



VEFSN KOMMUNE
- et steg foran

Utviklingsplan for allmennlegetjenesten Vefsn kommune 2020-2030



Foto: Jon Steinar Linga

Innledning

Alle som er bosatt i Norge har rett til å stå på en fastlegeliste. Fastlegeordningen i Norge ble etablert i 2001, og er ansett som en av de mest suksessrike helsereformene i Norge.

Fastlegeordningen har de siste årene hatt økende utfordringer knyttet til rekruttering og stabilitet. Det er gjort flere nasjonale, regionale og lokale utredninger for å finne årsaken til rekrutteringssvikten. Utredningene konkluderer med de samme hovedpunktene: fastlegene har gradvis fått tilført betydelig flere oppgaver og myndighetspålegg etter innføring av samhandlingsreformen, og betydelig økt arbeidspress. Arbeidsmengden per listeinnbygger er blitt større, uten at antallet fastleger har økt med samme tempo. Utredninger av fastlegeordningen viser også at det er i Nord-Norge rekrutteringssvikten- , og utfordringene med stabilitet i fastlegeordningen, er størst.

I Vefsn har vi merket gradvis økende utfordring ved rekruttering til fastlegehjemler med avtale om selvstendig næringsdrift de siste årene, og har gjort tiltak i form av endret driftsform til fastlønnede legestillinger. Lengden på pasientlistene har gradvis blitt nedjustert, parallelt med behov for flere fastleger til fastlegeordningen.

En kollaps av dagens fastlegeordning i Norge, vil gi massive ringvirkningene til øvrig helsetjeneste. Det er nødvendig å styrke de nasjonale rammevilkårene for fastlegetjenesten, men som både Legeforeningen, KS og Fylkesmannen i Nordland påpeker; også å styrke den lokale planleggingen og gjennomføre nødvendige tiltak.

Det har ikke vært tradisjon for å jobbe etter en tydelig retningsgivende faglig utviklingsplan eller overordnede mål for legetjenesten i Vefsn. Denne planen er derfor den første utviklingsplanen for legetjenesten i Vefsn, og skal bidra til å sikre en legetjeneste med høyt faglig nivå, og en tjeneste i kontinuerlig utvikling.

Plan for legetjenesten i Vefsn er resultatet av et samarbeid mellom kommunen og fastleger, med forslag til tiltaksplan som skal bidra til god og stabil fastlegeordning i Vefsn i årene fremover.

Innhold

1. Sammendrag, hovedfunn	s. 5
2. Innledning	s. 6
2.1 Styringsmål for legetjenesten i Vefsn kommune	s. 6
2.2 Bakgrunn og formål med planen	s. 6
2.3 Planarbeidet	s. 7
2.4 Forhold til kommunens øvrige planverk	s. 7
3. Grunnlagsdokument og rammevilkår for legetjenesten	s. 8
3.1 Rettslige rammer	s. 8
3.2 Sentralt avtaleverk	s. 8
3.3 Nasjonale politiske føringer	s. 8
3.4 Andre relevante faglige dokument	s. 8
3.5 Lokale føringer og kartlegginger	s. 8
3.6 Øvrige kilder	s. 8
3.7 Organisering og administrasjon i Vefsn	s. 9
3.8 Pasientpopulasjonen	s. 10
4. Utfordringsbilde	s. 11
4.1 Nasjonalt og regionalt utfordringsbilde	s. 11
4.2 Lokalt utfordringsbilde	s. 14
5. Fastlegeordningen	s. 14
5.1 Kommunens- og fastlegens ansvar	s. 14
5.2 Status	s. 14
5.2.1 Leger og legekontor	s. 14
5.2.2 Kapasitet	s. 15
5.2.3 Rekruttering, utdanning og stabilitet	s. 15
a. Rekruttering	s. 15
b. Utdanning av legespesialister	s. 15
c. Stabilisering	s. 16
5.2.4 Lokal fastlegekartlegging	s. 17
5.2.5 Planlagte endringer	s. 17
5.3 Utfordringer	s. 17
5.4 Identifiserte behov	s. 18
6. Legevakt	s. 18
6.1 Kommunens- og legevaktlegens ansvar	s. 18
6.2 Status	s. 19
a. Organisering	s. 19
b. Kompetanse	s. 20
c. Legevaktkartlegging i Vefsn	s. 20
d. Statistikk og kvalitetsindikatorer	s. 21
6.3 Utfordringer	s. 21
6.4 Identifiserte behov	s. 22
7. Andre allmennmedisinske legeoppgaver	s. 23
7.1 Status	s. 23
7.1.1 Eldreomsorg i institusjon og ØHD	s. 23
7.2 Utfordringer	s. 24
7.3 Identifiserte behov	s. 25
8. Fraværsdekning	s. 26
8.1 Status	s. 26
8.1.1 Vikardekning legekontor og legevakt	s. 26
8.1.2 Vikardekning tilsynsoppgaver	s. 26

