og de skjer raskt. For å sikre forsvarlig drift og stabilitet i tjenesten bør den ytterligere styrkes med en administrativ ressurs slik at tid kan disponeres til samarbeid, utvikling og ledelse av legetjenestene.

Nye ordninger innen spesialiseringsforløpene til samfunnsmedisin, allmennmedisin og arbeidsmedisin, legger et større krav på kommunen til oppfølging. For å imøtekomme disse kravene bør det fortløpende vurderes interkommunale samarbeidsordninger.

Status:

- 100% stilling som virksomhetsleder for kommunale legekantor 2020
- 40% stilling som utdanningsansvarlig overlege fra januar 2022, 40 % stilling
- Rådgiver i stab hos kommunalsjef fra februar 2022, utfører faste oppgaver og på «oppdrag»
- Fra 2023 innført organisering med lege som daglig leder ved Gjøvik legesenter.

- Ressurser til drift og ledelse av legetjenesten er ellers uforandret i planperioden 2022-2024 samtidig som de fleste nye fastleger er kommunalt ansatt med tjenesteleder helse som sin leder.

Tiltak

- Stillingsressurs for å ivareta forvaltningsoppgaver inn mot særlig Helfo (meldinger, rapportering og sikring av refusjoner til kommunen), meldinger og oppdateringer til Helsenorge, Fastlegeregisteret, mm.
- Organisering av daglig drift ved kommunale legesenter. Lege med tilleggsfunksjon som daglig leder sammen med helsesekretær med tilleggsfunksjon som ledende helsesekretær.
- Tjenesteleder helse og virksomhetsleder for kommunale legesenter ivaretar overordnet ansvar med arbeidsgiveransvar / planleggingsansvar / økonomiansvar.

Vurdering

- Den økte arbeidsmengden pga utviklingen i fastlegetjenesten og nye oppgaver ifm spesialiseringsforløpet er utfordrende. Særlig gjelder dette ift ledelse og utvikling. Pålagte eksterne og interne forvaltningsoppgaver tar mye tid på bekostning av ledelse og tjenesteutvikling.
- Antall ledige fastlegehemler har i planperioden gått ned, noe som reduserer behov for kjøp av vikarleger fra bemanningsbyrå / vikarbyrå. Dette vil medført reduserte løpende utgifter.

Anbefaling

- Vurdere om del av reduserte utgifter til kjøp av vikarleger fra bemanningsbyrå / vikarbyrå kan disponeres til ivaretagelse av forvaltningsoppgaver knyttet til fastlegetjenesten og organisering av daglig drift av kommunale legesenter slik at ressurser til ledelse og utvikling kan sikres.

Tiltak 2: Stabilitet i akuttmedisinske oppgave

Kommunen har ansvar for å tilby akuttmedisinsk tilbud.

Alle legesentre har kollegial fraværsordning for legesenterets listepasienter ved kortere fravær og i ferier.

For pasienter som ikke har fastlege i kommunen, har kommunen en organisert Daglegevakt lokalisert i lokalene til Gjøvik Interkommunale Legevakt hvor alle kommunens fastleger deltar (utenom Snertingdal pga reiseavstand).

Utenfor legekantorenes åpningstid er det Gjøvik Interkommunale Legevakt (GIL) som har akutttilbud.

Gjøvik interkommunale legevakt flyttet vår 2021 inn i nye lokaler som ivaretar myndighetskrav.

Gjøvik kommune er vertskommune for den interkommunale legevakten, og fastleger i alle medlemskommunene deltar i legevakt.

Status:

- Kommunens daglegevakt ble fom mai 2023 omorganisert og er nå lokalisert i lokalene til Gjøvik interkommunale legevakt med deltagelse fra alle fastlegene med unntak av Snertingdal (pga reisetid).
- Ingen endring i organisering av legevakt i planperioden.

- Dagens organisering og drift rapporteres å fungere tilfredsstillende.

Tiltak:

- Ingen nye tiltak

Vurdering:

- Selv om dagens organisering og drift fungerer tilfredsstillende er det viktig å opprettholde fokus og tett oppfølging. Akuttmedisinske oppgaver er av stor betydning for kommunens innbyggere samtidig som man av erfaring vet at dette er tjenester som er spesielt krevende å sikre god organisering og ledelse av. Organiseringen av akuttmedisinske oppgaver involverer svært mange leger fra hele Gjøvik-Toten-Land pluss de 2 Hadelandskommunene Gran og Lunner.
- For Gjøvik Interkommunale Legevakt er det for medlemskommune organisert både Fagråd og Styringsråd med Gjøvik kommune som ansvarlig vertskommune.

Anbefaling:

- Videreføre dagens organisering av akuttmedisinske oppgaver knyttet til daglegevakt og legevakt.

4 Kunnskapsgrunnlag for planen

a) Fastlegetjenesten

Fastlegeordningen ble innført i 2001 og gir alle innbyggere rett til å stå på fastlegeliste.

Kommunen er i forskrift pålagt å sørge for at en fastlegeliste til enhver tid er betjent av en navngitt lege. Legen kan enten være lege som har fast avtale med kommunen eller en vikarlege.

«Sørge-for-ansvaret» kommunen har i forskrift gir legene stor makt til å kreve lønn og betingelser ut over rammene gitt i hovedmodellen for fastlegeordningen.

De mest sentrale lover, forskrifter og avtaler som regulerer kommunes og fastlegens ansvar er tatt med i Innledning.

Fastlegeordningen i Gjøvik kommune - tall og fakta

Gjøvik kommune hadde i 2. kvartal 2024 30.988 innbyggere. Befolkningen forventes å øke.

