

Plan legetjenesten 2025-2035



Innholdsfortegnelse

Østre Toten kommune	1
Forord 3	
Innledning	4
1. Kunnskapsgrunnlag	5
1.1. Lovregulering og organisering	5
1.2. Nasjonale føringer	7
1.3. Utfordringer, behov og strategisk retning	10
1.4. Forutsetninger for planen	13
2. Beskrivelse av dagens legetjeneste	14
2.1. Legetjenesten, en virksomhet	15
1.1. Fastlegetjeneste – ulike måter å organisere tjenesten	16
1.2. 8.2 avtale	17
1.3. Fremtidens legetjeneste	18
2. Samarbeidspartnere	21
2.1. Gjøvik interkommunale legevakt og daglegevaktordning	21
2.2. Helsestasjon, skolehelsetjeneste, NAV, barnevern og flykningstjeneste	21
2.3. Sykehjem og sykehjemslege	22
2.4. Hjemmetjenester	22
2.5. Samfunnsmedisin i Østre Toten kommune	22
2.6. Samhandling med spesialisthelsetjenesten	23
3. Strategiområder og mål	23
3.1. Kompetanse, kvalitet, kapasitet og beredskap	23
Mål	23
Tiltak	24
3.2. Drift, organisering og samhandling	24
Mål	24
Tiltak	24
3.3. Bærekraft, innovasjon og digitalisering	25
Mål	25
Tiltak	25
4. Økonomiske konsekvenser og	26

Forord

Fastlegen spiller en sentral rolle i helsetjenesten. De er ofte den første som møter pasienten, navigerer dem gjennom systemet, og sikrer oppfølging og riktig behandling. Verdien og helsegevinsten av å ha en fastlege er udiskutabel. Det samme er god kapasitet og dekning i fastlegeordningen for å sikre innbyggernes valgfrihet.

Vi ser nå en ny generasjon leger som i større grad etterlyser en arbeidshverdag som er mulig å kombinere med familieliv og fritid. Skal vi lykkes med å rekruttere flere og beholde de fastlegene vi allerede har må lokale så vel som nasjonale tiltak og strategier tilpasses og henge med i utviklingen.

Østre Toten kommune har derfor store forventninger til hvordan nasjonale myndigheter skal bidra til en mer bærekraftig allmennlegetjeneste. Fastlegene har over tid fått flere arbeidsoppgaver, noe som reduserer tiden de kan bruke på pasientbehandling og pasientkontakt. Det er viktig å sikre at fastlegene faktisk har tid og frihet til å være leger.

Viktige økonomiske støtteordninger skal også videreføres. Det refereres til Kommunestyret vedtak juni 2023 om at det innføres en ordning hvor det kompenseres for å være hjemme med sykt barn, samt kompensasjon for fellesutgifter. IKT og elektromedisinsk utstyr skaffes, koster og vedlikeholdes av Østre Toten kommune.

Sammen med en offensiv rekrutteringsstrategi og økte muligheter for faglig utvikling, forskning og innovasjon er det vårt mål å få flere til å satse på allmennmedisin og bli fastlege.

En bærekraftig fastlegeordning er helt avgjørende for å møte morgendagens helse- og omsorgsutfordringer, den demografiske utviklingen og innbyggernes behov for helsehjelp og trygghet når de trenger det.

Det er vurdert mest hensiktsmessig at lokasjon av legesentrene skal tas ut av planen. Dette vil bli behandlet i egne politiske saker.

Berit Elisabeth Nygård, kommunalsjef Helse og mestring (HM)

Innledning

Østre Toten er en kommune midt mellom distrikt og sentrale strøk, med mye av en distriktskommunes strukturelle preg samtidig som nærheten til sentrale og urbane strøk er stor. Kommunen er i dag en av landets største jordbrukskommuner. Over 20 prosent av kommunens areal er dyrket mark. Kommunen er langstrakt og har historisk bestått av 4 sentrale fjerdinge. I kommuneplan samfunnsdel vises det til at Lena, Skreia og Kapp skal videreutvikles som tettsteder og Kolbu som boligområde.

Legetjenesten i Østre Toten er en viktig del av kommunens samlede tjenester til innbyggerne. Dimensjonering, organisering, arbeidsmåter, samarbeid med andre tjenester, strategier og mål for tjenesten er viktig. Ifølge kommuneplan samfunnsdel skal Østre Toten som samfunns mål sikre god helse og fremme livskvalitet for alle innbyggere, uansett alder. Tjenestene har mange oppgaver og de aller fleste innbyggerne i kommunen forholder seg til tjenesten en eller flere ganger i året. Østre Toten kommune sitt verdigrunnlag skal kjennetegne ansatte og skal være førende for hvordan vi jobber, hvilke valg vi tar og hvordan vi opptrer. Kommunens tjenesteleveranse og utvikling skal være med på å skape kommunens identitet og omdømme. Østre Toten skal være et attraktivt sted å bo i, hvor kommunens innbyggere kan leve sitt foretrukne liv ved Mjøsa og vår visjon er: «Livskvalitet ved Mjøsa».

Plan for legetjeneste 2025-2035 skal synliggjøre tjenesten i Østre Toten med dagens utfordringsbilde, og samtidig vise strategien for hvordan kommunen med målrettede tiltak kan utføre morgendagens tjenester, og skape god samhandling og kontinuitet i helsetilbudet. Formålet med temaplanen er å sikre at innbyggerne får dekket behov for fastlege -og legetjenester, beholde og rekruttere tilstrekkelig leger og annet helsepersonell til allmennmedisinsk virksomhet, sikre gode fysiske arbeidsforhold og fremme forsvarlig og ressurseffektiv drift. Strategidokumentet «Ny velferd 2040» vedtatt av kommunestyret høsten 2017 omtaler legetjenesten med følgende:

«Allmennlegetjenesten har tradisjonelt vært viet lite politisk fokus, men med det fremtidige utfordringsbildet tjenesten står overfor, anbefales det at legetjenesten gis et spesielt fokus i et eget utrednings -og utviklingsarbeid. Formålet med slik planlegging er å sikre innbyggerne tilstrekkelige legetjenester i fastlegeordningen, ved heldøgntjenesten og i de forebyggende tjenestene».

Den nåværende planen «Strategi for utvikling av allmennlegetjenesten i Østre Toten Kommune» gjelder for perioden 2020-2024. Den ble videreført etter vedtak i kommunestyret desember 2024. I et historisk perspektiv viser planen 2020 -2024 til at Østre Toten hatt god legedekning og har det fremdeles sammenlignet med nabokommunene. Denne planen har vist at kommunen har hatt en fordel av 8.2 avtale som blant annet bidro til å rekruttere og beholde fastleger. Samtidig har fastlegene fått stadig mer behandlingskrevende pasienter og administrative oppgaver og det har skjedd et generasjonsskifte med nyutdannede leger som har andre krav og forventninger enn det tidligere leger hadde. Dette fører til økende utfordringer med å beholde og rekruttere nye leger og det blir mer og mer krevende for også Østre Toten kommune å opprettholde denne gode legedekningen.

Denne planen omhandler fag, innhold og kvalitet i legetjenesten. Strategien skal sikre at innbyggerne har tilgang til kvalitativt og kvantitativt gode allmennmedisinske tjenester, opprettholde tilstrekkelig akuttmedisinsk beredskap og kompetanse, legge til rette for godt samarbeid mellom allmennlegetjenesten og kommunens øvrige tjenester og hensiktsmessige lokaler og lokalisasjon som sikrer effektiv drift.

Strategiområder

- Bærekraft, innovasjon og utvikling
- Kompetanse, kvalitet og beredskap
- Drift, organisering og samhandling

Østre Toten sin plan for legetjenesten 2025–2035 er en temaplan som kobles opp mot allerede etablert planverk som Kommuneplanens samfunnsdel, Ny velferd 2040 og rullerende økonomi og handlingsprogram.

Planen ble utarbeidet i løpet av 2024 som et resultat av et prosjekt med involvering av aktuelle interessenter. Det har vært nedsatt arbeidsgrupper som har kommet med innspill. Dokumentet er opparbeidet med bakgrunnsinformasjon, aktuelle utfordringer og mål og tiltak. Kommunedirektøren og ordfører har sammen kommet fram til at lokasjon skal tas ut av planen. Denne planen er nå justert, og vil bli sendt ut på høring til aktuelle interessenter. Og vil politisk behandlet i løpet av august 2025.

1. Kunnskapsgrunnlag

Fastlegeordningen ble etablert i 2001 og skal gi innbyggere allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid, samt sikre at personer bosatt i Norge får en fast allmennlege å forholde seg til. Ordningen har gjennom mange år vært vurdert som vellykket og hatt stor oppslutning i befolkningen.

