



Arendal kommune

Helhetlig legeplan

2024 – 2027

Revidert mai 2025





Innholdsfortegnelse

MANDAT OG ABEIDSGRUPPENS SAMMENSETNING.....	4
Innledning	4
Mandat.....	4
OVERORDNEDE FØRINGER	5
Avtaler og lovverk.....	5
Handlings- og økonomiplan 2023 – 2026.....	5
Helhetlig innsatstrapp	5
FN's bærekraftmål og kommuneplan 2020	7
Plan for å styrke fastlegeordningen, Regjeringen 2020	8
Plan for å styrke fastlegeordningen, Regjeringen 2022	8
DEMOGRAFI OG «VENSTREFORSKYVNING».....	9
ADMINISTRATIVE STRATEGIER	11
PASIENTRETTEDE STRATEGIER	15
Øyeblikkelig hjelp.....	15
Eldremedisin	17
Psykiatri og rus.....	18
Helsestasjon	19
Flyktninger.....	19
DIGITALE STRATEGIER	20
FASTLEGETJENESTEN	22
Utvikling av fastlegetjenesten	22
Dagens organisering i Arendal.....	23
SAMFUNNSMEDISINSK LEGEARBEID	23
Samfunnsmedisin vs. klinisk medisin	23
Folkehelse	23



Miljørettet helsevern	24
Smittevern	25
Beredskap	25
EVALUERING AV MIDLERTIDIG TILTAKSPLAN FOR LEGETJENESTEN 2023	26
ANBEFALINGER FOR LEGETJENESTEN 2024 -2027	27
Hovedmål	27
Forslag til tiltak	28
Kompensasjonsordning for innløsning av praksis	28
Kommunalt driftstilskudd	28
Utvikling av legetjenesten i Arendal	28
Ansettelse av fastleger	28
Etablering av kommunalt fastlegekontor	28
Interkommunalt samarbeid i kommunehelsetjenesten	29
Samarbeid mellom fastlegene og kommunale tjenester	29
Lederressurser	29
Samfunnsmedisinsk kompetanse	29
Anbefalinger fra kommunens administrasjon	29
Rekruttering ved oppsigelse av fastlegeavtale	29
Rekruttering av ALIS-leger	29
Psykiatri og rus	29
Eldremedisin	30
Helsestasjon	30
Flyktninger	30
Samfunnsmedisinsk kompetanse i kommunal forvaltning	30
OPPSUMMERING	30



MANDAT OG ABEIDSGRUPPENS SAMMENSETNING

Innledning

En kommunal legetjeneste omfatter medisinsk kompetanse på ulike områder. Mest omfattende er fastlegeordningen, som ble innført som en nasjonal ordning i 2001. Fastlegene er tradisjonelt organisert i egne fastlegekontor, hvor de selv drifter sine tjenester i en næringsvirksomhet, organisert som et AS eller DA. Det innebærer at fastlegene selv har arbeidsgiveransvar for sine ansatte, betaler husleie, utstyr og alle driftsomkostninger. I Arendal har man i løpet av siste årene også fått kommunalt ansatte fastleger for å møte de nye kravene og forventningene innen fastlegeordningen. Spesialiseringsløpet av allmennleger er lagt om siden 2019 og legger større krav til kommunen for tilrettelegging av den enkeltes spesialistutdannelse.

Den kommunale legetjenesten har ansvar for sykehjem. Fra 2012 har Arendal kommune hatt heltidsansatte sykehjemsleger. Videre har kommunen en legetjeneste ved helsestasjonen og skolehelsetjenesten. Det er også egne leger ansatt i deltidsstillinger ved helsestasjon for ungdom (HFU). Helsestasjonen, skolehelsetjenesten og HFU er i motsetning til andre legetjenester i kommunen organisert under Oppvekst og utdanning.

I september 2023 sto nytt helsehus ferdig, der legevakten, avklaringsenheten og KØH fikk plass. Fastlegeordningen endres, fastleger ønsker trygghet, og noen søker derfor kommunal ansettelse. For å gi rom for dette og styrke legeressursen på helsehuset så vil det i helsehusets lokaler fra april 2025 komme på plass et nytt kommunalt Legesenter, Klinkenberg Legesenter.

Ansaret for legetjenesten ligger under kommunedirektøren, med delegasjon til kommunalsjefene i Helse og mestring og Oppvekst og utdanning.

Mandat

Mandatet er utarbeidet av bystyret og ble vedtatt november 2022:

«Arendal bystyre vedtar den midlertidige tiltaksplanen for fastlegetjenesten som er beskrevet i saksfremlegget. Kostnadene er innarbeidet i forslaget til handlings- og økonomiplan 2023-26 som kommunedirektøren legger fram, men gjennomføring av tiltaksplanen er avhengig av at bystyret i budsjettmøtet vedtar å bevilge de aktuelle midlene. Arendal bystyre vedtar å be kommunedirektøren nedsette en arbeidsgruppe som skal evaluere den midlertidige tiltaksplanen samt utarbeide en helhetlig plan for legetjenesten for perioden 2024-27 som legges frem for bystyret i egen sak i august 2023. Et kommunalt fastlegekontor bør vurderes i den helhetlige plan for legetjenesten.»



OVERORDNEDE FØRINGER

Avtaler og lovverk

Fastlegeforskriften presiserer kommunenes og fastlegenes ansvar og plikter i utøvelse av den allmennmedisinske virksomheten.

Rammeavtalen (ASA 4310) regulerer organiseringen av fastlegeordningen og spesielt forholdet mellom fastleger som selvstendig næringsdrivende og kommunen.

Statsavtalen (SFS 2305) regulerer særlig de økonomiske forholdene i fastlegeordningen, og plikten til legevakt.

Akuttmedisinforskriften. Forskriften skal bidra til at befolkningen ved behov for øyeblikkelig hjelp mottar forsvarlige og koordinerte akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

Helse- og omsorgstjenesteloven.

Handlings- og økonomiplan 2023 – 2026

Kommunedirektøren la frem en midlertidig tiltaksplan for fastlegetjenesten gjeldende for 2023 for bystyret 17. november. Tiltakene var tiltenkt å skulle ha en stabiliserende og rekrutterende effekt og handlet hovedsakelig om driftstilskudd til legesentrene, se på annen organisering ved legevakten, øke den administrative ressursen for å følge opp fastlegetjenesten, kompetanseheving og arbeidsmiljøtiltak, mulighet for fast ansettelse av leger som er i spesialisering, rutiner for kjøp av praksis, fokus på BTI, samt en forventningsavklaring mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Ny tiltaksplan med helhetlig plan for legetjenesten skal være gjeldende for perioden 2024-27.

Helhetlig innsatstrapp

At flest mulig kan leve friske og sunne liv er en forutsetning for å oppnå bærekraftig utvikling. Et godt liv gir bedre helse. Samtidig er god helse, basert på den enkeltes forutsetninger, viktig for å kunne leve gode liv. Opplevelse av å mestre eget liv og av å tilhøre et fellesskap er grunnleggende for god helse.

Tidlig innsats og forebyggende tiltak har høyere effekt og koster mindre enn å reparere – både for enkeltmennesker og for lokalsamfunn. Arendal kommune har derfor utviklet en helhetlig innsatstrapp som skal bidra til at kommunen jobber mer systematisk for å forhindre at utfordringene vokser seg store. Det er verdt å merke seg at legetjenesten inngår i alle trinn i en helhetlig innsatstrapp.



Områder vi må rette et spesielt fokus på:

- Vi må sammen bidra til at innbyggere gis mulighet til å være aktiv og deltakende i eget liv og fortsette å bo i eget hjem så lenge som mulig, til tross for funksjonsnedsettelse og hjelpebehov blant annet gjennom en helhetlig boligpolitikk.
- Vi må styrke de ambulante- og oppsøkende tjenester slik at behovet for institusjon og heldøgns tilbud blir redusert.
- Vi må inkludere og samhandle med pårørende og motivere for å tilrettelegge for at flere frivillige vil delta i arbeidet.
- Vi må utforske og ta i bruk teknologi for å oppnå bedre og mer effektive helsetjenester.
- Sammen må vi sikre god organisering og rett lokalisering.
- Kommunen skal prioritere forebygging og tidlig innsats.
- *Helhetlig innsatstrapp* peker ut retningen for arbeid med venstreforskyvning og viser nivåer for helsefremmende arbeid i lys av og antatt kostnadseffektivitet (LEON). Den ble utarbeidet i 2020 etter initiativ fra Østre Agder og vedtatt i 2021.

