

# **Temaplan for legetjenester**

## **Trondheim kommune**

**2019-2023**

Tilgjengelighet - kompetanse - kvalitet - samhandling

## **Innholdsfortegnelse**

### **Innledning**

Oppsummering av hovedpunkt.....	3
Formål med arbeidet .....	4
Målsetting .....	4

### **Legetjenesten i Trondheim og utfordringsbildet**

#### Fastlegevirksomhet

Kapasitet og valgmuligheter i fastlegeordningen.....	5
Tilgjengelighet .....	6
Rekruttering – fastlegeordning under press .....	6
Kvalitet og kompetanse .....	7
Fastleger og samhandling .....	8

#### Helse og velferdssentre og helsehus

Tilgjengelighet og kapasitet.....	9
Rekruttering og stabilitet .....	10
Legebemannning i helsehus og helse- og velferdssentre .....	11
Kompetanse og kvalitet .....	12
Samarbeid og samhandling.....	13

#### Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom

Arbeidsform og tilgjengelighet.....	13
Rekruttering og stabilitet .....	14
Kompetanse, tverrfaglig arbeid og samarbeid .....	15

#### Legevakt

Tilgjengelighet og kapasitet .....	16
Kompetanse og kvalitet .....	16
Samarbeid .....	17

#### Fengselshelsetjeneste

Tilgjengelighet og kapasitet .....	17
Kvalitet og kompetanse .....	17
Samarbeid og samhandling.....	17

#### Flyktningehelsetjenesten

Arbeidsform og tilgjengelighet .....	17
Kompetanse og samhandling.....	18

#### Helseteamet for rusmisbrukere..... 18 |

#### Samfunnsmedisinsk arbeid

Arbeidsområde og tilgjengelighet .....	18
Rekruttering og kompetanse .....	18
Samarbeid .....	19

#### Legetjenesten og universitetskommunen..... 19 |

### **Handlingsdel**

Tilgjengelighet, kapasitet og rekruttering .....	20
Kompetanse og kvalitet.....	21
Samarbeid og samhandling .....	22

### **Økonomiske konsekvenser i planperioden .....** **23** |

### **Distribusjon, vedlikehold og revisjon av plan .....** **23** |

### **Status måloppnåelse i temaplan for legetjenester 2015-2018 .....** **24** |

### **Oversikt over aktuelle lover mm .....** **27** |

## **Innledning**

### **Oppsummering av hovedpunkt**

Temaplan for legetjenester er en revisjon av Temaplan plan for legetjenester 2015 - 2018 (sak 13/9835). De fleste mål satt i denne planen er innfridd, jfr. status måloppnåelse i kapittel 7.

Klæbu kommune slås sammen med Trondheim i planperioden. Legeplanen beskriver de ulike legetjenestene i begge kommuner, hvilke utfordringer tjenestene står overfor og strategier for å løse dette. En utfordring vi møter i de fleste tjenesteområdene er en vedvarende oppgaveglidning fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten. Dette setter både fastlegetjenesten og den kommunale helse - og omsorgstjenestene under press.

Fastlegene er bærebjelken i kommunens legetjeneste og det er bekymringsfullt at vi nå ser en rekrutteringssvikt til fastlegepraksis. Dette har vært tydelig på landsbasis i flere år og siste året også i Trondheim og Klæbu. Dette synes å ha sammenheng med at fastlegeordningens rammebetingelser er utilstrekkelig tilpasset endringer i oppgaver og ansvar for fastlegene. Endringer i rammebetingelser må i hovedsak løses av nasjonale myndigheter, men kommunene kan også bidra med rekrutteringstiltak. Noen kommuner har opprettet fastlegestillinger med fast lønn, andre har etablert rekrutteringsstillinger i fastlegepraksiser. Begge tiltakene har vært ettertraktet og bør utredes med tanke på utprøving i Trondheim kommune.

Beboere og pasienter i helse- og velferdssentre og helsehus blir i økende grad behandlet i kommunen fremfor innleggelse i spesialisthelsetjenesten. For å ivareta kvalitet og pasientsikkerhet forutsetter dette god tilgjengelighet og kompetanse blant ansatte, særlig legene og sykepleierne. Legene i helse- og velferdssentrene er i hovedsak fastleger med deltidsstilling og er til stede ved institusjonen en gang i uken. Små deltidsstillinger er siste året omgjort til fulltids legestillinger i noen helse- og velferdssentre. Dette har så langt vært positivt med tanke på tilgjengelighet og deltagelse i fagutvikling. I helsehusene er det i hovedsak fulltids legestillinger. De fleste som rekrutteres inn i fulltids kommunale stillinger er nyutdannede og må i følge ny kompetanseforskrift spesialisere seg i allmenntidmedisin. Dette innebærer minimum to års allmenntidpraksis. Det blir derfor viktig å legge til rette både for utdanningsløp i helsehus / helse- og velferdssentre kombinert med fastlegepraksis og også legge til rette for at spesialistene blir værende over tid. Kommuner er forpliktet til å vedta en norm for legetimer i sykehjem. Trondheim ligger fortsatt lavest av alle ASSS kommuner. Det anbefales en økt legenorm som kan disponeres fleksibelt i form av utdanningsstillinger for sykehjemsleger, veilederstillinger og kompetanseteam for utadrettet virksomhet (primært palliasjon) med basis i helsehusene.

En ny spesialistforskrift for leger forutsetter relativt omfattende veiledning og oppfølging også i kommunene, men omfanget og finansiering er ikke endelig avklart.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har de siste årene blitt styrket gjennom økt fokus på forebyggende arbeid og psykososiale problemstillinger. Styrking av legeressursene har ikke vært prioritert i denne sammenhengen, og legearbeid i helsestasjon er i hovedsak begrenset til rene helsekontroller. Legeressursen i skolehelsetjenesten er marginal. Det pågår nå et større utredningsarbeid av skolehelsetjenesten i Trondheim kommune med tanke på større tilgjengelighet for den enkelte skole. I dette arbeidet blir også skolelegens rolle og funksjon nærmere definert.

### **Formål med arbeidet**

Planen skal sikre at legetjenestene i Trondheim kommune fyller de behov befolkningen har for primærlegetjenester og samfunnsmedisinske legetjenester og at tjenestene i omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lover, forskrifter og politiske vedtak. Planen skal bidra til å sikre likeverdige og faglig gode helsetjenester for befolkningen. Planen skal gi beslutningsgrunnlag til bruk i politiske og administrative prosesser knyttet til utvikling av legetjenestene.

### **Målsetting**

- Trondheim kommune skal ha en legetjeneste med god kvalitet, kompetanse, tilgjengelighet og stabilitet, som til enhver tid sikrer de som bor eller oppholder seg i kommunen nødvendig medisinsk hjelp.
- Trondheim kommunes legetjenester skal være godt integrert med øvrige helse- og velferdstjenester samt barne- og familietjenester i kommunen.
- Trondheim kommune skal framstå som en attraktiv avtalepartner og arbeidsgiver for leger som rekrutteres til fastlegehemler og andre allmennt medisinske og samfunnsmedisinske stillinger.
- Trondheim kommune skal ha tilstrekkelig samfunnsmedisinsk kompetanse for å ivareta helseaspektet på systemnivå; i planlegging, tjenesteutvikling, kvalitetsarbeid og samhandling i kommunen, interkommunalt og med statlige foretak, inkludert spesialisthelsetjenesten.
- Trondheim kommune skal bidra med legerressurser for å styrke samhandlingen med St. Olavs hospital.
- Trondheim kommune skal bidra aktivt med utdanning av leger.

## Legetjenesten i Trondheim / Klæbu og utfordringsbildet

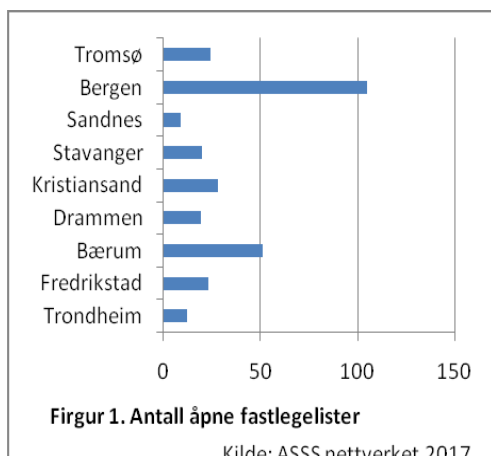
Status Trondheim kommune per 1.1.18	
<b>Antall legesentre totalt</b>	37
<i>Midtbyen (inkludert Byåsen)</i>	14
<i>Østbyen</i>	10
<i>Lerkendal</i>	5
<i>Heimdal (inkludert Byneset)</i>	8
<b>Antall fastleger</b>	169
Antall turnusleger	2
<b>Legevakt</b>	
<i>Fast ansatte (dag og natt) årsverk / antall leger</i>	8 / 17
<i>Fastleger i vakt årsverk / antall leger</i>	8,2 / 120
<b>Helse- og velferdssentre, årsverk / antall leger</b>	7,82 / 33
<b>Helsehus, årsverk / antall leger</b>	12,52 / 16
<b>Helsestasjon, årsverk / antall leger</b>	3,8 / 38
<b>Skolehelsetjeneste, årsverk / antall leger</b>	2,7 / 12
<b>Fengselshelsetjenesten, årsverk / antall leger</b>	0,9 / 3
<b>Flyktningehelsetjenesten, årsverk / antall leger</b>	0,8 / 2
<b>Helseteamet for rusmisbrukere, årsverk / antall leger</b>	0,16 / 2
<b>Samfunnsmedisinske legestillinger, årsverk / antall leger</b>	5,25 / 6
<b>Bistilling NTNU, årsverk / antall leger</b>	
<i>Fastleger</i>	9,95 / 29
<i>Samfunnsmedisinske leger</i>	0,40 / 2
<b>Fastleger med andre statlige deltidsstillinger (NAV, BUP, kontrollkommisjon, Norsk pasientskadeerstatning), årsverk / antall leger</b>	2,38 / 11

Status Klæbu kommune per 1.1.18	
<b>Antall legesentre / fastleger</b>	1 / 5
Antall turnusleger	1
<b>Helse- og velferdssentre, årsverk / antall leger</b>	0,3 / 2
<b>Helsestasjon /skolehelse, årsverk / antall leger</b>	0,2 / 1
<b>Samfunnsmedisinske legestillinger, årsverk / antall leger</b>	0,2 / 1

### Fastlegevirksomhet

#### Kapasitet og valgmuligheter i fastlegeordningen

Fastlegene er selvstendig næringsdrivende med kontrakt med kommunen, i Trondheim ved Enhet for legetjenester og smittevern (ELS). Fastlegene fastsetter selv sin listelengde i intervallet 500-2500 pasienter. I forrige planperiode var målet en gjennomsnittlig listelengde på 1200 pasienter per fastlege. I Trondheim kommune er gjennomsnittlig listelengde i dag 1243 pasienter, i Klæbu ca 1200 pasienter. I en nylig gjennomført spørreundersøkelse blant fastlegene i Trondheim kommune svarte



halvparten av fastlegene at de ønsket å redusere sin listestørrelse med i gjennomsnitt knapt 200 pasienter for å kunne ha en akseptabel arbeidssituasjon og tilgjengelighet.