Utviklingen av legetjenesten i Norge påvirkes av føringer og satsinger både for helsetjenestene generelt og allmennlegetjenesten spesielt. Flere stortingsmeldinger, offentlige utredninger og handlingsplaner på nasjonalt nivå legger premisser for hva som kan og må skje framover.

Nytt forslag til fastlegeforskrift er til behandling i Stortinget med høringsfrist 18. Juni 2025.

1.1. Lovregulering og organisering

Grunnstrukturen i norsk helsevesen har en organisering med linjeinndeling mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste.

Legetjenester til befolkningen er mangfoldige og består av ulike ledd. Kommunen med ansvar i første linje – primærhelsetjenesten skal bidra til å sikre kontinuitet og høy kvalitet i tjenestene ved å ivareta og fremme folkehelse samt forebygge og behandle sykdom. Hver innbygger har krav på en fastlege

som sikrer kontinuitet i samhandling med andre helsetjenester og sikrer befolkningen et tilbud om nødvendig helsehjelp. Kommunen skal også sørge for at personer som midlertidig oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.

Spesialisthelsetjenesten drives av regionale helseforetak, og utgjør helsekjedens andre linje. Fastlegen er ofte innbyggernes første kontakt med helsetjenestene og henviser pasienter der det er behov til spesialisert behandling. Fastlegen har en viktig rolle i å koordinere pasientens behov for medisinske tjenester. Ved akutt sykdom eller skade, eller behov for øyeblikkelig hjelp som oppstår på kveld eller natt og som ikke kan vente til neste dag og kontakt med fastlege, kontaktes legevakt. Behandling ved legevakt rapporteres tilbake til fastlegen.

All helsetjeneste i kommunen er hjemlet i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) ¹. I tillegg reguleres primærhelsetjenesten av en rekke andre lover og forskrifter. Utøvelsen av allmennlegetjenesten i kommunen er i hovedsak beskrevet i følgende forskrifter:

- forskrift om fastlegeordning i kommunene (fastlegeforskriften)²
- forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktsordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften)³
- forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften)⁴
- forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (kompetanseforskriften)⁵

Andre reguleringer for utøvelse av legetjeneste i kommunene styres gjennom ulike avtaler mellom stat, kommune og legene selv. Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening om allmennpraksis i fastlegeordningen i kommunene (ASA 4310). Statsavtalen ASA 4301 (se mer i kapittel 2.2). Sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Den norske legeforening om leger og turnusleger i kommunehelsetjenesten (SFS 2305)⁶

Etter helse og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd skal kommunen sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. For å oppfylle dette ansvaret skal kommunen blant annet tilby utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning, jf. § 3-2 nr. 4.

Fastlege er en lege som inngår fastlegeavtale med en kommune om deltakelse i fastlegeordningen, uavhengig av om legen er ansatt i kommunen eller er har en hjemmel som selvstendig næringsdrivende.

¹ [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. \(helse- og omsorgstjenesteloven\) - Lovdata](#)

² [Forskrift om fastlegeordning i kommunene - Lovdata](#)

³ [Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. \(akuttmedisinforskriften\) - Lovdata](#)

⁴ [Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger \(spesialistforskriften\) - Lovdata](#)

⁵ [Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten - Lovdata](#)

⁶ [Legeavtaler - KS](#)

Enhver som er bosatt i en norsk kommune, har rett til å stå på liste hos en fastlege, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 c og forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen § 2. Retten til å stå på liste innebærer at man har rett til å bli prioritert av fastlegen, under dette at det skal være mulig å få legetime hos fastlegen innen fem arbeidsdager, samt å nå legekontoet gjennom telefon for rådgivning og forespørsler.

Kommunens ansvar for fastlegeordning er nærmere regulert i forskrift om fastlegeordning i kommunen. I følge § 4 i forskriften skal kommunen organisere fastlegeordningen og sørge for at personer som ønsker det, får tilbud om plass på fastleges liste, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1c og forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen § 2. Kommunen skal sørge for at et tilstrekkelig antall leger deltar i fastlegeordningen.

Kommunen må sørge for at den totale kapasiteten i ordningen er stor nok til å sikre pasient- og brukerrettighetene. Kapasiteten må blant annet være stor nok til at mulighetene for å bytte fastlege er til stede.

Etter § 34 i forskriften kan ikke fastlegen ha flere enn 2 500 personer på sin liste. Et listetak lavere enn 500 personer må avtales med kommunen. Listen anses lukket når antall innbyggere på listen har nådd fastsatt listetak.

I fastlegeavtalene kan kommunene avtale med fastlege i fulltidspraksis, og om nødvendig pålegge, at vedkommende også skal ivareta andre allmennlegeoppgaver i inntil 7,5 timer per uke. Fastlegen har plikt til å delta i legevakt i kommunen, jf. fastlegeforskriften §§ 12 og 13.

Det kan kreves unntak fra plikten til legevaksarbeid og kommunal bistilling, for eksempel grunnet alder, graviditet eller oppstart i ny hjemmel. Særlig nyutdannede fastleger ønsker ofte fritak fra kommunal bistilling i oppstart i ny praksis, og kommunen kan innvilge dette i inntil 1 år.

1.2. Nasjonale føringer

Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (primærhelsemeldingen)⁷ fra 2015 samt Meld. St. 23 (2024–2025)⁸ – Fornye, forsterke, forbedre – Framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sjukehus, har vært et førende dokumenter. Denne omhandler tiltak som skal legge til rette for en flerfaglig og helhetlig kommunal helse- og omsorgstjeneste, og å sette tjenesten i stand til å møte dagens og fremtidens utfordringer med god kvalitet og kompetanse.

Helsedirektoratet har fått ansvar for evaluering og avlevering av rapporter om utvikling av tjenesten, og har startet en følgeevaluering av planen. Hovedformålet er å undersøke måloppnåelse og effekt av tiltak gjennom brede dokumentstudier, intervjuer og registerdata. Følgeevalueringen som skal ta utgangspunkt i ulike perspektiver og målgrupper, vil gå over flere år.

⁷ [Meld. St. 26 \(2014-2015\) - regjeringen.no](#)

⁸ [Meld. St. 23 \(2024-2025\) - regjeringen.no](#)

Den første evalueringen av Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020–2024⁹ (Evalueringsrapport 1)¹⁰ forelå i 2022. Regjeringen satte samme år ned et eget utvalg til å jobbe med utfordringsbildet som evalueringen viste, da det var behov for en stabilisering av tjenesten etter svak rekruttering over tid. I april 2023 kom ekspertutvalgets rapport, «Gjennomgang av allmennlegetjenesten»¹¹. Arbeidet til utvalget innebærer en gjennomgang av store deler av allmennlegetjenesten, hvorav fastlegeordningen og legevakt er de to tjenesteområdene som det i mandatet vises eksplisitt til. Utvalget har utredet konkrete tiltak for å gjøre fastlegeordningen mer bærekraftig. Det er grunnleggende at de samlede ressursene i helse- og omsorgstjenesten skal utnyttes best mulig. Samtidig skal tjenestetilbudet til befolkningen over hele landet være godt, med bredde, kvalitet, kontinuitet og tilstrekkelig kapasitet.

Evalueringsrapport II¹² kom i mai 2023. Det er flere fastleger, men kortere listelengder enn før. Rekrutteringen har økt, og spesialistutdanningen er styrket. Finansieringen av ordningen er vesentlig styrket, og det har vært en svak, men positiv effekt på fastlegenes arbeidsbelastning. Flere kommuner har egne økonomiske tiltak og merkostnader knyttet til allmennlegetjenesten.

Fastlønnsavtaler i kommuner er økende og i 2022 utgjorde det 45 prosent av alle nye fastlegeavtaler. Flere fastleger i årets undersøkelse foretrekker næringsdrift fremfor fast ansettelse. De samlede funnene i evalueringen tyder på at det fortsatt er betydelige utfordringer med kapasitet, tilgjengelighet og kvalitet i fastlegeordningen, men at det også er noen positive tegn siden fjorårets evalueringsrapport.

Primærhelsemeldingen og helsepersonellkomisjonens utredning NOU 2023:4 Tid for handling viser at personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste¹³ er retningsgivende for denne temaplanen. Sammen med Nasjonal plan for allmennlegetjenesten 2020–2024, og senere tiltak som vil vedtas fra ekspertutvalgets rapport, vil disse være med å prege hvordan ØTK planlegger for legetjenesten.

I 2017 kom en forskriftsendring for kommunens ansvar i forbindelse med allmennmedisinske legetjenester i kommunene¹⁴. Forskriften stiller krav til kommunen om å ha tilgjengelige læringsarenaer, individuell veiledning og ansettelser i tråd med spesialistkompetanse. Dette gjør at ansatte leger som ikke er spesialister i allmennmedisin, må sikres et utdanningsløp. Østre Toten kommune er registrert utdanningsvirksomhet i allmennmedisin, og samfunnsmedisin (ASA-spesialitetene).