Forventet utvikling



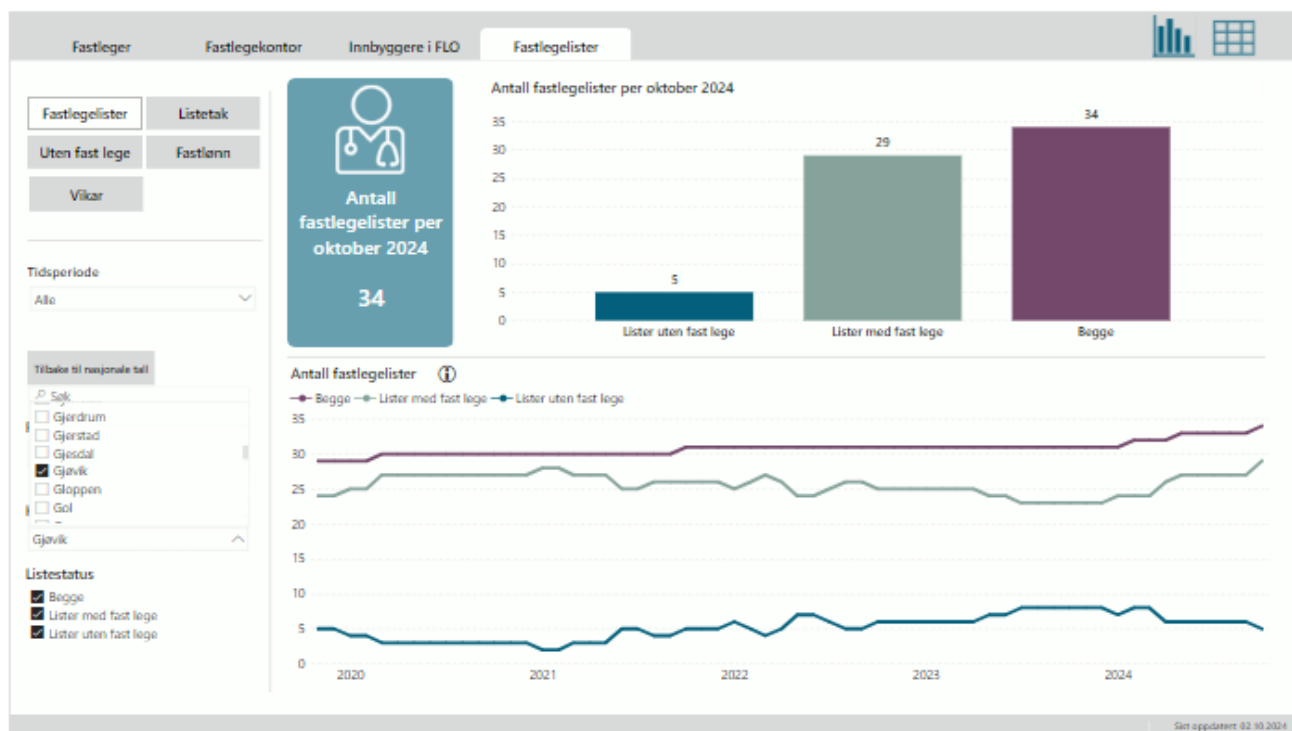
Kilde

[Regionale befolkningsframskrivninger, Statistisk sentralbyrå](#)

I oktober 2024 har kommunen 34 fastlegehjemler, en økning på 4 regnet fra høsten 2021. Det er i oktober 2024 30915 listeplasser mot 30365 listeplasser i oktober 2022 (økning på 550 listeplasser). Det er i oktober 2024 371 ledige listeplasser mot 71 ledige i oktober 2022.

Per oktober 2024 er det 5 hjemler uten lege med fast avtale med kommune. Alle de 5 hjemlene blir betjent av stabile langtidsvikarleger fra vikarbyrå.

Det minnes om at kommunene iht fastlegeforskriften skal ha en god nok fastlegekapasitet til at innbyggerne skal kunne skifte fastlege.



Kilde: Helfo fastlegestatistikk

Fordelt på kjønn er det 13 menn og 16 kvinner. 5 vakante hjemler har vikarleger, 4 menn og 1 kvinne.

Gjøvik kommune har rekruttert mange unge leger i perioden 2021-2024 slik at gjennomsnittsalderen på kommunens fastleger har sunket betydelig fra forrige planperiode.

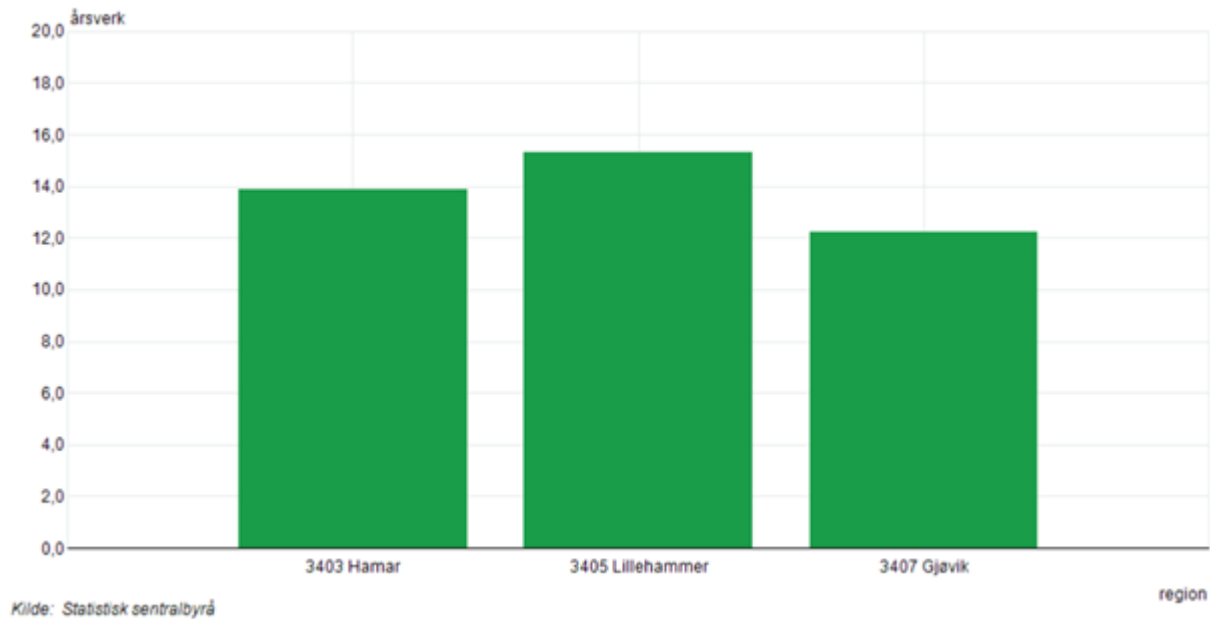
Bare 3 av fastlegene er nå over 62 år. Av de 3 har den ene legen delaliste med ung lege.

