

Restaurering og nybygg – Utvikling av legetjenestene i kommunene

nye og gamle verktøy presentert av kommuner med nyttige erfaringer

8.2-avtale, og om å dele på kommuneoverlege-rollen

«Østre Toten – modellen»



Østre Toten kommune

- 15.000 innbyggere, landbrukskommune, 5-20 km unna Sykehuset, grense til Gjøvik og Vestre Toten (og Eidsvoll men mindre viktig)
- 4 tettsteder, Lena, Skreia, Kolbu og Kapp
- 4 legesentre ett på hvert tettsted
- 18 leger inklusive 1 LiS1-lege
- Hjelpepersonellfaktor knapt 1

Hvorfor har vi rekruttert nye fastleger så bra i Østre Toten? Hva skilte oss ut?

1. 8.2 – avtale fra 1996
2. Delte kommuneoverlegeoppgaver
3. Godt samarbeid med resten av kommunehelsetjenesten

8.2-avtalen i Østre Toten fra 1996

- **Kommunen**

- Beholder basistilskuddet (driftstilskuddet før 2001)
- Er arbeidsgivere og lønner medarbeidere (sykepleiere og helsesekretærer)
- Betaler driftsutgifter, kontorlokaler, strøm, vann - inklusive IKT

- **Legene**

- Driver privat praksis – er selvstendig næringsdrivende
- Betaler for forbruksmateriell
- Har daglegevakt
- Noen deltar i planarbeid – for ekstra lønn (kommunelegearbeid)
- Deltar i samarbeidsmøter etter behov (lite!)

Delte kommuneoverlegeoppgaver

- Kommuneoverlege (tidligere kommunelege I) med ansvar for smittevern, miljørettet helsevern, medisinsk beredskap og en samordnende rolle
- (Allmenntilleggsmedisinske bistillinger som helsestasjonsleger og sykehjemsleger)
- «Kommuneoverlege» bistillinger, påtatt seg frivillig fra dedikerte fastleger fra ca 1995
 - En med ansvar barn og unge
 - En med ansvar geriatri
 - En ansvar psykiatri
 - En med ansvar kurative legetjenester og legevakt
- I tillegg engasjement for samarbeid innad, rehabilitering, kreftomsorg o.a.
- Under pandemien: utstrakt samarbeid fastleger – kommuneoverlege, om vaksinerings- og smittevernvakt

Bakgrunn

- Kommuneoverlege, rekruttering i krise på 1990-tallet
- Vi var en stamme av kommunalt orienterte "kulturbærere" med stor arbeidskapasitet - og innsikt i sosialmedisin
- Den oppdelte kommuneoverlegefunksjonen gav oss en ekstra kommunal tilknytning, forståelse og samarbeidsinnstilling med resten av kommunehelsetjenesten
- Vi hadde en positiv kommune
- Passet på positiv omtale av oss og kommunen


Fortsatt bra rekruttering, men det knirker

- 8.2-modellen
 - Med dens enklere økonomiske implikasjoner for oss legene
 - Vi «slipper» arbeidsgiveransvar
 - Mindre byråkrati og kontorarbeid for oss legene
 - Den kommunal ansettelse har gitt trygghet for medarbeiderne
- Vår modell er mer tilpasningsdyktig til en ny tid med økt arbeidsbelastning
 - Mer arbeid pr pasient krever kortere lister
 - 800-1000 pas pr full kurativ uke?
 - Nye leger ønsker normalarbeidstid (og de gamle er blitt for gamle)
 - Godt samarbeid med resten av kommunehelsetjenesten kreves av oss
 - Kvalitet, trygghet for pasientene
 - Fastleger må læres opp i samfunnsmedisin og samarbeid

Om å få fastlege for kommune og pasient

- Kommunene rundt strever med rekruttering
- Tildels går legene derfra til Østre Toten
- Men derfor har pasientene også gjort det, delvis pga tilknytning og delvis pga de andres dårlige rykte og manglende tilgjengelighet
- Så nå har vi for dårlig listekapasitet, 1091 på venteliste, og vi har totalt 14 745 listeplasser til 15 000 personer

Vi har hatt det godt i Østre Toten, men hva trengs fremover?

- Det vi har:
 - 8.2-avtale, del i kommuneoverlegeoppgaver, godt samarbeid med kommunehelsetjenesten
- + 
- Enklere inngang til Fastlegepraksis for nye leger
- Bedre opplæring i forståelse av hele helsetjenesten
- Bedre økonomisk kompensasjon for mindre lister
- Betalt for viktig kvalitetsarbeid
- + ?