Som hovedregel skal alle fastleger, og ansatte leger i kommunen, omfattes av kravene om å være spesialist eller inngå i Folkehelseloven¹⁴ pålegger kommunen å ha nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse for å ivareta oppgaver gitt i loven, blant annet rådgivning i kommunens folkehelsearbeid og utøvelse av hestekompetanse innen miljørettet helsevern, smittevern og beredskap, samt oppgaver gitt gjennom kommunens delegeringsreglement. Smittevernloven utdyper de oppgaver som er tillagt kommunelegen etter denne.

⁹ [Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024; Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert – regjeringen.no](#)

¹⁰ [HPA-evalueringsrapport-2022.pdf \(osloeconomics.no\)](#)

¹¹ [Gjennomgang av allmennlegetjenesten \(regjeringen.no\)](#)

¹² [HPA evalueringsrapport 2023 - 28042023 – Kopi \(osloeconomics.no\)](#)

¹³ [Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten - Lovdata](#)

¹⁴ [Lov om folkehelsearbeid \(folkehelseloven\) - Kapittel 2. Kommunens ansvar - Lovdata](#)

Leve hele livet¹⁵ – strategi for helse- og velferdsområdet 2023–2030 peker på demografiske endringer og ressursknapphet, som noen av utfordringene som Østre Toten i likhet med andre kommuner står overfor. Rekruttere, beholde og utvikle medarbeidere og samordne og koordinere er blant de strategiske grepene som er valgt for å møte utfordringene i planperioden. Temaplanen for allmennlegetjenesten adresserer og bidrar til å gi innhold til disse grepene, gjennom tiltak for å stabilisere fastlegeordningen, sikre kompetanse og bidra til samhandling slik at innbyggere opplever flyt og sammenheng i og mellom tjenester. Utover lov og forskrift samt avtaleverk gis det både nasjonale og lokale føringer basert på kunnskapsgrunnlag i utvikling av tjenester.

Meld. St. 23 (2024–2025) – Fornye, forsterke, forbedre – Framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sjukehus omtaler følgende:

Målet med regjeringens helse- og omsorgspolitik er å skape et helsefremmende samfunn, forebygge sykdom og sikre en moderne, desentralisert helse- og omsorgstjeneste som yter gode, trygge og likeverdige helse- og omsorgstjenester i hele landet. Allmennlegetjenester er fundamentet for likeverdig tilgang til legetjenester og en trygg akuttmedisinsk kjede.

Fire mål: Den offentlige allmennlegetjenesten er innbyggernes førstevalg. Alle innbyggere opplever gode og sammenhengende tjenester, og sosiale forskjeller i helse reduseres. Innbyggere med akutt sykdom får rask og god helsehjelp i hele landet. Kommuner i hele landet tilbyr tilgjengelige, kunnskapsbaserte og gode allmennlegetjenester

For å nå målene om en framtidsrettet allmennlegetjeneste og akuttmedisinsk kjede foreslår regjeringen følgende hovedgrep:

Regjeringen vil stegvis innføre en ny finansieringsmodell for fastlegeordningen. Basistilskuddets andel av finansieringen skal økes med 10 prosentpoeng, pasienttilpasset basistilskudd videreutvikles, og takstsystemet skal forenkles. Endringene i finansieringsmodellen skal bedre kapasiteten, kvaliteten og tilgjengeligheten til fastlegeordningen, særlig for innbyggere med store og sammensatte behov. Endringene skal også understøtte god medisinsk praksis og en styrket portvaktrolle, gjøre allmennlegetjenesten attraktiv for unge leger og fremme samhandling, ledelse og innovasjon.

Regjeringen vil legge til rette for tverrfaglige fastlegekontorer med god oppgavedeling og tverrfaglig samarbeid. Regjeringen starter denne endringen ved å ta sikte på endringer i stønadsforskriften slik at fastleger kan utløse refusjon for konsultasjoner som er delegert til sykepleiere. Gjennom dette tilrettelegges det for at innbyggerne kan møte et bredere faglig tilbud i fastlegekontorene, og bedre samarbeid med de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenestene. Ved å ha flere å dele arbeidsoppgavene med vil fastlegene kunne redusere arbeidsbelastningen eller øke tilgjengeligheten.

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring en modernisert fastlegeforskrift som bedre samsvarer med dagens organisering med flere kommunalt ansatte leger, og gir bedre oversikt over ansvar og oppgaver. Blant annet tydeliggjør den hva som er et virksomhetsansvar i fastlegeordningen. Regjeringen vil utrede ytterligere regulatoriske og finansielle endringer for å fremme ledelse, tverrfaglige og tilgjengelige fastlegekontorer og forenkle kommunens ledelse av næringsdrivende leger.

Krav til bruk og utprøving av nye digitale løsninger. Ta sikte på å forskriftsfeste at fastleger må kunne tilby timebestilling på Helsenorge, og digitale konsultasjoner, for eksempel videokonsultasjoner, og utprøving av en offentlig nettlege. Dette vil kunne øke kapasitet og tilgjengelighet samt bidra til å avlaste fastleger og legevakt. Videre legges det til rette for økt takt i utvikling og innføring av digitale løsninger i

¹⁵ [Leve hele livet - KS](#)

kommunene gjennom helseteknologiordningen, der økonomisk støtte til kommunene er et av virkemidlene.

Utvikle og innføre flere digitale samhandlingsløsninger som skal legge til rette for samarbeid på tvers av nivåene i helsetjenesten, at fastleger vil få tilgang til journaldokumenter fra sykehus, prøvesvar og radiologiske beskrivelser, kritisk informasjon og pasientens legemiddelliste.

Forsterke samarbeidet mellom helsesektoren og arbeids- og velferdssektoren gjennom forenkling av rapportering og bedre informasjonsutveksling. Dette har betydning både for arbeidsdeltakelse og utjevning av sosiale helseforskjeller.

Utarbeide ny strategi for helsekompetanse i befolkningen og legge til rette for enklere informasjon om frisklivs-, lærings- og mestringstilbud. Innbyggerne skal få økt tilgang til digitale verktøy, og kunstig intelligens skal tas i bruk for å forenkle tilgangen til generell informasjon på Helsenorge. Helsenorge skal være en best mulig innbyggerportal. Legge til rette for bedre oppfølging av barn og unge gjennom å vurdere en prøveordning med henvisningsrett for helsesykepleiere til barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP). Bedre kommunenes forutsetninger for å yte gode allmennlegetjenester gjennom endring i kompetansekrav for leger. Øke aldersgrensen for leger i fastlegeordningen og styrke handlingsrom for kommunene til å inngå nye fastlegeavtaler i de tilfeller hvor rekruttering av næringsdrivende fastlege ikke er mulig. Styrke pasientsikkerhet og kvalitet gjennom å utvikle verktøy for kommunene som skal legge til rett for gode oppfølging, læring og forbedring.

Styrke den lokale akuttberedskapen ved å bre ut innovative tjenestemodeller som er utprøvd lokalt, samt ved bruk av teknologi og personell på nye måter. Helseforetak og kommuner skal gjennomgå og planlegge de akuttmedisinske tjenestene i fellesskap slik at pasienter får forutsigbar og god hjelp når de trenger det. Endre finansieringsmodellen for legevakt slik at finansierings- og sørge-for-ansvaret i større grad samles hos kommunene. Det legger til rette for kommunalt handlingsrom, innovasjon og samarbeid med øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester.

1.3. utfordringer, behov og strategisk retning

Østre Toten kommune står overfor store og sammensatte utfordringer i møte med fremtidens krav til helse- og omsorgstjenester. Endringer i demografi, økonomi, forventninger og tilgjengelighet utfordrer dagens organisering av fastlegetjenesten og krever en helhetlig og strategisk tilnærming til utviklingen av tjenestetilbudet. Dette dokumentet tar for seg utfordringsbildet, peker på nasjonale føringer og lokale erfaringer, og presenterer mulige utviklingsområder for en bærekraftig og moderne legetjeneste.

Demografiske endringer og samfunnsutfordringer

Endringer i alderssammensetningen fører til at flere innbyggere i Østre Toten vil ha behov for kommunale helse- og omsorgstjenester i årene som kommer. Flere eldre lever med kroniske lidelser, og det blir også flere yngre brukere med psykiske lidelser og rusproblematikk.

Samtidig vil andelen yrkesaktive synke, og bosettingsmønsteret i kommunen – med mange spredtboende – utfordrer effektiv tjenesteyting. Det vil være avgjørende å finne en god balanse mellom innbyggernes ønsker

og kommunens mulighet for å levere helsetjenester av høy kvalitet.