Når det gjelder legeårsverk pr 10 000 innbygger har Gjøvik noe lavere dekningsgrad i 2023 enn de øvrige Mjøsbyene i samme KOSTRA-gruppe 10: Gjøvik 12,2, Lillehammer 15,3, Hamar 13,9. Dekningsgrad for hele landet utenfor Oslo er 12,9.

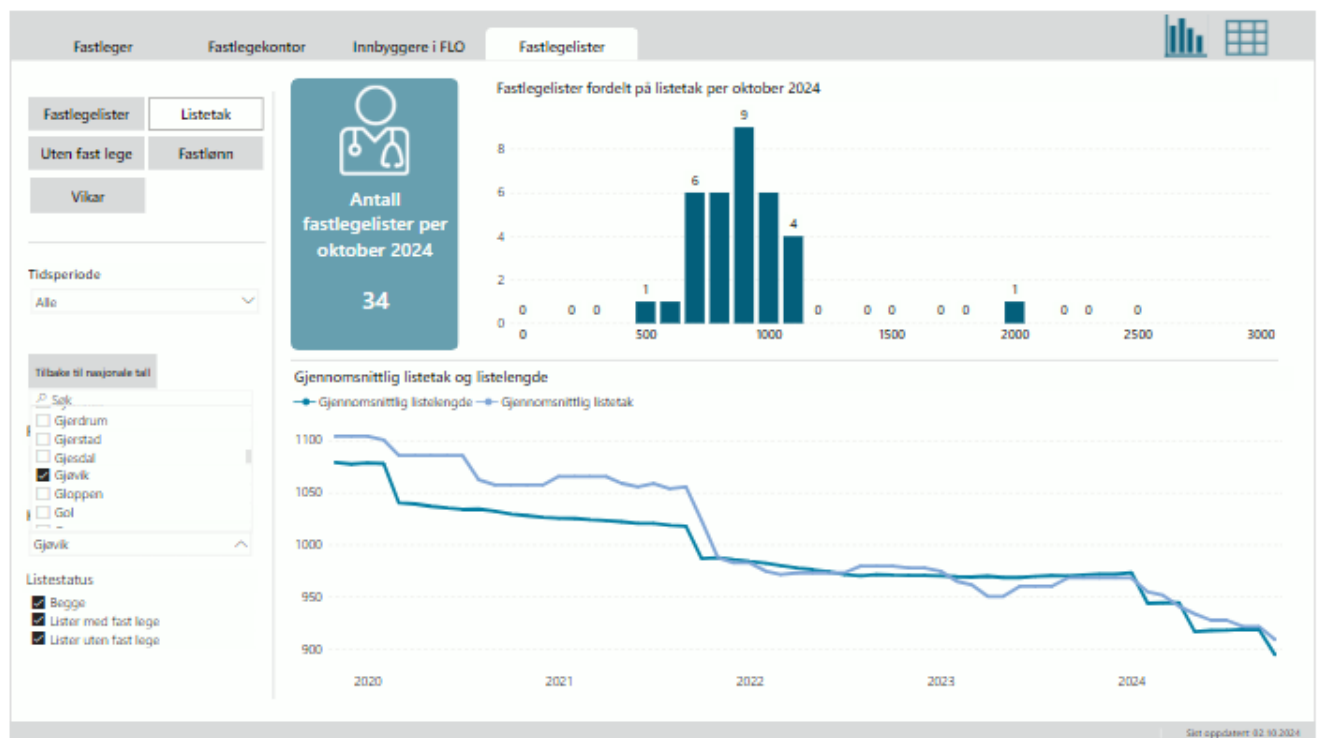
Det gjøres oppmerksom på at Gjøvik sin dekningsgrad er på veg opp fordi det i 2024 er opprettet 3 nye fastlegehjemler.

Kilde: Kostra

12209: Utvalgte nøkkeltall for helse og omsorg, etter region. Avtalte legeårsverk per 10 000 innbyggere (årsverk), 2023.