Målet med innsatstrappen er å styre aktivitet og omfordele økonomi fra de høyeste trinnene i trappen til mer egenmestring og forebyggende tiltak på de nedre trinnene. En slik omfordeling skaper også handlingsrom for gode strategiske grep inn mot kultur, næring og oppvekst.





FN's bærekraftsmål og kommuneplan 2020



Kommuneplanens samfunnsdel ble vedtatt i bystyret 30. mai 2020. Arendal kommune har valgt å fokusere på disse ti målene:

- God helse
- God utdanning
- Likestilling mellom kjønnene
- Anstendig arbeid og økonomisk vekst
- Mindre ulikhet
- Bærekraftige byer og samfunn
- Stoppe klimaendringene
- Liv under vann
- Fred og rettferdighet
- Samarbeid for å nå målene

Det er et uttalt mål for kommunen å arbeide målrettet med bærekraftmålene med tanke på å forebygge sammen med innbyggere, lag/foreninger, næringsliv og de ulike kommunale tjenestene. Gode helsetjenester med fokus på det forebyggende skal være gjeldende gjennom hele livsløpet.

Helse- og omsorgstjenester gis med utgangspunkt i faktisk hjelpebehov og er således ikke relatert til alder, diagnose eller grad av funksjonssvikt. Utgangspunktet er at tjenestene skal være helhetlige og koordinerte – hvor den enkeltes mål, ressurser og mestringsevne er i fokus.



Plan for å styrke fastlegeordningen, Regjeringen 2020

Av 17 forbedringspunkter synes kun fem å være fulgt opp etter 3 år:

- Endre og styrke basisfinansieringen av fastlegeordningen
- Øke antallet ALIS-avtaler i kommuner med rekrutteringsutfordringer
- Styrke ALIS-kontorene
- Innføre introduksjonsavtaler
- Øke bruken av e-konsultasjon

Arbeidsgruppen vurderer at ingen av de foreslåtte tiltakene rettet seg mot fastlegenes arbeidsbelastning, og ingen av de iverksatte tiltakene kan tillegges noen sikker effekt.

Plan for å styrke fastlegeordningen, Regjeringen 2022

Et regjeringsoppnevnt «Ekspertutvalg» fikk høsten 2022 mandat til å utrede organisering og finansiering av fastlegeordningen, legevakt og kompetanse. Utvalget ga sin rapport til helseministeren 18. april 2023. Se [Gjennomgang av allmennlegetjenesten \(regjeringen.no\)](https://www.regjeringen.no)

Utvalget presenterer i alt 59 tiltak som vedrører:

- organisering
- finansiering
- tverrfaglighet
- fastlegers arbeid med attester
- legevakt
- kompetanse i allmennlegetjenesten
- digitalisering
- innovasjon
- forskning
- ledelse.



DEMOGRAFI OG «VENSTREFORSKYVNING»

Sosioøkonomiske forhold

Tema	Indikator (klikkbare indikatornavn)	Kommune	Fylke	Norge	Enhet (*)	Folkehelsebarometer for Arendal
Befolkning	1 Andel barn, 0-17 år	19,9	21,1	20,1	prosent	
	2 Andel over 80 år	5,0	4,6	4,6	prosent	
	3 Andel 80 år+, framskrevet til 2050	11,2	9,7	9,7	prosent	
	4 Personer som bor alene, 45 år +	27,2	26,0	26,8	prosent	
	5 Befolkningsvekst	1	1,2	1,1	prosent	
Oppvekst og levekår	6 VGS eller høyere utdanning, 30-39 år	78,1	80,4	81,5	prosent	
	7 Vedvarende lavinntekt, alle aldre	11,3	10,8	9,5	prosent	
	8 Inntektsulikhet, P90/P10	2,6	2,6	2,8	-	
	9 Leier bolig, 45 år +	10,1	10,9	12,6	prosent	
	10 Bor trangt, 0-17 år	15	14	18	prosent	
	11 Gjeld større enn 3 ganger inntekt	14,2	17,1	19,1	prosent	
	12 Unge som står utenfor, 15-29 år	12,2	10,7	9,9	prosent (a,k)	
	13 Mottakere av uførepensjon, 45-66 år	23,8	22,3	16,7	prosent (a,k)	
	14 Trives på skolen, 10. trinn	80	83	83	prosent (k)	
	15 Laveste mestringsnivå i lesing, 5. tr.	30	26	25	prosent (k)	
	16 Gjennomføring i vdg. opplæring	79	81	81	prosent (k)	
	17 Høy tilfredshet, Ungdata 2022	50	51	50	prosent (a,k)	
Miljø, skader og uhell	18 Drikkevann, hygienisk kvalitet	100,0	99,8	97,0	prosent	
	19 Drikkevann, leveringsstabilitet	100,0	83,7	84,1	prosent	
	20 Luftforurensning, eksponert	22	42	50	prosent	
	21 Med i fritidsorganisasjon, Ungd. 2022	56	59	58	prosent (a,k)	
	22 Fornøyd med lokalmiljøet, Ungd. 2022	66	69	67	prosent (a,k)	
	23 Kan svømme, 17 år	88	89	86	prosent (k)	
Helse- relatert atferd	24 Trener sjeldnere enn ukentlig, 17 år	31	32	28	prosent (k)	
	25 Skjermtid over 4 timer, Ungd. 2022	45	43	45	prosent (a,k)	
	26 Røyking, kvinner	2,8	2,7	2	prosent (a)	
	27 Forventet levealder, menn	80,2	80,2	80,5	år	
Helsestilstand	28 Forventet levealder, kvinner	83,5	83,9	84,1	år	
	29 Utd.forskjeller i forventet levealder	6,5	5,8	5,1	år	
	30 Fornøyd med helse, Ungd. 2022	64	67	67	prosent (a,k)	
	31 Psykiske plager, Ungd. 2022	18	16	16	prosent (a,k)	
	32 Overvekt og fedme, 17 år	26	24	22	prosent (k)	
	33 Tykk- og endetarmskreft, nye tilfeller	77	79	85	per 100 000 (a,k)	
	34 Vaksinasjonsdekning, meslinger, 9 år	96,5	97,0	97,2	prosent	

Forklaring (tall viser til linjenummer i tabellen ovenfor):

* = standardiserte verdier, a = aldersstandardisert, k = kjønnsstandardisert og ** = tall fra Ungdataundersøkelsen mangler. Les mer om mulige årsaker til at tall fra Ungdataundersøkelsen mangler [her](#).

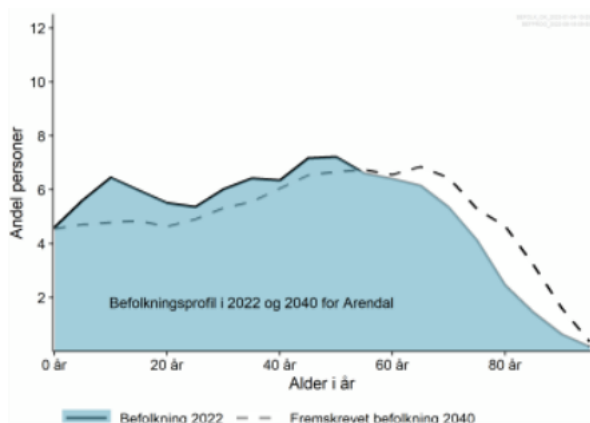
Tabellen sammenligner folkehelseprofilen i Arendal kommune med Agder og nasjonalt. En ser store ulikheter i sykdomsbyrde og helsetjenesteburk mellom ulike sosio- demografiske grupper.

Levekårsutfordringer kan bl.a. defineres etter inntekt, utdanningsnivå og innvandrerbakgrunn og antas å påvirke bruk av helsetjenester. Dersom den friske delen av befolkningen legger større beslag på helsetjenesten, kan det utgjøre en potensiell utfordring. Kunnskap om levekårsutfordringene brukes målrettet i kommunens arbeid.



Folketallsutvikling

Nasjonale framskrivninger viser at en aldrende befolkning vil være den enkeltfaktoren som i sum medfører økt sykdomsbyrde og bruk av helsetjenester i de nærmeste tiår (Folkehelseinstituttet, 2022). I Arendal forventes det at andelen personer over 80 år vil ha økt til 9,8% i 2040 (nasjonalt 8,2%). Det meste av eldrebølgen ligger foran oss.



