

HØRINGSUTKAST

Temaplan for legetjenester i Steinkjer kommune 2026–2034

Utkast til behandling i hovedutvalg for helse- og omsorg

Allmennlegetjenesten
Samfunnsmedisinsk legetjeneste

HØRINGSUTKAST

Innhold

Temaplan for legetjenester i Steinkjer kommune 2026–2034.....	1
Utkast til behandling i hovedutvalg for helse- og omsorg.....	1
Sammendrag	4
1. Innledning og formål	5
1.1 Bakgrunn	5
1.2 Formål.....	5
1.3 Planens avgrensning	5
1.4 Avgrensning mot andre planer.....	6
1.5 Evaluering av Plan for legetjenester 2021–2024	6
2. Lovgrunnlag og sentrale føringer	7
2.1 Lover og forskrifter	7
2.2 Sentrale nasjonale føringer.....	7
2.3 Avtaleverk	7
2.4 Kommunale plan- og styringsdokumenter	7
3. Slik er planen laget	8
3.1 Arbeidsprosess	8
3.2 Datakilder.....	8
3.3 Medvirkning	8
4. Begrepsavklaringer	8
5. Kunnskapsgrunnlag	9
5.1 Befolkningsutvikling	9
5.2 Legeårsverk og ressursfordeling	10
5.3 Helsestasjon og skolehelsetjeneste.....	10
5.4 Helsetilstand og sosial ulikhet i helse	11
5.5 Beredskap, totalforsvar og One Health.....	11
5.6 Legevakt og akuttmedisinsk beredskap.....	12
5.7 Oppgaveportefølje og arbeidsbelastning i fastlegeordningen.....	12
5.8 Forventninger og digitalisering.....	13
5.9 Rekruttering og generasjonsskifte	13
6. Dagens status for legetjenestene.....	13
6.1 Fastlegeordningen	13
6.2 Sykehjemslege og institusjonstjeneste	14
6.3 Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjonslege	15
6.4 Migrasjonshelsetjeneste	16
6.5 Legevakt	16
6.6 LIS1	17
6.7 ALIS	17
6.8 Samfunnsmedisinsk kompetanse, kommuneoverlegefunksjonen	17
7. Målhierarki	17

HØRINGSUTKAST

7.1 Forankring i kommuneplanens samfunnsdel	17
7.2 Samarbeidsavtaler med HNT	17
7.3 Mål for planperioden 2026–2034	18
8. Strategier og handlinger	18
Prioritering av strategier	18
8.1 Mål 1: Stabil kapasitet og reell mulighet til å bytte fastlege	19
8.2 Mål 2: Spesialiserte og kompetente leger	21
8.3 Mål 3: Kvalitet, prioritering og samordnede pasientforløp	22
8.4 Mål 4: Robust samfunnsmedisinsk kapasitet	23
9. Oppfølging, indikatorer og evaluering	25
10. Risiko og forutsetninger	25
11. Kobling til bærekraftsmålene	26
Referanser	27
Vedlegg	30
Vedlegg A	30
A.1 Befolkningsdata for Steinkjer kommune i planperioden	30
A.2 Fastlegeordningen, status per august 2026	30
A.3 Folkehelseprofil 2026, nøkkelindikatorer	34
A.4 Oppvekstprofil 2026, nøkkelindikatorer	35
A.5 KOSTRA 2025, legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester	36
A.6 Antibiotikaforskrivning og AMR	37
A.7 Legevaktaktivitet	37
Vedlegg B. Avtalemodeller legetjenester	38
B.1 Avtalemodeller i dagens fastlegeordning	38
B.2 Andre kommunale tilskudd i dagens fastlegeordningen	39
B.3 Fremtidige avtalemodeller og tilskuddsordninger	39

Sammendrag

Temaplan for legetjenester i Steinkjer kommune 2026–2034 skal gi politisk og administrativ retning for utviklingen av kommunens legetjenester i planperioden. Planen omfatter allmennlegetjenesten (fastlegeordningen, legevakt, institusjonslege, helsestasjons- og skolehelsetjeneste, migrasjonshelsetjeneste samt LIS1- og ALIS-ordningene) samt den samfunnsmedisinske legetjenesten, herunder kommuneoverlegefunksjonen, smittevern, miljørettet helsevern, folkehelse og helseberedskap.

Steinkjer står foran et økende behov for legekompetanse. Befolkningen blir eldre, antallet innbyggere med kroniske og sammensatte helseutfordringer vil øke, og tjenestene må håndtere rekruttering, kontinuitet og kapasitet samtidig som kommunens økonomiske handlingsrom er begrenset.

Planen bygger på fire overordnede mål:

- 1. Stabil kapasitet og reelt valg av fastlege.** Kommunen skal ha tilstrekkelig fastlegekapasitet, åpne lister og virkemidler som bidrar til å rekruttere og beholde leger. Næringsdrift videreføres som hovedmodell, med hybrid- og fastlønnsløsninger når rekrutteringssituasjonen tilsier det. Kommunen skal følge utviklingen i kapasitet, rekruttering, vaktbelastning og generasjonsskifte, og vurdere nye hjemler og andre tiltak ved behov. En bærekraftig organisering av legekantorstruktur må bidra til å understøtte målsettingen.
- 2. Spesialiserte og kompetente leger.** Kommunen skal legge til rette for at leger i kommunale tjenester er spesialister eller er i godkjente spesialiseringsløp. ALIS-ordningen, LIS1-tjenesten, veiledning, faglig fellesskap og nødvendig kompetanseutvikling er sentrale virkemidler. Dette skal styrke kvaliteten i tjenestene og gjøre Steinkjer til en attraktiv kommune for leger i ulike faser av yrkeslivet.
- 3. Kvalitet, riktig prioritering og samordnede pasientforløp.** Legetjenestene skal arbeide systematisk med kvalitet, pasientsikkerhet og forbedring. Fastleger, kommunale leger og øvrige tjenester skal samarbeide om pasienter med store og sammensatte behov. Planen prioriterer særlig forsvarlig legeressurs i institusjon, utvikling av kvalitetsarbeid i fastlegepraksis, bedre samhandling med spesialisthelsetjenesten og robuste tjenester for barn, unge og migranter.
- 4. Robust samfunnsmedisinsk kapasitet.** Kommuneoverlegefunksjonen skal ha nødvendig kompetanse, kapasitet og kontinuitet til å ivareta lovpålagte oppgaver innen folkehelse, smittevern, miljørettet helsevern og beredskap. Manglende stedfortrederfunksjon og personavhengighet er identifisert som særskilte sårbarheter. Kommunen skal derfor etablere en forutsigbar stedfortrederløsning, vurdere interkommunalt samarbeid der dette styrker robustheten, og sikre at kommuneoverlegen involveres tidlig i relevant planlegging, beredskap og krisehåndtering.

Strategiene er prioritert etter alvorlighet, ressursbruk og rettslig forankring. Særlig kritiske områder er fastlegekapasitet og rekruttering, legeressurs i institusjon og stedfortrederfunksjon i samfunnsmedisinsk kapasitet. Tiltak med budsjettmessige konsekvenser behandles gjennom kommunens årlige handlings- og økonomiplan, mens lokale avtale- og driftsmodeller utvikles i dialog med fastlegene og i tråd med gjeldende avtaleverk, som et eget avtaledokument.

Planen skal følges opp med indikatorer, årlig rapportering og justering av tiltak ved behov. Den er dermed ikke en garanti for at alle utfordringer løses, men et forpliktende styringsgrunnlag for å identifisere risiko tidlig, prioritere ressursene riktig og utvikle legetjenester som er faglig forsvarlige, tilgjengelige og bærekraftige for innbyggerne i Steinkjer.

HØRINGSUTKAST

1. Innledning og formål

1.1 Bakgrunn

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige allmennlegetjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 3-2. Organisering av fastlegeordningen er kommunens ansvar, og kommunen skal sørge for at personer som ønsker det, får tilbud om plass på fastleges liste, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1c. Kommunen skal videre ha samfunnsmedisinsk kompetanse til å ivareta oppgaver gitt i folkehelseloven, smittevernloven og forskrift om miljørettet helsevern.

Temaplan for legetjenester 2021–2024 ble vedtatt under helt andre rammebetingelser enn de som gjelder ved inngangen til denne planperioden. Siden den gang er pasienttilpasset basistilskudd innført (mai 2023), tilskuddet for nye fastleger er etablert, ny fastlegeforskrift er vedtatt (2. desember 2025, i kraft 1. januar 2026), basistilskuddets andel av fastlegenes inntekter er styrket med 3 prosentpoeng (juli 2025), og en opptrappingsplan på ytterligere 10 prosentpoeng over tre år er varslet gjennom statsavtalen mellom staten, KS og Den norske legeforening (Statsavtalen, 2025). Den nye fastlegeforskriften klargjør grensesnittet mellom kommunens overordnede ansvar og virksomhetsansvaret til næringsdrivende fastleger og fastlegekontor. Fastlegeforskriften og tilhørende nasjonale føringer regulerer kommunens og fastlegenes ansvar, herunder krav til tilgjengelighet, organisering og digital kommunikasjon. Nasjonale endringer i finansiering, regelverk og organisering av fastlegeordningen påvirker kommunens handlingsrom i planperioden.

Helsedirektoratet publiserte i 2025 nasjonal veileder for kommunens organisering av kommuneoverlegefunksjonen og samfunnsmedisinsk arbeid i kommunen. Veilederen er en sentral premiss for det samfunnsmedisinske området i denne planen (Helsedirektoratet, 2025a).

1.2 Formål

Temaplanen skal:

- Sikre at utviklingen i legetjenestene dekker behovene befolkningen har for primærlegetjenester og samfunnsmedisinske tjenester, og at tjenestene i omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov og forskrift.
- Gi forutsigbarhet for utviklingen av legetjenestene og beslutningsgrunnlag for politiske og administrative prosesser.
- Operasjonalisere kommuneplanens samfunnsdel på legetjenestenes område og koble denne mot handlings- og økonomiplaner.
- Tydeliggjøre kommunens ansvar for samfunnsmedisinsk kompetanse og kapasitet i tråd med nasjonal veileder for kommuneoverlegefunksjonen.

1.3 Planens avgrensning

Temaplanen er et strategisk styringsdokument, ikke en avtale mellom partene.

Planen fastsetter strategiske prinsipper for kommunens organisering og utvikling av legetjenestene. Konkrete økonomiske satser, tilskuddsordninger og individuelle eller lokale avtalevilkår fastsettes i handlings- og økonomiplan, delegerte vedtak og forhandlinger i tråd med gjeldende avtaleverk.

Prinsipper for driftsmodeller og virkemiddelbruk fremgår av vedlegg B, som også viser gjeldende satser til orientering. Endringer i satser og avtalevilkår vedtas gjennom handlings-

HØRINGSUTKAST

og økonomiplan, delegerte vedtak og forhandlinger i tråd med gjeldende avtaleverk, ikke gjennom selve temaplanen.

1.4 Avgrensning mot andre planer

Temaplanen avgrenses mot, og koordineres med:

- Kommuneplanens samfunnsdel 2021–2032, som overordnet føring.
- Budsjett- og økonomiplan, som operasjonaliserer tiltak med ressursbehov.
- Plan for helse og omsorg og Leve hele livet-reformen, som beskriver tilstøtende tjenester.
- Handlingsplan for folkehelse, som overlapper på det samfunnsmedisinske området, men har eget formål.
- Plan for helsemessig og sosial beredskap, som utdyper kommuneoverlegens beredskapsrolle.
- Helhetlig ROS 2023–2026
- Helsefellesskapet i Nordre Trøndelag, som regulerer samhandlingen med Helse Nord-Trøndelag HF.
- Kommunens oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter folkehelseloven §5
- Gjeldende kommunal planstrategi, herunder vedtak om videreføring av tidligere planstrategi inntil ny strategi er vedtatt.

1.5 Evaluering av Plan for legetjenester 2021–2024

Tabellen nedenfor oppsummerer måloppnåelse for foregående planperiode. Evalueringen er basert på lokale data, KOSTRA og administrativ gjennomgang. Måloppnåelsen er vurdert ut fra dokumenterte resultater, tilgjengelige nøkkelindikatorer, oppfølging av tiltak og administrativ vurdering.

Nr.	Mål 2021–2024	Status	Kommentar
1	Nødvendige allmennmedisinske tjenester til rett tid.	Delvis oppnådd	Kapasiteten har vært tilstrekkelig de fleste periodene, men rekrutteringsutfordringer medførte at kommunen i perioder manglet nok åpne fastlegelister. Daglegevakten er opprettholdt.
2	Attraktiv arbeidskommune, uten rekrutteringsutfordringer.	Ikke oppnådd	Rekrutteringsutfordringene i fastlegeordningen vedvarer og er i tråd med nasjonal trend. Hybridmodell og fastlønn er benyttet som supplement til næringsdrift.
3	Akuttmedisinske tjenester og beredskap prioriteres høyt.	Oppnådd	Legevakten er operativ hele døgnet. Legevaktoverlegerollen er ivaretatt.
4	Offentlig allmennmedisinsk legetjeneste av god kvalitet.	Delvis oppnådd	Sykehjemslegenormen er ikke nådd ved alle institusjoner. Helsestasjonslegeressursen er opprettholdt. LIS1-løpet er videreført.
5	Fokus på spesielt prioriterte grupper.	Delvis oppnådd	Frisklivstilbud og RPH er videreført. Arbeid mot utenforskap pågår. Brukerundersøkelse av fastlegetjenesten er ikke gjennomført.
6	Fremtidsrettet samfunnsmedisinsk tjeneste av god kvalitet.	Delvis oppnådd	Kommuneoverlegen er spesialist i samfunnsmedisin. Beredskapsrollen og de lovpålagte samfunnsmedisinske oppgavene er ivaretatt. Stedfortrederfunksjon mangler.
7	God samhandling internt og med spesialisthelsetjenesten.	Delvis oppnådd	ALU og SU er operative. Helsefellesskapet i Nordre Trøndelag er etablert. Ytterligere forbedringer i samhandling rundt komplekse pasienter gjenstår.

HØRINGSUTKAST

Tabell 1. Måloppnåelse for Plan for legetjenester i Steinkjer kommune 2021–2024, vurdert ut fra lokale data, KOSTRA og administrativ gjennomgang.

2. Lovgrunnlag og sentrale føringer

Følgende regelverk er særlig relevant for planens virkeområde. Oversikten er ikke uttømmende.