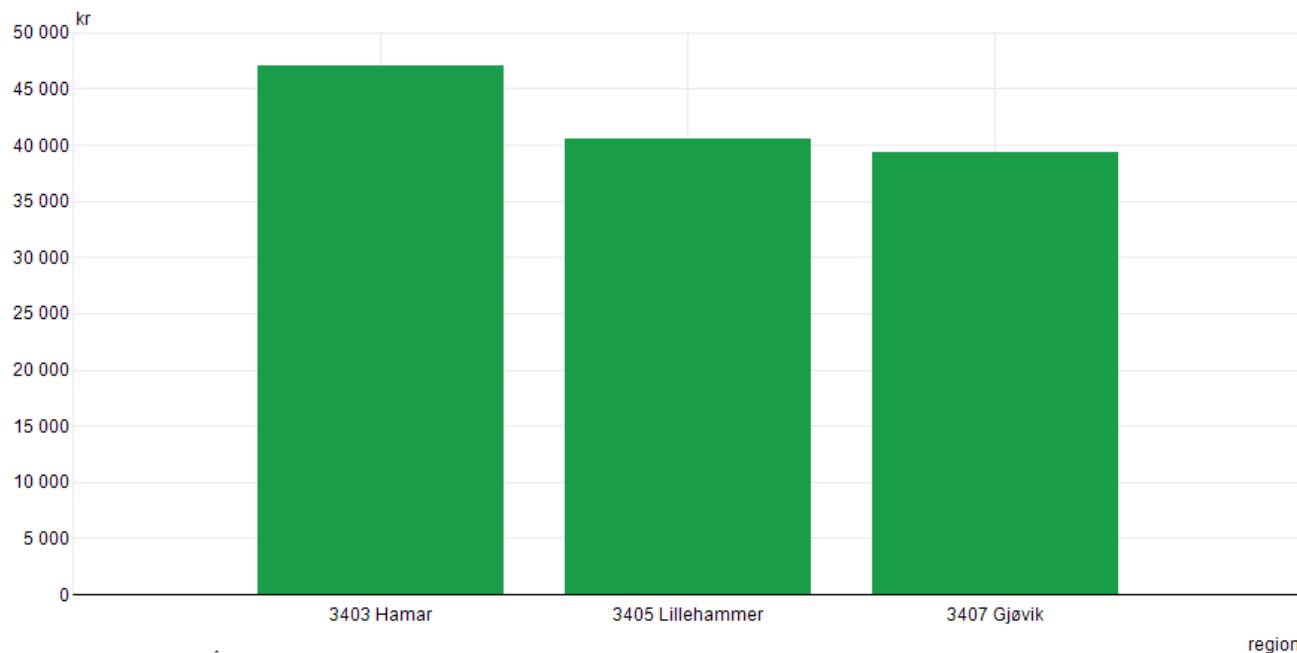
Gjennomsnittlig listelengde for fastlegene i Gjøvik er i oktober 2024 909 pasienter. For Mjøsbyene er gjennomsnittlig listetak 963 plasser med Lillehammer 915 og Hamar 1.058. For Norge samlet er gjennomsnittet 984. For Innlandet 887.
Kilde: Helfo fastlegestatistikk.



Kilde: Helfo fastlegestatistikk

Det er her viktig å ta med i vurderingen at Gjøvik har svært mange ALIS / LIS3-leger med lister som er tilpasset et spesialiseringsforløp. Deres lister må forventes å øke frem mot og etter fullført spesialisering.

12209: Utvalgte nøkkeltall for helse og omsorg, etter region. Utgifter kommunale helse- og omsorgstjenester per innbygger (kr), 2023.



Kilde: Statistisk sentralbyrå

region

Utvikling av oppgaver og innhold

Fastlegen vil ha en sentral rolle i kommunens ansvar for en aldrende befolkning. Flere hjemmeboende eldre og den demografiske utviklingen gir økt forekomst av komplekse sykdomsbilder og kognitiv svikt som påvirker behov for oppfølging fra fastlegene. Samtidig medfører den medisinske og teknologiske utviklingen økte behandlingsmuligheter. Gjøvik kommune har som mål at flest mulig skal bo hjemme lengst mulig. Dette krever videreutvikling av hensiktsmessig samhandling mellom hjemmetjeneste, fastlege og spesialisthelsetjeneste.

Det er et mål at fastlegenes rolle og ansvar blir en mer integrert del av den kommunale helse- og omsorgstjenesten for å kunne gi et helhetlig tilbud til befolkningen framover.

b) Legetjenester i sykehjem

Gjøvik kommune satser på omsorgsboliger og at befolkningen skal kunne bo i eget hjem lengst mulig. Derfor er det lav dekningsgrad av sykehjemsplasser jfr. andre kommuner, og beboere i sykehjem har mer komplekse tilstander enn der hvor det er høyere dekningsgrad. Dette er bakgrunn for at det er satset på å ha en relativt høy dekningsgrad for legetjenester i sykehjem.

Legetimer pr uke per beboer i sykehjem 2023:

Gjøvik	0,84
Landet utenom Oslo	0,68
Kostragruppe 10	0,69

Kilde: Kostra.

Institusjonsplasser og boliger pr. 01.01.2022

Område	Institusjons- plasser	Bokollektiv	Øvrige omsorgsboliger	Kommunale utleieboliger
Haugtun/Sentrum	61	20	84	272
Snertingdal	34		22	6
Åslundmarka/Hunndalen		24	45	125
Sørbyen	30	24	36	134
Avlastning barn og unge	6			
Biri	16	42	27	35
Nordbyen	20	24	16	52
Kjøpte plasser utenfor kommunen	1			
Sum	168	134	230	624

Institusjonsplasser består av 162 plasser i sykehjem og 6 plasser i avlastningsenhet for yngre funksjonshemmede.

Bokollektiv er omsorgsbolig med fast døgnbemanning, med felles måltider og aktiviteter.

Øvrige omsorgsboliger er boenheter hvor det er fast tilknyttet bemanning hele eller deler av døgnet og med varierende grad av felles måltider og aktiviteter.

Kommunale utleieboliger tildeles av NAV Gjøvik til innbyggere som av ulike årsaker er vanskeligstilte på boligmarkedet.

Det er nå 4 årsverk for kommunalt ansatte leger som ivaretar legetjenester på sykehjem. LIS1 (tidligere turnusleger) i Gjøvik kommune har tilsyn på Haugtun på mandager.

Ved fravær, sykdom, ferier og kurs er det vanskelig å ivareta alle sykehjemmene på en kvalitativt god nok måte. Pasientene i sykehjem er stadig dårligere og de medisinske tilstandene mer kompliserte. Dette krever tettere oppfølging av lege og det gis tilbakemelding om at legeressursene i sykehjem vurderes som knappe.