Per januar 2018 var det i Trondheim 1743 ledige plasser hos 22 fastleger (2 kvinner) i alle bydeler; 13 prosent av fastlegene. Seks leger stod for 83 prosent av den ledige kapasiteten. Det er relativt få åpne lister, ikke minst sett i forhold til øvrige ASSS kommuner (Figur 1). En viktig årsak til få åpne lister er at mange fastleger reduserer sin listestørrelse gjennom naturlig avgang på listen, og disse

vil dermed ha stengte lister over mange år.

### Tilgjengelighet

Fastlegene mottar og vurderer alle typer henvendelser fra innbyggerne på sin liste i legesenterets åpningstid. Under normale forhold skal minimum 80 prosent av telefonhenvendelser kunne besvares innen to minutter, og tilbud om ordinær time skal normalt kunne gis innen fem arbeidsdager. De fleste legesentrene har hatt problemer med å besvare telefonhenvendelser innen to minutter. For å bedre tilgjengeligheten, har alle legesentrene innført mulighet for bestilling av time på nett eller via sms, noe som har lettet presset på telefonen betydelig. Det er planlagt en ny kartlegging av telefontilgjengeligheten i løpet av 2018.

Alle legesentrene er tilgjengelig for øyeblikkelig hjelp konsultasjoner for egne listepasienter samme dag. Fastlegene drar på sykebesøk til egne pasienter, men akutte sykebesøk blir i Trondheim i hovedsak ivaretatt av legevakten. Det har vært få klager på tilgjengelighet til time de siste årene. Personer uten fastlege i Trondheim (derav ca. 15 000 studenter) får bistand av legevakten ved akutt sykdom og skade. Ved behov for ordinære allmennlegetjenester, henvises disse pasientene til nyetablerte leger som ennå har god kapasitet. Studentsamskipnaden i Trondheim har avtale om at Gløshaugen legesenter skal være tilgjengelig for studenter og NTNU ansatte, men kapasiteten her er begrenset. Fra høsten 2018 vil det nye Øya legesenter som etableres ved Legevakten også gi tilbud til studenter og andre personer uten fastlege i Trondheim.

### Rekruttering – fastlegeordning under press

De siste årene har fastlegeordningen vært under økende press. Det har vært betydelig økning av antall konsultasjoner, ikke minst som følge av samhandlingsreformen som har forsterket oppgaveglidningen fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Det har også vært betydelig økt samarbeid med den øvrige kommunale helse- og omsorgstjenesten gjennom møtevirksomhet og elektronisk meldingsutveksling. Videre er det satt strengere krav om tilgjengelighet og kompetanseutvikling gjennom forskrifter, og det administrative arbeidet har økt betydelig. Det meste av dette er en ønsket utvikling, men rammebetingelsene for fastlegevirksomheten er ikke vesentlig endret på mange år. Fastlegenes inntekt er regulert gjennom basistilskudd, egenandeler og refusjonstakster. Utgifter i form av lønninger til hjelpepersonell, husleie og utgifter har økt vesentlig mer enn inntektene. Størrelsen på basistilskuddet er avhengig av antall pasienter på legens liste. Mange fastleger har redusert antall pasienter på sine lister for å få en mer overkommelig hverdag, men dette presser økonomien

ytterligere. Stor arbeidsbelastning har medført lange arbeidsdager. En nylig publisert landsomfattende tidsbrukundersøkelse der 1954 fastleger deltok, viser at fastlegene i gjennomsnitt arbeider 56 timer i uken. Erfarne leger slutter, og det er for tiden et generasjonsskifte i Trondheim der mange fastleger går av med pensjon. Dette har medført økt behov for nye fastleger; mens det for få år siden var behov for 4-5 nye fastleger per år for å holde tritt med befolkningsøkning og avgang, har det siste årene vært behov for over 20 nye leger i året. Samtidig har rekruttering til ledige hjemler gått ned da unge, nyutdannede leger vegrer seg for å gå inn i fastlegepraksis på grunn av dagens rammebetingelser. Den sviktende rekrutteringen til ledige fastlegehjemler har vært tydelig i flere år på landsbasis og har siste året også vært synlig i Trondheim. Rekrutteringsutfordringene må sannsynligvis i stor grad løses av sentrale myndigheter gjennom endring av rammebetingelsene for fastleger. I Primærhelsemeldingen (2015) tar regjering tar til orde for endringer innen organisering, arbeidsdeling, arbeidsformer, kompetanse og ledelse av primærhelsetjenesten, blant annet i form av primærhelseteam. Primærhelseteam er en form for utvidet fastlegepraksis, og kjernen i teamet er fastlege, sykepleier og helsesekretær. Hensikten er ikke primært bedre rekruttering, men å legge grunnlag for bedre samhandling mellom ulike helseaktører og utnytte de samlede ressursene bedre. De grunnleggende økonomiske rammebetingelsene i hovedsak uendret. Ordningen testes i seks kommuner i et treårig pilotprosjekt fra 2018.

Kommunene kan bidra til rekruttering ved å tilby rekrutteringsstillinger der nyutdannede leger kan få erfaring med allmennpraksis uten å ta på seg alle forpliktelsene og ansvaret som en vanlig fastlegepraksis innebærer. Hordaland og Sogn og Fjordane har fått statlig finansiering til et prosjekt der nyutdannede leger tilbys en tidsbegrenset fastlønn utdanningsstilling med strukturert supervisjon og veiledning ved et fastlegekontor. Stavanger har også rekrutteringsstillinger i fastlegepraksis. Her driver legene næringsvirksomhet på lik linje med øvrige leger på legekantoret, men uten å ha ansvar for de driftsmessige forholdene ved legekantorene. Felles for begge ordningene er at legene i rekrutteringsstillinger ikke har egen pasientliste, men arbeider med pasienter på listene til øvrige fastleger ved legesenteret. Det har vært stor interesse for disse stillingene. Rekrutteringsstillinger bør utprøves også i Trondheim. Fastlegepraksis med fastlønn kan også være et godt rekrutteringstiltak. Erfaring fra andre kommuner (f.eks. Bodø) viser at det nå er langt lettere å rekruttere til fastlønnede stillinger enn ordinære fastlegehjemler med næringsdrift. Slike fastlønnstillinger kan evt. kombineres med store allmennt medisinske stillinger i f.eks. helse- og velferdssentre eller skolehelsetjeneste.

### **Kvalitet og kompetanse**

Fastlegene står selv ansvarlig for økonomi og for at virksomheten er drevet i tråd med lov og forskrift, oppdatert kunnskap og nasjonale retningslinjer. De er videre ansvarlig for å drive systematisk kvalitetsutvikling og internkontroll i sine tjenester mens kommunen har ansvar for å legge til rette for, og se til at, det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Enhet for legetjenester (ELS) har i 2015 hatt dialogmøter med alle legesentrene der kvalitetssystem og internkontroll har vært tema. Dagens legejournalssystemer er lite egnet til å trekke ut anonymiserte data (kvalitetsindikatorer) som kommunen kan bruke som styringsverktøy for kvalitetsutvikling. Tre legekantor har i planperioden installert et eget datauttrekksprogram (Medrave) for å vurdere mulighetene for egnet datauttrekk av kvalitetsindikatorer. Programmet har delvis blitt opplevd som krevende å få til å bruke og har ikke fått videre utbredelse i Trondheim. Helseplattformen, en felles elektronisk plattform for fastleger, kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste, er under

utvikling. I dette systemet skal det kunne ligge muligheter for datauttrekk av kvalitetsindikatorer. Kartlegging av telefontilgjengelighet er planlagt i 2018. Kvalitetsutvikling i fastlegepraksis blir for øvrig et viktig arbeidsfelt når kvalitetsutvalget for legetjenester starter opp på nytt i 2018.

Alle leger som har pasientrettet arbeid i primærhelsetjenesten, må være ferdig spesialister eller under videreutdanning til spesialitet i allmennmedisin i henhold til ny kompetanseforskrift (2017). Spesialistutdanning innebærer relevant praksis, kurs, veiledning og praktiske ferdigheter. Alle spesialister må hvert femte år gjennom et program for resertifisering for å opprettholde spesialiteten. I 2016 kom en ny forskrift for spesialistutdanning av leger som innebærer en betydelig endring fra dagens praksis ved å innføre læringsmål, større grad av veiledning og supervisjon samt dokumentasjon på at læringsmålene er oppnådd. Sykehus og kommune får større ansvar for spesialistløpet, blant annet gjennom å definere utdanningsaktiviteter som skal føre til at legene kan fylle læringsmålene. Det første utdanningsnivået (LIS 1) tilsvarer tidligere turnustjenesten for leger. De første LIS 1 legene kommer til kommunene september 2018 og kommunene vil som tidligere få tilskudd som delvis dekker utgiftene for ordningen. Spesialisering i allmennmedisin og samfunnsmedisin (LIS 3) i henhold til ny forskrift gjelder fra 1.3.2019, men kommunenes ansvar og finansieringsordninger er foreløpig ikke endelig avklart.

### **Fastleger og samhandling**

I Trondheim har det helt siden forsøksordningen for fastlegeordningen på 90-tallet, vært et tett samarbeid mellom kommuneadministrasjonen og fastlegene om tjeneste- og kvalitetsutvikling gjennom faste møter i lokalt samarbeidsutvalg (LSU). LSU består av tillitsvalgte, kommuneoverleger og representanter fra kommuneadministrasjonen forøvrig. Anbefalinger i LSU er og har vært sterkt førende for utformingen av fastlegeordningen i Trondheim og praksis i legekantorene.