2.1 Lover og forskrifter

- Helse- og omsorgstjenesteloven (hol.)
- Folkehelseloven
- Pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.)
- Helsepersonelloven
- Smittevernloven
- Fastlegeforskriften (vedtatt 2. desember 2025, i kraft 1. januar 2026)
- Forskrift om miljørettet helsevern
- Akuttmedisinforskriften
- Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Forskrift om kommunens plikt til å sørge for øyeblikkelig hjelp døgntilbud
- Spesialistforskriften

2.2 Sentrale nasjonale føringer

- Meld. St. 23 (2024–2025) Fornye, forsterke, forbedre - fremtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus
- Meld. St. 21 (2024–2025) Helse for alle - rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste
- Meld. St. 9 (2023–2024) Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027. Vår felles helsetjeneste.
- Meld. St. 15 (2022–2023) Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar.
- NOU 2023:4 Tid for handling - personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste
- Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten (2023)
- Helsedirektoratet (2025): Nasjonal veileder for kommunens organisering av kommuneoverlegefunksjonen og samfunnsmedisinsk arbeid i kommunen
- Helsedirektoratet (2024): Nasjonal veileder for prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester

2.3 Avtaleverk

- ASA 4310 - Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene
- SFS 2305 - Sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Den norske legeforening om vilkår for leger og turnusleger i kommunehelsetjenesten
- Statsavtalen 20. juni 2025 om finansiering av fastlegeordningen (Statsavtalen, 2025)
- Samarbeidsavtale mellom Steinkjer kommune og Helse Nord-Trøndelag HF, med tilhørende tjenesteavtaler

2.4 Kommunale plan- og styringsdokumenter

- Kommuneplanens samfunnsdel 2021–2032.

HØRINGSUTKAST

- Planstrategi 2020–2024 (videreført som gjeldende inntil ny planstrategi er vedtatt av kommunestyret)
- Budsjett- og økonomiplan
- Plan for helsemessig og sosial beredskap
- Helhetlig ROS 2023–2026
- Handlingsplan for folkehelse
- Plan for helse og omsorg

3. Slik er planen laget

3.1 Arbeidsprosess

Planarbeidet er ledet av administrativ ledelse og kommuneoverlegen. Fastleger, kommunale leger og SU er involvert. Før endelig behandling innhentes høringsinnspill fra innbyggere, bruker- og pårørendeorganisasjoner, tillitsvalgte, relevante kommunale tjenester med flere.

Hovedutvalget for helse og omsorg behandler planen 2. september 2026. Planen legges deretter ut på offentlig høring i tre uker. Endelig politisk behandling skjer i kommunestyret 21. oktober 2026.

3.2 Datakilder

Planen bygger på følgende datakilder:

- Folkehelseprofil 2026 for Steinkjer (Helsedirektoratet/FHI).
- Oppvekstprofil 2026 for Steinkjer (Helsedirektoratet/FHI).
- Befolkningsframskrivninger fra SSB (hovedalternativet MMMM)
- KOSTRA-tall 2025 for primærhelsetjenesten i Steinkjer sammenlignet med KOSTRA-gruppe 9 og fylkesgjennomsnitt.
- Fastlegestatistikken fra Helsedirektoratet og oppdatert basistilskuddsstatistikk.
- Lokale data fra enhet legevakt og legetjenester.

Steinkjer kommune har per i dag ikke en oppdatert oversikt over helsetilstanden i befolkningen etter folkehelseloven § 5. Det forrige oversiktsdokumentet ble utarbeidet i 2020 og er ikke rullert i takt med kommuneplanens samfunnsdel. Temaplanen bygger derfor på folkehelseprofilen og oppvekstprofilen fra Helsedirektoratet/FHI (2025/2026), supplert med KOSTRA-tall, SSBs befolkningsframskrivninger og Ungdata, som det nærmeste tilgjengelige kunnskapsgrunnlaget. Dette er anerkjente datakilder som dekker hoveddimensjonene i et § 5-oversiktsdokument, men de er ikke sammenstilt i et kommunalt eid og politisk behandlet dokument.

3.3 Medvirkning

Planen har vært diskutert i SU, og legges ut til offentlig høring på kommunens hjemmeside.

4. Begrepsavklaringer

Begrep	Forklaring
Allmennlege	Lege som arbeider innen allmennmedisin, i eller utenfor fastlegeordningen.
ALIS	Allmennlege i spesialisering, leger i utdanningsstilling mot spesialitet i allmennmedisin (tilsvarende LIS2/3 i sykehus)
ALU	Allmennlegeutvalget, samarbeidsutvalg mellom fastlegene i kommunene for å ivareta legenes oppgaver i fastlegeordningen

HØRINGSUTKAST

ASA 4310	Sentral rammeavtale mellom KS og Legeforeningen som regulerer allmennlegepraksis i fastlegeordningen.
Basistilskudd	Pasienttilpasset listeinnbyggertilskudd som kommunen utbetaler månedlig til fastlegene.
Fastlege	Allmennlege som har avtale med kommunen om å drive allmennpraksis i fastlegeordningen.
Hybridmodell	Hybridmodell: lokal drifts- og avtaleform innenfor gjeldende avtaleverk, der kommunen og legen fordeler inntekter, driftsutgifter og ansvar etter nærmere avtale. I Steinkjer omtales 8.2-avtaler som hybridmodell.
Kommuneoverlege	Kommunens medisinskfaglige rådgiver og sentrale samfunnsmedisinske funksjon. Funksjonen skal bidra til at kommunen har nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse og ivareta oppgaver innen blant annet folkehelse, smittevern, miljørettet helsevern og helsemessig beredskap. Myndighet og hastekompetanse følger av relevant lovgivning og delegasjon.
LIS1	Lege i spesialisering del 1, første del av legers spesialistutdanning (12 måneder, derav 6 måneder i kommunehelsetjenesten)
One Health/En helse	Tilnærming som ser menneskers, dyrs og miljøets helse i sammenheng, og som forutsetter samarbeid på tvers av sektorene for å forebygge og håndtere felles helsetrusler, som zoonoser, antibiotikaresistens og klimarelaterte helserisikoer. Omtalt i kap. 5.5 og strategi 4.3.
Samfunnsmedisin	Legespesialitet rettet mot befolkningens helse, forebygging, smittevern, miljørettet helsevern, beredskap og medisinsk faglig rådgivning til kommunen.
SFS 2305	Sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Den norske legeforening om lønns- og arbeidsvilkår for leger og turnusleger i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Regulerer blant annet lønn, arbeidstid, vaktordninger og veiledningsansvar for leger i kommunal fastlønnsstilling.
SKIL	Senter for kvalitet i legekontor, ideelt selskap eid av Legeforeningen, tilbyr kvalitetsforbedringskurs til fastleger.
SU	Samarbeidsutvalget i fastlegeordningen mellom kommunen og fastlegene.

Tabell 2. Sentrale begreper og forkortelser brukt i temaplanen, med forklaring.

5. Kunnskapsgrunnlag

Kunnskapsgrunnlaget i dette kapitlet er sammenstilt fra folkehelseprofil, oppvekstprofil, KOSTRA og lokale data fordi kommunen per planperiodens start ikke har et oppdatert oversiktsdokument etter folkehelseloven § 5. Dataene dekker de folkehelsemessige dimensjonene som er relevante for legetjenestene.

5.1 Befolkningsutvikling

Steinkjer kommune hadde 24 007 innbyggere per 1. januar 2026, ved inngangen til planperioden (Statistisk sentralbyrå, 2026a). Kommunen hadde vekst gjennom 2000-tallet, men har hatt svak nedgang siden kommunesammenslåingen med Verran i 2020, fra 24 357 innbyggere i 2020 til 24 007 i 2026, en nedgang på 1,4 prosent. SSBs regionale befolkningsframskrivninger (Statistisk sentralbyrå, 2026b, MMMM-alternativet) viser at nedgangen fortsetter gjennom planperioden, til 23 503 innbyggere i 2030 og 23 297 i 2034, en samlet nedgang på 3,0 prosent fra 2026 til 2034. Nedgangen i folketallet går sammen med en klar demografisk vridning mot eldre aldersgrupper.

De mest relevante demografiske trendene for temaplan legetjenester er:

- Sterk vekst i aldersgruppen 80–89 år, fra 1 396 i 2026 til 1 644 i 2030 og 1 735 i 2034, en økning på 24,3 prosent gjennom planperioden. Gruppen 90 år og eldre vokser enda raskere relativt sett, 35,6 prosent fra 2026 til 2034, om enn fra et lavere utgangsnivå.

HØRINGSUTKAST

- Svakt synkende andel sysselsatte og stabil, gjennomsnittlig uføreandel.
- Nedgang i aldersgruppen 20–44 år, som utgjør en sentral rekrutteringsbase for fastlegeordningen, med 3,7 prosent fra 2026 til 2034. Nedgangen er enda sterkere i gruppen 45–66 år, med 8,4 prosent i samme periode.

Den samlede befolkningsnedgangen, kombinert med vridningen mot eldre aldersgrupper og nedgangen i den yrkesaktive befolkningen, forsterker behovet for legekapasitet ved sykehjem og i hjemmebaserte tjenester, samtidig som det smalner rekrutteringsgrunnlaget for fastlegeordningen. Presset på fastlegene øker dermed både gjennom kompleksiteten i pasientgrunnlaget og gjennom en krympende lokal befolkning i arbeidsfør alder å rekruttere fra.

5.2 Legeårsverk og ressursfordeling

Avtalte legeårsverk i Steinkjer utgjorde totalt 14,5 per 10 000 innbyggere i 2025, høyere enn landsgjennomsnittet (12,9), Trøndelag (12,2) og KOSTRA-gruppe 9 (13,1) (Vedlegg A.5.1/A.5.2). Ressursen er imidlertid ikke jevnt fordelt mellom funksjonene. Legeårsverk til diagnose og behandling (fastlegetjenesten) ligger klart over sammenligningsgrunnlaget, 12,4 mot 10,5 nasjonalt, mens legeårsverk til institusjonstjenesten (sykehjemslege) ligger under, 0,7 mot 1,2 nasjonalt, 1,4 i Trøndelag og 1,3 i KOSTRA-gruppe 9. Steinkjers høyere totaltall for legeårsverk er med andre ord ikke et jevnt bilde av god ressurstilgang overalt, det er tungt vektet mot fastlegetjenesten, på bekostning av institusjonstjenesten relativt sett.

Dette bildet forsterkes over tid. Gjennomsnittlig antall legetimer per uke per beboer i sykehjem har falt i Steinkjer, fra 0,58 timer i 2023 til 0,35 timer i 2025 (data mangler for 2024), mens landsgjennomsnittet i samme periode har økt jevnt, fra 0,67 til 0,70 timer (Vedlegg A.2.6). Avstanden mellom Steinkjer og landet har dermed økt fra 0,09 til 0,35 timer per uke per beboer over to år, nesten en firedobling. Dette er den klareste enkeltindikatoren i kunnskapsgrunnlaget på at legeressursen i institusjonstjenesten ikke har fulgt verken den generelle veksten i legeårsverk eller den demografiske utviklingen i kap. 5.1, der andelen innbyggere 80 år og eldre vokser raskest av alle aldersgrupper i planperioden.

NFAS' forslag til minstenorm for legetjenester i sykehjem (Norsk forening for alders- og sykehjemsmedisin, 2021) er lagt til grunn for vurderingen av tilstrekkelig legeressurs per institusjon. Konkrete tall per institusjon og avvik fra normen verifiseres og fastsettes ved ferdigstilling, jf. Vedlegg A.8.

Kvaliteten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten for øvrig, målt som sannsynlighet for reinnleggelse av eldre innen 30 dager etter sykehusutskrivning, har ligget stabilt rundt 19–20 prosent gjennom 2023–2025, ikke signifikant forskjellig fra landsgjennomsnittet. Reduksjon i kommunale årsverk innen psykisk helse og rus kan representere en belastningsfaktor for fastlegeordningen. Kommunen bør undersøke sammenhengen mellom tilgjengelighet i lavterskeltilbud, fastlegekonsultasjoner og legevaktbruk før dette brukes som grunnlag for ressursdisponering.

5.3 Helsestasjon og skolehelsetjeneste

Legeårsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten utgjorde 0,5 per 10 000 innbyggere i Steinkjer i 2025, på linje med landsgjennomsnittet (0,5) og noe over Trøndelag (0,4) og KOSTRA-gruppe 9 (0,4) (Vedlegg A.5.1).

Målt mot den mer treffende aldersgruppen 0–20 år, viser tjenesten en markert positiv utvikling over tid. Legeårsverk per 10 000 innbyggere 0–20 år har økt fra 0,3 i 2023 til 2,2 i 2025 i Steinkjer, mens landsgjennomsnittet har ligget stabilt rundt 1,8 gjennom hele perioden (Vedlegg A.5.3). Steinkjer har dermed gått fra en ressurssituasjon godt under landsgjennomsnittet til en ressurssituasjon over både landsgjennomsnittet, Trøndelag og KOSTRA-gruppe 9 i løpet av tre år.

HØRINGSUTKAST

Ressursen er i dag basert på en helsestasjonslege i én stilling, som i tillegg dekker migrasjonshelsetjenesten og vaksinasjonskontoret. Dette gir en bemanningssårbarhet ved fravær som ikke fanges opp av årsverkstallene alene, nærmere omtalt i kap. 6.3

Oppvekstprofilen 2026 (Vedlegg A.4, se også kap. 5.2) beskriver det helsefaglige bakteppet for tjenestens prioriteringer: andelen unge som står utenfor arbeid eller utdanning, psykiske symptomer og -lidelser blant 15–24-åringene, og bruk av reseptfrie smertestillende ligger alle klart over landsgjennomsnittet. Årets tema i Oppvekstprofilen, ungdom og rusmidler, er direkte relevant for skolehelsetjenestens forebyggende arbeid.

5.4 Helsetilstand og sosial ulikhet i helse

Folkehelseprofilen 2026 for Steinkjer (Helsedirektoratet, 2026b) og Oppvekstprofilen 2026 (Helsedirektoratet, 2026a) viser et sammensatt bilde, med flere indikatorer som ligger klart dårligere enn landsgjennomsnittet.

Levekår og sosial ulikhet peker seg ut som det tydeligste funnet. Andelen barn i familier som mottar sosialhjelp er 14,0 prosent i Steinkjer, mot 6,6 prosent for landet, mer enn dobbelt så høyt. Andelen unge i alderen 15-29 år som står utenfor arbeid og utdanning er 12,6 prosent, mot 9,9 prosent nasjonalt. Blant voksne er andelen mottakere av uføretrygd (20-66 år) 13,0 prosent mot 10,0 prosent nasjonalt, og legemeldt sykefravær ligger på 6,7 prosent mot 5,9 prosent nasjonalt. Andelen i yrkesaktiv alder er lavere enn nasjonalt, 61,5 mot 65,9 prosent. Kombinasjonen av lavinntektsmål nært landsnivå og høyere andel barn i familier som mottar sosialhjelp kan indikere økonomisk sårbarhet og ustabile livssituasjoner som ikke fullt ut fanges av lavinntektsindikatoren alene. Utdanningsforskjellene i forventet levealder er også noe større enn nasjonalt, 5,5 mot 5,2 år, et uttrykk for at sosial ulikhet i helse er en reell og målbar utfordring i kommunen, ikke bare en nasjonal problemstilling.

Sykdomsbildet viser særlig høy forekomst av muskel- og skjelettsykdommer og -symptomer, 367 per 1000 innbyggere (0-74 år) mot 315 nasjonalt, og psykiske symptomer og lidelser noe over landsgjennomsnittet, 186 mot 180 per 1000. Overvekt og fedme blant 17-åringene er høyere enn nasjonalt, 27 mot 21 prosent. Forventet levealder ligger omtrent på landsnivå, noe høyere for menn (80,9 mot 80,7 år) og noe lavere for kvinner (83,7 mot 84,2 år). Blant ungdom viser Oppvekstprofilen at psykiske symptomer og -lidelser (15-24 år) er klart høyere enn nasjonalt, 212 mot 185 per 1000, og at psykiske plager målt i Ungdata ligger noe over landsgjennomsnittet i ungdomsskolen.