Kilde Folkehelseinstituttet 2023

Den store usikkerhetsfaktoren for de demografiske fremtidsperspektivene i Arendal, er en potensielt betydelig befolkningstilvekst, som følger av satsingen på batterifabrikk. Man ser for seg en befolkningstilvekst på nær 20% i løpet av ti år, altså nærmere 10 000 nye innbyggere fram til 2030. Nærmere 50 - 55 000 innbyggere (i dag 46 000) vil kreve minst 50 - 55 fastleger i 2030. Utviklingen i folketall gir kommunen kunnskap om hvordan legetjenesten bør dimensjoneres i fremtiden.

Helhetlig legetjeneste for innbyggere i Arendal kommune

I en «helhetlig legetjeneste» inngår tilstrekkelig medisinsk kompetanse og ressurser til å dekke befolkningens medisinske behov.

Fastlegen er sentral som tjenesteyter, men også som samarbeidspart med kommunens øvrige helsetjeneste og for spesialisthelsetjenesten. Uten en dedikert fastlege for hver enkelt innbygger, fungerer ikke adekvat samhandling. Antallet listeplasser må imidlertid være større enn etterspørselen for at innbyggerne også skal ha mulighet til å bytte og velge ny fastlege. Ideelt bør et flertall av fastleger, med ulike kjønn og alder, ha åpne lister, altså kapasitet til flere innbyggere enn det listen inneholder.

Fastlegeordningen er ofte kalt «hjørnesteinen» i helsetjenesten. For publikum er fastlegen som regel «veien inn» i helsetjenesten, og til en rekke andre velferdsgoder.



For den enkelte fastlege er gjerne det daglige samarbeidet med kommunens hjemmebaserte tjenester av særlig betydning. Den digitale utviklingen med bl.a. PLO-meldinger (Elektronisk Pleie og Omsorgsmelding) har i stor grad erstattet telefoner og fysiske møter.

I tillegg må kommunen sørge for en velfungerende legevakt, hvor innbyggere med akutte behov for legetjenester kan få hjelp hele døgnet alle dager i året.

Videre må den medisinske kompetansen være tilstrekkelig og av høy kvalitet også i sykehjem, på helsestasjonen, innenfor psykisk helse og rus, smittevern, miljørettet helsevern og flyktninghjelp.

Arendal kommune har ikke hatt egen legetjeneste rettet mot spesielle, definerte grupper. Det har vært diskutert behov for egen legetjeneste rettet mot flyktninger, mot rusavhengige, psykisk syke m.m. Man har også foreslått egen legetjeneste rettet mot eldre, hjemmeboende, med store og sammensatte medisinske behov.

På den ene siden vil en egen legetjeneste mot definerte pasientgrupper – en «halvannenlinjetjeneste», være hensiktsmessig både for avlastning av fastlegen og for å spisse kompetansen i behandling av disse pasientene. På den annen side oppstår det fort en usikkerhet med tanke på ansvarsområde og tidkrevende rapporteringer.

ADMINISTRATIVE STRATEGIER

Medisinsk kompetanse i kommunal forvaltning

Samfunnsutviklingen truer både behandlingskvalitet og ressursutnyttelse i helsetjenestene; mest sårbare er øyeblikkelig hjelp-tjenester, eldremedisin og psykiatri/rus. Kommunen har det meste av eldrebølgen foran seg.

Behov for bedre systematikk og forankring av kommunal helseplanlegging viser seg blant annet i tjenestetilbudet innen eldremedisin, psykiatri og rus samt i ulike prosjekter som nytt helsehus på Saltrød, nedlegging av langtidsplasser på Solhaug og videreføring av digital hjemmeoppfølging.

For å ha en mulighet til å lykkes mot både dagens og fremtidens utfordringer må kommunen sikre styring av legetjenester og sørge for faglig forankring av planlegging og utredninger i et helhetlig perspektiv. Det vil være avgjørende å adressere dette i en strategiplan.

Kommuneoverlegene i Arendal har vært lite synlige rådgivere med utydelige roller og med svak forankring. Unntaket var smittevernoverlege under pandemien. Kommuneoverleger er viktige aktører som kan gi kraft til en felles målsetting for å møte samfunnets behov. Medisinsk kompetanse har i



beskjeden grad vært strategisk bidragsyter i Arendal kommune. Dette er en svakhet i helseforvaltningen. Derfor må kommuneoverlegene involveres i langt større grad.

Driftsmodeller for fastlegetjeneste

Legetjenestene i Arendal kommune må forankres i ledelse og forvaltning. Dette har betydning for tjenestekvalitet i helsesektoren. Både dagens og fremtidens utfordringer krever en kommunal strategi som prioriterer de viktigste kritiske oppgaver. Demografisk utvikling er en viktig del av bakteppet.

Privat eller kommunal ansettelse

Fastlegeordningen i Norge er hovedsakelig basert på drift i privat næring og fungerer godt for en majoritet av befolkningen. Fastlegene er blant profesjonene med høyest tillit i samfunnet. Fastlegekrisen viste at det var fra fastlegenes side et ønske om mer fleksibilitet med tanke på ansettelsesforhold; med mulighet for å kunne velge mellom fastlege i næring og kommunal ansettelse.

Utfordringer knyttet til kommunen

Kommunen har ansvar for å sørge for gode og forsvarlige helse- og omsorgstjenester til alle som trenger det, uavhengig av alder eller diagnose. Fastlegene er i hovedsak styrt gjennom næringsvirksomhet; kommunen har ingen juridisk eller liten grad praktisk mulighet til å styre fastlegetjenesten. Arendal kommune har derfor i liten grad kunnet evaluere eller forbedre den. Dette utfordrer sammenheng i tjenester og samhandling på flere områder, spesielt kritisk er det for eldremedisin og rus/psykiatri. Kommunen er avhengig av at samarbeidet mellom fastlegene og kommunale tjenester fungerer.

Utfordringer ved fastlegeordningen og rekruttering

Betydningen av en velfungerende fastlegeordning er godt dokumentert både gjennom forskning og i media.

Når fastlegeordningen svekkes, så øker presset på kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og på legevakt. Flere blir innlagt, og legene på sykehuset har ingen legetjeneste å skrive pasientene ut til når de er ferdigbehandlet på sykehuset.

Fastlegekrisen er forankret i økt arbeidsbyrde, særlig etter samhandlingsreformen i 2009. Kompensasjonsordningene fra sentralt hold var lenge for dårlige, men har siste årene bedret seg, noe som kan ha betydning for at det er lettere å rekruttere og beholde fastlegene per mai 2025.



Regjeringens tidligere forslag til løsninger på fastlegekrisen sikret ikke lavere arbeidspress og heller ikke prioritering av fellesskapsløsninger. For å møte fastlegekrisen måtte fastlegers arbeidsmengde reduseres, enten ved at fastlegen fikk mindre arbeid med hver listepasient, eller ved at pasientlistene blir kortere.

Arendal Kommune har i løpet av 2023 og 2024 opprettet nye fastlegeavtaler og arbeidet aktivt for å rekruttere nye fastleger. Ved å gjøre dette har fastlegene i Arendal som har ønsket det fått redusert listelengden, man har fått mer kapasitet i fastlegeordningen, og flere fastleger har ledig kapasitet på sine lister slik at nyinnflyttede får seg fastlege og pasienter som ønsker å bytte fastlege har fått mulighet til det.

Målet fremover er å fortsette det gode arbeidet, lytte til legene, ta vare på de legene vi har og forsøke å tilpasse tjenesten slik at økonomiske forhold ivaretas samtidig som man ivaretar trivselen til legene. Kommunen bør fortsette å prioritere rekruttering og stabilisering av legetjenesten framfor å kompensere ved avgang.

Per Mai 2025 har kommunen 12 kommunale ALIS (allmennlege i spesialisering) stillinger. Det vil fremover ikke bli opprettet nye kommunale ALIS stillinger i legetjenesten, unntaket er ved det kommunale fastlegekontoret, Klinkenberg Legesenter.

Store legekontor med gode fagmiljø og organisert tverrfaglighet antar man vil tiltrekke seg søkere. Det vil også et godt planlagt og forutsigbart spesialiseringsforløp.

Utdanning av ALIS-leger kan skje i private eller kommunale legesentre.