#### *Samhandling med spesialisthelsetjenesten*

Tilgjengelig og tilstrekkelig informasjon er en forutsetning for god samhandling. Leger i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har de siste årene kunnet sende elektroniske henvisninger og epikriser til hverandre. Dette har effektivisert samarbeidet og informasjonsoverføringen. Nylig er det også åpnet opp for elektroniske dialogmeldinger hvor primærleger f.eks. kan be om faglig råd. Utover dette har legene i primærhelsetjenesten mulighet for råd over telefon i saker som haster, og dette har stort sett fungert godt.

Det er imidlertid utfordringer knyttet til oppgaveglidning fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten, ikke minst til fastlegene som har fått et økt ansvar for oppfølging. Dette har i stor grad skjedd uten medvirkning fra fastlegene, enten ved at spesialisthelsetjenesten ensidig definerer hva fastlegene skal følge opp, eller ved at det kommer nasjonale føringer. Dette har til dels vært problematisk, både fra et pasientsikkerhets synspunkt og ved at oppgaveoverføringen er lite forenlig med driften på legekantoret. Eksempler på dette er at fastlegene ikke har nødvendig spesialkompetanse på feltet (f.eks. kontroll etter hjerteoperasjoner), oppfølgingen på legekantoret legger uforholdsmessig tungt beslag på behandlingsrom og personell (f.eks. svært tidkrevende sårprosedyrer, injeksjoner som krever særlig overvåking) og omfattende og langvarige kontrollprogram for pasienter med kreft.



For å få til samhandling som sikrer pasienten en trygg og god oppfølging, ble det høsten 2017 opprettet et legeutvalg med representanter fra St. Olavs hospital og fastleger / kommuneoverleger i (Sør-) Trøndelag som skal være rådgivende overfor sykehus, fastleger og kommuner. Utvalget skal behandle tema som oppgaveoverføring, pasientforløp, kompetansebehov og kompetanseoverføring.

#### *Samhandling med kommunale aktører*

Økt ansvar for håndtering av komplekse problemstillinger i primærhelsetjenesten krever også tettere samarbeid og gode samarbeidsrutiner mellom fastlegene og andre kommunale tjenesteytere. Det er laget egne samarbeidsavtaler, for eksempel mellom fastleger og helsestasjon / skolehelsetjeneste og jordmortjeneste. Mens dialogen tidligere var utfordrende ved at det var vanskelig å nå hverandre på telefon, har elektronisk meldingsutveksling gitt mulighet for langt tettere kommunikasjon mellom fastleger og øvrig helsepersonell. Slik meldingsutveksling krever hensiktsmessige kjøreregler, men riktig brukt er dette et godt alternativ til muntlig kontakt i mindre kompliserte saker.

#### *Felles elektronisk plattform - Helseplattformen*

Helseplattformen, en felles elektronisk plattform og database for primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten som nå er under utvikling, gir muligheter for informasjonsdeling langt utover dagens meldingsutveksling. Dersom Trondheim kommune anskaffer Helseplattformen, er det vesentlig at fastlegene også er del av dette dersom man skal få full nytte av systemet. En forutsetning for at fastlegene vil velge å knytte seg til Helseplattformen, er at denne fungerer minst like godt som dagens fastlegejournalssystem, og det vil derfor være nødvendig å rekruttere legesentre for utvikling av en hensiktsmessig arbeidsflate for fastlegekontoret samt pilotering av systemet.

#### *Andre allmennt medisinske oppgaver*

Allmennt medisinske oppgaver i kommunen utover fastlegevirksomhet omfatter deltagelse i legevakt, helsestasjon og skolehelsetjeneste, arbeid i sykehjem, fengselshelsetjeneste, flyktningehelsetjeneste med mer. Dette ivaretas i hovedsak av fastleger i fastlønnede deltidsstillinger. Fastlegeforskriften gir kommunen anledning til å pålegge sine fastleger inntil 7,5 timer kommunale allmennt medisinske oppgaver per uke. Større kommunale stillingsandeler for fastleger kan avtales som en frivillig ordning. Dette har vist seg å være lite attraktivt, blant annet av hensyn til tilgjengelighet som fastlege og av økonomiske årsaker.

## **Helse- og velferdssentre og helsehus**

### **Tilgjengelighet og kapasitet**

#### *Helse og velferdssentre*

Tradisjonelt har legene i helse- og velferdssentrene vært fastleger med deltidsstilling i inntil 20 prosent stilling. Dette har mange steder vært en vellykket ordning der erfarne og dedikerte fastleger med bred kompetanse har vært leger ved samme helse- og velferdssenter over mange år. Legene er til stede på avdelingen en dag i uken og ellers tilgjengelig på telefon på dagtid. Mange har også, som en frivillig ordning, stilt seg til disposisjon kveld og helg. Med unntak av de minste sentrene, er det gjerne flere leger per helse- og velferdssenter som arbeider på ulike avdelinger på forskjellige dager i uken. På denne måten har senteret tilgang til lege flere dager pr uke om det skulle oppstå noe uforutsett. En slik fleksibilitet er etterspurt da helse- og velferdssentrene (permanente opphold) i likhet med helsehusene (korttidsopphold) håndterer stadig mer medisinsk krevende problemstillinger.

I større byer i Norge er det etablert fulltids legestillinger i sykehjem for å øke kompetanse og tilgjengelighet og for å kunne bruke legene inn i fag- og tjenesteutvikling, kvalitetsarbeid og planarbeid. I 2017 omgjorde Trondheim kommune 25 deltidsstillinger i helsehus og helse- og velferdssentre til seks 70-100 prosent stillinger. Ordningen har så langt blitt positivt mottatt både fra helse- og velferdssentrene og legene.

### *Helsehus*

De fleste korttidsplassene i Trondheim er samlet i tre helsehus Avdelingene på helsehusene har i økende grad blitt spesialiserte og innbefatter i dag rehabilitering, medisinsk observasjon og behandling, lindrende behandling, etterbehandling etter sykehusopphold for alvorlig syke pasienter med hjertesvikt samt avlastning for pårørende. Legene er i hovedsak til stede på sine avdelinger alle hverdager og er også tilgjengelig på telefon kveld og helg. I tillegg til korttidsplassene er det opprettet kommunale akutte døgnplasser (KAD) innenfor områdene somatikk (på Øya helsehus, for pasienter fra Trondheim, Melhus, Klæbu, Melhus og Midtre Gauldal) og psykiatri (på Leistad, bare for Trondheims befolkning). KAD er et alternativ til sykehusinnleggelse for personer med akutt oppståtte sykdommer eller funksjonssvikt med kjent årsak. Problemstillingene skal kunne håndteres minst like godt i kommunen som på sykehus. KAD somatikk har to leger til stede på dagtid alle hverdager. KAD psykiatri åpnet høsten 2017 og er samlokalisert med Leistad etterbehandling for personer med psykisk sykdom. Per 1.1.18 var det kun en 20 prosent legestilling knyttet til etterbehandlingsavdelingen på Leistad. Tilbudet på Leistad er under evaluering og bemanningskabalene vil bli gjennomgått på nytt.

### **Rekruttering og stabilitet**

Det synes å være en økende vegring blant nye fastleger mot å ta stillinger ved helse- og velferdssentrene. Dette skyldes dels stort arbeidspress i fastlegepraksisen, men også økende kompleksitet i problemstillingene på helse- og velferdssentrene kombinert med at de arbeider alene. Det er behov for å utrede og sette i verk en veiledningsordning for ferske leger i kommunal deltidsstilling, spesielt i helse og velferdssentrene.

Leger i store stillinger på helse- og velferdssentrene arbeider også alene i dagens ordning. De har imidlertid ukentlige møter sammen med leger i helsehus for faglig støtte og kompetanseutvikling og for å skape tilhørighet og stabilitet. Trondheim kommune har rekruttert både spesialister, ikke-spesialister med relevant erfaring og nyutdannede til fulltids legestillinger i helsehus og helse- og velferdssentre. Erfaringer fra landet forøvrig viser at leger som rekrutteres inn i slike stillinger bare unntaksvis har relevant spesialitet eller erfaring fra norsk helsetjeneste. De vil derfor ha behov for å gå inn i et utdanningsløp for spesialitet i allmennmedisin i henhold til ny kompetanseforskrift. Dette er potensielt en utfordring for stabilitet i stillingene da legetjeneste i helsehus / helse- og velferdssentre bare teller for inntil to års tjeneste (ved full stilling) for spesialisering i allmennmedisin. Utover dette må legene arbeide i allmennpraksis i to år og ha ett års sykehustjeneste. Dette innebærer et avbrudd i arbeidet og en risiko for at legene ikke kommer tilbake med de følger det har for å opprettholde og videreutvikle legekompentansen i sykehjemmene.

To tiltak kan være virkningsfulle for å beholde legene: Det ene er å tilby delte stillinger med 50 prosent allmennpraksis og 50 prosent stilling som sykehjemslege da dette vil gi tellende tjeneste i spesialiseringen uten behov for avbrudd utover ett års sykehustjeneste. Dagens rammebetingelser for fastlegeordningen legger ikke til rette for kun 50 prosent fastlegepraksis. En 50-50 løsning vil derfor

innebære fastlønnet fastlegevirksomhet. En slik modell innføres på legevakten i Trondheim ved opprettelsen av et kommunalt legesenter integrert i legevakten. Denne ordningen vil evalueres i planperioden med tanke på å opprette nye legesentre med tilsvarende kombinasjon.

Et annet stabiliseringstiltak kan være etablering av egne utdanningsstillinger som kombinerer to års strukturert veiledet sykehjemstjeneste med påfølgende to års veiledet allmennpraksis med mål om å oppnå spesialitet i allmennmedisin. En lege i utdanningsstilling vil kunne få praksis på alle de ulike typene avdelinger i helsehus og helse- og velferdssentre, noe som vil gi bred erfaring og som også vil gi større fleksibilitet ved fravær knyttet til kurs, hospitering, sykdom etc. Dette vil kunne være et godt tiltak med tanke på rekruttering og å beholde spesialister i helsehus og helse- og velferdssentre. En slik utdanningsstilling må også kunne sees i sammenheng med rekrutteringsstilling i fastlegepraksis og vil være en god kompetansebakgrunn for dem som velger å bli fastleger med en mindre deltidsstilling i sykehjem. Dessuten vil slike utdanningsstillinger bidra til å øke legebemanningen i kommunale institusjoner opp mot planens forslag til nye legenormer samtidig som kompetanse- og rekrutteringstiltak styrkes.