8.1.3	Vikardekning samfunnsmedisin	s. 26
8.1.4	Rammeavtale, vikartjenester	s. 27
8.2	Utfordringer	s. 27
8.3	Identifiserte behov	s. 27
9.	Samfunnsmedisinsk legearbeid	s. 28
9.1	Status	s. 28
9.1.1	Kommuneoverlegefunksjon	s. 28
9.1.2	Systematisk helsearbeid og folkeopplysning	s. 28
9.1.2.1	Antibiotikabruk	s. 28
9.1.2.2	Vanedannende legemidler	s. 29
9.1.2.3	Folkehelseprofilen	s. 30
9.1.2.4	Legevaktmedisin	s. 30
9.1.2.5	Miljørettet helsevern	s. 30
9.1.2.6	Kommunikasjonsform, folkeopplysning	s. 31
9.1.2.7	Samfunnsmedisinsk planverk	s. 31
9.1.2.8	Bruk av statistikk og grunnlagsdata	s. 31
9.2	Utfordringer	s. 31
9.3	Identifiserte behov	s. 32
10.	Digitalisering	s. 33
10.1	Status	s. 33
10.1.1	Status nasjonalt	s. 33
10.1.2	Status lokalt og utfordringer	s. 33
10.1.3	Identifiserte behov	s. 34
11.	Andre behov i planperioden	s. 34
12.	Gruppediskusjoner	s. 34
12.1	Driftsmodell for fastlegeordningen	s. 34
12.2	Fastlegefunksjon tilknyttet omsorgsboligene	s. 34
12.3	Rådgivende lege for hjemmetjenesten	s. 35
13.	Vedlegg:	
1.	Arbeidsgruppas anbefalte fordeling av tilsynslegeressurser i institusjon	
2.	Arbeidsgruppas forslag til strategi for rekruttering, utdanning og stabilisering	
3.	Arbeidsgruppas forslag til strategisk kompetanseplan, legetjenesten i Vefsn 2020-2028	
4.	Arbeidsgruppas forslag til mandat, legevaktutredning	
5.	Utviklingsplan for legetjenesten i Vefsn kommune 2020-2030. Arbeidsgruppas anbefalte tiltak med prioritet	