Spesialisering i allmennmedisin

Alle fastleger og vikarer som er ansatt i over ett år skal være spesialist i allmennmedisin eller under utdanning til å bli det, jfr. Kompetanseforskriften. Det er [Spesialistforskriften](#) som konkret pålegger kommunen ansvar og oppgaver med tanke på ALIS utdanningen. Et fastlagt og forutsigbart spesialiseringsforløp antas å være rekrutterende. Dette gjenspeiles i at kommunen har hatt en jevn og positiv utvikling i antall nye ALIS som har takket ja til å jobbe i Arendal kommune i 2023 og 2024. Når Arendal kommune ivaretar ALIS slik at disse forblir i kommunen etter endt spesialistutdanning så vil dette også øke kommunens antall spesialister i allmennmedisin, noe som både øker den generelle kompetansen, men som også forenkler prosessen med å skaffe ALIS nye veiledere. I Arendal har en kommuneoverlege ansvar for å ivareta kommunens forpliktelser og legge til rette for forutsigbar spesialisering i allmennmedisin.



Registrering av kommunal utdanningsvirksomhet

Arendal Kommune har vært registrert utdanningsvirksomhet i allmenntilrettelagt siden 18.06.20.

Generell utdanningsplan

Planen beskriver hvordan kommunen tilrettelegger utdanningen til ALIS, deriblant hvilke læringsarenaer som finnes for at kandidaten skal få oppfylt de ulike læringsmålene. Planen beskriver også eventuelle samarbeidspartnere som er nødvendige for å oppfylle målene. Generell utdanningsplan leveres ut til hver enkelt kandidat ved oppstart av utdanningsløpet og ligger offentlig tilgjengelig på kommunens nettsider. Det beskrives også ALIS-kandidatens muligheter til å oppfylle ALM-055 og ALM-085, tidligere kalt institusjonstjeneste. Kravene oppfylles både ved at kommunens institusjoner tilbyr tjeneste i tråd med læringsmålene, men også at kommunen har tilrettelegger for tjeneste ved Sørlandet Sykehus. Begge muligheter er satt opp i generell utdanningsplan.

Individuell utdanningsplan

Individuell plan skal bygge på den generelle utdanningsplanen, og være både en oversikt over kommende utdanning for det kommende halvåret eller helåret, samt ha en skissert oversikt over hele utdanningsløpet. Planen utarbeides av ALIS, leder i kommunen og klinisk veileder i fellesskap. Den individuelle planen gir et innblikk i ALIS sin progresjon og er et nyttig verktøy både for kandidaten selv og for kommunen som kan bistå med å tilrettelegge for at læringsmål blir oppfylt. Et viktig element ved planen er at den konkretiserer oppnådde og gjenværende læringsaktiviteter, slik at en får en forutsigbarhet i når kandidaten kan forventes å være ferdig spesialist. Individuell utdanningsplan gjennomgås med strukturerte samtaler som i Arendal kommune for tiden skjer årlig.

Kompetanseportalen («Dossier»)

ALIS oppretter en bruker i Kompetanseportalen via Helsedirektoratet. Han/hun inviterer deretter veileder og ev. supervisører. Kommunal leder inviteres også inn i portalen. Det er sistnevnte som leverer ut læringsmål for ALIS-utdanningen. For tiden er det kommuneoverlege som har dette mandatet. Når ALIS og klinisk veileder i fellesskap er enige om at læringsmål er oppnådd, sendes dette til godkjenning hos kommunal leder. Forespørselen går i praksis fra ALIS til veileder, og deretter til kommunal leder for endelig godkjenning.

ALIS-avtaler og ALIS tilskudd

Nye ALIS i Arendal Kommune signerer en ALIS-avtale med kommunen. Det foreligger en tilskuddsordning, ALIS tilskudd, fra Helsedirektoratet som kommunen forvalter, som bidrar til å dekke



ALIS legenes utdanning. En forutsetning for utbetaling av tilskudd er at det er inngått en ALIS-avtale mellom ALIS og kommunen.

Individuell veiledning

Det er krav om at ALIS skal ha individuell veiledning gjennom hele spesialiseringsløpet. Kommunen er pliktig til å skaffe veileder til kandidaten, og veilederen må som hovedregel være spesialist i allmenntillegisin. Veiledning skal gis som minimum 4 timer per måned i 10,5 måneder, samt 1,5 timer for- og etterarbeid. Det kan avtales mer veiledning om dette er ønskelig. Det kan søkes om dekning av utgifter til individuell veiledning gjennom ALIS-tilskudd.

Supervisjon

ALIS har krav på supervisjon gjennom hele utdanningsforløpet. Kommunen har plikt til å legge til rette for dette. Supervisjon foregår ved bistand og rådgivning til ALIS i konkrete arbeidssituasjoner eller spesifikke prosedyrer i den daglige virksomheten. Som oftest er supervisøren en erfaren kollega på kontoret, men kan også være en ekstern lege f.eks. med et spesifikt kompetanseområde. Supervisjon blir ikke kompensert.

PASIENTRETTEDE STRATEGIER

Øyeblikkelig hjelp

Arendal Interkommunale Legevakt

Legevakten i Arendal er en interkommunal legevakt med samarbeid på tvers av Østre Agder. For tiden inngår 9 kommuner i fullt legevaktsamarbeid (både telefonsentral og oppmøtesentral). To kommuner inngår i delt samarbeid med telefonsentral og oppmøtesentral deler av døgnet (Evje- og Hornnes og Bygland kommuner) To kommuner deltar kun i telefonsamarbeid (Valle og Bykle kommune). Avtalene med de tilknyttede kommunene reforhandles jevnlig, og antallet deltagende kommuner er flytende. Drift av legevaktsentralen og antall innbyggere som skal betjenes, kan derfor endre seg over tid.

Legevaktens befolkningsgrunnlag er per i dag på ca. 98 000 mennesker. Teller man med kommunene hvor man har telefonsentraltjeneste, er grunnlaget ca. 104 000. Dette gjør Legevakten i Arendal til en stor legevakt i nasjonal sammenheng, da det er få sentraler med > 100 000 innbyggere i nedslagsfeltet. Det er dessuten verdt å merke seg at Legevaktens distriktsareal, som er på ca. 7 500 kvadrat km., er blant landets aller største. Arendal interkommunale legevakt har derfor en unik utfordring med et stort arealdistrikt, og samtidig et høyt befolkningstall.



Legevaktens plikter og oppgaver

Legevakten plikter å yte øyeblikkelig helsehjelp til alle innbyggere og tilreisende i samarbeidsområdet 24 timer i døgnet. Uttrykket “øyeblikkelig hjelp” defineres her som helsehjelp som ikke kan vente til neste virkedag. Legevakten ivaretar derfor både øyeblikkelig allmennmedisinsk helsehjelp utenfor legekantorenes åpningstid, og akuttmedisinsk helsehjelp på legevakten og i distriktet. Legevakten er derfor en del av både den primærmedisinske og den prehospitale akuttjenesten. Legevakten disponerer egen legebil, bemannet med erfaren paramedic (ambulansesjåfør), for å ivareta sin plikt til å yte øyeblikkelig hjelp i distriktet. Legebilen har ansvar for både hjemmebesøk til syke pasienter, og for akutt utrykning ved livstruende tilstander og ulykker. Legebilen samarbeider tett med de andre akuttmedisinske enheter (Brann, Ambulanse og Politi). Foruten de forskrifter som gjelder for alt helsepersonell, er legevakten spesielt omfattet av Akuttmedisinforskriften. Retningslinjer for legevaktens drift defineres i “Nasjonal veileder for legevakt og legevaktsentral”

Legedekning og kompetanse på legevakten

I mai 2023 står det i en rapport fra Østre Agder Regionråd:

”Legevakten i Arendal er sårbar. Årsakene er utdatert organisering av legetjenestene, rekrutteringsproblem fordi tjenesten ikke meritterer til spesialitet, og fastlegekrisen som gjør at flere og flere leger unntas fra vaktarbeid.”

For å møte denne utfordringen og gjøre Legevakten mer robust så ble det foreslått og politisk vedtatt å opprette kommunalt fastlegekontor i Legevaktens lokaler.