Meslingevaksinasjonsdekningen ligger over det ofte benyttede målet på 95 prosent for høy befolkningsbeskyttelse, men under landsgjennomsnittet. Kommunen bør følge lokale variasjoner og grupper med lavere dekning.

5.5 Beredskap, totalforsvar og One Health

Erfaringene fra covid-19-pandemien og den sikkerhetspolitiske situasjonen i Europa siden 2022 har endret rammene for kommunal helseberedskap. NOU 2023:4 og Meld. St. 9 (2023-2024) understreker behovet for robusthet og beredskapsevne i primærhelsetjenesten, og dette er lagt til grunn for kommunens øvrige beredskapsarbeid, jf. Plan for helsemessig og sosial beredskap og Helhetlig ROS 2023-2026.

One Health-perspektivet, som anerkjenner sammenhengen mellom menneskers helse, dyrs helse og miljøhelse, er relevant for Steinkjer på tre områder.

Antibiotikaresistens (AMR) er det området med best tallgrunnlag. Steinkjer har over tid hatt høyere antibiotikaforskrivning enn landsgjennomsnittet, målt i antall utleverte resepter per 1000 innbyggere: 415,7 i 2023, 420,8 i 2024 og 408,2 i 2025, mot henholdsvis 344, 353,8 og 330,3 nasjonalt (Vedlegg A.6). Andelen sykehjemsbeboere som fikk minst ett antibiotikum på målingstidspunktet har variert kraftig i samme periode: 6,3 prosent i 2023, en topp på

HØRINGSUTKAST

11,6 prosent i 2024, og et fall til 2,7 prosent i 2025, godt under landsgjennomsnittet på 3,9 prosent. Et utslag av denne størrelsen på ett år bør forklares før tallet legges til grunn videre i planperioden, enten som resultat av et konkret tiltak i sykehjemmene eller som uttrykk for endret registreringspraksis. Reduksjon i antibiotikaforskrivning er uansett et prioritert tiltak i tråd med nasjonale AMR-føringer.

Klimarelaterte helsetrusler er den andre dimensjonen. Flom, skred og ekstremvær er relevante risikofaktorer i Steinkjers geografi, og bør ses i sammenheng med kommunens klimaprofil og funn i Helhetlig ROS.

Zoonoser og smittevern er den tredje dimensjonen. Kommunen har betydelig husdyrhold, og overvåking av zoonotiske infeksjoner er en del av kommuneoverlegens smittevernansvar etter smittevernloven.

5.6 Legevakt og akuttmedisinsk beredskap

Steinkjer interkommunale legevakt betjener Steinkjer og Snåsa kommune og er lokalisert i Inn-Trøndelag Helse- og beredskapshus. Legevakten er døgnåpen, og det er etablert bakvaksordning i tråd med akuttmedisinforskriften.

Aktivitetsnivået har falt noe gjennom perioden, om en ser på antall telefonkontakter. Totalt antall anrop til legevakten gikk ned fra 24 974 i 2023, til 22 191 i 2024, til 21 264 i 2025, en nedgang på om lag 15 prosent over to år (Vedlegg A.7). Samtidig har svartiden bedret seg: andelen anrop besvart innen 2 minutter økte fra 83 prosent i 2023, til 84 prosent i 2024, til 86 prosent i 2025.

Nedgangen i antall anrop bør forklares før den legges til grunn for dimensjonering videre i planperioden. Aktuelle forklaringer kan være endret praksis for triage, endringer i legekantorenes tilgjengelighet på dagtid, eller den generelle befolkningsnedgangen omtalt i kap. 5.1, men dette er ikke undersøkt videre i dette dokumentet.

Akuttmedisinforskriften og ny fastlegeforskrift setter kompetansekrav som må følges opp løpende.

5.7 Oppgaveportefølje og arbeidsbelastning i fastlegeordningen

Samhandlingsreformen og innføringen av pakkeforløp har ført til økt oppgavekompleksitet og -volum for fastlegene. NOU 2023:4 og ekspertutvalget (2023) dokumenterer at gjennomsnittlig arbeidstid for fastleger er høy nasjonalt.

Tallene i Vedlegg A.2 gir et lokalt bilde av presset. Andelen konsultasjoner pasientene har hos sin egen fastlege, et mål på kontinuitet og dermed indirekte på arbeidsbelastning og pasientsikkerhet, har falt fra 72,4 prosent i 2023 til 69,4 prosent i 2025, mens landsgjennomsnittet i samme periode har ligget stabilt rundt 73-74 prosent. Varigheten på fastlege-innbygger-relasjonen har svingt mer i Steinkjer enn nasjonalt, fra 4,9 år i 2023, ned til 3,8 år i 2024, opp til 4,6 år i 2025, mot en jevn nasjonal utvikling på 4,8-4,9 år i samme periode. Totalt antall konsultasjoner har ligget relativt stabilt, fra 78 716 i 2023 til 77 236 i 2025, en svak nedgang på om lag 2 prosent, som ikke i seg selv forklarer presset.

Den tydeligste indikatoren på press er andelen innbyggere uten fast lege, som har økt kraftig: fra 0 prosent (fjerde kvartal 2023), via 4,2 prosent (fjerde kvartal 2025), til 8,7 prosent (andre kvartal 2026), mens landsgjennomsnittet i samme periode har ligget stabilt i intervallet 2-4 prosent.

Gjennomsnittlig listelengde i Steinkjer er lavere enn landsgjennomsnittet gjennom hele perioden, 908 mot 958 i 2025. Samlet peker tallene på at den mest umiddelbare utfordringen er å holde hjemlene besatt med stabile og kvalifiserte leger. Det kan likevel ikke utelukkes at framtidig behovsutvikling, listelengder og rekrutteringsgrunnlag vil gjøre det nødvendig å

HØRINGSUTKAST

etablere nye hjemler eller omdisponere eksisterende kapasitet. Dette vurderes løpende etter H1.2.

Dette skjer på toppen av en nasjonal trend med flere åpne fastlegelister generelt, antallet har mer enn doblet seg nasjonalt fra 2023 til 2025, men Steinkjer forverres raskere enn landet for øvrig.

5.8 Forventninger og digitalisering

Behandlingsmulighetene øker, og forventningene i befolkningen øker tilsvarende. Fra 1. januar 2026 stiller fastlegeforskriften (vedtatt 2. desember 2025) krav om at fastleger skal tilby innbyggerne digitale tjenester for egnede henvendelser, herunder digital timebestilling via helsenorge.no og konsultasjoner via video, tekst og telefon. Kravet til digital tilgjengelighet trer i kraft fra 1. april 2026, mens hovedreglene for øvrig gjelder fra 1. januar 2026. Det er den enkelte fastlege, ikke pasienten, som vurderer om en henvendelse egner seg for digital håndtering (Helse- og omsorgsdepartementet, 2025b).

Kommersielle nettlegetjenester er i vekst i mer sentrale strøk og kan over tid svekke det kontinuerlige lege-pasient-forholdet som er en grunnpilar i fastlegeordningen. Lokale fastleger har foreløpig en sterk posisjon, men dette er ingen statisk situasjon.

5.9 Rekruttering og generasjonsskifte

Aldersfordelingen blant fastlegene i Steinkjer viser klart økende alder i gruppen. Av 25 fastleger per 2026 er 10, tilsvarende 42 prosent, 55 år eller eldre: 7 i aldersgruppen 55-66 år, 1 i 67-69 år og 2 over 70 år. Til sammenligning er 4 fastleger, 17 prosent, under 35 år (Vedlegg A.2). Antallet leger 67 år eller eldre har ligget stabilt på 3-4 gjennom de tre siste årene, 4 i 2024, 4 i 2025 og 3 i 2026, mens gruppen 55-66 år har vokst noe, fra 6 i 2024 til 7 i 2026. Bildet er dermed ikke en akutt avgangsbølge like foran planperioden, men en gradvis økende andel leger som nærmer seg pensjonsalder gjennom hele planperioden 2026-2034. Tallet 25 gjelder aktive fastleger med besatt hjemmel per august 2026. De resterende av de 28 hjemlene omfatter vikardekkede og midlertidig ubesatte hjemler, jf. Vedlegg A.2.1.

Rekruttering til ledige hjemler er krevende, i tråd med nasjonal trend. Den nye fastlegeforskriften og opptrappingen av basistilskuddet er ment å bedre rammebetingelsene. Kommunen har per 01.01.2026 3 LIS1-leger og per 01.08.2026 9 ALIS-leger i fastlegeordningen (Vedlegg A.2), og er avhengig av begge disse gruppene som rekrutteringskanal og for omdømmebygging dersom man skal lykkes med å fortsatt ha gode fastlegetjenester framover.

Andelen kvinnelige leger i fastlegeordningen har samtidig steget, fra 44,4 prosent i 2023 til 59,3 prosent i 2025, høyere enn både landsgjennomsnittet (49,9 prosent) og gruppe 9 (51,5 prosent) (Vedlegg A.2.7). Endringen bør tas med i underlaget for fremtidig kapasitetsplanlegging, uten at den i seg selv tilsier endret dimensjonering.

6. Dagens status for legetjenestene

6.1 Fastlegeordningen

Fastlegetjenesten i Steinkjer kommune består per 01.08.2026 av 28 fastlegehjemler, fordelt på 10 hjemler med næringsdrift, 10 med hybridmodell, 5 med fastlønn og 3 vikardekkede hjemler (Vedlegg A.2.1). Tjenesten er organisert ved 5 legekantor, hvorav ett er kommunalt. Malm legekantor er lagt ned fra august 2026. De to vikardekkede hjemlene som tidligere lå der, inngår i totalen på 28 hjemler ved uttrekksstidspunktet, men ikke lenger i den aktive legekantorstrukturen.

Ved samme tidspunkt var 25 397 innbyggere tilknyttet fastlegeordningen i kommunen, 1017 sto på venteliste for å bytte fastlege, og 2076 innbyggere manglet fastlege (Vedlegg A.2.2).

HØRINGSUTKAST

Andelen innbyggere uten fastlege er nærmere drøftet i kapittel 5.7, der to kilder med ulikt måletidspunkt (Vedlegg A.2.3 og A.2.7) gir noe avvikende prosentandeler for samme forhold.

Ledelse og organisering.

Fastlegetjenesten i Steinkjer ledes av 1 årsverk enhetsleder, med ressurs avsatt til fagkoordinator for legevakt og fagkoordinator for Elvebredden legekantor (kommunalt). Sammenlignet med de fire nærmeste nabokommunene har Steinkjer følgende lederressurs, legevaktorganisering, hjemmelstall og kontorstruktur. Se tabell A.2.8 for sammenligning mellom kommuner.

Sammenligningen viser at Steinkjer, med 28 hjemler fordelt på 5 legekantor, har en lederressurs om lag på linje med Stjørdal og Verdal, som har et sammenlignbart antall hjemler. Steinkjer skiller seg fra Namsos og Levanger ved å drifte egen legevakt for egen kommune og Snåsa, mens de øvrige kommunene i sammenligningen løser legevakt interkommunalt eller gjennom samarbeid. Dette er en vesentlig forskjell i ansvarsomfang som antall hjemler alene ikke fanger opp, en enhetsleder med driftsansvar for egen legevakt har en annen kompleksitet i lederrollen enn en koordinatorstilling inn i et interkommunalt samarbeid. I Steinkjer kommune er ansvar for administrasjon for leger i institusjons- og helsestasjonstjeneste lagt til respektive enheter. Dette er ulikt i de sammenlignbare kommunene.

6.2 Sykehjemslege og institusjonstjeneste

Legetjenesten ved institusjon omfatter i dag tre sykehjem (Egge, Malm og Steinkjer sykehjem), en rehabiliteringsavdeling og en nyopprettet korttidsavdeling ved DMS, til sammen fem institusjoner. Malm sykehjem er en annen enhet enn Malm legekantor, som legges ned fra august 2026, og de to bør ikke forveksles da dette er to ulike enheter med ulik organisering og lederforankring.

Legeressursen ligger ved flere av institusjonene under NFAS' forslag til minstenorm for legetjenester i sykehjem. NFAS, en spesialforening under Legeforeningen, utarbeidet forslaget i 2021 (Norsk forening for alders- og sykehjemsmedisin, 2021). Underdimensjonert legebemanning ved sykehjem er dokumentert som risikofaktor for kvalitet og pasientsikkerhet (Helsedirektoratet).

Sykehjemslegerollen krever bred medisinsk kompetanse, særlig innen geriatrisk indremedisin, onkologi, ortopedi, psykiatri og hud, samt geriatrisk farmakologi og lindrende behandling i palliativ fase, inkludert den naturlige behandlingsbegrensningen som følger av denne fasen. Legen må også ha kjennskap til lovverket om pasientrettigheter og evne til å håndtere og drøfte tvilstilfeller, som samtykkekompetanse, tvang, øyeblikkelig hjelp og nødrett, vergemål og behandlingsbegrensning, med en tydelig rolleforståelse mellom behandlingsansvarlig lege, nærmeste pårørende og verge. For allerede godkjente spesialister bør det legges til rette for å oppnå godkjenning i kompetanseområdet alders- og sykehjemsmedisin.

Like viktig som den medisinske kompetansen er legens evne til god kommunikasjon med pårørende. Pårørendes opplevelse av trygghet, ro, lindring og velvære for sin syke slektning er ofte like avgjørende som den medisinske spisskompetansen, og tidlig og god kommunikasjon motvirker uhensiktsmessig behandling. Legens tilgjengelighet for samtale med pårørende er derfor sentral for tjenestens kvalitet.

En stabil sykepleiedekning med sterkt faglig fokus henger tett sammen med en stabil legetjeneste. Trygghet og mulighet for faglig diskusjon mellom lege og sykepleier bidrar til at sykdom oppdages og avklares raskere og håndteres mer smidig, ofte ved at legen kan iverksette tiltak telefonisk. Dette reduserer også belastningen på legevakt og ambulansetjeneste.

HØRINGSUTKAST

ALIS og spesialister i allmennmedisin er, med sin brede kompetanse, godt egnet som sykehjemsleger. Dette gjelder ofte også sykehusspesialister blant annet i geriatri og indremedisin. Konkurransedyktig lønn og redusert bindingsgrad til andre lovpålagte kommunale oppgaver trekkes fram som mulige rekrutteringstiltak. Samlokalisering av legetjenestene, for eksempel i et større felles sykehjem, kan gi et sterkere faglig kollegium, rom for diskusjon av pasientkasus og mer samlet smågruppeundervisning.

6.3 Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjonslege

God legedekning ved helsestasjonen er en forutsetning for å ivareta lovpålagte oppgaver, sikre tidlig innsats og møte et økende behov for medisinsk faglig vurdering og tverrfaglig samarbeid. Legeårsverk per 10 000 innbyggere 0 til 20 år har økt fra 0,3 i 2023 til 2,2 i 2025, og Steinkjer ligger nå over både landsgjennomsnittet, Trøndelag og KOSTRA-gruppe 9 (Vedlegg A.5.3). Kommunen har, sammenlignet med KOSTRA-gruppen, dermed en god dekning av årsverk i tjenesten målt opp mot denne aldersgruppen.