Del 1: Sammendrag, hovedfunn

- Legetjenesten i Vefsn skal dekke befolkningas behov for allmennlegetjenester. Det er 13 fastleger i kommunen, som sammen med turnuslege, to sykehjemsleger og kommuneoverlegen jobber sammen for å tilby legetjenester til Vefsningene gjennom hele deres livsløp.
- Kompetansebeholdningen i tjenesten er betydelig. Legetjenesten med fastlegeordningen, de kommunale legeoppgavene og de akuttmedisinske legevakttenestene er i utvikling, og har gjort tiltak for å unngå å bli hardt rammet av den nasjonale fastlegekrisen.
- Arbeidsgruppa har utarbeidet en strategi for rekruttering, utdanning og stabilitet, basert på anbefalte rammeverk.
- Vedlikehold av spesialistkompetanse og akuttmedisinsk kompetanse er avgjørende for stabilitet og kvalitet i tjenesten. Det er utarbeidet en kompetanseplan og tiltaksforslag for kompetansemessig stabilitet.
- Planarbeidet har avdekket behov for flere fastleger, og system som legger til rette for gode tjenester for syke utenfor institusjon.
- Det har over tid vært, og er fortsatt, et udekt behov for legeressurs til ivaretagelse av syke institusjonspasienter ved Vefsn sykehjem.
- Legevakttenesten må utvikles i tråd med nasjonale føringer og samfunnsstruktur. Det er nødvendig med egen utredning for utvikle en fremtidsrettet legevaktstruktur.
- Det må jobbes systematisk og samlet for kunnskap om, - og forbedring av, egne tjenester. Planverk for smittevern og beredskap må revideres, og det må jobbes målrettet for riktigere antibiotika- og legemiddelbruk.
- Det har over flere år vært gradvis økende press på budsjettet i legetjenesten. På grunn av nye lovkrav, forskrifter, kvalitetskrav og stabilitetsutfordringer i den nasjonale fastlegeordningen, kan det forventes betydelig økte utgifter til drift av legetjenester de neste 10 årene.
- Arbeidsgruppa har avdekket 27 konkrete behov, og utarbeidet en liste med tiltaksforslag som vil kunne dekke behovene i årene som kommer

Del 2: Innledning

2.1 Styringsmål for legetjenesten i Vefsn kommune Legetjeneste i Vefsn har følgende målsettinger:

Styringsmål 1	Vi skal være kjent og tilgjengelig gjennom hele Vefsningsens livsløp.
Styringsmål 2	Vi skal bidra til god folkehelse, og et trygt lokalsamfunn.
Styringsmål 3	Vi skal være der når det står om liv, og stødig i kriser
Styringsmål 4	Vi skal være faglig fremoverlent, offensiv og moderne, og bruke fremtidsrettet helseteknologi.
Styringsmål 5	Vi skal være en attraktiv tjeneste, rekruttere og utdanne egne legespesialister, og verdsette kompetanse høyt.
Styringsmål 6	Vi skal jobbe systematisk og målrettet, lære av våre feil, og yte våre tjenester med faglig stolthet.

2.2 Bakgrunn og formål med planen

KS og Legeforeningen har kommet med en felles anbefaling til kommunene om å utarbeide en plan for legetjenesten. Denne planen er utarbeidet etter mandat gitt av samarbeidsutvalget i Vefsn kommune til legetjenestens arbeidsgruppe, ledet av kommuneoverlegen. Fastlegene har selv valgt ut tre representanter til arbeidsgruppa, samt sykehjemslege og ALIS-representant som ressurspersoner.

Mandat: Det skal utarbeides en plan med 5-10-årsperspektiv for organisering av:

- Tilsynsarbeid
(stillinger, fordeling av ressurser, system for fraværdekning, oppgave/stillingsdeling)
- Kapasitet fastlegeordning:
kartlegging behov for legehjemler/stillinger/kombinasjonsstillinger
- Legevakt:
Modell for vaktbelastning/vaktordning, kompetanseplan, samarbeid LMS/legesenter, økonomiske avklaringer
- Rekruttering/utdanning:
Strategi for rekruttering og stabilisering. Utdanningsplan ALIS inkl veilederordning.
- Utstyr:
oversikt over forventet fremtidig utstysbehov legevakt/legekontor i institusjon/kommunale legekontor
- Digitalisering:
Strategi for digitalisering og innfasing av velferdsteknologi i legetjenesten
- Helseopplysning og systematisk helsearbeid:
Strategi for folkeopplysning, nasjonale kampanjer, samarbeid hjemmetjeneste/andre aktører, Legemiddelgjennomgang, bruk av nettside m.m»

2.3 Planarbeidet

Arbeidsgruppa har hatt følgende medlemmer:

Hege Harboe-Sjøvik, kommuneoverlege, under spesialisering i samfunnsmedisin

Jan Roger Rasmussen, fastlege, spesialist i allmenntmedisin

Erlend Jørgensen, fastlege, spesialist i allmenntmedisin

Thomas Byhrø, fastlege, spesialist i allmenntmedisin

Ressurspersoner:

Reidun Kismul, sykehjemslege, spesialist i allmenntmedisin

Fanny Hansen, fastlege, allmenntlege i spesialisering

Arbeidsgruppa har hatt 6 dagsmøter. Ett av møtene var lagt til Oslo, med befarings på antibiotikasenteret for primærmedisin og Norsk helsenett. Arbeidsgruppa har rapportert til samarbeidsutvalget underveis i prosessen, og har drøftet arbeidet med allmenntlegene på allmenntlegemøtene våren og høsten 2019. Alle møtereferat er sendt til kommunalsjef, enhetsleder og fastlegene med mulighet for tilbakemeldinger og innspill.