Kommunalt fastlegekontor, Klinkenberg Legesenter, startet drift den 01.04.2025. Legesenteret holder til i legevaktens lokaler på dagtid, og vil gi Arendal kommune en økning i pasientkapasitet på mellom 2500 og 3000 pasienter innen utgangen av 2025. Etter planen vil det være 8 leger i drift på legesenteret når det er fullt oppe og går. Legene vil rotere mellom tjeneste som fastlege, tjeneste i institusjon (KØH) og vaktjeneste ved legevakten som omfatter kvelds- og nattevakter. Tjenestetid som fastlege og i institusjon vil oppfylle kravene til spesialitet etter 5 år.

Legene på Klinkenberg Legesenter vil drifte mye av legevaktens kapasitet både på dagtid og kveldstid/nattestid.

Legevakten har som mål at fast ansatt legevaktlege med god akuttmedisinsk kompetanse skal være tilgjengelig på > 80% av legevaktens vaktlag innen utgangen av 2025. Dette er ikke et lovkrav, men vil være klart forsterkende for legevaktens akuttmedisinske kompetanse, og vil gi legevaktdistriktet et mer robust helsetilbud.



Fagansvarlig ledelse

Legevaktens faglige ledelse bør ivaretas av leger med allmennmedisinsk kompetanse. Fagansvarlig overlege ved legevakten har medisinskfaglig ansvar. Denne rollen kan sammenlignes med kommuneoverlegerollen, men er ikke identisk, da arbeidsoppgavene kun vil være rettet mot driften av legevakten. I tillegg til denne rollen bør det ansettes en overlege for klinisk drift. Denne rollen vil innebære både supervisjon og veiledning av kommunale legevaktleger, og overoppsyn av legesenterdrift og legevakt på dagtid.

Fremtidig vaktplan

Legevaktens egne ansatte leger skal fra mars 2025 fylle alle nattevakter før hverdag. Dette vil avlaste fastlegene. Det planlegges for at man oppretter en fjerde vaktkategori på kveldstid, som skal sikre bedre pasientflyt på legevakten.

Eldremedisin

Omsorg for eldre er på kort og lang sikt den volummessig største, og økonomisk tyngste utfordringen kommunen har.

Arendal kommune driver i dag bo- og omsorgstjenester for eldre i 10 lokasjoner som omfatter 328 institusjonsplasser og 212 omsorgsboliger hvorav 143 med heldøgns omsorg (base for hjemmesykepleie). I 2025 har kommunen 7136 innbyggere over 70 år. 1150 innbyggere mottar hjemmesykepleie, de fleste antas å tilhøre gruppen over 70 år som forventes å øke med 23 % fram til år 2030 og med 74 % fram til 2050.

Medisinsk ansvar for pasienter i sykehjem ligger hos kommunalt fast ansatte sykehjemsleger. Per mai 2025 består legestaben av 1 spesialist i geriatri; 2 spesialister i allmennmedisin; 1 erfaren allmennlege uten formell spesialitet; og 1,5 ALIS-leger. Tidvis har vikarbehovet vært stort, dette gjør tjenesten sårbar. Legestaben betjener institusjonsplasser i 9 lokasjoner; ordningen framstår som hensiktsmessig og fleksibel med god ressursutnyttelse og godt fagmiljø. Det er likevel mulige utfordringer når det gjelder rekruttering og framtidig kapasitet.

Medisinsk ansvar for beboere i kommunale omsorgsboliger ligger hos fastlegene. Erfaringsmessig har disse pasientene risiko for å havne mellom to stoler fordi pasientene selv har ansvar for å kontakte fastlege ved behov, men ofte vil være ute av stand til det på grunn av fysisk og psykisk funksjonssvikt. Det viser seg også ofte vanskelig å oppnå ønskelig kontakt med fastlege når pleietjenesten forsøker å opprette dialog på vegne av pasient. Medisinsk oppfølging og samhandling opp mot pasientgruppen er ikke forutsigbart tilfredsstillende.



Beboere i egne private boliger har de samme utfordringene, men i enda større grad. Det er kjent at funksjonssvikt hos eldre blir mindre reversibel dess lenger tid det tar før behandling etableres. Det vil være relevant å kunne følge utsatte pasienter proaktivt.

Veier å gå

Uforutsigbar kvalitet på medisinsk oppfølging til eldre pasienter var erkjent lenge før fastlegekrisen eskalerte, og forventes aksentuert med eldrebølgen og «venstreforskyvning» av tjenestetilbudene.

Fastlegenes behov for å bli avlastet må da komme i betraktning. Metoder for å plukke ut risikopasienter kan utvikles. Ambulerende legetjeneste vil kunne være et godt alternativ for pasienter med funksjonssvikt.

Kommunal spisskompetanse vil bli verdifull når utfordringene øker. Kostnadseffektiv organisering i kommunal regi kan tenkes ved å involvere den faste sykehjemslegestaben, ved å opprette en geriatrisk helsestasjon eller et eldre medisinsk fastlegesenter. En driftsmodell som både ivaretar pasienter, økonomi og rekruttering av ALIS-leger kan tenkes ved at en eller to allmennlegespesialister driver en større stab med kommunalt ansatte ALIS-leger i rotasjon med *både* uselektert allmennpraksis og geriatrisk målrettet innsats i kommunen.

Medisinsk innsats vil henge tett sammen med øvrige tiltak opp mot den geriatriske populasjonen. Behov for økt kapasitet tilsier at det vil bli nødvendig å reorganisere pleietjenestene; en blir helt avhengig av helsefagarbeidere i framtidens kommunale tjenester. Gitt god planlegging, opplæring og oppfølging er dette ingen umulighet; alt nå bør en begynne å systematisere en slik utvikling. Dette arbeidet er startet i forbindelse med satsingen på TØRN (TØRN handler om kvalitetsutvikling i kommunenes helse- og omsorgstjenester gjennom riktig organisering og oppgavedeling).

Psykiatri og rus

Kommunale tjenester innen psykiatri og rus har vært en utfordring lenge. Spesialisthelsetjenesten definerer selv hvilke pasienter som er tilgjengelige for terapi der. Særlig akutt omsorg viser seg mangelfull. I påvente av oppfølging påfølgende virkedag savnes det erfaringsmessig mulighet for akutt ivaretagelse ved helsepersonell. Kommunen har ulike hjelpeinstanser som fungerer på dagtid.

Statistisk sett har kommunen et høyt antall innbyggere med psykiske plager og rusproblematikk.

I 2022 ble det registrert 430 brukere av den psykiske helsetjenesten, 55 pasienter er registrert med botilbud, hvorav 29 med heldøgnstilbud. 874 innbyggere er registrert hos familietjenesten og 126 hos feltsykepleien. I lys av spesialisthelsetjenestens betydelige ventelister og fastlegers behov for å henvise pasienter til spesialisthelsetjenesten, foreligger det utvilsomt uregistrerte behov. I kommunen



erfares det at pasienter ofte må bli svært syke før de aksepteres hos spesialisthelsetjenesten. Det foreligger et klart kommunalt behov for å oppgradere både medisinsk vurderingskompetanse, og kapasitet til oppfølging. Også rådgivingskompetanse opp mot både personell og pasienter kan systematiseres.

Helsetasjon

Legetjenesten i denne sektoren ligger under Oppvekst og Utdanning, og inkluderer helsetasjon, skolehelsetjeneste og helsetasjon for ungdom (HFU). Virksomheten er lokalisert på ett sted. Dette er en fordel for faglig miljø og tjenestekvalitet.

Helsetasjonstjenesten er et forebyggende og gratis lavterskeltilbud for gravide, barn og ungdom opp til 25 år. Helsetasjonen har som målsetting å bidra til best mulig helse, trivsel og utvikling hos barn og ungdom, gi god svangerskapsomsorg, og stimulere til et godt samspill mellom foreldre og barn. Tjenesten er lovpålagt og underlagt nasjonale retningslinjer. Den er hovedsakelig plassert på trinn to i innsatstrappa. Tiltaket har stor tillit i befolkningen, og det er ytterst sjelden at noen takker nei til tilbudet.

I Arendal deltar leger i noen grad i opplæring, fagutvikling, samhandling og i det tverrfaglige arbeidet i «laget rundt barnet». Det er ønskelig at det legges til rette for at lege kan være mer tilgjengelig for rådgivning til barneverntjenesten og Familietjenesten (psykisk helse barn og unge).