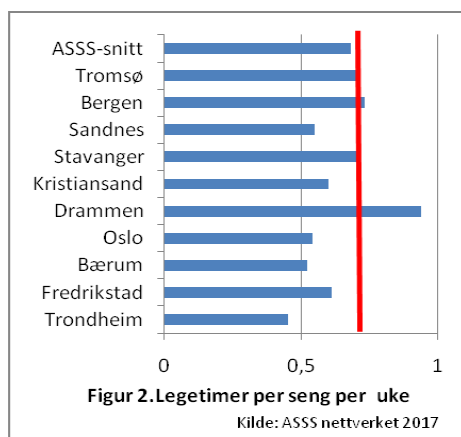
Ordning med fulltids stillinger i helse- og velferdssentre vil bli evaluert i løpet av året. Erfaringene så langt tilsier at det kan være aktuelt å utvide ordningen. Imidlertid fungerer også ordningen med fastleger i deltidsstillinger godt de fleste steder, og det er ønskelig å videreføre begge ordningene. Dette er spesielt relevant ettersom mange helse- og velferdssentre er små og det dermed ikke er mange legetimer per uke på den enkelte institusjon. Det er lite ønskelig at den enkelte lege må forholde seg til mange helse- og velferdssentre da erfaringer fra andre kommuner viser at dette gir liten tilhørighet og stor gjennomtrekk i stillingene.

### Legebemanning i helsehus og helse- og velferdssentre

I forbindelse med samhandlingsreformen mottar kommunen pasienter fra sykehuset i en tidligere fase og forventes også å kunne ivareta flere tilstander som tidligere ville medført sykehusinleggelse (f.eks. behandling av akutte infeksjoner). Dette er en utvikling som vil forsterke seg i årene som kommer med økende antall eldre med behov for sykehustjenester og et sykehus som allerede i dag har betydelige kapasitetsproblemer. Behovet for en tett medisinsk oppfølging i kommunen er derfor økende og det er behov for økte legeressurser knyttet til å ivareta pasientbehandling, dokumentasjon, kompetanseutvikling og dialog med pårørende og samarbeidspartnere. Hver kommune skal utarbeide en norm for legebemanning i sykehjem der det tas hensyn til ulike pasientgrupper behov for

oppfølging. En norm for legetjenester i sykehjem må også ta høyde for deltagelse i indirekte pasientrelaterte aktiviteter som internundervisning, arbeid med prosedyrer, kurs, individuell veiledning samt fravær ved sykdom og ferier.

Trondheim kommunes norm for inneværende planperiode er utarbeidet med tanke på ordinære (somatiske) helsehus og helse- og velferdssentre. Trondheim kommune har oppfylt sin lokale norm, men KOSTRA -tall fra 2016 viser at Trondheim kommune fortsatt ligger lavt sammenliknet med ASSS kommunene (Figur 2). Det foreslås en gradvis økning til en uketime per tre senger i helse- og velferdssentre og 3 uketimer



per seng ved rehabiliteringsplasser og korttidsplasser for medisinsk observasjon og behandling i helsehusene (Tabell 1). Videre foreslås en økning til 4 uketimer pr seng ved etterbehandling i hjertemedisin og palliasjon da den medisinske behandlingen her er vesentlig mer avansert enn ved de ordinære korttidsplassene. Det er ønskelig at legene som er tilknyttet etterbehandlingsplassene også kan bruke sin kompetanse utover egen avdeling, spesielt knyttet til palliasjon. Totalt vil dette innebære en økning av 4,7 årsverk i helsehusene og 2,7 årsverk i helse- og velferdssentrene. Økning i antall årsverk kan spres over alle institusjoner, men det synes strategisk mest hensiktsmessig å disponere de økte årsverkene fleksibelt i form av utdanningsstillinger for sykehjemsleger, veilederstillinger og kompetanseteam for utadrettet virksomhet (primært palliasjon) med basis i helsehusene. På denne måten vil man kunne lette rekruttering til sykehjemslegearbeid og bidra til en generell kompetanseøkning ved øvrige helse- og velferdssentre.

**Tabell 1. Forslag til norm for planperioden 2019-2023**

<b>Norm for legetimer i sykehjem</b>	<b>Antall senger</b>	<b>Dagens norm Uketimer / seng</b>	<b>Ny norm Uketimer / seng</b>
<b>Kommunale akutte døgnplasser (KAD)</b>	25	4	4
<b>Etterbehandling og palliasjon</b>	4+8	2	4
<b>Rehabilitering og medisinsk observasjon og behandling</b>	151	2	3
<b>Avlastningsplass</b>	47	0,5	0,5
<b>Korttidsplasser i helse- og velferdssentre</b>	25	0,5	0,5
<b>Langtidsplasser i helse- og velferdssentre</b>	1218	0,25	0,33
<b>Etterbehandling psykiatri</b>	10	0,5	Må utredes
<b>KAD psykiatri</b>	4	0	

Trondheim kommune har ikke hatt en egen norm for legetjenester ved kommunens korttidstilbud for pasienter med psykiske lidelser. Dette vil bli vurdert i forbindelse med et pågående evalueringsarbeid.

En velfungerende legetjeneste er avhengig av at det fortløpende gjøres gode observasjoner og vurderinger av sykepleiere / vernepleiere. Ved kommunens helse- og velferdssentre og til dels også helsehus oppleves bemanning av øvrige yrkesgrupper, spesielt sykepleiere, som marginal.

### **Kompetanse og kvalitet**

Fastleger i deltidstilling i helse- og velferdssentre inviteres årlig til to faglige halvdagsmøter, men frammøtet har vært beskjedent. I tillegg arrangeres lokal møteserie om aldersmedisin åpent for alle leger på kveldstid, og her har frammøtet vært langt bedre. Enhet for legetjenester har en omfattende hjemmeside med råd og veiledning for leger i helse- og velferdssentre, og overlegene ved helsehusene samt kommuneoverleger kan benyttes til råd og veiledning ved behov. Leger i helse- og velferdssentre tilbys å hospitere på avdeling for lindrende behandling ved Øya helsehus og alle leger har tilgang til Norsk elektronisk legehåndbok i sin kommunale stilling.

Leger i store stillinger i helse- og velferdssentre og helsehus møtes ukentlig for internundervisning, faglige diskusjoner og oppdateringer og kan også delta på ukentlig nettbasert undervisning. Det legges

til rette for å ta kurs som er relevant for sykehjemslegearbeidet og som også teller for videreutdanning i allmenntidmedisin eller kompetanseområdet i alders- og sykehjemsmedisin og palliasjon.

Ved etterbehandlings- og palliasjonssengene ved helsehusene er det etablert et nært samarbeid med St. Olavs hospital om kompetanseoppbygging i form av kursing, felles møter og dialog og veiledning ved behov. Den umiddelbare nærhet mellom Øya helsehus og St. Olavs hospital har vært viktig for å få til dette. Palliasjonsmiljøet på Øya helsehus har etter hvert vokst seg sterkt og har fått betydelig spisskompetanse på lindrende behandling, noe også øvrige avdelinger ved Øya helsehus nyter godt av. Det er ønskelig at denne kompetansen også kan tilflyte helse- og velferdssentrene og hjemmetjenesten, og det foreslås at det i løpet av planperioden utredes etableringen av et ambulerende kompetanseteam med utgangspunkt i palliasjonsmiljøet på Øya helsehus (jfr. kapittel over om norm).

### **Samarbeid og samhandling**

Fastleger med deltidstilling i helse- og velferdssenter har ofte telefonisk kontakt utenom dagen de er til stede. Dette er en god ordning, men utfordrende med tanke på tilgang til pasientinformasjon og dokumentasjon med mindre sykehjemslegen faktisk også er pasientens fastlege og dermed har pasientinformasjon i sitt journalsystem. Bytte av fastlege er komplisert dersom sykehjemslegen allerede har full pasientliste, hvilket som regel er tilfelle. Problemet vil være løst ved innføring av Helseplattformen dersom fastlegene kobler seg til denne, men det er sterkt ønskelig å få til en løsning raskere.

Leger i fulltids stillinger i helse- og velferdssentre og enkelte helsehus er ansatt ved Enhet for legetjenester. De har et primæransvar ved en til tre institusjoner, men har også et felles ansvar for alle institusjonene som er med i ordningen i forbindelse med fravær som kurs, ferie og sykdom. Dette er til dels krevende da kommunens nåværende norm for legestillinger helse- og velferdssentre og helsehus i liten grad tar høyde for fravær.

Pasientene på KAD blir innlagt av fastlegen eller legevaktslege. I 2017 ble det utviklet egne retningslinjer slik at også akuttmottaket ved St. Olavs hospital fikk anledning til å henvise pasienter til KAD i stedet for innleggelse i sykehus. For mange eldre er KAD en god løsning med behandling i en roligere atmosfære. Innleggende lege skal på forhånd ha gjort en grundig vurdering da de fleste pasienter blir innlagt på tidspunkt da det ikke er lege tilstede på KAD. Her er det forbedringspotensial, men ordning oppleves likevel trygg for pasientene da en kompetent sykepleierbemanning har gode rutiner for avdekking av kritisk sykdom og god tilgjengelighet til KAD - legene per telefon.

## **Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom**

### **Arbeidsform og tilgjengelighet**

#### *Helsestasjon*

Helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom (HFU) skal fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold og forebygge sykdommer og skader. Leger utgjør sammen med helsesøster, fysioterapeut og jordmor grunnbemanningen i disse tjenestene. Tjenesten skal være både individuell og grupperettet og skal så tidlig som mulig fange opp barn og unge med utfordringer, bistå dem ut fra den enkeltes behov og livssituasjon, eventuelt ved å forsterke grunnbemanningen med annet personell, f.eks. psykolog eller sosialfaglig personell. Noen barn blir

også henvist videre enten til fastlegen, til kommunale tverrfaglige oppfølgingsteam (familietiltak) eller spesialisthelsetjenesten. I byens ti helsestasjoner arbeider legene stort sett kun individrettet med helseundersøkelser og noe helseopplysning og veiledning mens allmennt medisinske problemstillinger ivaretas av fastlegen.

### *Skolehelsetjeneste*

Trondheim har 56 kommunale skoler, seks private grunnskoler og seks videregående skoler. Stillingsstrukturen for skoleleger ble i 2009 endret til større stillingsandeler, opp til 40 prosent, samtidig som man reduserte total kapasitet til 1,6 årsverk og tok skolestartundersøkelsen ved lege ut av programmet. Skolelegen skulle etter dette arbeide systemrettet med medisinsk faglig rådgivning i barne- og familietjenesten og overfor utpekte barne- og ungdomsskoler, bl.a. gjennom deltagelse i ulike tverrfaglige team. Skolelegeordningen har generelt vist seg vanskelig å få til å fungere, men legedeltagelse i et nytt prosjekt med tverrfaglige psykososiale team som bistår skolene innen psykisk helsearbeid, har blitt opplevd som en god modell der fagpersoner med ulik kompetanse utfyller hverandre godt.