Helsestasjonslegen gjennomfører planlagte helseundersøkelser av barn i alderen 0 til 5 år ved 6 uker, 6 måneder, 12 måneder og 2 år. Det er samtidig en tydelig økning i behovet for ekstrakonsultasjoner, særlig i barnets første leveår, 0 til 3 år, ofte knyttet til foreldres usikkerhet, psykiske helseutfordringer hos en eller begge foreldre, ernæringsvansker, søvnproblematikk eller andre forhold som krever medisinsk faglig vurdering og oppfølging. Dette øker behovet for både individuelle konsultasjoner og tverrfaglige drøftinger. Helsestasjonslegen har også en sentral rolle i samordnet utredning og henvisning til spesialisthelsetjenesten i enkelte saker, blant annet til BUP og HABU, ettersom helsestasjonslegen i noen saker sitter på mer informasjon om barnet enn fastlegen gjør.

I skolehelsetjenesten bidrar helsestasjonslegen til at kommunen oppfyller lovpålagte oppgaver ved at alle elever i 1. klasse får tilbud om legeundersøkelse ved skolestart, et tiltak som har vært viktig for å lukke tidligere avvik i tjenesten. Psykisk helse utgjør en stadig viktigere del av arbeidet i skolehelsetjenesten, der helsestasjonslegen fungerer som faglig rådgiver og drøftingspartner for helsesykepleierne i enkeltsaker. Ved Helsestasjon for ungdom har legen et faglig ansvar og gir veiledning til helsesykepleierne, i tillegg til direkte pasientarbeid gjennom prevensjonsveiledning, diagnostikk og behandling av smittsomme sykdommer, samt samtaler og oppfølging av ungdom med sammensatte utfordringer.

Fra og med influensasessongen 2026/2027 skal influensavaksinering av barn i risikogrupper inngå som en del av oppgavene ved helsestasjonen, noe som ytterligere øker behovet for tilgjengelig legekompentanse i tjenesten.

Ressursen er i dag basert på en helsestasjonslege i 100 prosent stilling, som i tillegg til det som er beskrevet over dekker klinisk arbeid ved migrasjonshelsetjenesten og vaksinasjonskontoret. Selv med en klart bedret ressursituasjon målt i årsverk innebærer en enkeltstilling en sårbarhet ved fravær som årsverkstallene alene ikke fanger opp. Kapasitetsutfordringen i tjenesten bør derfor forstås som en bemanningssårbarhet knyttet til at det er en person, ikke som et lavt ressursnivå, siden ressursnivået faktisk har styrket seg betydelig de siste tre årene.

God legedekning er også en forutsetning for å opprettholde og videreutvikle nødvendig kompetanse innen helsestasjons- og skolehelsetjenesten gjennom fagutvikling, veiledning, nettverksarbeid og etterutdanning. Arbeidet krever særskilt kompetanse innen forebyggende helsearbeid, barns utvikling og helse, psykisk helse, familieperspektiv og tverrfaglig samarbeid, kompetanse som bygges opp over tid gjennom erfaring og kontinuerlig faglig oppdatering. En stabil legedekning bidrar derfor ikke bare til kontinuitet for brukerne, men også til å bevare og utvikle den spesialiserte kompetansen som er nødvendig for å tilby

HØRINGSUTKAST

kunnskapsbaserte og framtidsrettede tjenester i tråd med befolkningens behov, lovpålagte oppgaver og nasjonale føringer.

Det helsefaglige bakteppet for tjenestens prioriteringer, herunder Oppvekstprofilens tema for 2026 (ungdom og rusmidler), er omtalt i kap. 5.3.

6.4 Migrasjonshelsetjeneste

Steinkjer kommune har asylmottak og bosetter årlig mange flyktninger. Det er organisert en migrasjonshelsetjeneste med lege tilknyttet tjenesten.

Legetjenesten innen migrasjonshelse er en viktig del av kommunens samlede helsetilbud, og bidrar til at nyankomne flyktninger, asylsøkere og familiegjennforente får nødvendig helsehjelp, oppfølging og tilgang til videre tjenester.

Selv om antallet flyktninger og asylsøkere som bosettes i kommunen går ned, oppleves helseutfordringene hos mange av dem som kommer som mer komplekse enn tidligere. Pasientgruppen har ofte sammensatte problemstillinger som kan omfatte både somatiske og psykiske helseutfordringer, traumebelastning, kroniske sykdommer, mangelfull helsekartlegging fra hjemlandet og behov for koordinering mot spesialisthelsetjenesten. Dette gir økt behov for medisinske vurderinger, behandling, oppfølging og tverrfaglig samarbeid.

Migrasjonslegen har en sentral rolle i smittevernarbeid, kartlegging av helsebehov og oppfølging av personer med sammensatte utfordringer. Arbeidet krever tid, kontinuitet og særskilt kompetanse innen migrasjonshelse, kommunikasjon gjennom tolk og forståelse av kulturelle og helsemessige forskjeller.

Kommunen mottar også gravide kvinner og barn gjennom familiegjennforening. Disse gruppene har ofte behov for tett oppfølging og koordinering mellom legetjenesten, helsestasjonen, jordmortjenesten og øvrige kommunale tjenester. Tidlig identifisering av helseutfordringer og god oppfølging er viktig både for den enkelte og for å fremme god integrering og deltakelse i samfunnet.

For å sikre et faglig forsvarlig tilbud anses det som nødvendig å opprettholde tilstrekkelig legekapasitet og kompetanse innen migrasjonshelse. Stabil legebemanning bidrar til kontinuitet, kvalitet og kompetanseutvikling, og er avgjørende for at kommunen skal kunne tilby likeverdige helsetjenester til en sårbar pasientgruppe.

Kommunen har per 2026 ikke et samlet, kvalitetssikret datagrunnlag for bosetting, konsultasjonsaktivitet, helsebehov og ressursbruk i migrasjonshelsetjenesten. Kapasitetsvurderingen bygger derfor i denne planperioden på faglig vurdering og tilgjengelige lokale opplysninger. Et systematisk datagrunnlag etableres gjennom H3.7 og inngår i neste rullering av planen.

6.5 Legevakt

Legevakttjenesten er organisert i tråd med akuttmedisinforskriften. Steinkjer drifter i dag egen legevakt døgntilgjengelig, også for Snåsa kommune kveld, natt og helg (jf. tabellen i kapittel 6.1). Antall anrop til legevakten er redusert fra 24 974 i 2023 til 21 264 i 2025, samtidig som andelen anrop besvart innen 2 minutter har økt fra 83 til 86 prosent i samme periode (Vedlegg A.7). Utviklingen er nærmere drøftet i kapittel 5.6.

Rekrutteringsbildet beskrevet i kapittel 5.7 gir grunn til å anta at vaktbelastningen bidrar til utfordringer med å beholde og rekruttere fastleger. Dette er imidlertid ikke direkte målt.

HØRINGSUTKAST

Meld. St. 23 (2024–2025) varsler endringer i finansieringen av legevakt, som vil måtte tas hensyn til i planperioden.

6.6 LIS1

Steinkjer har per 2026 3 LIS1-stillinger som en del av det nasjonale utdanningsopplegget. LIS1-legene deltar i legevakt på lik linje med fastlegene. I forbindelse med statsbudsjettet 2025 ble det vedtatt opprettelse av nye LIS1-stillinger nasjonalt.

Tildeling av LIS1 skal til enhver tid følge omforente retningslinjer beskrevet nærmere i eget sakesdokument. Se vedlegg B.

6.7 ALIS

Steinkjer har per 01.08.2026 9 ALIS-leger i utdanningsløp mot spesialiteten allmennmedisin (Vedlegg A.2.2).

6.8 Samfunnsmedisinsk kompetanse, kommuneoverlegefunksjonen

Kommuneoverlegefunksjonen i Steinkjer ivaretas i dag av en kommuneoverlege med spesialistgodkjenning i samfunnsmedisin. Funksjonens lovpålagte oppgaver er forankret i smittevernloven §§ 4-1 og 7-2 og folkehelseloven § 7 c, samt utdypet i Helsedirektoratets veileder for kommuneoverleger (2025).

7. Målhierarki

7.1 Forankring i kommuneplanens samfunnsdel

Temaplanen er forankret i kommuneplanens samfunnsdel 2021–2032 og kommunens fire fokusområder: Samskapende, Kompetent, Grønn og Møteplass. Tabellen nedenfor viser koblingen:

Fokusområde (samfunnsdelen)	Operasjonalisering i temaplanen
Samskapende	Legetjenestene involveres i tverrfaglig samhandling, planarbeid og folkehelseinnsats. Mål 3 og Mål 4.
Kompetent	Spesialiseringsløp for LIS1 og ALIS, kvalitetsarbeid. Mål 2.
Grønn	Forebygging, helsefremming, klimatilpasning og One Health-perspektiv i samfunnsmedisinske vurderinger. Mål 4.
Møteplass	Attraktivt fagmiljø for leger, samarbeid om utdanning, faglige forum. Mål 2.

Tabell 3. Kobling mellom kommuneplanens samfunnsdel sine fire fokusområder og temaplanens fire mål.

7.2 Samarbeidsavtaler med HNT

Samarbeidsavtalen mellom Steinkjer kommune og Helse Nord-Trøndelag HF regulerer samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten gjennom overordnet samarbeidsavtale og tjenesteavtaler. Administrativt samarbeidsutvalg (ASU) er partssammensatt samarbeidsutvalg mellom HNT og kommunene i Nordre Trøndelag.

Helsefelleskapet i Nordre Trøndelag 2026–2029 er en sentral samhandlingsarena for planperioden. Fastlegenes deltakelse i tjenesteavtaler, fagnettverk og fagråd er avgjørende for helhetlige pasientforløp.

HØRINGSUTKAST

7.3 Mål for planperioden 2026–2034

Nr.	Mål
1	Steinkjer kommune har en stabil og bærekraftig legetjeneste med tilstrekkelig kapasitet, reelt valg av fastlege og en hensiktsmessig og robust legekantorstruktur. Næringsdrift skal være hovedmodell, supplert med andre driftsmodeller når rekrutterings- eller tjenestebehov tilsier det.
2	Kommunen skal ha leger i faste kommunale legefunksjoner og fastlegeordningen som er spesialister eller er i et godkjent spesialiseringsløp, med nødvendige overgangsordninger ved rekruttering, vikariater og midlertidige behov.
3	Legetjenestene leverer kvalitet, prioriterer riktig hjelp til riktig pasient til riktig tid, og bidrar til samordnede pasientforløp og god samhandling med både spesialisthelsetjeneste og andre tjenester.
4	Steinkjer kommune har en robust samfunnsmedisinsk kapasitet som ivaretar lovpålagte oppgaver, beredskap og tverrsektoriell rådgiving i tråd med nasjonal veileder for kommuneoverlegefunksjonen.

Tabell 4. Temaplanens fire overordnede mål for planperioden 2026–2034.

8. Strategier og handlinger

Handlinger klassifiseres etter Framsikt-modellen:

- Oppdrag: gjennomføres innenfor eksisterende rammer, har ingen direkte budsjettkonsekvens.
- Tiltak: medfører endringer i driftsbudsjettet og behandles i budsjett- og økonomiplan.
- Investering: endringer i investeringsbudsjettet.

Konkrete satser, beløp og avtalevilkår fastsettes i budsjett- og økonomiplan og lokale forhandlinger under ASA 4310. Planen angir hvilke handlinger som skal utløse slike beslutninger.

Prioritering av strategier

Strategiene er prioritert etter tre nivåer basert på alvorlighet, ressurskonsekvens og rettslig forankring, jf. Helsedirektoratets prioriteringskriterier (nytte, ressursbruk og alvorlighet):

- **P1 Kritisk:** Manglende handling vil ha alvorlige rettslige eller tjenestemessige konsekvenser i planperioden. Disse strategiene kan ikke nedprioriteres i økonomiplansammenheng uten at kommunen tar en bevisst og dokumentert risiko.
- **P2 Høy:** Strategien gir betydelig effekt og bør gjennomføres planmessig, men tåler noe periodisk utsettelse.
- **P3 Understøttende:** Koordinering og vedlikehold. Gjennomføres innenfor løpende drift.

Strategi	Prioritet	Hovedbegrunnelse
1.1 Forutsigbare driftsmodeller	P2	Grunnleggende, men avhengig av ASA 4310-forhandlinger og nasjonale endringer i basistilskudd
1.2 Rekruttering og stabilisering	P1	Manglende fastlegedekninger brudd på hol. § 3-2
1.3 Legekantorstruktur	P2	Viktig, men ikke umiddelbar lovpålagt
1.4 Kapasitet i legevakt og institusjon	P1	Legeressurs i institusjonstjenesten er dokumentert underdimensjonert og fallende, jf.

HØRINGSUTKAST

		kap. 5.2, en direkte pasientsikkerhetsrisiko for sykehjemsbeboere
2.1 ALIS-løp	P2	Lovpålagt
2.2 Kompetanseutvikling	P2	Lovpålagt kurs (akuttmedisin), men tidsfleksibelt
2.3 Faglig fellesskap	P3	Understøttende, lavkost
3.1 Kvalitetsarbeid	P2	Forskriftskrav
3.2 Riktig prioritering	P2	Prinsippforankring, gradvis implementering
3.3 Helhetlige pasientforløp	P2	Samhandlingsavhengig, langsiktig
3.4 Kvalitet og samordning i helsestasjon, skolehelse og migrasjon	P2	Viktig for sårbare grupper
4.1 Tverrsektoriell rolle	P2	Organisatorisk, allerede delvis på plass
4.2 Beredskap og hastekompetanse	P1	Manglende stedfortreder utgjør fare for akutt sårbarhet ved krise
4.3 Folkehelse og One Health	P2	Viktig, men ikke akutt
4.4 Kapasitet og kontinuitet	P1	Dokumentert underdimensjonering, faglig risiko

Tabell 5. Prioritering av strategiene i kap. 8 etter alvorlighet, ressurskonsekvens og rettslig forankring (P1–P3).

8.1 Mål 1: Stabil kapasitet og reell mulighet til å bytte fastlege

Strategi 1.1: Forutsigbare og bærekraftige driftsmodeller

Næringsdrift videreføres som hovedmodell. Fra 2027 skal hybridmodell primært benyttes under ALIS-løp, de eksisterende hybridavtaler utenfor ALIS videreføres inntil videre. Fastlønnsm modell opprettholdes der rekrutteringshensyn tilsier det. Det tilstrebes forutsigbarhet, gjennomsiktighet og likebehandling innenfor de ulike avtalem modellene. En standardisert avtalestruktur utarbeides, og følges opp med regelmessige forhandlinger lokalt, og ved behov etter endringer i sentrale føringer.

Inkludert i denne avtalestrukturen må også tildeling av LIS1 og framtidige tildeling av nye hjemler være godt beskrevet, slik at dette oppleves rettferdig og transparent i fastlegekorpsset.