Helsetasjonen disponerer 1,19 årsverk for lege, fordelt på fem leger. Av disse er 0,25 årsverk i skolehelsetjenesten, 0,9 årsverk på helsetasjonen 0-5 år og 0,04 årsverk på Helsetasjon for ungdom. En lege i 50 % stilling har fagansvar. anbefalte legekontroller gjennomføres i svært stor grad, mens arbeid på systemnivå nedprioriteres.

Flyktninger

Helsetilbudet til flyktninger var tidligere fragmentert med virksomhet på helsetasjon og i voksenopplæring. I 2023 ble disse tilbudene samlokalisert til helsetasjonen. Aktørene er helsesykepleier, psykiatrisk sykepleier og en legeressurs. Flyktninger må velge fastlege på lik linje med andre innbyggere.

Kommunal helsetjeneste har ingen beredskap med tanke på midlertidig større tilstrømning av flyktninger. Slike situasjoner har et par ganger vært tilstrekkelig håndtert, men til tross for dette så kan det være hensiktsmessig å se på et fremtidig behov og legge en plan for dette.

Det kan være behov for en kapasitetsøkning ved akutt tilstrømning av flyktninger.



DIGITALE STRATEGIER

Kjernejournal

Kjernejournal er innført i Arendal kommune, pleie og omsorg med integrasjon i pasientjournal (Geric). Kjernejournal er en digital løsning for deling av pasientenes helseopplysninger på tvers av virksomheter og nivåer i helsevesenet. I pasientens kjernejournal kan helsepersonell se de samme opplysningene uavhengig av om de jobber som fastlege, på sykehus eller legevakt. Pasientens journaldokumenter i kjernejournal vil gi helsepersonell med tjenstlig behov tilgang til journaldokumenter fra andre virksomheter. Løsningen er foreløpig kun innført for fastleger, og skal utvikles videre for innføring i kommunene.

Pasientens prøvesvar

Pasientens prøvesvar er en ny tjeneste som skal imøtekomme behovet for å samle og tilgjengeliggjøre prøvesvar på tvers av helsesektoren. Prøvesvar blir tilgjengeliggjort for oppslag av helsepersonell i kjernejournal og for innbyggere i Helsenorge via innsynsløsning. For å innføre tjenesten nasjonalt, kreves endringer i hjemmelsgrunn og forskrift. Oppstart av nasjonal innføring er planlagt i løpet av første kvartal i 2025.

Pasientens legemiddelliste

Pasientens legemiddelliste (PLL) er en samlet og oppdatert oversikt over relevante opplysninger om pasientens legemiddelbehandling. Opplysningene i pasientens legemiddelliste er tilgjengelig på tvers av helsetjenesten gjennom virksomhetenes journalløsninger, reseptformidleren og kjernejournal. PLL er for tiden under utprøving. Nasjonal innføring er planlagt i perioden 2026–29.

Digital innbyggerdialog

Arendal kommune har innført DigiHelse og DigiHelsestasjon i sine pasientjournalssystemer som gjør at innbygger lett kan kommunisere med bl.a. hjemmetjenesten og helsestasjonen i kommunen. Ved å logge inn på helsenorge.no kan brukerne se avtaler de har med helsetjenestene i kommunen og brukere og pårørende kan enkelt og trygt sende og motta meldinger.

Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP)

Arendal kommune har innført VKP i pasientjournalssystemet Geric. Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP) er en tjeneste som håndterer informasjonsflyt mellom velferdsteknologiske løsninger og elektronisk pasientjournal (EPJ). VKP tilbyr både uthenting av opplysninger fra EPJ og automatisk journalføring i EPJ. Hovedformålet med tjenesten er å bidra til et felles knutepunkt, hvor ulike



leverandører kan formidle journalverdige opplysninger mellom systemer som ellers ikke snakker sammen. Dette sparer helsepersonell for mye dobbeltarbeid. Status nå er at notater fra responscenteret (trygghetsalarmer) automatisk blir journalført i Gericafortløpende, samt at responscenter kan se brukers besøksplan fra hjemmesykepleien. Vi får også målinger og registreringer i digital hjemmeoppfølging automatisk over i Gericafortløpende.

Digital hjemmeoppfølging

Arendal kommune tilbyr digital hjemmeoppfølging gjennom Telemedisinsk sentral Agder på Østre Agder helsehus. Digital hjemmeoppfølging er bruk av teknologiske løsninger som gjør at man kan følges opp av helse- og omsorgstjenesten hjemme. Det gjøres avtalte målinger hjemme og pasienten svarer på enkle spørsmål om egen helsetilstand via et nettbrett eller smarttelefon. Sykepleiere følger opp målingene daglig og tar kontakt hvis det er tegn til forverring av helsetilstanden. Målgruppen er pasienter med kroniske sykdommer (f.eks. KOLS, hjertesvikt og diabetes type 2) og risiko for forverring av tilstanden, risiko for reinnleggelse i sykehus eller økt behov for helse- og omsorgstjenester.

Bruk av helseteknologi

Arendal kommune har byttet alle analoge pasientvarslingsanlegg med digitale pasientvarslingsanlegg med bruk av ulike teknologiske løsninger som f.eks. døralarm, bevegelsessensor, passeringsalarm, GPS og kameraovervåkning og andre sensorer f.eks. radarsensor som overvåker ift. fall og trykksår. Til hjemmeboende tilbys det ved behov helseteknologiske løsninger slik som GPS og bruk av døralarm knyttet til trygghetsalarm med responscenter. Alle brukere som søker hjelp til medisinaladministrering, vil nå få tilbud om elektronisk medisineringsstøtte (medisindispenser) som førstevalg. Det er også en utlånsordning med KOMP-skjermer (Komp - én-knappsskjermen for eldre) for brukere som ikke er digitalt aktive for økt sosial kontakt. Det er digitalt tilsyn (kamera) i mange avlastningsboliger.

Arendal kommune vil styrke og øke bruken av ulike helseteknologiske løsninger.

Pasientjournalssystem for kommunal pleie og omsorg

Som i mange andre kommuner er det også i IKT Agder-kommunene behov for mer effektive elektroniske pasientjournaler (EPJ) som gir helsepersonell enklere tilgang til helseinformasjon og sikrer bedre samhandling mellom helseaktørene. Nasjonalt går dette under paraplyen [Felles journalløft for kommuner](#).



Det ble i 2023 gjennomført et forprosjekt for hele EPJ-området, som endte med å anbefale tre anskaffelser:

- EPJ-system for legekantor, legevakt og fengselshelsetjenesten
- EPJ-system for helsestasjon og skolehelsetjeneste
- EPJ-system for pleie- og omsorgstjenesten

EPJ-system for legekantor, legevakt og fengselshelsetjenesten ble anskaffet og implementert i 2023, mens det pågår innledende arbeid på de to andre områdene.

Innen pleie- og omsorgstjenesten har alle kommunene i IKT Agder-samarbeidet gamle EPJ-systemer, og planen er å anskaffe en ny og moderne sky-løsning. Det er planlagt at anskaffelsesprosessen skal foregå frem til 2027.

FASTLEGETJENESTEN

Utvikling av fastlegetjenesten

Fastlegeordningen ble etablert i 2001 fordi kommunal styring og ledelse av allmennlegetjenesten ikke maktet å opprettholde gode tjenester etter at distriktslegeordningen ble avviklet på midten av 1980-tallet. Ved fastlegeordningen fikk allmennlegene innflytelse over egen virksomhet ved at allmennlegekontorene kunne organiseres som private bedrifter der legene hadde både eierskap, driftsansvar og arbeidsgiveransvar – i tillegg til ansvaret for den medisinske virksomheten. Ordningen omfatter plikt til å kunne utføre kommunalt legearbeid i inntil 20 %, og til å delta i kommunal Legevakt.

Samhandlingsreformen ble innført i 2009. Spesialisthelsetjenesten skulle kunne overføre oppgaver til kommunene fordi behandling på lavest mulig omsorgsnivå ville være billigere for samfunnet og lettere tilgjengelig for den enkelte innbygger. Legebehandling av de pasientene som ble definert ut av spesialisthelsetjenesten bidro vesentlig til overbelastning av fastlegetjenesten, som verken fikk tid eller ressurser til å bygge opp nødvendig kapasitet. I tillegg til samhandlingsreformen har blant annet plikter overfor NAV bidratt særlig til den økte arbeidsbyrden som har skapt fastlegekrisen.