Skolestartundersøkelsen ble gjeninnført i 2014 og er det eneste legearbeidet i skolehelsetjenesten som innebærer standardiserte helsekontroller av enkeltindivider. Av praktiske årsaker er det legene ved helsestasjonene som i dag ivaretar skolestartundersøkelsen, men ordningen er ikke helt tilfredsstillende da samarbeid med skolehelsesøster og skole blir utfordrende når samarbeidspartnerne ikke treffes.

I videregående skole har skoleleger i liten grad vært benyttet. Forsøk med lege ved en utvidet helsestasjon for ungdom knyttet til Strinda videregående skole er under evaluering.

Selv om de fleste barn og unge har det bra, er det den del utfordringer knyttet til blant annet psykisk helse, overvekt, fysisk aktivitet, kosthold, bruk av tobakk og rusmidler og utfordringer knyttet til migrasjon og minoriteter. Økende forekomst av psykiske problemer gir særlig grunn til bekymring. De vanligste psykiske plager er ulike former av angst og depresjon, søvnløshet og indre uro. Resultater fra ungdomsundersøkelsen i Trondheim i 2017 kan gi indikasjoner på at slike problemer øker fra ungdomsskolealder til videregående. Ungdom kontakter i liten grad fastlegen med slike problemer mens skolehelsetjenesten i større grad blir oppsøkt og kan bidra til iverksetting av tiltak, blant annet gjennom å involvere fastlegen i neste runde.

Med dette som bakgrunn og i tråd med en ny "Nasjonal retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom", er det iverksatt et omfattende utviklingsarbeid i skolehelsetjenesten i Trondheim med fokus på nye tverrfaglige arbeids- og samarbeidsmetoder. Retningslinjen vektlegger at skolehelsetjenesten er til stede ved den enkelte skole og bidrar i tverrfaglige team, i systemrettet arbeid og i tverrfaglig samarbeid med andre kommunale tjenester, spesialisthelsetjenesten og frivillige organisasjoner. Nærmere definering av skolelegerollen, også i videregående skole, er inkludert i utviklingsarbeidet. Skolelegens avgrensningen opp mot fastlegen blir en viktig del av det pågående arbeidet.

Helsestasjon for ungdom (HFU) er et supplement til skolehelsetjenesten og tilbyr rådgivning, veiledning, undersøkelser og behandling for barn og unge i aldersgruppen 13-20 år. HFU er tverrfaglig sammensatt med helsesøster, lege, psykolog og sexolog. Trondheim kommune har to faste HFU (Midtbyen, Rosten) og en prosjektbasert HFU ved Strinda videregående skole, med åpningstid på

ettermiddag enkelte dager. Tjenesten er mye brukt på alle tre steder. Den er tilpasset ungdommens behov og gitt på deres premisser. Seksuell helse har lenge hatt et viktig fokus, herunder tiltak for å forebygge uønsket graviditet og seksuelt overførbare sykdommer. HFU foretar også tverrfaglige vurderinger av tiltak og behov for oppfølging ved komplekse utfordringer, for eksempel knyttet til psykiske vansker (inkludert selvmordstanker), vanskelig hjemmesituasjon, identitet etc. Ved behov for videre oppfølging og diagnostisering henvises ungdommen til fastlegen, evt. annen relevant instans.

### **Rekruttering og stabilitet**

Leger i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom blir i hovedsak rekruttert fra fastleger som har dette som kommunal deltidsstilling. Stabiliteten i stillingene har vært utfordrende. I 2017 var det en gjennomtrekk i helsestasjon på 71 prosent og 50 prosent i skolelegestillingene. Det synes å være flere årsaker til dette slik som stillingsstørrelse (for liten eller for stor) og for svak tilknytning til arbeidsmiljøet. Arbeidets art har også vært ansett som en årsak; i helsestasjonen består arbeidet i hovedsak av rutinepregede, individuelle helseundersøkelser på i hovedsak friske barn mens det i skolehelsetjenesten har vært vanskelig å få en rådgivende skolelegerolle til å fungere godt. Store stillingsandeler kunne gitt en sterkere tilknytning til tjenesteområdet og større tilgjengelighet for samarbeidspartnere og vil kunne vurderes dersom kommunen etablerer legesentre med 50 - 60 prosent fastlønnen allmennpraksis og 40 - 50 % kommunal stilling (jfr. kapittel om rekruttering av fastleger og rekruttering av leger i helse- og velferdssenter)

Helsedirektoratets anbefalte i sin utviklingsstrategi fra 2010 en bemanningsnorm i helsestasjon og skolehelsetjeneste. Dette er ikke en juridisk bindende norm, og kommunene er anbefalt å selv fastsette en egen norm for bemanning ut fra lokale behov. En revidert anbefaling om bemanningsnorm er imidlertid bebudet i en kommende veileder. Trondheim kommune har valgt å følge anbefalingen fra 2010 for helsesøstre, men ikke for leger. Det er spesielt skoleleger som ligger lavt, 2,7 årsverk i dag mot 11,2 årsverk dersom normen i 2010 – strategien hadde vært fulgt.

Før endring av legeressursene i helsestasjon og skolehelsetjeneste må rolle og ansvar, faglig innhold, organisering og avgrensing mot fastlegearbeid være tydeliggjort. For skolelegerollen er denne diskusjonen nå del i utviklingsprosjektet for skolehelsetjenesten. Det samme anbefales for helsestasjonslegerollen.

### **Kompetanse, tverrfaglig arbeid og samarbeid**

Det finnes håndbøker og enkelte kurs i forebyggende og helsefremmende arbeid for leger, men det er behov for lokale kompetansetiltak og veiledning for nye leger. Grenseoppgangen opp mot fastlegene er ikke alltid tydelig, men samarbeid med fastlegen har blitt enklere etter at det ble etablert elektronisk meldingsutveksling mellom helsestasjon og fastleger i 2017.

Arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom skal i utgangspunktet være tverrfaglig med tett kommunikasjon mellom aktørene i teamet. I helsestasjon har dette vært noe utfordrende å få til, blant annet på grunn av organisering av arbeidsdagen og knappe tidsrammer. Det er ønskelig å utvikle legerollen i helsestasjonen mer i retning av helsefremming, forebygging og tverrfaglig samarbeid i tråd med Nasjonal faglig retningslinje.

I videregående skole er det for alle parter spesielt utfordrende at samarbeidet mellom skolehelsetjeneste og skole går over forvaltningsgrensene mellom kommune og fylke. To

utviklingsprosjekter i videregående skole over de siste år har hatt blant annet dette som fokus. Disse er for tiden under evaluering.

I helsestasjon for ungdom (HFU) er det iverksatt et prosjekt som blant annet har som målsetting å øke kompetansen for alle faggrupper på seksuell identitet og kjønnsidentitet. Utviklingsprosjektet i HFU vil også omfatte et samarbeid med Studentsamskipnaden i Trondheim om eventuell utvidelse av målgruppen for HFU til 24 år slik at tilbudet også blir åpent for de yngre studentene.

## **Legevakt (helsevakt)**

### **Tilgjengelighet og kapasitet**

Kommunal legevakt er en del av allmennlegevirksomheten og et ledd i den akuttmedisinske kjeden. Virksomheten skal gjennom hele døgnet vurdere henvendelser om øyeblikkelig hjelp og følge opp det som ikke kan vente på ordinær behandling hos fastlege. Dagens legevakt er et interkommunalt samarbeid mellom Trondheim og Klæbu, Malvik, Melhus og Midtre Gauldal, der Trondheim er vertskommune.

Tall fra 2017 viser 35 335 legekonsultasjoner på stasjonær legevakt og 6684 ambulerende oppdrag. Legevaktsentralen håndterte totalt 103 204 telefoner, 24 932 av disse var utgående fra legevaktsentralen. Antall konsultasjoner er redusert med 30 prosent de siste to årene ved at pasientene får råd fra sykepleier over telefon eller blir henvist til fastlegen i saker som ikke haster. Antall innleggelser fra legevakten til St Olavs hospital er relativt stabil (to prosent reduksjon).

Fra høsten 2018 vil legevakten flytte fra St Olavs hospital til egne lokaler i nær tilknytning til Øya helsehus. Her vil et nytt fastlegekontor bli integrert i legevakten. Når ordningen er ferdig utbygd, vil legekantoret ha ti fastlønnede leger med delt stilling; 50 prosent stilling som fastlege og 50 prosent stilling i turnus innenfor legevakten. Disse legene vil spesielt trenes på beredskapsmessige prosedyrer og rutiner og vil bistå den kommunale akutte døgnetsheten på Øya helsehus ved behov på kveld og helg. I fastlegepraksisen vil legene ha en fellesliste som er romslig nok til at kontoret også er tilgjengelig for personer som ikke er fast bosatt i Trondheim, f.eks. studenter, tilreisende, pendlere etc. Legevakten har egne fast ansatte leger på natt mens rundt 120 fastleger fortsatt vil arbeide på legevakten kveld og helg etter en egen turnusordning.

### **Kompetanse og kvalitet**

I 2015 kom en ny forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften). Kommunal legevakttjeneste har vært vurdert som et svakt ledd i den akuttmedisinske kjeden og hensikten med ny forskrift er å øke kvalitet og kompetanse hos helsepersonellet. Dette arbeidet er godt i gang. Legevaktsleger har også krav om at de må være spesialister eller under utdanning til spesialist i allmennmedisin. I forbindelse med integrering av et fastlegekontor i legevakten vil fast ansatte leger på daglegevakten få allmennmedisinsk praksis gjennom arbeidet på fastlegekontoret og dermed kunne oppnå spesialisitet i allmennmedisin.

### **Samarbeid**

Legevakten har faste møtearenaer inn mot kommunale / interkommunale samarbeidspartnere, brukerutvalg og spesialisthelsetjenesten. I forbindelse med den nye legevakten er det inngått en utviklingsavtale med St. Olavs hospital med egne faste utvalg som anses som særlig viktig med tanke



på endring i pasientflyt. Det er også gjort avtaler om logistikk og forsyning samt lokalt røntgenlaboratorium. Felles leverandør av legemidler med St Olavs hospital er ventet å være på plass i løpet av 2018. Legevakta opplever å ha gode relasjoner til spesialisthelsetjenesten, og vil arbeide for tettere samhandling med Brann og Politi.