Økonomiske rammer og bærekraft

Kommuneøkonomien blir stadig strammere, samtidig som kommunene får flere oppgaver og forventninger. Det er lite som tilsier at den økonomiske utviklingen vil bedre seg i overskuelig fremtid. For å sikre bærekraftige tjenester må kommunen planlegge for nullvekst eller til og med nedgang i innbyggertallet.

Kommunene i Norge subsidierer i dag fastlegeordningen med store beløp – i underkant av 600 millioner kroner i 2021. Økte rekrutteringskostnader, konkurranse mellom kommuner og avhengighet av vikarer gjør at ordningen er under økonomisk press.

Fastlegeordningen og rekruttering

Fastlegetjenesten i Østre Toten har de siste årene vært avhengig av bruk av vikarbyrå for å sikre tilstrekkelig bemanning. Flere fastleger har sluttet etter kort tid, til tross for målrettet rekrutteringsarbeid og bruk av 8.2-avtalen.

Årsakene er sammensatte: Økende arbeidsmengde per lege, nye forventninger til arbeidstid, og lite insentiv for å ta på seg kommunale oppgaver. Mange kommuner i GLT-regionen opplever de samme utfordringene og konkurrerer om det samme personellet. Dette er en vesentlig kostnadsdriver.

Kvalitet, ledelse og styring

Dagens fastlegeordning gir kommunen liten styringsrett over den enkelte lege sin prioritering og praksis. Dette vanskeliggjør god medisinsk prioritering og helhetlig ressursutnyttelse. Manglende systemer og data gjør det krevende å følge opp kvalitet og lede tjenesten på en kunnskapsbasert måte.

Det er et klart behov for styrket ledelse, bedre styringsverktøy og tydeligere ansvarsfordeling mellom kommune, legekantor og fastleger. Fastleger bør i større grad involveres i planlegging, folkehelsearbeid og kvalitetsutvikling.

Samarbeid og flerfaglighet

Når flere faggrupper jobber sammen på legekantorene, blir tjenestene mer helhetlige – særlig for pasienter med kroniske og sammensatte lidelser. Likevel skaper det uklarhet for innbyggerne om hvem som har ansvar for hva.

Det anbefales å utvikle tydelige rollebeskrivelser og ansvarslinjer. Videre bør det tilrettelegges for å ansette annet helsepersonell som kan avlaste legene, som:

- Diabetessykepleiere
- Psykisk helsearbeidere
- Bioingeniører
- Helsesekretærer med spesialkompetanse

Dette vil bidra til at legene kan bruke mer tid på pasientbehandling og gjøre tjenesten mer bærekraftig.

Digitalisering og teknologibruk

Moderne teknologi og digitale løsninger er avgjørende for fremtidens helsetjeneste. Dette gjelder både

pasientkontakt (videokonsultasjoner, Helsenorge), informasjonsdeling og drift.

Manglende tilgang på helsedata og fravær av felles systemer svekker muligheten for ledelse, kvalitetssikring og kriseberedskap. Kommunen må få tilgang på relevante data og verktøy for å kunne styre tjenesten.

Struktur og organisering av tjenestene

For å møte kravene i fremtiden, må strukturen i tjenestetilbudet vurderes. Samlokalisering av legesentrene kan være nødvendig for å:

- sikre god faglig dekning
- dele på støttepersonell
- oppnå bedre samhandling
- øke rekrutteringsattraktiviteten

Sentralt plasserte helsetjenester må også ses i sammenheng med transportbehov hos eldre og bevegelseshemmede. Kommunen bør vurdere å tilby transportordninger for denne gruppen.

Pasientopplevelse og tilgjengelighet

Pasient- og brukerombudene rapporterer at omtrent 20 % av klagen gjelder fastleger. Klager omhandler særlig:

- Lang ventetid
- Lite tilgjengelighet
- Manglende digital tilgang
- For liten tid hos lege

Endringer i ventelistesystemet har gjort det vanskeligere å bytte fastlege. Enkelte står uten fastlege i perioder.

Nasjonale føringer og reformarbeid

Nasjonale meldinger og reformer som Samhandlingsreformen og Meld. St. 23 understreker behovet for:

- Bedre integrering av fastleger i kommunale tjenester
- Mer samarbeid og innovasjon
- Styrket kvalitet og ledelse
- Bedre bruk av helsedata
- Økt lokal løsningskapasitet i stedet for sykehusinnleggelse

Helsedirektoratet utvikler nå verktøy for kvalitetsarbeid og styring i fastlegetjenesten. Regjeringen varsler også endringer i ansvarsfordelingen mellom kommuner og fastleger.

Strategiske mål og fremtidige grep

Østre Toten kommune har som overordnet mål å være en attraktiv bokommune med bærekraftige og realistiske økonomiske rammer. Kommunen skal tilby helsetjenester av høy kvalitet til hele befolkningen, med særlig vekt på nærhet, tilgjengelighet og effektiv ressursbruk. For å møte framtidens utfordringer er det avgjørende å sikre god rekruttering og stabilitet i fagmiljøene, og legge til rette for at dyktige fagpersoner både ønsker å komme og bli værende i kommunen.

Det skal arbeides systematisk for å styrke samhandling og ledelse innenfor helse- og legetjenestene, samtidig

som tjenestene skal organiseres på en måte som fremmer samarbeid og helhetlig pasientoppfølging. For å lykkes med dette, må kommunen utvikle mer effektive og samordnede tjenester, og utvide fagmiljøet i legesentrene med flere yrkesgrupper som kan avlaste fastlegene og bidra til bedre pasientforløp.

Videre må det legges til rette for økt bruk av teknologi og digitale kontaktflater, både for å møte innbyggernes forventninger og for å effektivisere arbeidsprosesser. Innsats for økt hverdagsmestring og ansvarliggjøring av innbyggerne vil også være sentralt for å sikre bærekraftige tjenester fremover. I et regionalt perspektiv vil det være viktig å bidra til styrking av Gjøvik som regionsenter, for å motvirke utflytting og sikre en robust utvikling i hele regionen.

Fastlegetjenesten står ved et veiskille. Med tydelige grep, helhetlig planlegging og fornuftig prioritering, har Østre Toten kommune mulighet til å forme en bærekraftig og moderne helsetjeneste for fremtiden. Strategiske valg som tas nå, vil få stor betydning for innbyggernes livskvalitet, kommuneøkonomien og rekrutteringsmulighetene i årene som kommer.

1.4. Forutsetninger for planen

Strategi for fastlegeordningen skal bidra til å sikre likeverdige helsetjenester for innbyggerne i Østre Toten kommune. Likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester for alle innbyggere i Norge innebærer at alle skal ha samme mulighet til å få gode og tilpassede helsetjenester, uavhengig av bosted og sosioøkonomiske forutsetninger.

Strategien beskriver de mest sentrale utfordringene i fastlegeordningen i Østre Toten kommune og fastlegebehovet i kommunen på kort og lang sikt, og hvilke satsinger og endringer som må gjennomføres for å sikre tilstrekkelig kapasitet og dekning i fastlegeordningen.

Strategien skal legge til rette for og støtte fastlegene, og vektlegge arbeidsdelingen og samhandlingen mellom helsepersonell og tjenestenivåene. Kommunens fastleger har en sentral rolle for pasientene som mottar andre kommunale helse- og omsorgstjenester. For disse pasientene er det behov for et enda bedre og tettere samarbeid.

Strategien skal bidra til å utvikle effektive organisasjonsformer og tjenester, og utnytte potensialet i helseteknologi og innovasjon.

Økende forventninger til helsetjenestene i befolkningen, knappere ressurser og økende tjenestebehov gjør det nødvendig med stadig tydeligere prioriteringer. Klare prioriteringer er også en forutsetning for å sikre likeverdig allmennlegetjenester i alle deler av befolkningen.

Strategi for fastlegeordningen omhandler i hovedsak fastlegeordningen og legevakt. Fastlegeordningen påvirkes imidlertid av andre allmennlegetjenester som legetjenester i sykehjem, helsestasjon- og skolehelsetjenester, disse omtales derfor kort.

Strategi for fastlegeordningen bygger på lov og forskrifter, nasjonale og lokale utviklingstrekk og utfordringer. Viktige overordnede føringer for strategiens verdigrunnlag er FNs bærekraftsmål 3: sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder.

2. Beskrivelse av dagens legetjeneste

I perioden 2024 til 2025 gjennomførte kommunen som organisasjon en helhetlig utviklingsplan. I den forbindelse ble legetjenesten organisert i en virksomhet med en virksomhetsleder.