I prinsippet er fastlegeordningen den samme som i 2001. En uformell norm i 2001 var 1500 innbyggere på en fulltids fastlegeliste; i dag mener mange at tallet bør være 1000 listeplasser.



Dagens organisering i Arendal

Per mai 2025 er det 57 fastlegeavtaler fordelt på 10 private og 1 kommunalt legesenter. Dette er en økning på 9 fastlegeavtaler siden mai 2023.

Fra mars 2025 økte kommunens LIS1 plasser (tidligere turnusleger) fra fire til fem etter søknad til Statsforvalteren. Disse har gått fra tre til fire dager på fastlegekontoret for å gi bedre forståelse for hvordan det er å være fastlege, samtidig som de fortsatt får praksis i de to andre viktige legetjenestene i kommunen; institusjon og helsestasjon. Dette forventes å være rekrutterende til ALIS stillinger.

SAMFUNNSMEDISINSK LEGEARBEID

Samfunnsmedisin vs. klinisk medisin

I motsetning til allmennmedisin gjør samfunnsmedisineren vurderinger og tiltak for befolkningsgrupper framfor individer. Kunnskap om samfunnet, lokale tilpasninger og utvikling over lang tid er vesentlige premisser i samfunnsmedisin. Kommuneoverlegens rolle i miljørettet helsevern for eksempel er å gi kommunal forvaltning råd knyttet til slike premisser og man vil ofte framstå mer som sakkyndig enn som behandler. Spekteret av arbeidsoppgaver er variert.

Folkehelse

Folkehelseloven er overordna og skal bidra til ei samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningen sin helse og trivsel, sikre gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade og lidelse. Mange av de faktorene som påvirker folkehelsen ligger utenfor ansvarsområdet til helsesektoren, og kommuneoverlegen skal samarbeide med mange aktører i dette arbeidet. Det er ønskelig at kommuneoverlegen i større grad er med i det tidlige planarbeidet og sitter tettere på kommunaldirektørens stab.

Folkehelseprofilen 2025 for Arendal kommune viser at forskjellen i forventet levealder relatert til utdanningsnivå er større enn i landet som helhet. Dette er en indikator på sosiale helseforskjeller i kommunen. Kommunen ligger klart over landsgjennomsnittet når det gjelder andel av innbyggerne som lever i vedvarende lavinntekt. Videre ligger kommunen under landsgjennomsnittet på mestring og trivsel i skolen og gjennomføring av videregående opplæring.



Miljørettet helsevern

Kommuneoverlegen har ansvaret for å ivareta folkehelse via lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) og forskrift om miljørettet helsevern. Arbeidsområdet er stort. Arendal by og kommune er i en rask utvikling, og har folkehelseutfordringer som krever en stor innsats. En bør forvente en stor økning av antall innbyggere fram mot 2030. Og eldrebølgen er fortsatt et stykke unna toppen.

Kunnskap om lovverket er vesentlig for å sikre lovlighet og forsvarlighet. Kommunene i Agder samarbeider på tvers om utveksling av kunnskap og tolkning av regelverk og håndtering av ulike typer saker. Arendal kommune vil fortsette å vektlegge kontakt med Statsforvalteren om saker som omhandler miljørettet helsevern.

Kommunen bør utvikle en velfungerende nettside med informasjon og lenker til aktuelle skjema. Kommuneoverlegen bør delta i utviklingsarbeidet og kvalitetssikre informasjon på siden som vil lette arbeidet for eksempelvis arrangører, virksomheter og nyetableringer som har meldeplikt til kommunen ved oppstart, eller skal godkjennes i henhold til forskrift. Tips om forhold som virker negativt for folkehelsen fra publikum eller virksomheter skal håndteres på en god måte og vil også kunne mottas og håndteres via en slik nettside.

Rådgivning og informasjon

Kommuneoverlegen har en viktig rolle i rådgivning til kommuneadministrasjonen og politikere som skal gjøre viktige prioriteringer for kommunens innbyggere. Eksempelvis bidrar kommuneoverlegen i planarbeid knyttet til etablering av ny batterifabrikk og oppgradering av havneområdet i Eydehavn. I andre situasjoner gis medisinskfaglig rådgivning. Informasjon til befolkningen om helsemessige forhold er en tredje sentral oppgave. Kommuneoverlegen har i tillegg mulighet til å gi råd til helseutvalget gjennom å kunne kommentere som rådgivere i ulike saker i utvalget, og gjennom politisk verksted.

Skoler og barnehager

Offentlige og private skoler og barnehager skal inspiseres og godkjennes for drift ihht miljørettet helsevern. De fleste av kommunens barnehager fikk utført tilsyn og ble godkjent etter forskriften i perioden 2018-2019. Likevel fikk Arendal kommune et etterslep på godkjenninger etter at COVID-19-pandemien skjerpet kravene til forsvarlighet. Etterslepet bør hentes inn i løpet av planperioden. Per mars 2025 er alle skolene i Arendal kommune undersøkt av kommuneoverlege og seniorrådgiver i miljørettet helsevern ved stedlig tilsyn for godkjenning. Dette arbeidet pågikk gjennom 2023-2024. Arbeidet er nå påbegynt ved godkjenning av kommunens barnehager, og rundt en tredjedel av disse er



så langt vurdert for godkjenning. Arbeidet fortsetter fram til alle barnehagene er vurdert, og ny prosess med godkjenning, fortrinnsvis hvert 5. til 10. år påbegynnes for skolene og barnehagene.

Bedrifter/virksomheter

Inspeksjon, befarings eller godkjenning av virksomheter som tilbyr eller skal tilby helsetjenester. Eksempelvis gjelder det kosmetiske behandlingstilbud, piercing- og tatoveringstjenester.

Smittevern

I kommuner med flere kommuneoverleger skal det utpekes en smittevernoverlege og en stedfortreder. Smittevernoverlegen skal utføre de oppgaver som pålegges i *Lov om vern mot smittsomme sykdommer*. Kommunen skal ha en oppdatert smittevernplan, pandemiplan og en plan for massevaksinasjon.

Smittevernoverlegen skal arbeide med forebyggende tiltak som sørger for isolering av syke og gjennomføring av vaksinasjon og som hindrer smittespredning. Covid-19-pandemien understreket viktigheten av slikt arbeid.

Pandemisituasjonen viste behovet for avtaler og planer som sikrer gode beredskapsordninger. Slike planer må sikre kontinuitet i arbeidet, og at ansatte klarer å stå i arbeidet over tid. Planene må derfor presisere behovet for tilstrekkelig bemanning med kompetent personell.

Beredskap

Kommuneoverlege er tilknyttet beredskapsfunksjonen som rådgiver. I tillegg har kommuneoverlegen en rolle i krisestabsfunksjonen der den medisinske kompetansen er relevant. Beredskapsarbeidet er i hovedsak tillagt beredskapskoordinator, men det forutsettes at kommuneoverlegen deltar i beredskapsplanlegging der helsefaget er relevant. Kommuneoverlege er også tilknyttet beredskapsverktøyet Raven der de ansvarlige for beredskapshåndtering og krisestab har mulighet til å kommunisere.



EVALUERING AV MIDLERTIDIG TILTAKSPLAN FOR LEGETJENESTEN 2023

Den midlertidige tiltaksplanen for 2023 inneholder 7 tiltak. Tiltakene ble diskutert i arbeidsgruppen slik:

Økt kommunalt driftstilskudd, kr 100 pr innbygger i 2023

Tiltaket har hatt kort virketid, men oppleves positivt av fastlegene, men er for lavt til å gi særlig betydning. Man antar at tilskuddet har stoppet enkelte fastleger fra å si opp sin avtale med kommunen.

Legevakt

Ingen av de foreslåtte tiltakene er iverksatt. De tillitsvalgte påpeker at innleie av vikarer til sommeren var svært påkrevet og nødvendig, og ble oppfattet som et ubetinget gode. Det er viktig at dette også blir gjeldende for kommende sommer.

Fast ansettelse av ALIS leger

Den siste utlysningen ga 8 kvalifiserte søkere til 6 utlyste stillinger, og alle er besatt. Arbeidsgruppen oppfatter at ordningen har hatt positiv effekt på rekrutteringen.

Økt kommuneoverlegeressurs

Kommuneoverlege i 100% tiltrådt 01.08.2023. Tiltaket har fungert etter intensjonen og gitt kommunen en dedikert kommuneoverlege med ansvar for fastlegeordningen.