## **Fengselshelsetjeneste**

### **Tilgjengelighet og kapasitet**

Kommunen har ansvar for fengselshelsetjenesten ved Trondheim fengsel som har 200 innsatte (inkludert frigangsordninger) og ca 450-550 innsettelse per år. Fengselshelsetjenesten finansieres gjennom statlig, øremerket tilskudd til fengselets vertskommune. Tjenesten er tverrfaglig med helsepersonell til stede alle hverdager. Legetjenesten har vært stabil og består av tre fastleger som hver er til stede en dag i uken og tilgjengelig på telefon øvrige ukedager. Legene driver individrettet arbeid og er medisinsk faglig rådgiver for øvrig helsepersonell i fengselet. Arbeidet er utfordrende da rusproblemer og psykiske forstyrrelser er dominerende. Utlendinger utgjør 30-40 prosent, noe som gjør kommunikasjonen krevende. Det forventes at innsattes helseutfordringer vil øke i årene fremover som følge av flere forhold: De mest stabile innsatte med minst helseutfordringer vil sone alternativt utenfor fengsel, det er en økende tendens til at psykisk syke fengsles i stedet for å motta behandling i psykiatriske institusjoner og foreldelsesfristen på sedelighetsdommer er opphevet, noe som innebærer at flere eldre (> 60 år) må sone i fengsel.

### **Kvalitet og kompetanse**

Arbeidet i fengselet innebærer særegne problemstillinger som krever spesiell erfaring, kompetanse og forståelse på både juridiske, helsefaglige og etiske problemstillinger. Fengselshelsetjenesten har god nytte av felles kurs og samarbeid med de andre fengselshelsetjenestene i Norge.

### **Samarbeid og samhandling**

Legene arbeider tverrfaglig med kommunalt personell, tannhelsepersonell og psykolog og psykiater fra spesialisthelsetjenesten. Samarbeidet fungerer godt. Problemstillingene i fengselet er ofte komplekse både med hensyn til somatikk, psykiatri og det sosiale livet for øvrig.

Det er tett dialog mellom fengselshelsetjenesten og kriminalomsorgen som har ansvar for utdeling av medikamenter utenfor fengselshelsetjenestens åpningstid. Det er videre en viss dialog og informasjonsutveksling mellom fengselshelsetjenesten og kommunale samarbeidspartnere og fastleger i den innsattes hjemkommune, særlig ved løslatelse. Dette er en særlig kritisk og sårbar fase, der det er behov for å systematisere informasjonsoverføringen ytterligere. Det er nå mulighet for elektronisk meldingsutveksling som gjør kommunikasjonen enklere.

## **Flyktingehelsetjeneste**

### **Arbeidsform og tilgjengelighet**

Flyktingehelseteamet har ansvar for helsetjenester til asylsøkere, nybosatte flyktinger, familiegjenforente og personer med endelig avslag. Flyktingehelseteamet er tverrfaglig sammensatt og har 0,8 legeårverk fordelt på 2 leger. Legene har fastlegefunksjon overfor personer uten fastlege, er helsestasjonslege for asylsøkerbarn 0-6 år og foretar førstegangs helseundersøkelse av barn og voksne med særlig fokus på smittevern og psykisk helse.

Pasientgruppen ved Flyktningehelseteamet har ofte sammensatte medisinske problemstillinger både som følge av dårlig tilgang på helsehjelp over lengre tid og som følge av traumer fra krig, forfølgelse og flukt. Mange av pasientene ved Flyktningehelseteamet befinner seg dessuten i en krevende situasjon som asylsøker med uavklart status. Mange komplekse problemstillinger i kombinasjon med at det er behov for tolk ved de fleste konsultasjoner gjør legearbeidet ved Flyktningehelseteamet tidkrevende. Legene er til stede fire dager per uke. Selv om det fremover ser ut til å bli en betydelig reduksjon i antall flyktninger / asylsøkere, er det ønskelig å beholde lege fire dager i uken for kunne være tilgjengelig for øyeblikkelig-hjelp ved flyktningehelseteamet der pasientene er kjent fremfor å henvise dem til legevakten.

### **Kompetanse og samhandling**

Legene i Flyktningehelseteamet deltar på teammøter, fagdager internt i teamet og samarbeidsmøter om den enkelte pasient. Flyktningehelseteamet har et utstrakt samarbeid med andre enheter i kommunen og samarbeider eksternt med spesialisthelsetjenesten og Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS).

### **Helseteamet for rusmisbrukere**

Legehjelp til personer med rusproblemer dekkes primært av fastlegene. Imidlertid klarer mange av rusmisbrukerne ikke å benytte seg av sine fastleger på en hensiktsmessig måte. For å bedre tilgangen på nødvendig helsehjelp, har Trondheim kommune valgt å knytte en mindre legeressurs (0,16 årsverk) til det kommunale helse- og overdosesteamet. Legene ved helseteamet arbeider direkte klinisk ved at de tar imot pasienter uten henvisning og timebestilling en kveld i uken ved helseteamets helsestasjon i sentrum. Legearbeidet planlegges flyttet til ettermiddag for å få til en lettere dialog med helseteamets øvrige ansatte. Tjenesten vurderer legeressursen som tilstrekkelig.

### **Samfunnsmedisinsk arbeid**

#### **Arbeidsområde og tilgjengelighet**

Samfunnsmedisinsk virksomhet retter seg mot hele eller grupper av befolkningen og befolkningens livsmiljø. Samfunnsmedisineren har oppmerksomhet mot sykdom og helse i befolkningen og har som oppgave å identifisere hva som kan påvirke helsen negativt eller positivt. Legene har en medisinsk faglig rådgiverrolle opp mot kommunens administrative ledelse, ansatte på kommunale enheter og befolkningen generelt. Arbeidet innbefatter deltagelse i planlegging, gjennomføring, evaluering og kvalitetssikring av tiltak og tjenester av forebyggende eller behandlende karakter.

Etterspørselen etter samfunnsmedisinsk kompetanse har vært økende i forbindelse med økt satsing på forebyggende og helsefremmende arbeid samt samhandlingsreformens fokus på tidlig intervensjon og utviklingen av gode og effektive pasientforløp på tvers av helsetjenestenivåene. Trondheim kommune har i dag seks samfunnsmedisinere (5,25 årsverk) som er tilgjengelig på dagtid, fordelt på områdene Byutvikling (miljørettet helsevern), Oppvekst og utdanning og Helse og velferd (inkludert smittevern).

#### **Rekruttering og kompetanse**

Rekruttering av leger med hensiktsmessig kompetanse inn i samfunnsmedisinske stillinger er generelt utfordrende og gjennomsnittsalderen på legene i Trondheim begynner å bli høy, fem av seks leger er 58 år og eldre. Tilgang på vikarer ved fravær (sykdom og permisjoner) er svært begrenset. Det har fra sentrale helsemyndigheter blitt tatt til orde for utdanningsstillinger i samfunnsmedisin som i andre

spesialiteter. Så langt er det etablert slike stillinger i sentrale helseinstitusjoner (Folkehelseinstituttet), og det er ønskelig å prøve ut dette også i større kommuner. Det anbefales at Trondheim kommune etablerer en utdanningsstilling i samfunnsmedisin i kommende planperiode med tanke på kontinuitet fremover. Det er også en målsetting at alle samfunnsmedisinere oppnår spesialitet i samfunnsmedisin.

### **Samarbeid**

De samfunnsmedisinske legene er sentrale bidragsyttere i tjenesteutvikling, kvalitetsarbeid, beredskap, planarbeid og rutiner for samhandling internt i kommunen og samhandling med spesialisthelsetjenesten. Legene er i jevnlig dialog med fylkesmannen og andre statlige myndigheter og samarbeider med NTNU rundt forskning og utdanning. De etterspørres i stor grad som rådgivere og støttespillere i komplekse bruker- og pasientsaker internt i kommunen og i saker som også involverer statlige enheter, primært spesialisthelsetjenesten, men også politi, utlendingsmyndigheter etc. Smittevernoverlegen har tett samarbeid med ulike statlige instanser vedrørende smitteoppsporinger og utbruddshåndtering og tuberkulosescreening av innvandrergupper. Foruten rådgiving innad i kommunen benyttes smittevernoverlegen i stor grad som rådgiver også for andre kommuner i Trøndelag, og det er under vurdering interkommunalt samarbeid om smittevern etter modell av det interkommunale samarbeidet om miljørettet helsevern.

### **Legetjenesten og universitetskommune**

Trondheim kommune har i mange år samarbeidet med NTNU om forskning og undervisning, og inngikk i 2017 en avtale med NTNU om status som universitetskommune. Dette innebærer et samarbeid om forskning, undervisning og delte stillinger. To samfunnsmedisinere har deltidsstilling som førsteamanuensis ved NTNU og bidrar i undervisning av medisinerstudenter samt veiledning av stipendiater. Hele 29 fastleger har deltidsstilling som universitetslektorer / førsteamanuensis og bidrar i undervisningen og mottar legestudenter i fastlegepraksis. Trondheim kommune har tilbudt NTNU å ta imot legestudenter i utplassering i sykehjem og helsehus samt hjemmetjenester og helsestasjon, men NTNU er foreløpig avventende til dette. Kommunen stiller seg også positiv til at leger i kommunale legestillinger eller fastlegevirksomhet tar PhD, gjerne i form av offentlig PhD der doktorgradsprosjektet skal bygge kunnskap som er relevant og anvendbar for offentlige aktører og deres brukere.