Arbeidet er ferdigstilt 10.januar 2020.

2.4 Forhold til kommunens øvrige planverk

Kommuneplanen

Kommuneplanens samfunnsdel

Handlingsplan omsorg

Virksomhetsplan helsetjenesten

Plan for legetjenesten

Øvrig planverk i legetjenesten:

Beredskapsplan legetjenesten

Smittevernplan

Årsplan for legetjenesten

Revisjon: innen 31.12.2024. Kommuneoverlegen er ansvarlig.

Del 3: Grunnlagsdokument og rammevilkår for legetjenesten

3.1 Rettslige rammer

- Kommnehelsesloven
- Helsepersonelloven
- Fastlegeforskriften
- Akuttmedisinforskriften
- Forskrift om kompetansekrav allmenmedisin
- Spesialistforskriften
- Arbeidsmiljøloven

3.2 Sentralt avtaleverk

- Tariffavtalen SFS 2305
- Statsavtalen ASA 4301
- Rammeavtalen ASA 4310

3.3 Nasjonale politiske føringer

- Meld. St. 26 (2013-2014) «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet»
- Meld. St. 11 (2015-2016) Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019
- Meld. St. 19 (2018-2019) Folkehelsemeldinga – gode liv i et trygt samfunn
- Nasjonal ehelsestrategi og handlingsplan 2017-2022
- Meld. St. 9 «Én innbygger – én journal»
- Meld. St. 27 (2015-2016) «Digital agenda for Norge — IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet .»

3.4 Andre relevante faglige dokument

- EY og Vista Analyse, oppdrag fra HOD (2019) Evaluering av fastlegeordningen
- Menon, oppdrag fra Legeforeningen (2018): rapport: fastlegeordningen i krise -hva sier tallene?
- IPSOS, oppdrag fra KS (2018): Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen
- Statistisk sentralbyrå (2018): Analyse 14/2018 av Fastlegeordningen
- Helse Nord (2019): Fastlegetjenesten i Nord-Norge. Status, utfordringer og forslag til tiltak.
- HelseDirektoratet (2019): Høringsutkast: Nasjonal veileder for legevakt og nasjonale kvalitetsindikatorer for legevakt
- Abelsen/Brandstorp, NSDM (2019): Recruit and retain. Den norske case-studien
- NSDM (2018) – Fastlegeordningen i Nord-Norge
- FHI (2019): pasienterfaringer med fastlege og fastlegekontor

3.5 Lokale føringer og kartlegginger

- Tjenesteavtaler mellom Helgelandssykehuset og Vefsn kommune (rev.2018)
- Planverk for Vefsn kommune med handlingsplaner 2017-2021
- Agenda Kaupang, oppdrag fra Vefsn kommune (2018): Utvikling av helse- og omsorgstjenester i Vefsn kommune
- Enhet for folkehelse i Vefsn (2019-2020): Oversiktsdokument folkehelse
- Arbeidsgruppa, plan for legetjenesten (2019): Spørreundersøkelse fastlegene i Vefsn kommune
- Arbeidsgruppa, plan for legetjenesten (2019): Spørreundersøkelse sykehjemslege Vefsn kommune