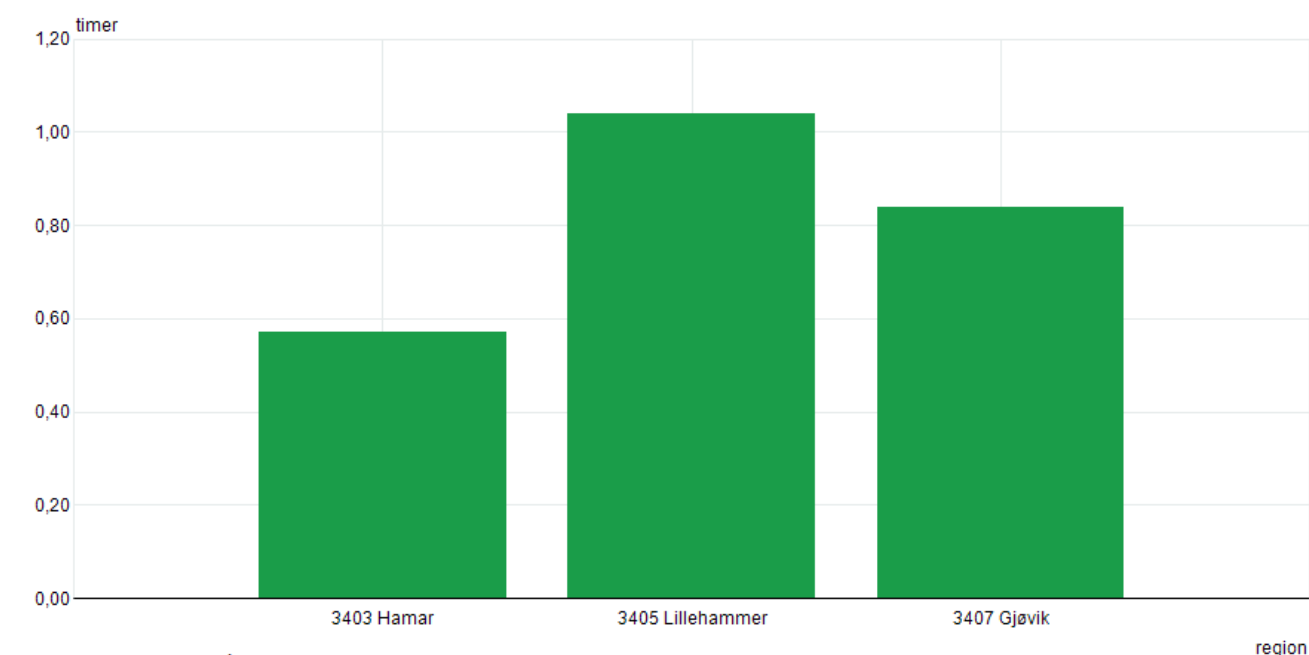
Å rekruttere og beholde leger i kommunale stillinger i sykehjem er en utfordring, da sykehjemspraksis ikke er fullt tellende praksis i spesialisering innen geriatri eller allmennmedisin. Å kunne utvikle et samarbeid med Sykehuset Innlandet for tilrettelegging av spesialisering i geriatri, er et foreslått tiltak for å øke kompetanse i tjenesten som trolig også vil ha positive virkninger på å beholde/rekruttere. Kommunen har også tilsatt LIS3 på sykehjem.

I sykehjem er det stillingshjemler for tilsynslege; dette følger av Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie. I bokollektiver og øvrige omsorgsboliger er beboeren å anse som hjemmeboende, og legetjenester ivaretas av fastlege.

Gjennom flere tiår har Gjøvik kommune satset på å betjene befolkningen lengst mulig i egen bolig, og det har blitt bygget et stort antall omsorgsboliger. Dette medfører at Gjøvik kommune har flere hjemmeboende pasienter med store hjelpebehov som krever mer ressurser fra fastlegene som f.eks. hjemmebesøk. For personer med bevegelseshemninger og andre omsorgsbehov kan det være tungvint å oppsøke fastlegen, og mange må ha hjelp av pårørende eller helsepersonell til dette. Det har i den senere tid framkommet ønsker fra flere hold om å kunne ha tilsynslege tilknyttet bokollektiver og andre omsorgsboliger.

Det bør vurderes om det er hensiktsmessig å opprette tilsynslegeordning, eller om det kan finnes andre løsninger for legetjenester til beboere i bokollektiver og omsorgsboliger.

12209: Utvalgte nøkkeltall for helse og omsorg, etter region. Legetimer per uke per beboer i sykehjem (timer), 2023.



Kilde: Statistisk sentralbyrå

c) Legetjenester i helsestasjon- og skolehelsetjenesten

Helsestasjon for barn

Det er pr i dag knyttet 58 % legeårsverk til helsestasjon for barn, fordelt på fastleger i bistillinger. Dagens ordning med kommunale bistillinger utgjør 21,75 timer per uke.

Tjenesten organiseres slik at lege og helsesykepleier har konsultasjonen sammen med barnet og foreldrene; +/- 10 barn per dag.

Legekonsultasjoner gjennomføres etter nasjonale retningslinjer for helsestasjonsprogram ved 6 ukers, 6- 12- og 24 måneders alder. Med ca 250 fødsler pr år utgjør dette 0,55 legeårsverk effektiv konsultasjonstid.

Kilde: Helsedirektoratets bemanningsnorm for helsestasjon.

Skolelege

Legen, med sin medisinske bakgrunn, bør være en sentral aktør i skolehelsetjenesten for at tjenesten skal kunne ivareta et helhetlig og tverrfaglig tilbud. Skolelegens rolle bør være å gjennomføre somatiske undersøkelser i skolestartundersøkelsen, bidra i det tverrfaglige teamet i skolehelsetjenesten, bidra i systemrettet samarbeid med skolen og det tverrfaglige samarbeidet i kommunen og med spesialisthelsetjenesten, jfr Helsedirektoratet 2017, Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom.

Gjøvik kommune har pr. i dag ikke skolelege eller budsjetterte midler til denne funksjonen.

Helsedirektoratet har nylig lansert kalkulator for bemanningsbehov i skolehelsetjenesten på ungdomsskole. Ut fra dagens elevtall i ungdomsskolen (1084 elever fordelt på 9 skoler) ses et behov for skolelege på 26 % stilling i ungdomsskolen for å dekke de anbefalte oppgavene, jfr Kalkulator for bemanningsbehov i skolehelsetjenesten på ungdomsskolen.