## Handlingsdel

### Tilgjengelighet, kapasitet og rekruttering

Nr	Mål	Tiltak	Tid
1	Det er til enhver tid ledig plass på fastlegelistene i alle bydeler.	Etablere nye fastlegehjemler i takt med befolkningsutvikling og utrede en frist for oppstart i tildelt hjemmel.	Kontinuerlig
2	Trondheim kommune bidrar til opprettelse av nye legesentre.	Videreføre tilskuddsordning (lån) for etablering av nye legesentre (Formannskapssak 15/4439).	Kontinuerlig
3	Det er som regel mulig å få time til fastlege innen 5 arbeidsdager.	Trondheim kommune legger til rette for at fastleger kan redusere listetaket til 1000 pasienter (per full stilling) gjennom etablering av nye hjemler.	I plan-perioden
4	Trondheim kommune rekrutterer godt kvalifiserte fastleger.	Det utredes opprettelse av utdanningsstillinger (rekrutteringsstillinger) i allmennpraksis .	2019
5	Pasienter i helsehus og helse- og velferdssentre får gode medisinskfaglige vurderinger.	Økt norm for legestillinger i helse- og velferdssentre og helsehus for å gi grunnlag for utdanningsstillinger og veiledningsstillinger.	I plan-perioden
6	Trondheim kommune rekrutterer kvalifiserte leger i store stillinger i helse- og velferdssentre og helsehus.	Det etableres utdanningsstillinger i forbindelse med økt norm for legetjenester i helse- og velferdssentre og helsehus.	I plan-perioden
7	Trondheim kommune har stabil legetjeneste i store kommunale allmennlegestillinger .	Det utredes etablering av et begrenset antall legesentre med fastlønnede leger i 50-60 % fastlegestilling kombinert med 40 -50 % kommunale allmennmedisinske stillinger.	2019
8	Trondheim kommune har leger med god kompetanse og stabilitet i helsestasjon og skolehelsetjeneste.	Legenes rolle og ansvar i en tverrfaglig sammensatt helsestasjon og skolehelsetjeneste utredes og defineres. Norm for legetimer i helsestasjon og skolehelsetjeneste utredes.	I plan-perioden
9	Trondheim kommune rekrutterer kvalifiserte leger i samfunnsmedisin.	Det opprettes en utdanningsstilling i samfunnsmedisin.	I plan-perioden
10	Legekantor i Trondheim er tilrettelagt for funksjonshemmede gjennom universell utforming.	Alle legekantor får veiledning om universell utforming, og dette kreves ved opprettelse av nye legesentre.	Kontinuerlig

## Kompetanse og kvalitet

Nr	Mål	Tiltak	Tid
11	Trondheim kommune tilrettelegger for videreutdanning i spesialiteten allmenntillegger for fastleger.	Det ansettes legekordinator ved enhet for legetjenester med ansvar for å koordinere videreutdanningen etter ny spesialistforskrift.	2019
12	Fastleger har tilgang på råd og veiledning i fastlegepraksis.	Enhet for legetjenester oppdaterer råd og veiledning på sin hjemmeside kontinuerlig Fastleger i spesialisering i allmenntillegger får veiledning i henhold til spesialistforskriften.	Kontinuerlig
13	Leger i kommunal (deltids)stilling har tilgang på råd og veiledning.	Det utredes etablering av veilederstillinger for leger i helse - og velferdssentre og helsehus i forbindelse med økt legenorm i institusjon. Det utredes etablering av veilederstilling for leger i helsestasjon og skolehelsetjeneste.	I plan-perioden
14	Fastlegesentrene oppfyller nasjonale bestemmelser om tilgjengelighet og kvalitet i tjenestene samt lokale standarder anbefalt av lokalt samarbeidsutvalg.	Kvalitetsutvalget med representanter fra fastleger og fra Trondheim kommune utreder, behandler og foreslår løsning på innmeldte saker som påvirker kvalitet, tilgjengelighet og samhandling for fastlegetjenesten i Trondheim kommune.	Kontinuerlig
15	Fastleger med kommunal deltidsstilling har god kompetanse på det spesifikke tjenesteområdet	Kommunen dekker kursavgift og prøver ut stipendieordning for kurs som er særlig relevant i fastlegens deltidsstilling.	Fra 2019
16	Kommunalt ansatte allmenntillegger blir spesialister i allmenntillegger / tar etterutdanning i relevant kompetanseområde.	Leger under spesialist- og etterutdanning for permisjon med lønn og dekket kursavgift for nødvendige kurs og veiledning.	Fra 2019

## Samarbeid og samhandling

Nr	Mål	Tiltak	Tid
17	Oppgavefordeling mellom St Olavs hospital og Trondheim kommune / fastleger er tilpasset kompetanse og kapasitet og ivaretar pasientsikkerheten.	Oppgave- og ansvarsdeling mellom spesialisthelsetjenesten og fastleger / kommunehelsetjenesten avtales. Fastleger bidrar / høres når det utvikles prosedyrer, retningslinjer og forløp som får konsekvenser for fastlegenes ansvar og oppgaver.	Hele planperioden
18	Leger i Trondheim kommune samarbeider med NTNU om forskning og undervisning.	Fastleger / kommunalt ansatte leger har deltidsstilling ved NTNU for forskning og undervisning. Kommunehelsetjenesten i Trondheim tar imot medisinerstudenter. Trondheim kommune legger til rette for at leger kan ta PhD.	Hele planperioden
19	Fastleger med deltidsstilling i helse- og velferdssentre kommuniserer elektronisk med senteret fra sin fastlegepraksis.	Utrede muligheten for at pasienter kan skifte fastlege til legen ved helse- og velferdssenteret når pasienten får fast plass.	2019
20	Samarbeidspartnere oppdateres fortløpende på viktig pasientinformasjon.	Elektronisk meldingsutveksling videreutvikles og standardiseres med tanke på bruk og innhold.	2019
21	Fastlegene knytter seg til Helseplattformen (under forutsetning av at Bystyret vedtar anskaffelsen).	Fastleger og helsesekretærer rekrutteres til arbeid med tilpassing og pilotering av Helseplattformen til fastlegepraksis.	2019
22	Fastleger har oppdatert helseinformasjon når innsatte løslates fra Trondheim kretsfengsel.	Utskrivingsrapport / epikrise sendes fastlegen ved løslatelse.	Kontinuerlig

## **Økonomiske konsekvenser i planperioden**

Handlingsdelen i legeplanen innebærer tiltak som hver for seg innebærer økte kostnader. Kostnader ved realisering må for hvert enkelt tiltak konkretiseres og fremmes for prioritering ved revisjon av handlings- og økonomiplan og årlige budsjettbehandlinger etter hvert som tiltakene vurderes iverksatt.

Spesifikt nevnes de mest kostbare tiltakene:

Kostnader forbundet med øking av legenorm i helse- og velferdssentre og helsehus (7 årsverk) og utdanningsstilling i samfunnsmedisin (1 årsverk) som alene kan medføre en kostnadsvekst på ca 0,9mill x 8=7,2 millioner kroner (inkludert sosiale utgifter)

## **Distribusjon, vedlikehold og revisjon av plan**

Planen distribueres på kommunens intranett og på kommunens hjemmeside. Videre sendes planen ut til samtlige enheter i helse- og velferd, barne- og familietjenesten og miljøenheten samt gjøres tilgjengelig for kommunens fastleger.

Planen revideres hvert 4. år. Vesentlige endringer som berører planen i planperioden skrives inn i planen med et innledende oppdateringsskriv i elektronisk versjon. Det må vurderes om endringer er så omfattende at det krever full revisjon av planen innen ordinært revisjonstidspunkt.

Feil eller endringsbehov meldes fortløpende til kommuneoverlege på helse- og velferdsområdet.

## Status måloppnåelse i temaplan for legetjenester 2015-2018

### Kvalitetsutvikling, kvalitetssystem og internkontroll

Mål / tiltak	Status
Etablere rådgivende kvalitetsutvalg for fastlegeordningen / allmennt medisinsk virksomhet	Det er avsatt midler, og mandat for kvalitetsutvalget er vedtatt i lokalt samarbeidsutvalg. Deltagere utnevnes i 2018.
Utvikle system for tilsyn med kvalitetssystemer og internkontroll hos fastlege	Enhet for legetjenester gjennomførte dialogmøter med alle legesentrene i 2015 der kvalitetssystemer og internkontroll på legekantorene var tema. Trondheim kommune er tungt inne i prosessen med utvikling av Helseplattformen der ett av kravene er at systemet skal kunne ta ut informasjon for å vurdere kvalitet på pasientbehandlingen ved legekantorene.
Revidere eksisterende individuelle fastlegeavtaler i tråd med KS mal og revidert fastlegeforskrift	Utført 2015/16.
Benytte kvalitetsindikatorer for regelmessig måling av kvalitet i fastlegeordningen inklusive kartlegge universell utforming og registrere telefontilgjengelighet	Universell utforming ble kartlagt og presentert for formannskapet i 2016 (PS 0314/16). Ny kartlegging vår 2018. Telefontilgjengeligheten er sist kartlagt i 2014 og Enhet for legetjenester planlegger ny kartlegging i 2018 vedrørende legekantorenes åpningstid og telefontilgjengelighet.
Utvikle legevakten gjennom prosjektet "fremtidens legevakt" Som del av dette utredes etablering av kommunalt fastlegekontor i tilknytning til ny legevakt og ansettelse av fastlønnede leger slik at disse inngår i alle vaktskift i legevakten	Ny legevakt er under oppføring og vil bli åpnet høsten 2018. Et kommunalt fastlegekontor med fastlønnede leger integreres i legevakten med kombinerte fastlege- og legevaktstillinger. De fire første legene starter høsten 2018, og kontoret vil ha ti legestillinger når det er fullt utbygd.
Forbedre journalsystemer og elektronisk samhandling for alle legegrupper. Etablere et felles journalsystem for helsetjenesten	Fastlegene kan nå kommunisere elektronisk med alle kommunale samarbeidspartnere. Kommunen er bredt representert med samfunnsmedisinere og fastleger i arbeidet med felles elektronisk plattform gjennom Helseplattformen.
Utredde forsøksordning med egen fast lege ved avlastningsboliger for barn og boliger for heldøgns omsorg og pleie for voksne	Utredning av dette har ikke vært prioritert. Ved innføring av elektronisk meldingsutveksling mellom fastlegene og omsorgstjenesten, har informasjonsutvekslingen blitt vesentlig bedre og behovet for egne leger har ikke blitt oppfattet som like påtrengende.