Strategi 1.2: Aktiv rekrutterings- og stabiliseringsinnsats (P1)

Kommunen utvikler og vedlikeholder et helhetlig virkemiddelapparat for å rekruttere nye fastleger og beholde etablerte.

Risikovurdering P1:

Steinkjer kommune er rettslig forpliktet til å sørge for fastlegetilbud til alle innbyggere som ønsker det, jf. hol. § 3-2 første ledd nr. 4 og pbrl. § 2-1c. Vedvarende rekrutteringssvikt vil i planperioden gi et reelt gap mellom antall hjemler og tilgjengelig legedekning, med direkte konsekvens for innbyggernes tilgang til primærlegetjeneste.

Generasjonsskiftet i fastlegekorpsset er kjent, og minst tre av kommunens fastleger vil nå pensjonsalder innen 2030. Lokale rekrutteringstiltak er nødvendige, men sannsynligvis ikke

HØRINGSUTKAST

tilstrekkelige alene. Kommunen er avhengig av at nasjonale rammeendringer (opptrapping av basistilskudd, ny fastlegeforskrift) virker som forutsatt.

Tjeneste for LIS1 må gjøre attraktiv på en slik måte at den bidrar til å rekruttere til både fastlegehemler og øvrige legestillinger i kommunen.

Håndtering: Strategiportefølje under Mål 1 (H1.1–H1.7) gjennomføres som helhet. Dersom antall åpne listeplasser er mindre enn 5% prosent av det totale antallet listeplasser, skal tiltak iverksettes for å ivareta at tjenestene fortsatt er forsvarlige.

Strategi 1.3: Hensiktsmessig legekantorstruktur

Kommunen skal bidra til en bærekraftig legekantorstruktur gjennom en forutsigbar lokal avtalestruktur for *organisering*, driftsformer, etablering, praksisoverdragelse, rekruttering, *plassering av hjemler* og kommunale rammebetingelser.

Strategi 1.4 Kapasitet i legevakt og institusjon

Kommunen sikrer forsvarlig legeressurs ved sykehjem og institusjon, vurdert opp mot NFAS' forslag til minstenorm for legetjenester i sykehjem (Norsk forening for alders- og sykehjemsmedisin, 2021), jf. kap. 6.2 og Vedlegg A.8. Kommunen følger videre opp sammenhengen mellom vaktbelastning i legevakten og kommunens evne til å rekruttere og beholde fastleger, jf. kap. 5.7, og vurderer avbøtende tiltak dersom vaktbelastningen viser seg å være en vesentlig rekrutteringsbarriere.

	Handling	Type	Ansvarlig	Tidshorisont
H1.1	Utvikle og vedlikeholde en helhetlig modell for økonomiske og organisatoriske rammebetingelser for fastlegeordningen. Vedlegg B.	Tiltak	Kommunalsjef helse/sectorleder/ enhetsleder	Budsjett og økonomiplan 2027 og videre
H1.2	Kontinuerlig overvåkning av kapasitet, og vurdere nye fastlegehemler i planperioden basert på listedekning, åpne lister og demografisk utvikling.	Tiltak	Kommunalsjef helse/sectorleder/ enhetsleder	Vurderes fortløpende
H1.3	Etablere prinsipper for kommunens kjøp og ivaretagelse av legepraksis i tilfelle alvorlig sykdom, dødsfall eller manglende rekruttering. Avtaler utarbeides.	Oppdrag	Kommunalsjef helse/sectorleder/ enhetsleder	2027
H1.4	Eksisterende senioravtaler innarbeides i kommunens ordinære tilskuddsordning gjennom kommunalt basistilskudd fra 2027.	Oppdrag	Kommunalsjef helse/sectorleder/ enhetsleder	2027
H1.5	Legeressurs ved kommunens sykehjem og institusjoner, vurdert opp mot NFAS' forslag til minstenorm for legetjenester i sykehjem (Norsk forening for alders- og sykehjemsmedisin, 2021), jf. kap. 6.2 og Vedlegg A.8.	Tiltak	Kommunalsjef/ sectorleder	Gradvis i HØP
H1.6	Vurdere sammenhengen mellom vaktbelastning ved	Oppdrag	Enhetsleder	2027

HØRINGSUTKAST

	legevakten og kommunens evne til å rekruttere og beholde fastleger, jf. kap. 5.7, og vurdere behov for avbøtende tiltak dersom vaktbelastningen viser seg å være en vesentlig rekrutteringsbarriere.			
H1.7	Fortsette god oppfølging av LIS1-leger med sikte på videre rekruttering til ALIS- eller LIS3-stilling i kommunen, som en del av det helhetlige rekrutteringsarbeidet.	Oppdrag	Enhetsleder/legegruppen/kommuneoverlege	Løpende

Tabell 6. Handlinger under Mål 1: Stabil kapasitet og reell mulighet til å bytte fastlege.

8.2 Mål 2: Spesialiserte og kompetente leger

Strategi 2.1: Forutsigbare ALIS-løp

Kommunen tilbyr ALIS-veiledning av høy kvalitet med likebehandling mellom utdanningsstillinger og kontorer. Veiledningens omfang og kompensasjon reguleres etter SFS 2305 og nasjonale avtaler om ALIS-ordningen.

Strategi 2.2: Kontinuerlig kompetanseutvikling for spesialister

Kommunen legger til rette for til at spesialister i allmennmedisin kan oppnå spesialistkompetanse og resertifisering å eksempelvis tilby praksiskompensasjon ved fravær fra praksis. Man kan tilby praksiskompensasjon for selvstendig næringsdrivende fastleger som er spesialister i allmennmedisin. Eksempelvis ved deltagelse på godkjente kurs for nødvendig resertifisering. Dette innarbeides i tidligere nevnte vedlegg B.

Strategi 2.3: Faglig fellesskap

Kommunen tilrettelegger for et faglig forum og samarbeidsarenaer for alle leger i kommunen på tvers av driftsformer. Samarbeidsmøter mellom kommuneoverlegen, tilsynsleger, sykehjemslegene, helsestasjonslegen, skolelegen og ALIS gjennomføres årlig. Det foreslås at kommunen dekker deltagelse for ett kvartalsvis møte per lege i ALU. Dette beskrives nærmere i vedlegg B.

Nr.	Handling	Type	Ansvarlig	Tidshorisont
H2.1	Sikre veiledningsavtale med godkjent veileder for alle ALIS, inkludert avtalt stillingsbrøk og kompensasjon i tråd med SFS 2305 og lokale forhandlinger.	Oppdrag	Enhetsleder	Løpende
H2.2	Utarbeide individuell utdanningsplan for alle ALIS i kommunen.	Oppdrag	Kommuneoverlege	Løpende
H2.3	Etablere/videreføre faglig forum for alle leger i kommunen som arena for fagutvikling og erfaringsutveksling mellom kommunale tjenester.	Oppdrag	Enhetsleder/kommuneoverlege	Løpende
H2.4	Sikre at kommuneoverlege og stedfortreder er spesialist i samfunnsmedisin eller i godkjent spesialiseringstilrettelegges og finansieres ved nyrekruttering (jf. H4.4 om etablering av stedfortrederfunksjon.)	Oppdrag	Kommunedirektør/kommunalsjef HR og fellestjenester	Løpende

HØRINGSUTKAST

Tabell 7. Handlinger under Mål 2: Spesialiserte og kompetente leger.

8.3 Mål 3: Kvalitet, prioritering og samordnede pasientforløp

Strategi 3.1: Systematisk kvalitetsarbeid

Kommunen videreutvikler systemer for avviksmelding, forbedring og læring, i tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. SKIL-samarbeidet innføres som arena for kvalitetsarbeid i fastlegepraksis. Brukerundersøkelse av fastlege- og legevaktjenesten gjennomføres i planperioden.

Strategi 3.2: Riktig prioritering

Kommunen legger nasjonal veileder for prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester (Helsedirektoratet, 2024) og prinsippene fra Meld. St. 21 (2024–2025) til grunn: nytte, ressursbruk og alvorlighet.

Strategi 3.3: Helhetlige pasientforløp

Fastlegen er navet i samhandlingen rundt pasienten. Oppfølgingsteamene videreføres for pasienter med store og sammensatte behov. Pasientforløp utvikles i samarbeid med spesialisthelsetjenesten gjennom Helsefellesskapet i Nordre Trøndelag. Elektronisk meldingsutveksling og samhandling videreutvikles.

Strategi 3.4 Kvalitet og samordning i helsestasjon, skolehelse og migrasjon

Kommunen viderefører og styrker legedekningen ved helsestasjonen, jf. kap. 5.3 og 6.3. Ettersom dagens ressurs er samlet i en stilling, vurdere vikarordning ved fravær, slik at bemanningssårbarheten ikke reduserer tilgjengeligheten for barn og unge. Kommunen opprettholder tilstrekkelig legekapasitet og kompetanse innen migrasjonshelse, jf. kap. 6.4, for en pasientgruppe med dokumentert sammensatte helseutfordringer, og etablerer et oppdatert datagrunnlag for tjenesten til neste rullering av planen.

Nr.	Handling	Type	Ansvar	Tidshorisont
H3.1	Iverksette SKIL-samarbeidet som arena for kvalitetsforbedring i fastlegepraksis.	Tiltak	Enhetsleder/kommuneoverlege	2026
H3.2	Videreutvikle systemer for avviksmelding og forbedringsforslag ved alle legekantor og institusjoner, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.	Oppdrag	Enhetsleder/sectorleder	Løpende
H3.3	Gjennomføre brukerundersøkelse av fastlege- og legevaktjenesten i planperioden. Resultatene inngår i kunnskapsgrunnlaget for neste rullering.	Tiltak	Sektorleder/enhetsleder	2027
H3.4	Fortsatt aktivt bruk av samarbeidsutvalget (SU) til gjensidig informasjon og drøfting av saker som angår legetjenesten.	Oppdrag	Sektorleder/enhetsleder/kommuneoverlege	Løpende
H3.5	Sikre at legeressursen ved den enkelte institusjon	Oppdrag	Sektorleder/enhetsledere institusjon	Løpende

HØRINGSUTKAST

	vurderes opp mot NFAS' forslag til minstenorm som del av kommunens systematiske kvalitetsarbeid, jf. strategi 3.1 og Vedlegg A.8, og at vesentlige avvik håndteres i kvalitetssystemet.			
H3.6	Vurdere vikarordning for helsestasjonslegen ved fravær, slik at bemanningssårbarheten i kap. 5.3/6.3 ikke svekker tilgjengeligheten i tjenesten.	Oppdrag	Sektorleder forebygging	2027
H3.7	Etablere datagrunnlag (bosettings- og aktivitetstall) for migrasjonshelsetjenesten som egen tabell i Vedlegg A, til neste rullering av planen.	Oppdrag	Sektorleder forebygging	2027

Tabell 8. Handlinger under Mål 3: Kvalitet, prioritering og samordnede pasientforløp.

8.4 Mål 4: Robust samfunnsmedisinsk kapasitet

Mål 4 bygger eksplisitt på Helsedirektoratets nasjonale veileder for kommunens organisering av kommuneoverlegefunksjonen og samfunnsmedisinsk arbeid i kommunen (Helsedirektoratet, 2025). Veilederen tydeliggjør at kommuneoverlegefunksjonen krever samfunnsmedisinsk kompetanse, kapasitet og kontinuitet, også i kriser.

Strategi 4.1: Tverrsektoriell rolle og strategisk plassering

Kommuneoverlegen har hastekompetanse etter smittevernloven § 4-1 femte ledd og folkehelseloven § 7 c, og skal inngå i kommunens kriseledelse.

Strategi 4.2: Beredskap og hastekompetanse

Kommuneoverlegen er en del av kommunens kriseledelse. Beredskapsplanene beskriver kommuneoverlegens rolle og hastekompetanse. Stedfortrederfunksjonen skal etableres og gjøres dekkende, basert på interkommunalt samarbeid der det er hensiktsmessig.

Risikovurdering P1:

Kommuneoverlegens stedfortrederfunksjon er per planperiodens start ikke tilstrekkelig sikret. Kommuneoverlegens hastekompetanse, jf. strategi 4.1, kan ikke utøves ved fravær så lenge stedfortrederfunksjonen ikke er etablert.

Helsedirektoratets nasjonale veileder for kommuneoverlegefunksjonen (2025) er tydelig på at stedfortrederfunksjonen er et minimum. Manglende stedfortreder vil ved tilsyn eller hendelse fremstå som en strukturell svikt.

Håndtering: H4.4 gjennomføres innen 2027. Interkommunalt samarbeid med nabokommuner kan være en robust løsning, og bør eventuelt avklares i løpet av 2026.

Strategi 4.3: Folkehelse, miljørettet helsevern

Kommuneoverlegen leverer samfunnsmedisinske vurderinger til kommunens planarbeid, herunder folkehelseplanen, forebyggende plan, arealplanen, klimaplan, beredskapsplan og andre planer som berører folkehelse og beredskap. Antimikrobiell resistens, klimarelaterte helsetrusler og smittevern adresseres i One Health-perspektiv.

Strategi 4.4: Tilstrekkelig kapasitet og kontinuitet

Den samfunnsmedisinske ressursen skal dimensjoneres etter lovkrav, oppgaveomfang og veilederens anbefalinger. Funksjonen vernes mot fragmentering og kompetansetap.

Risikovurdering P1:

Kommuneoverlegefunksjonen er per planperiodens start organisert med ett årsverk uten reell støttestruktur. Oppgaveporteføljen dekker smittevern, miljørettet helsevern, beredskap,

HØRINGSUTKAST

folkehelse, tverrsektoriell rådgiving, LIS1-koordinering, SU-sekretariat og kommunalt planarbeid

Risikoen er todelt: faglig risiko ved at lovpålagte oppgaver ikke prioriteres tilstrekkelig, og personavhengighetsrisiko ved at hele kommunens samfunnsmedisinske kompetanse er samlet i en stilling. Helsedirektoratets veileder (2025) peker eksplisitt på dette som en sårbarhet i kommuner som ikke har bygget opp et bredere samfunnsmedisinsk miljø.

Håndtering: H4.2 (kapasitetsvurdering) gjennomføres innen 2027 og legges frem som beslutningsgrunnlag for budsjett- og økonomiplan. Resultatet kan utløse behov for økt ressurs. Dette merkes som Tiltak og behandles i ordinær budsjettprosess. Inntil kapasitetsvurderingen foreligger, videreføres nåværende ressursnivå med eksplisitt dokumentert risiko.