Bakgrunn for å opprette tjenesten som en virksomhet er at fastlegene får stadig økende arbeidsoppgaver med pasienter som tidligere ble behandlet i spesialisthelsetjenesten. Fastlegeforskriften innebærer at kommunen har ansvaret for kvalitet og innhold uavhengig av at legen er selvstendig næringsdrivende eller er ansatt i kommunen.¹⁶

I tillegg er det økende administrativt arbeid med å følge opp hjelpepersonell som helsesekretærer og sykepleiere, samt legene. F.eks. skaffe vikarer, rekruttere leger og hjelpepersonell. Virksomhetsleder skal følge opp fag, økonomi og personell. Legetjenesten har svært varierende utstyr på sine legesentre, og det vil være viktig fremover å standardisere utstyr og IKT tjenester på legesentrene. Dette vil kreve mye oppfølging. Målet er å ha en enhetlig tjeneste med lik standard og profesjonalitet.

Legetjenesten i Østre Toten er en kommunal avdeling underlagt Østre Toten kommunalmedisinske tjenester. Tjenesten består i dag av fire legesentre lokalisert på Lena, Kolbu, Kapp og Skreia.

Østre Toten kommune har pr. juli 2025 totalt 20 fastleger tilknyttet de fire legesentrene. I tillegg har vi en LIS1-lege i rotasjon, som har sitt kontor og praksis ved Skreia legesenter.

Totalt antall listeplasser er 14740. Innbyggertallet er nå 14 840 dvs. listeplasser er tilnærmet likt antall innbyggere. Gjestepasienter samt innbyggere som har fastlege i andre kommuner er tilnærmet likt antall. Dersom alle fastleger skal ha normal arbeidstid (37,5 t/uke), bør gjennomsnittlig listelengde være 750, noe vi har oppnådd. Kommunen informerer regelmessig om hvordan personer uten fastlege må forholde seg om de får behov for legehjelp og ikke har fastlege.

Pr dags dato er det ingen innbyggere i Østre Toten Kommune som står uten fastlege.

Fastlegene arbeider i gruppepraksis ved alle legesentrene. Det betyr at flere leger deler lokaler og samarbeider om driften. Denne modellen gir bedre faglig samarbeid, kollegastøtte og økt fleksibilitet, noe som er positivt både for pasienter og ansatte.

Legetjenesten samarbeider tett med både kommune- og spesialisthelsetjenesten gjennom helsefellesskapet, og fastlegene har et økende ansvar for oppgaver innen forebygging, smittevern, beredskap og oppfølging av pasientforløp. Digitale løsninger som elektronisk pasientjournal (EPJ), e-konsultasjoner og telemedisin er i aktiv bruk for å bedre pasientflyt og tilgjengelighet. Timebestilling, prøvesvar og resepter håndteres digitalt, og det utveksles elektroniske meldinger mellom aktørene.

Ved legesentrene er det i dag ansatt 19 helsesekretærer og sykepleiere. Hjelpepersonellet utfører et bredt spekter av oppgaver, inkludert pasientmottak, laboratoriearbeid, telefonhenvendelser, administrasjon og

¹⁶ [Forskrift om fastlegeordning i kommunene - Lovdata](#)

støtte til legene. For å sikre god variasjon, kompetanseutvikling og fordeling av arbeidsoppgaver, er det innført en daglig rulleringsordning mellom arbeidsstasjoner som resepsjon, laboratorium, telefon og kontorstøtte. Denne ordningen fungerer svært godt og har ført til økt fleksibilitet, styrket samarbeid og bedre forståelse for de ulike funksjonene ved legesentrene. Erfaringene viser at dette bidrar til faglig utvikling og en mer effektiv arbeidsflyt.

Alt hjelpepersonell er organisert under legetjenesten som en virksomhet. Det gir større mulighet til fleksibilitet som stedfortrederordning og å dekke vikarbehov.

Status for legesenterlokalene:

- **Skreia legesenter** har moderne og romslige lokaler som vurderes som de beste i kommunen. Bygget er godt tilrettelagt med universell utforming, god intern logistikk, rikelig med parkeringsplasser og bussforbindelse rett utenfor. Det er også apotek i umiddelbar nærhet.
- **Lena legesenter** har funksjonelle lokaler som gir god arbeidsflyt og effektiv pasientlogistikk. Senteret ligger sentralt i Lena sentrum, med gode parkeringsmuligheter og kort avstand til offentlig transport.
- **Kolbu legesenter** er det største legesenteret i kommunen når det gjelder antall fastleger, men lokalene er for små i forhold til behovet. Deler av driften foregår i midlertidige brakker, og bygget mangler tilfredsstillende universell utforming. Planløsningen, ventilasjon og arkivløsninger er ikke tilpasset dagens krav. Det er imidlertid god parkeringsdekning og busstopp i nærheten.
- **Kapp legesenter** er sentralt plassert med gode parkeringsmuligheter og bussforbindelse. Bygget er likevel preget av slitasje og oppfyller ikke dagens krav til universell utforming og funksjonell planløsning. Det er behov for oppgradering av både teknisk standard og arealmessige forhold.

2.1. Legetjenesten, en virksomhet

Bakgrunn for å opprette tjenesten som en enhet er at fastlegene får stadig økende arbeidsoppgaver med pasienter som tidligere ble behandlet i spesialisthelsetjenesten. Fastlegeforskriften innebærer at kommunen har ansvaret for kvalitet og innhold uavhengig av at legen er selvstendig næringsdrivende eller er ansatt i kommunen.¹⁷

I tillegg er det økende administrativt arbeid med å følge opp hjelpepersonell som helsesekretærer og sykepleiere, samt legene. F.eks. skaffe vikarer, rekruttere leger og hjelpepersonell. Virksomhetsleder skal følge opp fag, økonomi og personell. Legetjenesten har svært varierende utstyr på sine legesentre, og det vil være viktig fremover å standardisere utstyr og IKT tjenester på legesentrene. Dette vil kreve mye oppfølging.

Målet er å ha en enhetlig tjeneste med lik standard og profesjonalitet.

¹⁷ [Forskrift om fastlegeordning i kommunene - Lovdata](#)

1.1. Fastlegetjeneste – ulike måter å organisere tjenesten

I dag er det vanlig at kommuner inngår avtaler med selvstendig næringsdrivende leger for å tilby fastlegetjenester til innbyggerne. Dette er den mest brukte modellen for organisering av fastlegeordningen. I mars 2023 var over 80 % av landets fastleger næringsdrivende, ifølge Helsedirektoratet.

Når en lege er næringsdrivende, reguleres samarbeidet med kommunen gjennom en fastlegeavtale. Legen utfører oppgaver på vegne av kommunen, men kommunen har fortsatt det overordnede ansvaret for at innbyggerne får nødvendige helsetjenester.

En næringsdrivende fastlege driver sin egen virksomhet. Det betyr at legen selv må sørge for lokaler, utstyr og følge regler for drift av bedrift, som skatter og avgifter. Hvis legen trenger ansatte, som helsesekretær, må legen selv ansette og være arbeidsgiver.

Mange næringsdrivende fastleger i Norge samarbeider i gruppepraksiser. Da går flere leger sammen om å drive et legekontor, og deler på kostnader til lokaler, utstyr og ansatte. Hver lege har fortsatt ansvar for sine egne pasienter, men kan ha avtaler om å dekke for hverandre ved fravær. Legene har ofte egne enkeltpersonforetak eller aksjeselskaper, mens legekontoret kan være organisert som et AS, ANS eller DA. De eier vanligvis like mye av legekontoret og tar beslutninger sammen eller etter interne avtaler.

Som et alternativ til næringsdrift kan kommunen ansette fastleger. Dette er vanlig i områder der det ikke er grunnlag for privat drift, men også i større byer øker antallet ansatte fastleger. I mars 2023 var 18,4 % av fastlegene ansatt i kommunen i Norge. Ansatte fastleger får vanligvis fast lønn, og ofte en ekstra del av lønnen som er basert på hvor mye de jobber, for eksempel en andel av refusjoner fra folketrygden. Østre Toten kommune har for tiden 2 fastleger som av eget ønske er fast ansatt i kommunen. Kommunen mottar da basistilskuddet, samt egenandeler og refusjoner fra Helfo. For å motivere til å bruke takstsystemet godt, mottar de fast ansatte legene 30% av refusjoner og egenandeler.

For å tiltrekke og beholde fastleger kan kommuner tilby ekstra støtte til næringsdrivende leger, for eksempel gjennom såkalte 8.2-avtaler. Da kan kommunen bidra med lokaler, utstyr og ansatte, og legen betaler et avtalt beløp for dette. Dette er den mest vanlige driftsformen i Østre Toten kommune, se kapittel 1.2. 8.2 avtale.

I rammeavtalen ASA 4310 står det at hvis legen får støtte fra kommunen, skal legen betale tilbake hele kostnaden, med mindre det er gjort en skriftlig avtale om redusert betaling for en bestemt periode, for eksempel for å rekruttere leger.