## Kompetanse

Mål / tiltak	Status
Utarbeide og iverksette kompetanseplan for alle leger i kommunale stillinger.	For leger med stilling >50 prosent i helsehus og helse- og velferdssentre er det etablert strukturert internopplæring og lagt til rette for å kunne oppnå kompetanseområde i alders- og sykehjemsmedisin gjennom kurs og hospitering. Videre arbeid med kompetanseplan må sees i sammenheng med nye forskrifter om kompetanse og spesialistutdanning i primærhelsetjenesten.
Legge til rette for at leger >40 prosent stilling og relevant spesialitet i helsehus og helse- og velferdssentre tar etterutdanning innen alders- og sykehjemsmedisin eller palliasjon	Det er lagt til rette for dette - jfr. punkt over. Én lege har oppnådd kompetanseområdet i palliasjon og seks leger er under videreutdanning i kompetanseområdet alders- og sykehjemsmedisin
Utrede ordning for å styrke og understøtte sykehjemslegene i deres kliniske arbeid	Alle leger har tilbud om å kontakte kolleger ved helsehusene eller kommuneoverlegene for diskusjon / veiledning i faglige / administrative spørsmål. Hjemmesiden til Enhet for legetjenester og smittevern (ELS) har samlet viktig informasjon og lenker til veiledere / oppslagsverk etc. <a href="https://www.trondheim.kommune.no/org/helse-og-velferd/legetjenester-og-smittevernarbeid/informasjon-fastleger/kommunale-allmennlegeoppgaver/">https://www.trondheim.kommune.no/org/helse-og-velferd/legetjenester-og-smittevernarbeid/informasjon-fastleger/kommunale-allmennlegeoppgaver/</a>
Etablere fagnettverk for legene innen de største fagområdene av kommunale allmennt medisinske stillinger (sykehjemsleger, helsehusleger, helsestasjonsleger, skoleleger)	Sykehjemsleger i store stillinger møtes ukentlig for faglig oppdatering. Sykehjemsleger i deltidsstillinger inviteres til møter for fagmøter to ganger i året, men bare et mindretall har prioritert dette. Det er også prøvd ulike modeller for fagnettverk mellom helsestasjonsleger, også her med svakt oppmøte. Skolelegene møter hver 4.-6. uke i fagnettverk.
Utvikle lokale opplæringspakker innen nærmere definerte fagområder knyttet til arbeid i legevakt, øvrige allmennt medisinske legestillinger og fastleger	Det er utviklet en omfattende og strukturert informasjonsside med nyttige lenker på hjemmesiden for ELS. <a href="https://www.trondheim.kommune.no/allmennlegeoppgaver/">https://www.trondheim.kommune.no/allmennlegeoppgaver/</a> Leger som starter i ny kommunal stilling får én til flere innføringsdager med erfaren kollega. Legevakten har egen opplæringspakke <a href="https://intranett.trondheim.kommune.no/content/1130982547/Legevakt#13234">https://intranett.trondheim.kommune.no/content/1130982547/Legevakt#13234</a> Det arrangeres årlig en lokale kursserie innen eldremedisin (Geriatrforum), og det har vært arrangert to kursserier / emnekurs i barne- og ungdomspsykiatri i planperioden.
Utrede muligheten for at ett eller flere av helsehusene kan godkjennes som utdanningsinstitusjon for videre og etterutdanning av leger	Dette er ikke prioritert. Nye regler for kompetansekrav i primærhelsetjenesten innebærer at tjeneste ved sykehjem teller for spesialiteten i allmennt medisin i inntil to år uten forhåndsgodkjenning av institusjonen.

## Kapasitet

Mål / tiltak	Status
Etablere nye fastlegehjemler i takt med befolkningsutvikling og hastighet på nye legers oppbygging av lister	Etablering av nye fastlegehjemler vurderes to ganger i året i lokalt samarbeidsutvalg. Siden 2015 er det etablert sju nye hjemler i eksisterende legesentre. Det er planlagt oppstart i åtte nye hjemler i 2018, fire ved nyetablert legesenter integrert i legevakten og fire ved fortetting i eksisterende legesentre.
Videreføre ordning med tilskuddsordning for etablering av nye legesentre	Tilskuddsordningen (rentefritt lån) er videreført, jfr. formannskapssak 15/4439
Trappe opp legeressurs i sykehjem i henhold til norm i legeplanen	Legeressurs i sykehjem er i perioden oppjustert i henhold til lokalt vedtatt norm.
Videreutvikle legetjenesten i helsestasjon og skolehelsetjenesten	Faglige utviklingsprosesser foregår, spesielt i skolehelsetjenesten (jfr PS 0115/16 arkiv 16/13499). Helsestasjonstjenesten og skolehelsetjenesten har hatt en betydelig opprusting av helsesøstre mens legeressursene i helsestasjon og skolehelsetjeneste har vært uendret: Høsten 2017 ble det iverksatt et prosjekt "Videreutvikling av skolelegerollen". Dette arbeidet pågår fortsatt.
Øke samfunnsmedisinsk kompetanse med ett årsverk kommuneoverlege i fagstab	Det vært en økning (0,2 årsverk) av samfunnsmedisinsk kompetanse innen miljørettet helsevern og forsøkt rekruttert inn en samfunnsmedisiner i rådmannens fagstab på helse- og velferd (økning på 0,5 årsverk).

## Samhandling og integrering av legene i den kommunale tjenesteytingen

Mål / tiltak	Status
Videreutvikle systematisk samhandling mellom lege og omsorgspersonellet gjennom helhetlige pasient- og brukerforløp	Strukturert oppfølging av hjemmetjenestens brukere og samarbeid mellom fastlege - hjemmetjeneste er videreført. Pasientforløpsmodellen er også innført i helse og velferdssentre, i boliger for utviklingshemmede og i oppvekst og utdanning for å systematisere oppfølgingen og styrke tverrfaglig samhandling. Det er etablert avtale om elektronisk kommunikasjon mellom fastlege og kommunalt utøvende enheter.
Det legges til rette for at helsehus og helsestasjon kan bli arenaer for undervisning av legestudenter	Trondheim kommune har stilt seg positiv til strukturert mottak av medisinstudenter i helsestasjon, hjemmetjenester og eldreinstitusjoner og formidlet dette til NTNU. Imidlertid har det så langt ikke vært tatt ytterligere initiativ om dette fra NTNU sin side.

## Oversikt over aktuelle lover, forskrifter og veiledere mm og kommunale planer

### Nye siste fire år:

- Fremtidens primærhelsetjeneste, nærhet og helhet. Meld St, 26 (2014-2015)  
[https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm2014\\_20150026000dddpdfs.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm2014_20150026000dddpdfs.pdf)
- Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (2017)  
<https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2017-02-17-192>
- Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (2016)  
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-08-1482>
- Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (Akuttmedisinforskriften) (2015)  
<https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2015-03-20-231>
- Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom (2017)  
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- Utredning av en bindende bemanningsnorm i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.(2017)  
<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/utredning-av-en-bindende-bemanningsnorm-i-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- Opptrappingsplan for habiliterings og rehabilitering (2017)  
<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/innsikt/opptrappingsplan-for-habilitering-og-rehabilitering-2017-2019/id2517920/>
- ASA 4310 Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene  
<http://www.ks.no/fagomrader/Arbeidsgiver/lonn-og-tariff/legeavtaler/rammeavtalen-asa-4310/>
- SFS 2305 Sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Den norske legeforening om vilkår for leger og turnusleger i kommunehelsetjenesten med arbeidsavtale, herunder leger i fastlegeordningen  
<http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Avtaler/Avtalearkiv/KS/SFS-2305/>
- ASA 4301 (statsavtalen) Avtale om økonomiske vilkår for allmennleger med kommunal fastlegeavtale og legespesialister med avtalepraksis  
<http://www.ks.no/globalassets/blokker-til-hvert-fagomrade/arbeidsgiver/tariff-lov--og-avtaleverk/asa4301.pdf>
- Samarbeidsavtaler med St. Olavs hospital (2017)  
<https://stolav.no/PublishingImages/fag-og-forskning/samhandling/Samahandlingsavtale.pdf>
- Interkommunale samarbeidsavtaler om legevakt, kommunale akutte døgnplasser og miljørettet helsevern
- Avtale om universitetskommune  
[file:///C:/Users/t8w/Downloads/DM-07-17%2020170828Universitetskommunen%20Trondheim%203.0%20\(002\).pdf](file:///C:/Users/t8w/Downloads/DM-07-17%2020170828Universitetskommunen%20Trondheim%203.0%20(002).pdf)

## Eldre lover, forskrifter, veiledere mm:

### Generelle

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)  
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Lov om folkehelsearbeid  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29?q=folkehelseloven>
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)  
[http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient-%20og%20brukerrettighetsloven\\*](http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient-%20og%20brukerrettighetsloven*)
- Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven).  
[http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven\\*](http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven*)
- Forskrift om pasientjournal  
[http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1385?q=pasientjournal\\*](http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1385?q=pasientjournal*)
- Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten  
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2002-12-20-1731>

### Fastlegeordningen:

- Forskrift om fastlegeordning i kommunene  
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>
- Forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen  
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-843>
- Forskrift om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon  
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-12-19-1653>
- Forskrift om turnustjeneste for lege  
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-12-20-1549?q=forskrift+turnustjeneste>
- Serviceerklæring for fastlegetjenesten i Trondheim  
<https://www.trondheim.kommune.no/org/helse-og-velferd/legetjenester-og-smittevernarbeid/informasjon-fastleger/avtalehjemler-praksisdrift-og-organisering-fastlegesenter-medvirkning/serviceerklaring-for-fastlegetjenesten/>

### Legevakt

- Forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus  
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-03-18-252>

### Helsestasjon og skolehelsetjeneste

- Forskrift nr 450 3002 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten
- <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-04-03-450?q=forskrift+helsestasjon>
- Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. IS-1798 Helsedirektoratet 2010.  
<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/utviklingsstrategi-for-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>

- Veileder i journalføring(dokumentasjon) i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. IS-2700 Helsedirektoratet, 2003. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-i-journalforing-i-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>

### **Flyktningehelsetjeneste**

- Veileder IS-1022(2010) Helsetjenestetilbud til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente>

### **Fengselshelsetjeneste**

- Veileder IS-1971 Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel <http://helsedirektoratet.no/Om/hoyringar/Documents/helse-og-omsorgstjenester-til-innsatte-i-fengsel.pdf>

### **Institusjoner**

- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgssektoren: kommunene skal utarbeide skriftlig nedfelte prosedyrer som sikrer at brukernes grunnleggende behov ivaretas og at forsvarlige tjenester kan tilbys. <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>
- Rundskriv I-4/2007 Nasjonal standard for legetjenester i sykehjem: Kommunene skal utarbeide en lokal norm for legedekningen i sykehjem. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rundskriv/2007/i-42007-nasjonal-standard-for-legetjenes.html?id=458057>
- Legeforeningens Policynotat 8/2012 Flere leger i sykehjem. <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Publikasjoner/policynotater/Policynotater-2012/Flere-leger-i-sykehjemmene-82012--/>

### **Kommunale planer**

- Kommunale planer relevante for området finnes samlet på kommunens nettside <https://www.trondheim.kommune.no/tema/politikk-og-planer/>