Et tilsvarende verktøy for bemanning i barneskolen er under utarbeiding.

I påvente av dette baserer bemanningsberegningen i barneskolen seg på normtall fra 2010, jfr Helsedirektoratet 2010, IS-1798 Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Disse inkluderer ikke nye og utvidede oppgaver for tjenesten gitt i nasjonalfaglig retningslinje fra 2017.

I 2010 ble legebehovet i barneskole beregnet til 5 % legeårsverk pr. 100 skolebarn.

Ut fra dagens elevtall i kommunen på 2227 barn, tilsvarer dette tilnærmet 115 % stilling.

Til sammen ses da et behov for 141 % stilling som skolelege i Gjøvik kommune.

Helsestasjon for ungdom

Helsestasjon for ungdom (HFU) er et lovpålagt tilbud til ungdom og studenter fra 12 til 25 år. HFU er samlokalisert med helsestasjonen på rådhuset og har åpent hver tirsdag (kl. 15-19), med mulighet for timebestilling eller drop in. Tjenesten tilbyr råd og veiledning innen fysisk, psykisk og seksuell helse og er bemannet med helsesykepleiere, jordmor og lege.

HFU tilbyr også selvtesting, behandling og veiledning i forbindelse med seksuelt overførbare sykdommer. Selvtest kan utføres hver dag på rådhuset i helsestasjonens åpningstid.

HFU samarbeider med NTNU/SIT helse og tilbyr også selvtest hver dag på Campus.

Legen skal ha en sentral rolle ved Helsestasjon for ungdom og være avgrenset mot fastlegen, som har det overordnede ansvaret for diagnostisering og behandling av den enkelte ungdom. For å kunne gjennomføre flere av de lovpålagte oppgavene i tjenesten, må HFU ha en tilgjengelig lege, jfr Helsedirektoratet 2017, Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom.

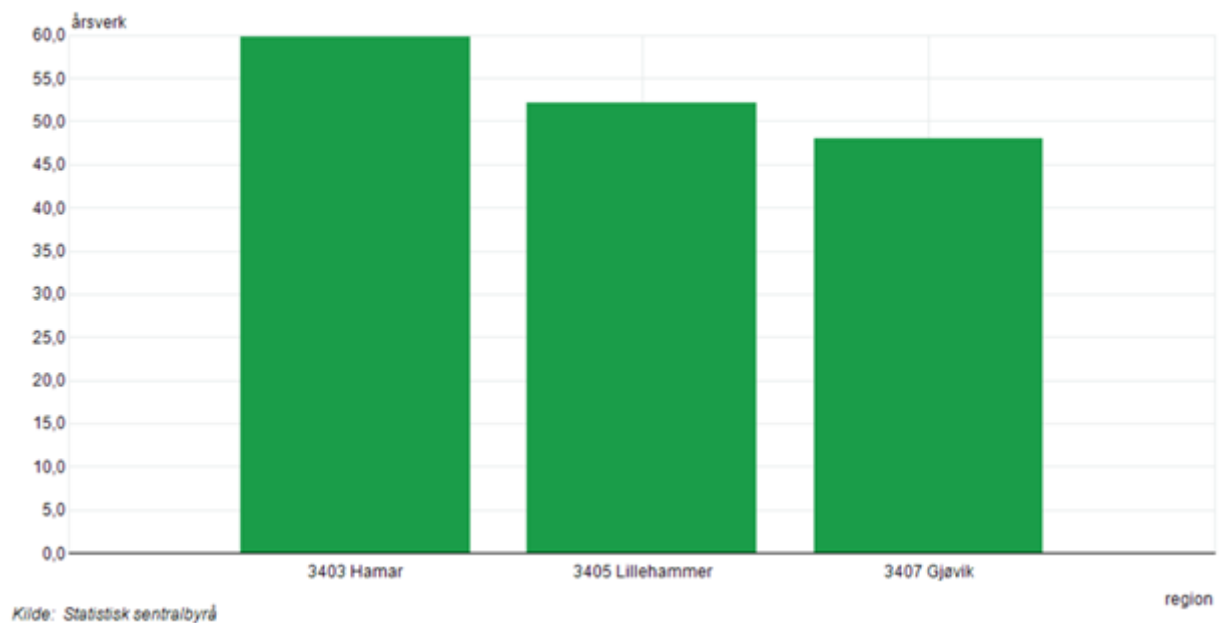
Pr. i dag dekkes dette gjennom at en av kommunens fastleger har det medisinsk faglige ansvaret, og er bakvakt for en LIS som er ansatt på timesbasis. Det er behov for og ønske om en ordning for legedekning på HFU tilsvarende den som er på helsestasjon 0-5 år i dag for å sikre kontinuitet og faglig kvalitet i tjenesten.

Migrasjonshelse

Det er fra 1.juli 2018 20 % kommunal legestilling rettet mot førstegangsundersøkelse for flyktninger. Tjenesten organiseres som bistilling for fastlege og tilbys på legens fastlegekontor. I 2015 var det stort press på legetjenesten i kommunen som følge av økt flyktningsstrøm til landet. Utviklingen de siste årene førte til reduksjon av behov for tjenester tilknyttet flyktninger. Behovet økte så brått igjen pga flyktninger fra Ukraina. Helsestasjon har helsesykepleier som arbeider tett sammen med flyktningsetjenesten i NAV.

I Helsedirektoratets [Veileder om forebygging av kjønnslemlestelse](#) står det at jenter fra aktuelle land skal tilbys underlivsundersøkelse av lege. Formålet med tilbudet er at samtale og en eventuell underlivsundersøkelse skal forebygge at jenter utsettes for kjønnslemlestelse, og bidra til at jenter som har helseplager etter kjønnslemlestelse får helsehjelp.