Innløsning av praksis

To leger går av med pensjon og to leger går over i annen virksomhet i 2023, de løses ut etter ordningen. To leger har gått ut av fastlegeordningen for å etablere et helprivat tiltak rettet mot den samme befolkningen. Kommunedirektøren anbefaler at kommunen ikke gir tilsvarende ordning for innløsning av praksis til disse. Innløsning av praksis er ikke et tiltak som nødvendigvis styrker fastlegeordningen. Arbeidsgruppen mener at midler bør prioriteres til rekruttering og stabilisering, framfor å gi kompensasjon ved avgang.



Kompetanseheving og arbeidsmiljøtiltak

Tiltaket er planlagt gjennomført høsten 2023, og er et kommunalt kurs som skal være poenggivende for legenes videre- og etterutdannelse. Tiltaket kan derfor ikke evalueres nå.

Økt fokus på BTI (Bedre Tverrfaglig Innsats) og samarbeid mellom helsetjenestenivåene

Tiltaket er ikke iverksatt og det er ikke avsatt egne midler.

I sum mener arbeidsgruppen at tiltakene for 2023 har hatt effekt med tanke på rekruttering av nye leger. Avgang fra fastlegeordningen har vært dramatisk i 2023. Avgangene har mest sannsynlig vært planlagt før tiltakene ble vedtatt og iverksatt og det er derfor vanskelig å måle effekt av tiltakene.

ANBEFALINGER FOR LEGETJENESTEN 2024 -2027

Hovedmål

Følgende må være hovedmålene for legetjenesten i Arendal for de kommende årene:

- En velfungerende fastlegeordning som gir alle innbyggere mulighet til å velge sin fastlege, og til å bytte fastlege slik forskriften for fastlegeordningen gir rett til.
- Både fastleger, ALIS leger, leger i samfunnsmedisinsk arbeid og leger i institusjoner og på helsestasjonen må gis mulighet for kompetansebygging som har fokus på kommunehelsetjenesten.
- Tiltaksplanen må ta høyde for endringer i befolkningen.
- Tiltaksplanen må legge til rette for forebyggende og helsefremmende helsetjeneste, slik at legetjenesten bidrar til mest mulig venstreforskyvning på innsatstrappen
- Tiltaksplanen må legge til rette for gode pasientforløp, slik at innbyggerne opplever en helhetlig kommunal helsetjeneste i godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten.



Forslag til tiltak

De midlertidige tiltakene for 2023 videreføres, med virkning fra 2024 – 2027.

Kompensasjonsordning for innløsning av praksis

De midlertidige tiltakene for 2023 videreføres, men kompensasjonsordningen for innløsning av praksis som ikke blir solgt på ordinært vis foreslås avvirket.

Kommunalt driftstilskudd

Det kommunale driftstilskuddet videreføres, men vil kunne endres i tråd med nasjonale føringer og Arendal kommunes økonomi.

Utvikling av legetjenesten i Arendal

Det anbefales at kommunedirektøren ved behov nedsetter en ny arbeidsgruppe til å følge utviklingen i legetjenesten i Arendal, og ved behov gi oppdaterte anbefalinger.

- Denne gruppen bør utrede behov for egen legetjeneste rettet mot spesielle pasientpopulasjoner, som hjemmeboende eldre og syke, og personer med utfordringer innen rus og psykiatri.

Ansettelser av fastleger

Det anbefales at kommunen ansetter nye fastleger fortløpende, til en samlet listekapasitet på 50 000 innbyggere er oppnådd.

- Nye fastleger bør fortrinnsvis tilknyttes store, etablerte fastlegekontor.
- Kommunen bør gå aktivt inn og gi praktisk og finansiell støtte til legekontor som vil slå seg sammen, eventuelt utvide kapasiteten.
- ALIS leger bør stimuleres til å gå inn i næringsvirksomhet gjennom kommunalt tilskudd.

Eablering av kommunalt fastlegekontor

Kommunalt fastlegekontor etableres i Østre Agder Helsehus og får oppgaver ut over ordinære fastlegekontor. Gruppen har noen bekymringer knyttet til sårbarheter som økonomi, utdanning og at rekruttering av legene ikke går på bekostning av nødvendig rekruttering til fastlegekontorene.

- Arbeidsgruppen anbefaler at det gjennomføres en evaluering av ny legevakt/kommunalt fastlegekontor i løpet av halvannet år fra etablering.



Interkommunalt samarbeid i kommunehelsetjenesten

Det bør opprettes en egen arbeidsgruppe som skal utarbeide en plan for optimalisering av det interkommunale samarbeidet i kommunehelsetjenesten.

Samarbeid mellom fastlegene og kommunale tjenester

Kommunen bør prioritere å fremme samarbeidet mellom fastlegene og kommunale tjenester, for eksempel ved å arrangere og finansiere et tellende kurs med tanke på spesialisering for fastleger annet hvert år. Fokus skal være på samarbeid i kommunehelsetjenesten.

Lederressurser

Med stadig økende antall leger på fastlønn (ALIS) må kommunen sørge for tilstrekkelig lederressurser til å følge disse opp faglig i sine spesialiseringsløp, og sørge for gode rutiner rundt økonomien i disse stillingene.

Samfunnsmedisinsk kompetanse

Den samfunnsmedisinske kompetansen må styrkes i flere kommunale tiltak, f.eks. boligplanlegging og infrastruktur.

Anbefalinger fra kommunens administrasjon

Rekruttering ved oppsigelse av fastlegeavtale

Rekruttering når fastlege sier opp individuell avtale med kommunen har tidvis vært krevende. Det anbefales at kommunen fortsetter å jobbe mot et godt samarbeid med fastlegene rundt eierskap og overtakelse av fastlegehjemler og pasientlister i tråd med ASA 4310.

Rekruttering av ALIS-leger

Kommunen ivaretar sine forpliktelser ved spesialisering i allmennmedisin.

Det anbefales at en dedikert kommuneoverlege organiserer spesialisering av ALIS-leger.

Kommunen jobber videre med å følge opp ALIS-legenes arbeidssituasjon. Ansvar for ALIS-gruppen (utdanning, personal og økonomisk) bør tilhøre én enkelt person.

Psykiatri og rus

Tjenesten skal være forankret i medisinsk kompetanse. Kommunen skal jobbe mot et faglig godt samarbeid rundt pasientene; med fastlegene og spesialisthelsetjenesten.



Eldremedisin

Det anbefales et mandat for bred utredning av helsetilbud til eldre. Helsetilbudet bør ta hensyn til behovet for venstreforskyvning og kostnadseffektiv personellbruk. Både organisering av pleietjeneste og ulike metoder for legekontakt bør utredes. Eksempelvis ambulerende legetjeneste, helsestasjon for eldre eller dedikerte legekantor for eldre.

Medisinsk oppfølging i omsorgsboliger ligger hos fastlegene. For en mer forutsigbar tjeneste bør det utredes om pasienter i omsorgsboliger bør ivaretas av kommunal legetjeneste.

Helsestasjon

Helsestasjonen vil fortløpende kartlegge hvilke behov for personell som foreligger for å gi en god tjeneste til barn og unge, og fordelingen mellom leger og helsesykepleiere på helsestasjonen er en vurdering som da bør ses på innenfor den økonomiske rammen.

Kommunebilde - Arendal våren 2025, en rapport fra Statsforvalteren i Agder sier at *“Vi vurderer at Arendal kommune er i en god situasjon når det gjelder fastleger”*. Synergieffekten av en god og robust fastlegetjeneste vil også gi bedre vilkår for samarbeid med helsestasjonen, noe som denne er helt avhengig av.

Flyktninger

Det anbefales utredning av en økt legekapasitet ved akutt tilstrømning.

Samfunnsmedisinsk kompetanse i kommunal forvaltning

Det anbefales at det utarbeides et mandat for å utrede kommuneoverlegen som ressurs med hensyn til arbeidsområder, kapasitet og involvering i kommunalt planarbeid. Målsetting skal være medisinsk forankring av alle helsetjenester og medisinsk kompetanse i alle planprosesser som berører helsetjenester og miljørettet helsevern. Kommunens kritiske utfordringer i helsetjenestene må ligge til grunn.

OPPSUMMERING

Legetjenesten er i stadig endring, og det anbefales derfor en årlig revidering av planen slik at tiltak/anbefalinger samsvarer med behov i kommunen.