Nr.	Handling	Type	Ansvar	Tidshorisont
H4.1	Videreføre kommuneoverlegens organisatoriske plassering i sentral administrasjon, i tråd med anbefalingen i nasjonal veileder.	Oppdrag	Kommunedirektør	Løpende
H4.2	Gjennomføre kapasitets- og oppgavevurdering av samfunnsmedisinsk kompetanse i kommunen, med utgangspunkt i Helsedirektoratets veileder og kommunens størrelse. Vurderingen legges fram som beslutningsgrunnlag for budsjett- og økonomiplan.	Oppdrag	Kommunedirektør / Kommuneoverlege	2027
H4.3	Beskrive kommuneoverlegens rolle og hastekompetanse i kommunens beredskapsplaner og involvere KO i revisjon av beredskapsplaner og scenarier (jf. nasjonal veileder).	Oppdrag	Beredskapskoordinator / kommuneoverlege	2027
H4.4	Sikre robust og forutsigbar stedfortrederfunksjon for kommuneoverlegen. Vurdere og videreutvikle interkommunalt samarbeid der det styrker kontinuitet og kompetanse.	Tiltak	Kommunedirektør /kommunalsjef kommuneoverlege	2027
H4.5	Levere samfunnsmedisinsk vurdering til alle relevante kommunale planer (samfunnsdel, arealdel, folkehelse, klima, beredskap) og til større areal- og plansaker.	Oppdrag	Kommuneoverlege	Løpende
H4.6	Videreføre miljørettet helsevern som lovpålagt oppgave under kommuneoverlegen, med tilstrekkelig saksbehandlingskapasitet og myndighetsutøvelse.	Oppdrag	Kommuneoverlege	Løpende
H4.7	Sikre kommuneoverlegens deltakelse i kommunens kriseledelse og i andre relevante samhandlingsarenaer.	Oppdrag	Kommunedirektør / kommuneoverlege	Løpende

Tabell 9: Handlinger under Mål 4: Robust samfunnsmedisinsk kapasitet.

HØRINGSUTKAST

9. Oppfølging, indikatorer og evaluering

Indikator	Mål nr.	Baseline (2026)	Mål 2030	Kilde
Antall ledige listeplasser	1	594 (2,4%)	≥ 5 % av total listekapasitet	A.2.1
Andel innbyggere uten fastlege i Steinkjer (%).	1	8,7 % (2076 innbyggere, 2. kvartal 2026,	< 2 %	A.2.3
Antall fastlegehjemler fordelt på driftsform.	1	28 hjemler (N=10, H=10, F=5, V=3)	Stabilt eller økt antall hjemler.	A.2.1
Andel ALIS med godkjent ALIS-avtale (%).	2	Mangler	100 %	Enhetsleder
Andel spesialister i allmennmedisin av alle fastleger (%).	2	59,3%	Stabilt eller økt. Avhengig av avgang/rekruttering	A.2.3
Antibiotikaresepter per 1000 innbyggere 0–79 år.	3	408,2	Under landsgjennomsnitt	A.6
Resultater fra brukerundersøkelse, fastlege- og legevaktjenesten.	3	Ikke gjennomført	Gjennomføres tidlig i planperioden	Enhetsleder
Legeressurs i sykehjem som andel av NFAS-norm (%).	1+3	Varierer	≥ 90 % av anbefalt norm	A.8
Legeårsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten per 10 000 innbyggere 0-20 år	3	2,2	Stabilt ut fra situasjonsbeskrivelse	A.5.3
Etablere eget datagrunnlaga migrasjonshelse	3	Mangler	Utarbeides	H3.7
Kommuneoverlegen er spesialist i samfunnsmedisin (ja/nei).	4	Ja	Ja	-
Stedfortrederfunksjon for kommuneoverlege er etablert (ja/nei).	4	Nei	Ja	Internkontroll

Tabell 10: indikatorer for oppfølging av temaplanens mål, med baseline 2026, måltall 2030 og datakilde.

10. Risiko og forutsetninger

Risiko / Forutsetning	Beskrivelse	Håndtering
Vedvarende rekrutteringsutfordring	Generasjonsskifte og nasjonal mangel på fastleger. Fastlegekrisen kan vedvare. Lokale tiltak alene løser ikke problemet, men kan avhjelpe.	Strategiportefølje under Mål 1.

HØRINGSUTKAST

Manglende stedfortrederfunksjon for kommuneoverlegen	Kommuneoverlegens hastekompetanse etter smittevernloven § 4-1 femte ledd og folkehelseloven § 7 c kan ikke utøves ved fravær, sykdom eller høyt driftspress så lenge stedfortrederfunksjonen ikke er etablert. Risikoen realiseres ikke gradvis, men akutt ved en hendelse, jf. strategi 4.2.	H4.4. Interkommunalt samarbeid avklares
Personavhengighet samfunnsmedisinsk kompetanse	Hele kommunens samfunnsmedisinske kompetanse er i dag konsentrert i en stilling, uten reell støttestruktur. Faglig risiko ved at lovpålagte oppgaver ikke prioriteres tilstrekkelig, og sårbarhet ved at kompetansen er avhengig av en enkeltperson, jf. strategi 4.4.	H4.2, kapasitetsvurdering innen 2027
Klimarelaterte hendelser og ny pandemi	Ekstremvær og pandemier vil gi økt belastning på legetjenesten, jf. kap. 5.5.	H4.3, H4.5, H4.7, koordinering med Plan for helsemessig og sosial beredskap og Helhetlig ROS
Forutsetning: Økonomiplan	Tiltak og Investering forutsetter prioritering i budsjett- og økonomiplan.	Årlig statusrapportering. Etablering av overordnet avtale mellom fastleger og kommune angående økonomiske forhold, plassering av LIS1 og nye hjemler, vedlegg B.
Forutsetning: ASA 4310. Endringer i nasjonale føringer	Lokale rammebetingelser fastsettes i forhandling. Planen forutsetter konstruktivt partssamarbeid.	SU som drøftingsarena.
Bemanningssårbarhet helsestasjonslege	Ressursen er samlet i en stilling. Fravær rammer helsestasjon, migrasjonshelsetjeneste og vaksinasjonskontor samtidig, jf. kap. 5.3/6.3, strategi 3.4.	H3.6
Manglende datagrunnlag migrasjonshelsetjeneste	Det finnes ingen tabell i Vedlegg A dekker bosettings- eller aktivitetstall i dag, tjenesten kan ikke følges opp systematisk før datagrunnlag foreligger, jf. strategi 3.4.	H3.7

Tabell 11: Risikoer og forutsetninger for gjennomføring av temaplanen i planperioden 2026–2034, med håndtering.

11. Kobling til bærekraftsmålene

Temaplanen er i tråd med Steinkjer kommunes arbeid med FNs bærekraftsmål, særlig:

- SDG 3 (God helse og livskvalitet): Tilgjengelig, rettferdig og høykvalitets primærlegetjeneste.

HØRINGSUTKAST

- SDG 10 (Mindre ulikhet): Utjevning av sosiale helseforskjeller gjennom lik tilgang til fastlege, god prioritering og likeverdige tjenester for sårbare grupper, herunder migrasjonshelsetjenesten.
- SDG 13 (Stoppe klimaendringene): One Health-perspektiv, klimatilpasning i beredskapsplaner.
- SDG 17 (Samarbeid for å nå målene): Interkommunalt samarbeid og samhandling med spesialisthelsetjenesten.

Referanser

Allmennlegeforeningen. (2026). *AFs praksiskompensasjon*. Den norske legeforening. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/yf/allmennlegeforeningen/tillitsvalgt/afs-praksiskompensasjon/legeforeningen>

Allmennleger i spesialisering. (2025). *ALIS-tilskudd*. <https://www.alis.no/alis-ordningen/alis-tilskudd>

Den norske legeforening. (u.å.). *Retningslinjer for nemndsbehandling ved overdragelse av privat praksis i fastlegeordningen i KS-området*. Hentet 18. august 2026 fra <https://www.legeforeningen.no/jus-og-arbeidsliv/drift-av-legekontor/kjop-og-salg-av-praksis/retningslinjer-for-nemndsbehandling-ved-overdragelse-av-privat-praksis-i-fastlegeordningen-i-ks/>

Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten. (2023). *Gjennomgang av allmennlegetjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/gjennomgang-av-allmennlegetjenesten/id2971896/>

Folkehelseinstituttet. (u.å.). *Reseptregisteret: antibiotikaforskrivning, kommunefordelt statistikk*. Hentet 14. august 2026 fra <https://www.fhi.no/he/reseptregisteret/>

Helsedirektoratet. (2024). *Nasjonal veileder for prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringer-i-kommunale-helse-og-omsorgstjenester>

Helsedirektoratet. (2025). *Kommuneoverlege – kommunens organisering av kommuneoverlegefunksjonen og samfunnsmedisinsk arbeid*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommuneoverlege>

Helsedirektoratet. (2026a). *Oppvekstprofil 2026, Steinkjer kommune. Tema: ungdom og rusmidler*. Hentet mars 2026 fra <https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/forebygging-og-levevaner/folkehelsestatistikk-og-profiler/last-ned-folkehelseprofil-eller-oppvekstprofil>

Helsedirektoratet. (2026b). *Folkehelseprofil 2026, Steinkjer kommune*. Hentet februar 2026 fra <https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/forebygging-og-levevaner/folkehelsestatistikk-og-profiler/last-ned-folkehelseprofil-eller-oppvekstprofil>

Helsedirektoratet. (u.å.). *Andel fastleger med spesialitet i allmennmedisin. Kvalitetsindikatorer, allmennlegetjenesten*. Hentet 14. august 2026 fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/allmennlegetjenesten/andel-fastleger-med-spesialitet>

Helsedirektoratet. (u.å.). *Fastlegestatistikk: aldersfordeling blant fastleger, Steinkjer kommune*. Hentet 14. august 2026 fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/manedsrapport--utvalgt-fastlegestatistikk>

HØRINGSUTKAST

Helsedirektoratet. (u.å.). *Fastlegestatistikk, status per 01.08.2026*. Hentet 14. august 2026 fra <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/fastlegeordningen-legevakt-og-andre-allmennlegetjenester/statistikk-og-rapporter-om-fastlegeordningen-legevakt-og-andre-allmennlegetjenester>

Helsedirektoratet. (u.å.). *Innbyggere uten fast lege*. Kvalitetsindikatorer, allmennlegetjenesten. Hentet 14. august 2026 fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/allmennlegetjenesten/innbyggere-uten-fast-lege>

Helsedirektoratet. (u.å.). *Konsultasjoner hos egen fastlege*. Kvalitetsindikatorer, allmennlegetjenesten. Hentet 14. august 2026 fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/allmennlegetjenesten/konsultasjoner-hos-egen-fastlege>

Helsedirektoratet. (u.å.). *Reinnleggelse blant eldre 30 dager etter utskrivning per kommune*. Kvalitetsindikatorer, kommunale helse- og omsorgstjenester. Hentet 14. august 2026 fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/reinnleggelse-blant-eldre-30-dager-etter-utskrivning-per-kommune>

Helsedirektoratet. (u.å.). *Statistikk og rapporter om fastlegeordningen, legevakt og andre allmennlegetjenester*. Hentet 14. august 2026 fra <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/fastlegeordningen-legevakt-og-andre-allmennlegetjenester/statistikk-og-rapporter-om-fastlegeordningen-legevakt-og-andre-allmennlegetjenester>

Helsedirektoratet. (u.å.). *Sykehjemsbeboeres legetimer per uke*. Kvalitetsindikatorer, kommunale helse- og omsorgstjenester. Hentet 14. august 2026 fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/legetimer-per-beboer-i-sykehjem>

Helsedirektoratet. (u.å.). *Vanedannende legemidler til eldre fra allmennlege*. Kvalitetsindikatorer, allmennlegetjenesten. Hentet 14. august 2026 fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/allmennlegetjenesten/vanedannende-legemidler-til-eldre-fra-allmennlege>

Helsedirektoratet. (u.å.). *Varighet på fastlege-listeinnbygger-relasjon*. Kvalitetsindikatorer, allmennlegetjenesten. Hentet 14. august 2026 fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/allmennlegetjenesten/varighet-pa-fastlege-listeinnbygger-relasjon>

Helsedirektoratet. (u.å.). *Årsverk i psykisk helse- og rusarbeid i kommunene*. Kvalitetsindikatorer, kommunale helse- og omsorgstjenester. Hentet 14. august 2026 fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/kommunale-årsverk-i-psykisk-helse-og-rusarbeid>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2023). *Meld. St. 9 (2023–2024). Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027. Vår felles helsetjeneste*. <https://www.regjeringen.no>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2023). *Meld. St. 15 (2022-2023). Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjeller*. <https://www.regjeringen.no>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2023). *Tid for handling, personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste* (NOU 2023: 4). <https://www.regjeringen.no>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2025a). *Meld. St. 23 (2024-2025). Fornye, forsterke, forbedre. Framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-23-20242025/id3096890/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2025b). *Forskrift om fastlegeordning i kommunene (fastlegeforskriften)*, FOR-2025-12-02-2405. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2025-12-02-2405>

HØRINGSUTKAST

Helse- og omsorgsdepartementet. (2025c). *Meld. St. 21 (2024-2025). Helse for alle. Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste*. <https://www.regjeringen.no>

Helsenorge, basert på Fastlegeregisteret (Norsk Helsenet). (u.å.). *Oversikt over fastleger og listekapasitet, Steinkjer kommune*. Hentet 01.08.2026 fra <https://www.helsenorge.no/finn-behandlingssted/fastlege/>

KS. (2025). Endringer i finansieringen av fastlegeordningen og legevakt. <https://www.ks.no>

KS og Den norske legeforening. (2026). ASA 4310 – *Rammeavtalen mellom Legeforeningen og KS om fastlegeordningen i kommunene* (1. juli 2026–1. juli 2027), punkt 8.2. Hentet 18. august 2026 fra <https://www.legeforeningen.no/jus-og-arbeidsliv/avtaler-for/naeringsdrivende-fastleger/ks-rammeavtalen/rammeavtalen-mellom-legeforeningen-og-ks-om-fastlegeordningen-i-kommunene-med-legeforeningens-kommentarer/>

Lov om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven). LOV-1994-08-05-55. § 4-1 og § 7-2

Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). LOV-2011-06-24-29. § 7 c

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). LOV-2011-06-24-30. § 3-2 første ledd nr. 4,

Norsk forening for alders- og sykehjemsmedisin. (2021). *Norm for legetjenester i sykehjem*. Den norske legeforening. Hentet 16. august 2026 fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/spesial/norsk-forening-for-alders-og-sykehjemsmedisin/fag/norm-for-legetjenester-i-sykehjem/>

Statistisk sentralbyrå. (u.å.). *Tabell 07459: Alders- og kjønnsfordeling i kommuner, fylker og hele landets befolkning*. Statistikkbanken. Hentet 14. august 2026 fra <https://www.ssb.no/statbank/table/07459>

Statistisk sentralbyrå. (u.å.). *Tabell 12005: Fastlegelister og fastlegekonsultasjoner*. Statistikkbanken. Hentet 15. august 2026 fra <https://www.ssb.no/statbank/table/12005>

Statistisk sentralbyrå. (u.å.). *Tabell 14746: Framskrevet folkemengde 1. januar, etter kjønn og alder, i 9 alternativer (MMMM-alternativet)*. Statistikkbanken. Hentet 14. august 2026 fra <https://www.ssb.no/statbank/table/14746>

Statsavtalen. (2025, 20. juni). *Avtale mellom staten, KS og Den norske legeforening om finansiering av fastlegeordningen*. KS, Den norske legeforening og Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.legeforeningen.no>

Statistisk sentralbyrå. (u.å.). *Tabell 11996: Legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester, etter avtaleform og funksjon*. Statistikkbanken. Hentet 15. august 2026 fra <https://www.ssb.no/statbank/table/11996>

Statistisk sentralbyrå. (u.å.). *Tabell 14277: Årsverk i helsestasjons- og skolehelsetenesta*. Statistikkbanken. Hentet 15. august 2026 fra <https://www.ssb.no/statbank/table/14277>

Steinkjer kommune, enhet legetjenester. (2026). *Intern oversikt over driftsform og eierskap for legekontor* [upublisert materiale]. Status 01.08.2026

Steinkjer kommune, enhet institusjonstjenester. (2026). *Oversikt over legeressurs per institusjon*, internt datauttrekk, upublisert.