12209: Utvalgte nøkkeltall for helse og omsorg, etter region. Avtalte årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten per 10 000 innbyggere 0-20 år (årsverk), 2023.



d) Akuttmedisinske oppgaver

Legevakt

Gjøvik interkommunale legevakt (GIL) er et samarbeid mellom 7 kommuner hvor Gjøvik kommune er vertskommune. Befolkningsgrunnlaget til GIL er over 94 000 innbyggere. I tillegg kommer studenter, turister og andre som oppholder seg i regionen. GIL er organisert med legevaktsoverlege og virksomhetsleder. Virksomhetsleder i 100 % stilling har ansvar for 17,6 årsverk sykepleiere. Det er tilknyttet 50-60 leger til GIL.

Gjøvik Interkommunale legevakt flyttet vår 2021 inn i nye moderne lokaler på Gjøvik Sykehus.

Det er egne forskrifter som regulerer det akuttmedisinske arbeidet både når det gjelder omfang og organisering.

Daglegevakt (DLV)

Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus (Akuttforskriften § 7 og 12) pålegger kommunen å organisere en legevakt på dagtid der legevaktstjenesten kan nås gjennom et felles telefonnummer, som blir betjent av ansatte med utdannelse på bachelornivå (i praksis sykepleiere eller paramedic på bachelornivå) som kan gi råd og eventuelt videreformidle kontakt med lege. Dette gjøres via Gjøvik interkommunale legevakt, og administreres for alle 7 samarbeidskommunene fra GIL.

Fra mai 2023 er daglegevakt for Gjøvik kommune lokalisert i lokalene til GIL med deltagelse fra alle fastleger utenom fra Snertingdal.

DLV kan benyttes av personer som oppholder seg i Gjøvik kommune med behov for ø-

hjelp uten at de har fastlegetilhørighet i kommunen. Andre listepasienter som trenger ø-hjelp skal kontakte egen fastlege/legekontor.

e) Kommuneoverlege - samfunnsmedisin

Gjøvik kommune har kommuneoverlege i 100% stilling. Kommuneoverlegen skal være spesialist i samfunnsmedisin, eller under spesialisering i samfunnsmedisin.

Vedkommende er kommunens medisinskfaglige rådgiver, både i kommunens tverrsektorielle folkehelsearbeid og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Kommuneoverlegefunksjonen er en tverrsektoriell funksjon, og med hastekompetanse på kommunens vegne i saker innen miljørettet helsevern, smittevern og helsemessig beredskap. I tillegg har kommuneoverlegen vedtaksmyndighet gitt direkte i en rekke lover (se veileder for kommuneoverlegefunksjonen).

Samfunnsmedisin er et fag på systemnivå med fokus på bredt folkehelsearbeid rettet mot hele eller deler av samfunnet og befolkningen, gjerne over et lenger tidsrom.

Kommunens plikt til å ha kommunelege fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven, folkehelseloven og smittevernloven, og kommunen må gjennom sin internkontroll etter kommuneloven og folkehelseloven sikre at lover og forskrifter knyttet til kommunelegefunksjonen følges.

Ulike samfunnsmedisinske oppgaver er:

- a. Kommunal helsemyndighet
 - Smittevern
 - Miljørettet helsevern
 - Helsemessig beredskap
 - Psykisk helsevern
- b. Medisinskfaglig rådgivning
 - Politikere
 - Kommunens administrative ledelse
 - Kommunale tjenester (omsorgstjenester, familiehelsestjenester, psykisk helse og rus, rehabilitering/habilitering, skoler, barnehager, arealplan, bygg, vannverk osv.)
 - Legetjenesten (fastleger, sykehjemsleger, helsestasjonsleger, fengselsleger, flyktningehelsestjenesten osv.)
- c. Andre samfunnsmedisinske oppgaver
 - Kommunal planlegging
 - Planarbeid
 - Folkehelse (oversiktsarbeid, folkehelseiltak/helsefremming og -koordinering)
 - Kvalitets- og utviklingsarbeid (for fastlegetjenesten og i samhandling mellom andre helseaktører)
 - Samhandling (mellom kommunale tjenester og sykehustjenester, mellom kommunale tjenester/tjenesteytere)

Kommuneoverlegen samarbeider med Gjøvikregionen Miljørettet helsevern IKS i saker om miljørettet helsevern og plikter å bidra med 16% av stillingen inn i IKS-et.

Kommuneoverlegen behandler enkeltsaker, har rådgivningsoppgaver rettet mot alle sektorer i kommunen, deltar i konkrete utredninger, prosesser og planarbeid og skal arbeide systematisk med folkehelse. Kommunen har per i dag ingen egen folkehelsekoordinator.

Etter samhandlingsreformen er det ytterligere økt behov for samfunnsmedisinsk kompetanse. I et komplisert system som kommunale helsetjenester, med et stort behov for systembygging og - vedlikehold, i tillegg til samhandling med annenlinjetjenester, er etterspørselen etter medisinsk kompetanse i kommunen økt, særlig innenfor områdene helseplanlegging, medisinsk faglig rådgivning, sosialmedisinsk utvikling og samarbeid mellom aktører.

Stedfortredere for kommuneoverlegen innen miljørettet helsevern og smittevern dekkes per i dag opp av kommuneoverleger i regionen, og organiseres av Miljørettet helsevern IKS. Dette dekker kun beredskap innen normal arbeidstid.

Lokale stedfortredere for kommuneoverlegen når det gjelder psykisk helsevern med fattig av vedtak om tvungen legeundersøkelse ivaretas av fastleger i bistilling og kun innenfor normal arbeidstid.

Utvikling og ivaretagelse av kommuneoverlegefunksjoner bør vurderes løftet opp på et regionalt nivå da det stort sett bare er en kommuneoverlege pr kommune, noe som gjør funksjonen sårbar ved fravær og akutte hendelser.

f) Fengselshelsetjenesten

Vestoppland fengsel avdeling Gjøvik har 24 innsatte og er definert som et høyrisikofengsel.