Ifølge Helsedirektoratets rapport fra 2021 finnes det ikke en samlet oversikt over hvilke kommuner som gir ekstra støtte, eller hvor mye det koster. Oslo Economics anslo i 2022 at 12 % av fastlegene hadde næringsdrift med 8.2-avtale. En undersøkelse fra samme år viser at mange kommuner har ekstra kostnader knyttet til fastlegeordningen, blant annet til lokaler, utstyr og ansatte.¹⁸ Dette er også tilfelle for Østre Toten kommune. I

¹⁸ [Gjennomgang av allmennlegetjenesten - regjeringen.no](#)

2024 hadde Østre Toten kommune en netto driftsutgift på 16 millioner på fastlegene, og en netto driftsutgift på 8,5 millioner på kommunale legeoppgaver.

1.2. 8.2 avtale

Strategien for fastlegeordningen bygger på kommunestyrets vedtak (KST-071/23), nasjonale føringer og kommunens politiske plattform. Plattformen løfter fram områder av særlig betydning for fastlegeordningen.

8.2-avtale – økonomisk samarbeid med næringsdrivende leger

8.2-avtalen er hjemlet i ASA 4310 – Rammeavtalen mellom KS og Den norske legeforening om allmennlegepraksis. Avtalen gir kommunen mulighet til å inngå økonomiske samarbeidsavtaler med selvstendig næringsdrivende leger.

- Legen er ansvarlig for egen virksomhet og driftsutgifter.
- Dersom legen mottar ytelser fra kommunen (lokaler, utstyr, personell, m.m.), skal kostnadene i utgangspunktet refunderes i sin helhet, med mindre det foreligger en skriftlig avtale om redusert betaling, for eksempel av rekrutteringshensyn.
- Det er kommunen som bestemmer innholdet i en slik økonomiavtale.
- Kommunen har individuell fastlegeavtale og økonomiavtale med hver enkelt lege.

Kommunens forpliktelser og ytelser

Kommunen har ingen økonomiske forpliktelser overfor næringsdrivende leger utover det statlige basistilskuddet (jf. ASA 4310 punkt 8.1). Likevel kan det være hensiktsmessig med samarbeidsavtale, for eksempel:

- Ved samlokalisering med annet helsepersonell
- Ved behov for rekruttering

Avtalene skal evalueres høsten 2025 på bakgrunn av legens etterspørsel.

Dagens ordning i Østre Toten kommune

Kommunen stiller følgende til rådighet for leger:

- Lokaler og drift: strøm, renhold, vaktmestertjenester
- Personell: hjelpepersonell, inkl. kurs/opplæring
- Inventar: møbler, undersøkelsesbenker, GU-stol, hvitevarer
- IT/utstyr: datautstyr, telefoni, standard programvare og drift
- Annet: nødnett (jf. SFS2305 pkt. 6.2), LIS1-driftskostnader, arbeidstøy, Norsk Elektronisk Legemiddelhåndbok (NEL)

I tillegg dekkes:

- Forbruksmateriell: 3000 kr per kurativ ukedag per lege per måned
 - Eksempel: 4 dager = 12 000 kr/mnd
 - Turnusleger: 1500 kr per dag
- Utbetaling skjer samlet til legesenteret, som selv fordeler midlene.

- Legesentrene må selv melde endringer i arbeidsavtaler til kommunen.

Sykdomskompensasjon og minstelønnsgaranti

- Syk-barn-dager: Kommunen dekker inntil 10 dager per lege per år.
 - Utbetales i ettertid, basert på dokumentasjon og takstinntekt.
 - Kompensasjon tilsvarer differansen opp til legeforeningens satser (f.eks. 10 488 kr per dag i 2023).
- Minstelønnsgaranti: Gjelder i 4 måneder fra oppstart
- Kommunen garanterer minimum 10 000 kr i inntjening per kurativ pasientdag.
- Takster og egenandeler trekkes fra.
- Ferie forlenger garantiperioden tilsvarende.

Kommunens økonomiske rammer og formål med 8.2-avtale

- Kommunen beholder basistilskuddet.
- 8.2-avtalen har vært avgjørende for å beholde og rekruttere leger.
- I 2024 var netto driftsutgift for fastlegeordningen 16 mill. kroner, og 8,5 mill. for øvrige legeoppgaver.
- Avtalen bør revideres hvert annet år.

Vilkår ved tildeling og overdragelse av fastlegeavtale

- Fratredende lege kan kreve å overdra praksis til ny lege.
- Praksis omfatter: inventar, husleieavtale og eventuelt kompensasjon for opparbeidet praksis.
- Dersom kommunen har stått for det meste av driften, vurderes verdien av praksis som lav eller ingen.
- KS har vurdert at kommunens ytelser er så omfattende at kompensasjonantagelig ikke kan kreves.
- Overdragelse skjer mellom legene – kommunen er ikke part i avtalen.
- Kommunen har innhentet juridisk vurdering fra KS, som fastslår at det er lovstridig å stille garanti for overdragelse.

Hjemfall av fastlegeavtale

- Dersom avtalen ikke overtas innen seks måneder etter oppsigelse og tre forsøk på utlysning, hjemfaller den til kommunen.
- Da kan kommunen disponere avtalen fritt uten å utbetale kompensasjon til tidligere lege.

Vilkår for kompensasjon ved nye avtaler

- Ved nye avtaler hvor legen mottar ytelser fra kommunen utover basistilskuddet, kan det fastsettes at legen ikke har rett til kompensasjon for opparbeidet praksis ved fratreden.

1.3. Fremtidens legetjeneste

Fremtidens legetjeneste skal møte økende krav til kvalitet, tilgjengelighet og bærekraft. Den vil i større grad være pasientsentrert, digital, tverrfaglig og tilpasset en befolkning med flere eldre og pasienter med sammensatte behov. For å sikre gode helsetjenester fremover må både organisering, teknologi, bemanning og lokaler utvikles i takt med nye behov.

Stortingsmelding 23 (2024–2025) understreker at fremtidens legetjeneste bør etablere team bestående av fastleger, sykepleiere, helsesekretærer, bioingeniører, jordmødre, fysioterapeuter, psykologer og AKS sykepleiere for å løse flere oppgaver på kontoret og avlaste fastlegen. Det er også anbefalt at man skal etablere flere faggrupper på fastlegekontoret som kan styrke kapasitet og kvalitet, spesielt ved økende behov for oppfølging av kroniske og sammensatte lidelser.

Herunder kan rollen til en AKS-sykepleier i legetjenesten ivareta et slik behov og som har utvidet klinisk ansvar i samarbeid med fastlegene. AKS-sykepleier skal fungere som et faglig bindeledd mellom lege, pasient og andre kommunale tjenester. Rollen avlaster fastlegen og gir pasientene raskere tilgang til helsehjelp.

En ny finansieringsmodell skal innføres. Basistilskuddet økes gradvis med 10 prosentpoeng: 4 i 2025, 3 i 2026 og 3 i 2027. Fra 1. januar 2026 skal det bli mulig å få støtte for konsultasjoner som fastlegen har delegert til sykepleier. I 2026 skal det også gjøres endringer i basistilskuddet og takstsystemet for å gjøre det enklere.

Typiske oppgaver AKS-sykepleier kan utføre

- Klinisk vurdering av pasienter med vanlige, stabile eller kroniske tilstander
- Oppfølging av pasienter med f.eks. diabetes, KOLS, psykiske plager eller demens
- Legemiddelgjennomgang og evaluering av behandling
- Forebyggende helsehjelp, sårbehandling og oppfølging etter sykehus
- Delta i tverrfaglige møter og samhandle med hjemmetjenesten

Rekruttering av fastleger gjennom LIS 1 -eller ALIS- stillinger

LIS 1 er obligatorisk for alle som vil bli fastlege eller spesialist. Mange nyutdannede leger kommer ikke videre i utdanningsløpet fordi det er for få LIS1-stillinger nasjonalt. Uten LIS1 får de ikke startet videre ALIS spesialisering, og det bremser derfor tilgangen til nye fastleger.

ALIS er det neste steget etter LIS1 for leger som skal bli spesialister i allmennmedisin, og som ofte arbeider i fastlegepraksis under veiledning.

Ved å tilby flere ALIS og LIS 1 stillinger, kan man koble leger tidligere til fastlegekontorene, skape faglig tilhørighet og gi god veiledning. Erfaring viser at leger som starter ALIS-løpet i en kommune, oftere blir værende.

Flere LIS1- og ALIS-stillinger gjør det mulig å styre utdanning og praksis til geografiske områder med stort behov, slik som mindre kommuner eller områder med høy pasientbelastning.