Steinkjer interkommunale legevakt. (2026). *Statistikk over legevaktaktivitet 2023–2025* internt datauttrekk, upublisert. Enhetsleder legevakt, Steinkjer kommune.

Steinkjer kommune. (2020). Plan for legetjenester i Steinkjer kommune 2021–2024.

Steinkjer kommune. (2021). Kommuneplanens samfunnsdel 2021–2032. https://pub.framsikt.net/plan/steinkjerna/plan-komsamf_2021-2032

HØRINGSUTKAST

Vedlegg

Vedlegg A

A.1 Befolkningsdata for Steinkjer kommune i planperioden

Alders-gruppe	2020	2026	Framskr 2030 (MMMM)	Framskr 2034 (MMMM)	Tjenestemessig relevans
0 år	217	215	210	210	Helsestasjon, svangerskapsomsorg, fastlegetjeneste og legevakt
1-5 år	1221	1111	1106	1097	Helsestasjon, fastlegetjeneste, legevakt
6–12 år	2035	1835	1634	1631	Helsestasjon, skolehelsetjeneste, fastlegetjeneste, legevakt
13-15 år	882	838	820	749	Helsestasjon, skolehelsetjeneste, fastlegetjeneste og legevakt
16–19 år	1194	1257	1142	1050	HFS for ungdom, fastlege og legevakt
20-44 år	6987	6786	6632	6534	Fastlegetjeneste, legevakt
45–66 år	7123	6733	6448	6166	Fastlegetjeneste, legevakt
67–79 år	3297	3566	3586	3759	Fastlegetjeneste
80–89 år	1119	1396	1644	1735	Sykehjem, fastlegetjeneste, legevakt
90+ år	282	270	281	366	Sykehjem, hjemmetjeneste, fastlegetjeneste og legevakt
	24357	24007	23503	23297	

Tabell A1. Befolkning i Steinkjer kommune etter aldersgruppe: faktiske tall 2020 og 2026, og framskrevet folkemengde 2030 og 2034 (MMMM-alternativet), med tjenestemessig relevans for legetjenesten.

A.2 Fastlegeordningen, status per august 2026

Helsedirektoratet. (u.å.). Statistikk og rapporter om fastlegeordningen, legevakt og andre allmennlegetjenester. Hentet 14. august 2026 fra <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/fastlegeordningen-legevakt-og-andre-allmennlegetjenester/statistikk-og-rapporter-om-fastlegeordningen-legevakt-og-andre-allmennlegetjenester>

A.2.1 Oversikt over antall legekontorer, hjemler, driftsform, listelengder og eierskap.

Legekontor	Antall hjemler	Driftsform (N/H/F/V)*	Listestørrelser (N/H/FV)*	Åpne lister (ja/nei)	Merknad
------------	----------------	-----------------------	---------------------------	----------------------	---------

HØRINGSUTKAST

Fyrgata legekontor	4	2/2/0	700 (H) 1100 (N) 1200 (N) 900 (H)	nei	Privat
Sjøsia legekontor	4	2/1/0/1	1000 (N) 900 (H) 1000 (N) 1100 (V)	ja 173 plasser	Privat
Elvebredden legekontor	4	0/0/4	740 (F) 640 (F) 700 (F) 600 (F)	nei	Kommunalt
Høvdinggården legekontor	6	3/2/1	1000 (N) 700 (F) 1000 (N) 700 (N) 1000 (H) 850 (H)	ja 37 plasser	Privat
Sannan legesenter	8	3/5/0	1100 (H) 650 (H) 1500 (N) 650 (H) 1800 (N) 1000 (H) 700 (H) 1300 (N)	ja 90 plasser	Privat
Malm legekontor	2	0/0/0/2	800 (V) 600 (V)	ja 294 plasser	2 hjemler overføres til andre legekontor
Totalt	28		25930	594 plasser	

Tabell A.2.1. Legekontor i Steinkjer kommune per 01.08.2026: antall hjemler, driftsform, listestørrelser og status for åpne lister.

N = næringsdrift, H = hybridmodell (8.2-avtale), F = fastlønnsmode, V = vikardekket liste.

Merknad: Totalsummen på 594 ledige listeplasser inkluderer 294 plasser ved Malm legekontor, som er lagt ned fra august 2026.

A.2.2 Ytterligere data fastlegeordningen per nå

Parameter (august 2026)	Verdi
Antall fastlegelister	28
Antall fastlegelister med vikar	3
Antall innbyggere i fastlegeordningen	25397
Antall innbyggere som står på venteliste for ny fastlege	1017

HØRINGSUTKAST

Antall innbyggere uten fastlege (ubesatt liste) august 2026	2076
Gjesteinnbyggere (innbyggere i annen kommune som har fastlege i Steinkjer)	2623
Gjesteinnbyggere (innbyggere i Steinkjer som har fastlege i annen kommune)	1264
Antall LIS1 per 01.01.2026	3
Antall ALIS per 01.08.2026	9
Antall spesialister i allmennmedisin	16

Tabell A.2.2. Supplerende nøkkeltall for fastlegeordningen i Steinkjer kommune per 01.08.2026: antall lister, ventelister, gjesteinnbyggere og legebemanning (LIS1, ALIS, spesialister).

A.2.3 Kvalitetsindikatorer i fastlegeordningen 2023-2026

	2023 (Steinkjer, Norge)	2024 (Steinkjer, Norge)	2025 (Steinkjer, Norge)	2. kvartal 2026 (Steinkjer, Norge)
Andel fastleger med spesialitet i allmennmedisin (andel i prosent)	66,7% (63,3%)	66,7% (64,5%)	59,3% (66%)	57,14% (-)
Innbyggere uten fast lege (vikar) (andel i prosent)	0 (3,9%) (Fjerde kvartal)	0,3% (2,9%) (Fjerde kvartal)	4,2% (2,1%) (Fjerde kvartal)	8,7% (2%)
Konsultasjoner hos egen fastlege (andel i prosent)	72,4% (73,4%)	71% (72,7%)	69,4% (73,6%)	-
Totalt antall konsultasjoner (antall)	78 716	78 798	77 236	-
Vanedannende legemidler (andel av befolkning >65 år fått utlevert minst en resept)	4,3% (4,7%)	4,9% (4,7%)	4,5% (4,6%)	-
Varighet på fastlege-innbygger-relasjon (år)	4,9 år (4,9 år)	3,8 år (4,8 år)	4,6 år (4,8 år)	-

Tabell A.2.3. Utvikling i nasjonale kvalitetsindikatorer for fastlegeordningen i Steinkjer kommune og Norge, 2023–2. kvartal 2026.

A.2.4 Aldersfordeling fastleger:

Alder	<35	35-54	55-66	67-69	>70
2024	5	11	6	4	0
2025	6	10	6	2	2
2026*	4	10	7	1	2

*Til medio august 2026

Tabell A.2.4. Aldersfordeling blant fastleger i Steinkjer kommune, 2024–2026.

A.2.5 Fastleger startet og sluttet 2024-2026:

HØRINGSUTKAST

	Startet	Sluttet
2024	2	2
2025	3	3
2026*	0	2

*Til medio august 2026.

Tabell A.2.5. Fastleger som har startet og sluttet i Steinkjer kommune, 2024–2026. Fastlegehjemler, inkluderer ikke vikariater, permisjoner. Stillinger der fastlege har sluttet i 2026 er per d.d. utlyst.

A.2.6 Kvalitetsindikatorer kommunale helse- og omsorgstjenester 2023-2025

	2023	2024	2025
Sannsynlighet for reinnleggelse av eldre innen 30 dager etter utskriving fra sykehus	19,8% (ikke signifikant forskjellig)	19,7% (ikke signifikant forskjellig)	19,2% (ikke signifikant forskjellig)
Sykehjemsbeboeres legetimer per uke, gjennomsnittlig antall legetimer per uke per beboer i sykehjem.	Steinkjer: 0,58 timer/beboer Norge: 0,67 timer/beboer	Steinkjer: mangler data Norge: 0,68 timer/beboer	Steinkjer: 0,35 timer/beboer Norge: 0,70 timer/beboer
Antall årsverk innen psykisk helse- og rusarbeid i kommunen per 1 000 innbyggere, både totalt og ut fra utdanningsnivå	-	Steinkjer: 3,6 årsverk per 1 000 innbyggere Norge: 2,8 årsverk per 1 000 innbyggere	Steinkjer: 2,4 årsverk per 1 000 innbyggere Norge: 2,9 årsverk per 1 000 innbyggere

Tabell A.2.6. Utvalgte kvalitetsindikatorer for kommunale helse- og omsorgstjenester i Steinkjer kommune og Norge, 2023–2025: reinnleggelse av eldre etter sykehusopphold, legetimer per uke i sykehjem og årsverk i psykisk helse- og rusarbeid.

A.2.7 KOSTRA-tall for fastlegelister 2023-2025

Indikator	2023	2024	2025	2025 Norge	2025 Trøndelag	2025 KOSTRA gr. 9
Andel pasienter på liste uten lege (%)	0,0	0,3	4,2	2,1	2,1	2,6
Antall åpne fastlegelister	0	1	5	1340	82	126
Gjennomsnittlig listelengde	946	917	908	958	960	914
Andel kvinnelige leger (%)	44,4	46,4	59,3	49,9	52,8	51,5

Tabell A.2.7. KOSTRA-nøkkeltall for fastlegelister i Steinkjer kommune, 2023–2025, sammenlignet med Norge, Trøndelag og KOSTRA-gruppe 9.

HØRINGSUTKAST

A.2.8 Lederressurs i enhet legevakt og legetjenester

Kommune	Lederressurs	Legevakt	Fastlegehjemler	Legekontor
Steinkjer	1 årsverk enhetsleder, 20 % fagkoordinator	Egen legevakt, døgnkontinuerlig, også for Snåsa kveld/natt/helg	28	5
Stjørdal	Sektorleder 20 %, samt 1 årsverk enhetsleder	Ikke oppgitt	29	6
Verdal	1 årsverk leder, pluss 50 % koordinator	Med i styret i legevaktssamarbeid	17	4
Namsos	1 årsverk avdelingsleder	Interkommunalt	18 (9 privat, 9 kommunal)	6
Levanger	Koordinator for legetjenesten, 70 %	Interkommunalt	23 (22 privat næringsdrivende og fastlønnet)	4

Tabell A.2.8. Oversikt over lederressurser, legevaktorganisering, hjemmelstall og legekontorstruktur i Steinkjer sammenlignet med fire nabokommuner i Trøndelag, august 2026. Kilde: Steinkjer kommune, enhet legetjenester. (2026). Tallene er ikke direkte sammenlignbare da tjenestene er organisert ulikt på tvers av kommuner.

A.3 Folkehelseprofil 2026, nøkkelindikatorer

Indikator	Steinkjer	Trøndelag	Norge	Enhet	Vurdering	Relevans i plan
Andel i yrkesaktiv alder	61,5	65,7	65,9	%	Lavere	Mål 1,
Andel over 80 år	6,6	5,0	4,8	%	Høyere	Mål 1/3,
Vedvarende lavinntekt, alle aldre	9,2	8,7	9,7	%	Nært landsnivå	Sosial ulikhet, Mål 3
Sysselsatte, 20-66 år	75,4	77,8	76,9	%(a,k)	Noe lavere	Mål 1
Utenfor arbeid/utdanning, 20-66 år	19,9	17,4	18,4	%(a,k)	Høyere	Sosial ulikhet, Mål 3
Sykefravær, legemeldt, 20-66 år	6,7	6,0	5,9	%(a,k)	Høyere	Mål 1
Mottakere av uføretrygd, 20-66 år	13,0	11,0	10,0	%(a,k)	Høyere	Mål 1
Overvekt og fedme, 17 år	27	22	21	%(k)	Høyere	Mål 3

HØRINGSUTKAST

Forventet levealder, menn	80,9	81,1	80,7	år	Litt bedre	-
Forventet levealder, kvinner	83,7	84,4	84,2	år	Litt dårligere	-
Utdanningsforskjeller i forventet levealder	5,5	5,1	5,2	år	Større gap	Sosial ulikhet, Mål 3
Psykiske symptomer og lidelser, 0-74 år	186	179	180	Per 1000 (a,k)	Noe høyere	Mål 3
Muskel- og skjelettsykdommer og -symptomer 0-74 år	367	318	315	Per 1000 (a,k)	Klart høyere	Mål 3
Vaksinasjonsdekning, meslinger 9 år	96,5	97,5	97,1	%	Litt lavere, men over 95%	Mål 4

Tabell A.3. Folkehelseprofil 2026 for Steinkjer kommune: utvalgte indikatorer sammenlignet med Trøndelag og Norge.

Profilbarometeret markerer indikatorer med rød (dårligere enn landet), gul (på nivå) eller grønn (bedre enn landet) prikk. (a) = aldersstandardisert og (k) = kjønnsstandardisert, verdien er justert for at Steinkjer, fylket og landet kan ha ulike alders- og/eller kjønns sammensetning i befolkningsgrunnlaget, slik at sammenligningen gjenspeiler reelle forskjeller i forekomst og ikke bare demografiske forskjeller.

Vær oppmerksom på at også grønne verdier kan innebære en utfordring for kommunen, landsnivået representerer ikke nødvendigvis et ønsket nivå, verdiområdet for de ti beste kommunene i landet kan i mange tilfeller være et mer treffende mål å strekke seg etter.

A.4 Oppvekstprofil 2026, nøkkelindikatorer

Indikator	Steinkjer	Trøndelag	Norge	Enhet	Vurdering	Relevans i plan
Barn i familier med vedvarende lavinntekt	9,9	8,2	10,0	%	Landsnivå	Sosial ulikhet, Mål 3
Barn i familier som mottar sosialhjelp	14,0	7,5	6,6	%	Dobbelt så høyt som landet	Sosial ulikhet, Mål 3
Unge som står utenfor, 15-29	12,6	9,7	9,9	% (a,k)	Klart høyere	Mål 3
Psykiske plager, ungdomsskole (Ungdata)	17	15	15	% (k)	Noe høyere	Mål 3
Psykiske symptomer og -lidelser, 15-24 år	212	191	185	Per 1000 (a,k)	Klart høyere	Mål 3

HØRINGSUTKAST

Reseptfrie smertestillende, ukentlig bruk	24	21	20	% (a,k)	Høyere	
---	----	----	----	---------	--------	--

Tabell A.4. Oppvekstprofil 2026 for Steinkjer kommune: utvalgte indikatorer sammenlignet med Trøndelag og Norge, med tema ungdom og rusmidler.