Legeressurs på 21,32 % stilling innehas av fastlege i kommunal bistilling. Det gjennomføres konsultasjoner med lege hver uke på fast dag.

De siste årene har det blitt økt fokus på tverrfaglig samarbeid. Det er et spesielt fokus på innsatte med rus og psykiske problemer, og det jobbes ut mot 1 og 2 linjetjenesten for å få til best mulig rehabilitering av den innsatte.

Økningen av innsatte med psykiske lidelser, rusproblematikk og rus- og psykiatrilidelser gir et behov for mer spesialisert kompetanse, samt økt oppfølgingsbehov fra helsepersonellet.

Det er etablert samarbeid med DPS som disponerer 40% stilling spesialsykepleier psykiatri til innsatte i fengselet.

g) Samhandlings- og møtearenaer

§ 8 i Fastlegeforskriften fastsetter kommunes ansvar for å tilrettelegge for samarbeid mellom kommunen fastlegene, og mellom fastlegen og spesialisthelsetjenesten.

ASA 4310 regulerer i punkt 4.2 Samarbeidsutvalget (SU) som skal *«legge til rette for at driften av allmennlegetjenester skjer på en hensiktsmessig måte gjennom samarbeid mellom kommunen og allmennlegene»*.

Samarbeidsutvalget består i Gjøvik av tillitsvalgt for legene, leder i Gjøvik

Allmennlegeutvalg (GAL), kommunalsjef Helse og Omsorg, Tjenesteleder Helse, og Kommuneoverlegen, som også innehar rollen som sekretær.

Allmennlegeutvalget skal jfr. ASA 4310 punkt 4.2 «*bidra til nødvendig samarbeid mellom legene i kommunen for å ivareta legens oppgaver i fastlegeordningen*». Gjøvik allmennlegeutvalg organiserer møtene selv. Kommunen stiller møtelokaler til disposisjon. Fastlegene har møteplikt i GAL.

Mellom Sykehuset Innlandet og Gjøvik kommune er det samarbeidsavtaler som regulerer pasientsamarbeid og tjenester.

Samarbeidet endrer form, et hovedgrep i nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 er å opprette 19 helsefellesskap. Disse skal bestå av helseforetak og kommunene i opptaksområdet.

Representanter fra helseforetak, tilhørende kommuner, fastleger og brukere vil møtes for å planlegge og utvikle tjenestene sammen.

Det samarbeides for øvrig om enkeltpasientsaker mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten, og mellom fastlegene og den øvrige helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Det benyttes elektronisk samhandling ved PLO-meldinger.

Medisinstudiet ved NTNU Gjøvik

Etablering av medisinstudiet på NTNU Gjøvik er et løft ikke bare for Gjøvik-regionen, men for hele Innlandet. Etableringen vil ha betydning for fremtidig rekrutteringen av leger. De første studentene er tatt opp fra 2024 og skal studere de 2 første årene ved NTNU Trondheim. Det vil si at de første studentene kommer til NTNU Gjøvik i 2026. Studentene vil ha behov for praksis på fastlegekontor i studiets siste del. Samarbeid om dette må etableres mellom NTNU og den enkelte fastlege der også kommunene i Gjøvik-regionen bør være aktive bidragsytere. Studentene vil på lik linje med medisinstudenter ellers etter fullført studie, søke på og konkurrere om LIS1-stillinger / turnuslegestillinger i regionen.

Kommunestyret har ellers når det gjelder NTNU Gjøvik fattet følgende vedtak:

«KOM -176/2024:

Helsesenter for studenter ved Campus Kallerud.

Kommunestyret ber kommunedirektøren gjennom plan for legetjenester 2025-2026 lage et forprosjekt for etablering av et medisinsk senter for studentene ved NTNU og Fagskolen i Innlandet. Et forprosjekt gir mulighet til å kartlegge hva studentene faktisk trenger, både av tjenester og fasiliteter. Dette kan bidra til å sikre at senteret blir relevant og nyttig. Gjennom forprosjektet kan man vurdere hvilke ressurser (økonomiske, menneskelige og materielle) som trengs for å etablere og drifte senteret, som inkluderer investeringer, bemanning og nødvendige fasiliteter. Forprosjekt skal legge grunnlag for samarbeid mellom NTNU, Fagskolen, Studentsamskipnaden, kommunale helsetjenester og andre relevante aktører.»

Vedtaket vil bli fulgt opp som del av planen.

h) Kvalitetsarbeid

Det er vedtatt og iverksatt en rekke tiltak for å fastsette krav og gi veiledning til kvalitetsforbedringsarbeid i helse- og omsorgstjenestene. Lovene representerer samfunnets kvalitetskrav på vegne av brukerne av tjenesten.

I allmennlegetjenesten er Fastlegeforskriften og Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedringsarbeid i helse- og omsorgstjenestene sentrale.

I den individuelle fastlegeavtalen mellom kommune og den enkelte lege forplikter fastlegen seg til å bidra til at kommunes oppfyllelse av befolkningens behov for allmennmedisinske tjenester.

dette ligger det også kvalitetskrav. Kommunen skal på sin side arbeide systematisk med kvalitetsforbedringsarbeid, samt pasient- og brukerrettigheter. § 7 i Fastlegeforskriften omhandler kommunens ansvar for kvalitet i den kommunale allmennlegetjenesten. Dette er et «sørge for» ansvar og handler i stor grad om dialog og tilrettelegging. Statsforvalteren fører tilsyn med legetjenesten. Kommunen har et viktig ansvar i å inkludere fastlegene i utviklings- og utredningsarbeid.

I tråd med Plan for legetjenesten og Veileder om fastlegers deltakelse i helsefelleskap av juni 2021, er det et uttrykt mål at kommunene og legene bør samarbeide om hensiktsmessig bruk av lokale aktivitets- og kvalitetsdata som forbedrings- og ledelsesverktøy