Ivaretagelse av hjelpepersonell i kommunen

Hjelpepersonell utgjør en helt sentral del av legetjenesten og er avgjørende for at den daglige driften skal fungere effektivt og trygt – både for pasienter og leger. Derfor er tilstrekkelig bemanning og forutsigbare arbeidstider helt avgjørende for å unngå slitasje. Vurdering av oppgavefordeling er derfor viktig og hjelpepersonell skal ha oppgaver tilpasset sin kompetanse, uten å ta over legeansvar eller være under konstant tidspress.

Klare ansvarsområder, god opplæring og medvirkning i forbedringsarbeid gir derfor hjelpepersonellet trygghet

og eierskap i legetjenesten. Systematisk ivaretagelse gjennom kompetanse, involvering, variasjon og støtte gir bedre tjenester for innbyggerne og økt arbeidsglede og lojalitet hos de ansatte.

Økt lederskap

Stortingsmelding 23 (2024–2025) vektlegger betydningen av tydelig ledelse i fastlegebransjen. Ny fastlegeforskrift klargjør kommunens ansvar for ledelse, kvalitetsforbedring og driftsledelse i både kommunale og næringsdrivende legekontorer. Meldingen trekker frem behovet for tydelig arbeidsdeling, bedre oppgavedeling og innovasjon. Det understrekes at god ledelse og klar ansvarsfordeling øker arbeidslyst, reduserer belastning og styrker tilpasningsevnen i legetjenesten.

Det foreslås derfor nye økonomiske insentiver til tverrfaglige kontorer der ledelse og samarbeid oppmuntres.

Økt lederskap krever derfor nærledelse, samhandling og støtte til ansatte. I arbeidet med nybygg eller ombygging av legesentre anbefales det at det etableres fast kontorplass for leder ved det enkelte senter. Dette gir bedre forutsetninger for tilstedeværende ledelse, tett oppfølging av ansatte og smidig daglig drift.

Et eget kontor for leder vil også legge til rette for konfidensielle samtaler, administrative oppgaver og nærhet til fagmiljøet. Dette er i tråd med anbefalinger om styrket lederskap i fastlegetjenesten, slik det fremgår av Stortingsmelding 23 (2024–2025).

Utstyrskrav for fremtidens legetjeneste

Fremtidens legetjeneste forutsetter at legekantorene er tekniske og funksjonelt rustet til å tilby trygge, effektive og digitale helsetjenester. Dette gjelder både medisinsk utstyr, IKT-løsninger og fasiliteter som støtter tverrfaglig arbeid, pasientbehandling og beredskap.

Fremtidens legekantor må være faglig moderne, digitalt velfungerende og fysisk tilrettelagt for både pasientbehandling, samhandling og flerfaglig drift. Investering i riktig utstyr og infrastruktur er en forutsetning for å levere trygge og tilgjengelige helsetjenester til befolkningen og for å sikre attraktivitet for ansatte.

Moderne lokaler og infrastruktur

Fremtidens legekantor må ha universell utforming, god ventilasjon, fleksible arbeidsstasjoner og pasientvennlige løsninger. Derfor må et moderne legekantor ha funksjonelle lokaler som er tilpasset dagens og morgendagens behov. Gode fysiske rammer har stor betydning både for pasientsikkerhet, arbeidsmiljø og tjenestekvalitet.

Nye legekontorer må kunne romme flere faggrupper og ha fleksible romløsninger, som samtalerom, behandlingsrom og møterom til bruk for samarbeid mellom lege, sykepleier, helsesekretær, annet helsepersonell og ledelse. Universell utforming, god belysning, ventilasjon og lydforhold skaper trygghet og trivsel for pasienter. Gode venteområder og tilgang til toaletter og prøvetakingsrom er essensielt. Moderne lokaler gir derfor mulighet for optimal planløsning som understøtter arbeidsprosesser. Tydelig sonedeling mellom pasientområder og arbeidsstasjoner bidrar til mer effektiv drift og mindre forstyrrelser.

Et legekantor som tilbyr gode og moderne lokaler er en viktig faktor for å rekruttere, beholde leger og helsepersonell. Et ryddig, oppdatert og godt utstyrt legekantor signaliserer kvalitet og profesjonalitet.

2. Samarbeidspartnere

I dette kapitlet kommer frem de ulike beskrivelse av samarbeidspartnere og samhandling mellom legetjenesten og øvrige tjenester. Tillitsvalgte for legene er en god bidragsyter for godt samarbeid. Det er jevnlig møter med legenes samarbeidsutvalg der tillitsvalgte for legene og en lege fra hvert legesenter deltar.

2.1. Gjøvik interkommunale legevakt og daglegevaktordning

Kommunen er pålagt å sørge for nødvendig helsehjelp ved akutt sykdom og skade til alle som bor og oppholder seg i kommunen. Tjenesten skal fylle kravene i akuttmedisinforskriften, og andre krav i lov og forskrifter. På dagtid er det organisert daglegevaktordning på hvert legesenter. Gjøvik interkommunale legevakt er lokalisert på sykehuset i Gjøvik.

Legevakt skal kun benyttes ved akutt sykdom eller akutt forverring av kronisk sykdom som ikke kan vente til fastlegen kan kontaktes. Åpningstider er mandag til fredag kl. 1500-0800, og hele døgnet i helgene

2.2. Helsestasjon, skolehelsetjeneste, NAV, barnevern og flykningstjeneste

Helsestasjonstjenester skal gi et tilbud i samsvar med nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom. Helsestasjonen skal tilby barn fire helseundersøkelser med lege første to leveår som en del av helsestasjonsprogrammet. I skolehelsetjenesten skal alle barn på første trinn i grunnskolen tilbys en helseundersøkelse av lege, og legen i skolehelsetjenesten deltar i det helsefremmende og forebyggende arbeidet på individ og systemnivå. Alle kommuner skal ha et helsestasjonstilbud for ungdom (HFU) opptil 20 år. HFU skal ha tilgjengelig lege slik at tjenesten kan gjennomføre sine oppgaver på en faglig forsvarlig måte. Noen oppsøker HFU fordi de mangler fastlege. Dette ivaretas av fastleger i Østre Toten med kommunal bistilling og noen fulltidsansatte leger på helsestasjon og i skolehelsetjenesten.

Kommunen har en sykepleier og lege i deltidsstilling som har et særskilt ansvar sammen med helsestasjonstjenesten for å følge opp nyankomne flyktninger.

Fastlegenes samarbeid med barnevernet er ikke veldig omfattende, men det er særdeles viktig at det fungerer godt når behovet er der. Fastlegene vil ha behov for tilbakemeldinger fra

barnevernstjenesten om hvilke vurderinger som gjøres og hvilke tiltak som iverksettes, for å kunne gi best mulig helsehjelp.

Det er et godt samarbeid mellom NAV og legetjenesten blant annet for å følge opp sykemeldte og ivareta innbyggernes rettigheter for ytelser fra NAV.

2.3. Sykehjem og sykehjemslege

På Labo er det 1,6 årsverk for sykehjemslege fordelt på to ansatte. Sykehjemslegene jobber hovedsakelig klinisk og har behandlingsansvar for alle pasienter som har langtidsplass, samt at de gir legetilsyn til pasienter som oppholder seg på korttidsplass og KAD.

2.4. Hjemmetjenester

Det er tett samarbeid mellom fastleger og hjemmetjenesten om pasienter som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester. Dialog mellom fastlegene og hjemmesykepleien foregår i hovedsak via elektroniske meldingsutveksling, og kommunikasjonen foregår på dagtid.

Helsehjelp til pasienter som ønsker å dø hjemme, er en viktig felles oppgave for hjemmetjenestene og fastlegen. Dette krever godt tverrfaglig samarbeid med fastlegen, hjemmesykepleien og annet helsepersonell som gir tjenester i hjemmet.

Fysio- og ergoterapitjenesten har et utstrakt samarbeid med legetjenesten, spesielt i forhold til Rehabilitering, hjelpemiddelformidling og koordinatorsaker. Kommunikasjon foregår hovedsakelig via elektroniske meldinger på dagtid.

2.5. Samfunnsmedisin i Østre Toten kommune

Roller og arbeidsoppgaver for leger i samfunnsmedisinske stillinger omfatter lokal helsemyndighet, smittevern, folkehelse, miljørettet helsevern, beredskap, vedtak om tvungen legeundersøkelse, setteforskriving, samarbeid med spesialisthelsetjenesten, samarbeid med utdannings – og forskningsinstitusjonene, plan – og utredningsarbeid, medisinsk faglig rådgivning og administrative oppgaver. Kommuneoverlege og vikarierende kommuneoverleger har samfunnsmedisinsk ansvar.

2.6. Samhandling med spesialisthelsetjenesten

Det er etablert et samarbeid med lederne for legetjenestene i GLT. Dette er viktig for å utveksle ideer og erfaringer og for å ha en mest mulig lik tilnærming til felles utfordringer innen legetjenesten.