Profilbarometeret markerer indikatorer med rød (dårligere enn landet), gul (på nivå) eller grønn (bedre enn landet) prikk. (a) = aldersstandardisert og (k) = kjønnsstandardisert, verdien er justert for at Steinkjer, fylket og landet kan ha ulike alders- og/eller kjønns sammensetning i befolkningsgrunnlaget, slik at sammenligningen gjenspeiler reelle forskjeller i forekomst og ikke bare demografiske forskjeller.

Vær oppmerksom på at også grønne verdier kan innebære en utfordring for kommunen, landsnivået representerer ikke nødvendigvis et ønsket nivå, verdiområdet for de ti beste kommunene i landet kan i mange tilfeller være et mer treffende mål å strekke seg etter.

A.5 KOSTRA 2025, legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester

A.5.1 Avtalte legeårsverk per 10 000 innbyggere, etter KOSTRA-funksjon, 2025

Funksjon	Steinkjer	Norge	Trøndelag	KOSTRA gruppe 9
Totalt	14,5	12,9	12,2	13,1
120 Administrasjon	0,5	0,3	0,4	0,3
232 Helsestasjon/skolehelse	0,5	0,5	0,4	0,4
233 Annet forebyggende helsearbeid	0,0	0,2	0,2	0,2
241 Diagnose/behandling (fastlege)	12,4	10,5	9,8	11,0
253 Institusjon (sykehjemslege)	0,7	1,2	1,4	1,3
253 Øyeblikkelig hjelp døgntilbud	0,4	0,2	0,1	0,1

Tabell A.5.1. Avtalte legeårsverk per 10 000 innbyggere i Steinkjer kommune, etter KOSTRA-funksjon, 2025, sammenlignet med Norge, Trøndelag og KOSTRA-gruppe 9.

A.5.2 Utvikling 2023-2025, totalt antall legeårsverk per 10 000 innbyggere

	Steinkjer	Norge	Trøndelag	KOSTRA gruppe 9
2023	13,4	12,4	11,5	12,8
2024	13,5	12,7	11,9	12,9
2025	14,5	12,9	12,2	13,1

Tabell A.5.2. Utvikling i totalt antall avtalte legeårsverk per 10 000 innbyggere i Steinkjer kommune, 2023–2025, sammenlignet med Norge, Trøndelag og KOSTRA-gruppe 9.

A.5.3 Legeårsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten per 10 000 innbyggere 0-20 år

	Steinkjer	Norge	Trøndelag	KOSTRA gruppe 9
2023	0,3	1,8	1,8	1,5
2024	1,3	1,8	1,9	1,6
2025	2,2	1,8	1,8	1,5

HØRINGSUTKAST

Tabell A.5.3. Legeårsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten per 10 000 innbyggere 0–20 år i Steinkjer kommune, 2023–2025, sammenlignet med Norge, Trøndelag og KOSTRA-gruppe 9.

A.6 Antibiotikaforskrivning og AMR

Indikator	2023	2024	2025
Antibiotikaresepter antall utleveringer av antibiotika fra apotek per 1000 innbyggere per år	Steinkjer: 415,7 Norge: 344	Steinkjer: 420,8 Norge: 353,8	Steinkjer: 408,2 Norge: 330,3
Andel beboere i sykehjem som fikk minst ett antibiotikum på målingstidspunktet	November 2023 Steinkjer: 6,3% Norge: 4,2%	November 2024 Steinkjer: 11,6% Norge: 3,7%	November 2025 Steinkjer: 2,7% Norge: 3,9%

Tabell A.6. Antibiotikaforskrivning og forekomst av antibiotikabruk i sykehjem, Steinkjer kommune og Norge, 2023–2025.

A.7 Legevaktaktivitet

Parameter	2023	2024	2025
Totalt antall anrop per år	24 974	22 191	21 264
Andel anrop besvart innen 2 minutter	83%	84%	86%
Antall konsultasjoner per år	*	*	*

Tabell A.7. Aktivitet ved Steinkjer interkommunale legevakt, 2023–2025: antall anrop og andel besvart innen 2 minutter. *Mangler data

A.8 Sykehjemslegenorm

Institusjon	Antall sykehjems-plasser totalt	Korttids-plasser	Langtids-plasser	Faktisk lege-ressurs	Anbefalt norm NFAS (2021)	Avvik (pp)
Steinkjer sykehjem	63	2	61	80%	92,9%	-12,9
Egge sykehjem	45	-	45	40%	56,3%	-16,3
Malm sykehjem	43	1	42	40%	60,8%	-20,8
Steinkjer DMS inkl. 3 KAD-senger	20	20	-	121%*	166,7%	-45,7
Steinkjer rehabilitering	11	11	-	40%	91,7%	-51,7
Total	182	34	148	321%	-	-

HØRINGSUTKAST

Tabell A.8. Faktisk legeressurs (stillingsprosent sykehjemslege, oppgitt av enhetsleder) sammenlignet med NFAS' forslag til minstenorm (2020/2021), etter institusjon og plasstype. Anbefalt = $(\text{langtidsplasser} \div 80 + \text{korttidsplasser} \div 12) \times 100$. Status august 2026.
*Inkluderer helgebemannning og beredskap for dialyse (HNT).

Vedlegg B. Avtalemodeller legetjenester

B.1 Avtalemodeller i dagens fastlegeordning

Dette vedlegget beskriver dagens avtalemodeller for fastleger i Steinkjer kommune, øvrige kommunale tilskudd i fastlegeordningen, og forslag til fremtidig avtalestruktur. Driftsformene som sådan, næringsdrift, 8.2-avtale og fastlønn, er regulert i ASA 4310 mellom KS og Den norske legeforening. De konkrete kronesatsene og de lokale ordningene (senioravtale, utvidet tilskudd til næringsdrivende, tilskudd til kjøp av hjemmel) er fastsatt av Steinkjer kommune innenfor rammeavtalens handlingsrom, og er ikke i seg selv nasjonalt fastsatte størrelser.

B.1.1 Selvstendig næringsdrivende

Fastlege med avtale som selvstendig næringsdrivende eier og drifter praksis med personell, lokaler og utstyr. Legen mottar basistilskudd, samt et tilskudd fra kommunen og beholder egenandeler og takster selv. Tilskuddet utbetales månedlig. Kommunen har ingen utgifter knyttet til kurs, sykefravær etc. Ved lengre fravær er legen selv pliktig til å finne vikar. Lykkes man ikke med å ordne vikar selv, ordner kommunen med vikar.

Ni leger har denne driftsformen per august 2026.

B.1.2 8.2-avtaler

Lege med 8.2-avtale mottar et driftstilskudd for å dekke utgifter til personell, lokaler og utstyr på kontoret. Tilskuddet varierer ut fra hvilket legekontor man tilhører. Kommunen beholder basistilskuddet, mens legen mottar egenandeler og takster. Hvor mye basistilskudd kommunen beholder med denne avtalemodellen avhenger av listelengde til hver enkelt lege.

Kommunen har ingen utgifter knyttet til kurs, egenmeldinger etc., men driftskostnadene til legen er allerede dekket gjennom driftstilskuddet.

Ni leger har denne driftsformen pr. august 2026.

B.1.3 Senioravtaler

Lege med senioravtale mottar tilskudd tilsvarende 100 kroner per pasient per måned. Kommunen beholder basistilskuddet, mens legen beholder egenandeler og takster. Senioravtalen er en lokalt fastsatt ordning i Steinkjer kommune, ikke en egen avtaleform definert i ASA 4310.

Kommunen har ingen utgifter knyttet til kurs, egenmelding etc.

Tre leger har denne driftsformen per august 2026.

B.1.4 Fastlønn

Lege mottar fastlønn, mens kommunen beholder basistilskuddet, egenandeler og takster. Kommunen har utgifter knyttet til arbeidsgiveravgift, pensjonssparing, korttids- og langtidsfravær, vikar, kursavgifter etc.

Utgifter knyttet til helsepersonell, lokaler og utstyr dekkes av kommunen.

HØRINGSUTKAST

5 leger har denne driftsformen per august 2026.

Avtalemodell	Basistilskudd	Egenandeler + takster	Tilskudd fra kommunen (månedlig sum i kroner)
Selvstendig næringsdrivende	Lege	Lege	16.667
8.2-avtale	Kommunen	Lege	Fra 100.000 - 113.061
Senioravtale	Kommunen	Lege	100 pr. pasient på liste
Fastlønn	Kommunen	Kommunen	-

Tabell B1: Sammenligning av avtalemodeller for fastleger i Steinkjer kommune per august 2026: fordeling av basistilskudd, egenandeler og takster og kommunalt tilskudd.

B.2 Andre kommunale tilskudd i dagens fastlegeordningen

B.2.1 Utvidet kommunalt tilskudd til næringsdrivende

Ved nyoppstartet i hjemmel eller overgang fra annen avtalemodell til selvstendig næringsdrift utbetales et utvidet kommunalt tilskudd tilsvarende kr. 16.667 kroner pr. måned i to år.

Per august 2026 er det tre leger som har denne avtalen.

B.2.2 Tilskudd til kjøp av hjemmel

Kommunen gir tilskudd til kjøp av hjemmel med inntil kr. 200.000 kroner, utbetales som engangssum. Ved videresalg av hjemmel før fem år foretas en forholdsvis avregning av tilskuddet.

B.3 Fremtidige avtalemodeller og tilskuddsordninger

B.3.1 Forslag til avtalemodeller som videreføres

Følgende avtalemodeller foreslås videreført i planperioden, med sikte på politisk behandling i forbindelse med temaplanen.

	Basistilskudd	Egenandeler + takster	Tilskudd fra kommunen (månedlig sum i kroner)
Selvstendig næringsdrivende	Lege	Lege	16.667
8.2-avtale	Kommunen	Lege	Fra 100.000 - 113.061
Fastlønn	Kommunen	Kommunen	-

Tabell B2: Forslag til avtalemodeller som videreføres i Steinkjer kommune, med tilhørende tilskuddsstruktur.

B.3.2 Forslag til hvilke avtalemodeller som avvikles

	Basistilskudd	Egenandeler + takster	Tilskudd fra kommunen (månedlig sum i kroner)
Senioravtale	Kommunen	Lege	100 pr. pasient

Tabell B.3. Avtalemodell som foreslås avviklet i Steinkjer kommune, med tilhørende tilskuddsstruktur og begrunnelse.

Avtalemodellen for seniortilskudd er ikke like gunstig som da den ble innført, blant annet på grunn av økning i basistilskuddet, samt at summen per pasient ikke er justert. For de tre legene som har avtalemodellen per dags dato, vil det være mer gunstig å gå over til avtale som ren selvstendig næringsdrivende.

HØRINGSUTKAST

B.3.3 Andre tilskudd i fastlegeordningen

B.3.3.1 Utvidet kommunalt tilskudd til næringsdrivende

Per august 2026 er det tre leger som har dette tilskuddet. Avvikling av tilskuddet utgjør betydelig risiko for at noen av disse tre legene sier opp avtalen. Tilskuddet anbefales derfor videreført til de som innehar det per dags dato, men ikke ved nye avtaler.

B.3.3.2 Tilskudd til kjøp av hjemmel

Sammenlignet med nærliggende kommuner er tilskuddet på kr. 200.000 kroner lavt. Tilskuddet senker risikoen ved nyetablering som selvstendig næringsdrivende og kjøp av hjemmel, samt bidrar i større grad til stabilitet i fastlegeordningen.

Det foreslås derfor å øke tilskuddet til 400.000 kroner.

Økning i tilskuddet vil kunne føre til at flere kjøper praksis. Per dags dato har vi åtte leger med 8.2-avtale som ikke eier hjemmel. I tillegg har vi tre leger med senioravtale som vil selge praksis ilt få år.

Økonomiske konsekvenser

Tilskudd til kjøp av hjemmel er en engangskostnad. Ved økning av maksimalt tilskudd fra kr 200 000 til kr 400 000 vil merkostnaden per innvilget tilskudd være kr 200 000. Basert på historisk aktivitet, med anslagsvis én til to overdragelser per år, anslås samlet årlig kostnad til kr 400 000–800 000. Merkostnaden sammenlignet med dagens tilskuddsnivå anslås til kr 200 000–400 000 per år.

Kostnaden er usikker fordi antall overdragelser varierer mellom år. Den kan øke dersom forbedrede rammebetingelser bidrar til at fastleger med økonomisk samarbeidsavtale etter ASA 4310 punkt 8.2 velger å kjøpe og overta fastlegepraksis. Per august 2026 er ni fastleger organisert med 8.2-avtale, og tre leger har senioravtale som planlegges avviklet; disse gruppene representerer et potensielt framtidig volum av praksisoverdragelser.

Kommunen bør derfor budsjettere med en årlig grunnramme som dekker to overdragelser, det vil si kr 800 000, og samtidig håndtere eventuelle ytterligere søknader gjennom særskilt budsjettbehandling eller en fastsatt årlig øvre ramme.

Dersom alle de åtte fastlegene med 8.2-avtale på sikt får innvilget maksimalt tilskudd, vil samlet mulig økonomisk eksponering være kr 3,2 millioner; inkluderes også tre leger med senioravtale, utgjør maksimal eksponering kr 4,4 millioner.

B.3.3.3 Praksiskompensasjon til næringsdrivende spesialister

Selvstendig næringsdrivende fastleger som er spesialister i allmennmedisin, kan etter søknad få dekket praksiskompensasjon ved fravær for å delta på kurs som er nødvendig for å opprettholde spesialistgodkjenningen. Kursaktiviteten skal være relevant for spesialiteten og dokumenteres gjennom kursinvitasjon og bekreftelse på gjennomført kurs.

Det kan gis praksiskompensasjon for inntil 5 hele kursdager per kalenderår, med forholdsmessig avkorting ved lavere avtalt klinisk arbeidstid enn 100 prosent.

Ordningen skal ikke dekke fravær som allerede er finansiert gjennom andre offentlige tilskuddsordninger, arbeidsgiver eller refusjonsordninger.

Praksiskompensasjon utbetales etter Allmennlegeforeningens til enhver tid gjeldende satser, begrenset til dokumentert fravær fra praksis. Per 1. januar 2026 utgjør satsen kr 12 650 per

HØRINGSUTKAST

hel dag. Kommunen kan fastsette nærmere retningslinjer for søknad, forhåndsgodkjenning, dokumentasjon og budsjettmessig prioritering.

Kostnader til praksiskompensasjon

Per august 2026 har Steinkjer kommune ni fastleger med driftsform som selvstendig næringsdrivende. Dersom alle disse er spesialister i allmennmedisin og benytter ordningen fullt ut, vil praksiskompensasjon for inntil fem kursdager per kalenderår gi en maksimal årlig kostnad på kr 569 250. Beregningen bygger på ni leger, fem kursdager per lege og en praksiskompensasjon på kr 12 650 per hel dag.

Den faktiske kostnaden vil avhenge av hvor mange av de selvstendig næringsdrivende fastlegene som har spesialistgodkjenning, hvilke kurs som oppfyller vilkårene, og faktisk uttak av kursdager. Kostnaden bør derfor budsjetteres som en øvre økonomisk ramme, med årlig evaluering av kostnad og bruk av ordningen.