Fastlegene samarbeider med alle kommunale helse- og omsorgstjenester, men også med sykehus. Helsefellesskapene er en ny samarbeidsarena for kommunen og helseforetakene. Fastlegen har en viktig rolle i samarbeidsstrukturen, og er involvert på alle nivå i helsefellesskapene.

Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten fungerer i all hovedsak godt. Den gradvise overføringen av nye oppgaver fra sykehusene til fastlegene er en betydelig utfordring. Oppgaveoverføringen fra sykehus til kommunene er et faktum, og fastlegene har fått betydelig økt arbeidsmengde. Oppgavene kommer på toppen av andre ekstraoppgaver og et generelt stort arbeidspress. Det er utarbeidet generelle retningslinjer for samarbeid mellom fastlege og spesialisthelsetjenesten som tydeliggjør ansvars- og oppgavedelingen i den medisinske samhandlingen. Det er inngått en avtale med spesialisthelsetjenesten om sykehustjeneste for allmennleger i spesialisering (ALIS). Avtalen skal bidra til å sikre gode og helhetlige utdanningsløp for ALIS. Avtalen skal sammen med andre planlagte kommunale tiltak for å rekruttere fastleger, gjøre det mer attraktivt for unge leger å bli fastlege.

3. Strategiområder og mål

Strategiområder

- Kompetanse, kvalitet, kapasitet og beredskap
- Drift, organisering og samhandling
- Bærekraft, innovasjon og digitalisering

3.1. Kompetanse, kvalitet, kapasitet og beredskap

Mål

- Sikre likeverdige helsetjenester og god akuttmedisinsk beredskap for hele befolkningen.
- Tilby kvalitativt og kvantitativt gode legetjenester.
- Videreutvikle kommunen som utdanningsarena for allmennleger.
- Styrke kvalitetsforbedringsarbeidet.
- Rekruttere og beholde tilstrekkelig antall leger.

Tiltak

- Støtte fastlegene med:
 - Klare forventningsavklaringer
 - Felles informasjonskanaler
 - Introduksjonsprogram
 - Kompetanseheving
 - Velfungerende vikarordninger
- Organisere legetjenesten som egen virksomhet med dedikert virksomhetsleder.
- Skape attraktive arbeidsvilkår og opprettholde gode samarbeidsavtaler (bl.a. 8.2-avtaler).
- Anerkjennelse fastlegene gjennom:
 - Faglige dialogarenaer
 - Individuelle samtaler om listelengde og arbeidsvilkår
- Bedre informasjonsflyten gjennom kommunens systemer og kommunikasjonskanaler.
- Legge til rette for kollegastøtte og erfarne leger som veiledere.
- Rask ALIS-oppstart for nyutdannede leger.
- Utvikle og vedlikeholde beredskapsplaner og gjennomføre regelmessige øvelser.
- Bidra til trygg avgang for fastleger som går av med pensjon.
- Styrke synlighet mot medisinstudenter:
 - Temadager
 - Hospitering og jobbtilbud på legekantor
 - Samarbeid med NTNU Gjøvik når medisinstudiet starter

3.2. Drift, organisering og samhandling

Mål

- Organisere legetjenesten bærekraftig, fremtidsrettet og effektivt.
- Sikre tilgjengelige og høyverdige tjenester gjennom tverrfaglig samarbeid.

Tiltak

- Fremme arbeidsdeling og samarbeid mellom yrkesgrupper.
- Stimulere til samlokalisering av tjenester.
- Prøve ut modeller for flerfaglig samarbeid.
- Fokus på:
 - Optimal ressursbruk og budsjettstyring
 - Effektiv praksis og bruk av teknologi
 - Kontinuerlig forbedring og kvalitetsarbeid
- Klare strukturer og ansvarsfordeling i fastlegetjenesten.
- Tilstrekkelig medisinsk utstyr og personellkapasitet.
- Hjelpepersonell samlet i legetjenesten som virksomhet for fleksibilitet.
- Samarbeid:

- Internt mellom fastleger, sykepleiere og hjelpepersonell
- Eksternt med spesialisthelsetjeneste, helsefellesskapet og andre

3.3. Bærekraft, innovasjon og digitalisering

Mål

- Tilby digitale helse- og omsorgstjenester med høy kvalitet og tilgjengelighet.
- Bruke teknologi for å effektivisere og forbedre helsetjenestene.

Tiltak

- Økt bruk av digitale løsninger i legetjenesten.
- E-helse:
 - Implementere skybaserte EPJ-løsninger i samarbeid med regionen
 - Øke bruken av telemedisin for enklere pasienttilgang
 - Tilrettelegge for digitale konsultasjoner og spesialistoppfølging
- Mobile helseapper:
 - Støtte pasienters egenomsorg
 - Anbefale trygge apper og sikre helsepersonells kjennskap til disse
- Personvern og datasikkerhet:
 - Streng etterlevelse av nasjonale regler
 - Kontinuerlig oppgradering av sikkerhetssystemer
 - Opplæring av ansatte
- Samhandling med spesialisthelsetjenesten:
 - Felles digitale plattformer og sømløs informasjonsdeling
 - Integrasjon av EPJ-systemer
 - Telemedisinsk samarbeid for spesialisttjenester

4. Økonomiske konsekvenser og budsjettmessige prioriteringer

Finansieringen av fastlegeordningen er i stor grad avhengig av hvilke nasjonale tiltak som vedtas. Dette skaper stor usikkerhet knyttet til kostnadsanslagene for ulike tiltak. Strategien må derfor følges opp med en handlingsplan som inneholder konkrete tiltak, og disse må kostnadsberegnes for å sikre at strategiens mål kan nås.

Gjennomføringen av tiltakene vil være avhengig av prioriteringene i kommunens handlings- og økonomiplan samt de årlige budsjettprosessene. Lokalpolitiske beslutninger legger føringer for hvilke økonomiske prioriteringer som gjøres.

Ved tildeling av fastlegeliste har en fratreddende lege rett til å overføre sin praksis til en overtakende lege. Overdragelsesvilkårene avtales mellom partene, og kommunen er ikke part i denne avtalen.

Kommunen har ingen økonomiske forpliktelser overfor næringsdrivende fastleger utover det statlige basistilskuddet, slik det fremgår av ASA 4310 punkt 8.1 og statsavtalen ASA 4301. Dette inkluderer også eventuelt utjamningstilskudd. Dersom kommunen vurderer det som hensiktsmessig, kan det inngås en økonomisk samarbeidsavtale med den næringsdrivende legen, ofte omtalt som en "8.2-avtale". En slik avtale kan være aktuell dersom legen skal arbeide i kommunale lokaler sammen med annet helsepersonell, eller som et tiltak for å møte rekrutteringsutfordringer.

Flere kommuner, som GLT-kommunene, har valgt å tilby slike avtaler for å sikre stabil legedekning. Alternativet er ofte økt bruk av vikarer, noe som både er kostbart og mindre gunstig for kontinuitet i pasientbehandlingen.

Dersom kommunen etter seks måneder fra oppsigelsesfristens utløp, og etter minst tre korrekte utlysninger, ikke lykkes i å rekruttere en kvalifisert lege som er villig til å betale for opparbeidet praksis, hjemfaller fastlegeavtalen til kommunen. I slike tilfeller står kommunen fritt til å disponere over avtalen, og det gis ingen kompensasjon til den fratreddende legen.

I perioden mellom oppsigelsesfristens utløp og eventuell hjemfall av avtalen, har kommunen ansvar for å sette inn vikar og dekke dokumenterte driftsutgifter. Kommunens plikt til å dekke slike utgifter gjelder i inntil seks måneder etter oppsigelsestidens utløp. Samtidig vil den fratreddende legen fortsatt eie praksisen, og dette må reguleres i en egen avtale.

Begrepsliste:

- ALIS: Allmennleger i spesialisering
- Basistilskudd: Tilskudd som gis fra Helfo etter beregningsmodell.
- 8.2 avtale: Avtale om økonomisk samarbeid mellom lege og kommunen. Kommunen mottar basistilskuddet mot å levere tjenester som hjelpepersonell, lokaler osv. etter nærmere avtale.
- E-helse: -helse er bruk av informasjon og kommunikasjonsteknologi (IKT) for å forbedre effektivitet, kvalitet og tryggleik i helse- og omsorgssektoren.
- Telemedisin
- Gjestepasienter
- KAD: Kommunale akutte døgnplasser
- GLT: Gjøvik, Land- og Totenkommunene

vedleggs liste:

Statesikk

Begrepslista

Oppsummerende tiltak kap 5

[HELSE.docx](#)

[Folkehelseprofil-2024 Østre Toten Kommune.docx](#) [Hyppigste diagnosene.docx](#)
[Sykebesøk- antall.docx](#)