- Arbeidsgruppa, plan for legetjenesten (2019): Spørreundersøkelse avdelingsledere omsorgsdistrikt nord og sør
- Arbeidsgruppa, plan for legetjenesten (2019): Spørreundersøkelse omsorgsledere Vefsn kommune
- Arbeidsgruppa, plan for legetjenesten (2019): Statistikk bruk av legemidler i Vefsn 2010-2017
- Arbeidsgruppa, plan for legetjenesten (2019): Statistikk bruk av antibiotika i Vefsn 2010-2017
- Arbeidsgruppa, plan for legetjenesten (2019): Statistikk bruk av legevaktjenester i Vefsn 2015-2018
- Arbeidsgruppa, plan for legetjenesten (2019): Kartlegging legevaktstruktur i andre kommuner

3.6. Øvrige kilder:

- Kommunehelse statistikkbank
- Kartlegging utviklingsplaner Helgelandssykehuset 2019
- Legevaktkonferansen 2019
- Møte med antibiotikasenteret for primærmedisin 2019
- Møte med Norsk Helsenett 2019
- Møte med HR-sjef i Vefsn kommune januar-20

3.7 Organisering og administrasjon i Vefsn

Legetjenesten er en avdeling i enhet for helsetjenesten, tjenesteområde omsorg. Kommuneoverlegen er avdelingsleder. Legetjenesten omfatter fastlegeordning, legevakt, øvrig kommunale legestillinger, smittevern, miljørettet helsevern og generell samfunnsmedisin.

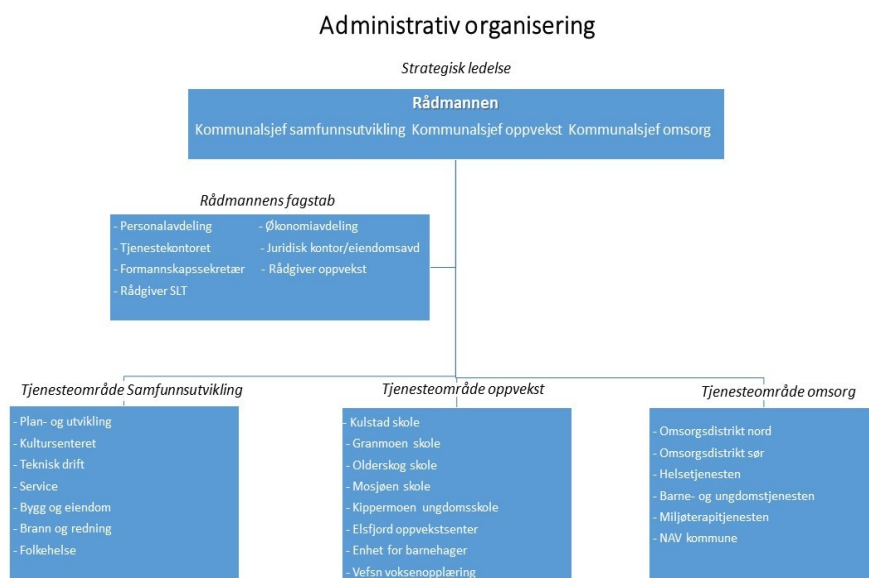
Legetjenesten i Vefsn har et årsbudsjett på ca 17,5 millioner kroner. Av dette går ca 1 million kr til drift av Vefsn legesenter, 5 millioner til drift av legevakttjenesten og 11,5 millioner til drift av fastlegeordning, tilsynslegefunksjoner og samfunnsmedisinske oppgaver.

På utgiftssiden ligger leie til lokaler for Vefsn legesenter, kjøp av legevaktformidling, leie av lokaler/sekretær til turnuslege, basistilskudd til fastleger, lønn til kommunale legestillinger, legevikarer, og utgifter til drift av legekantor og legevakt.

Inntektssiden utgjøres i hovedsak av kommunalt rammetilskudd, fastlønnstilskudd, samt egenandeler og trygdefusjoner fra pasienter til fastlønnede leger.

Utgiftene har vært gradvis økende de siste årene. Dette skyldes nye lovpålagte krav innen akuttmedisinske tjenester, nye kompetansekrav for legevakt og fastlegeordning, og utdanningspermisjoner og ledighet i fastlegestillinger, som har medført bruk av vikartjenester fra vikarbyrå. Reduksjon av antall leger ved Vefsn legesenter har også medført høyere kontorutgifter pr lege, og omgjøring av flere næringsdrivende legehjemler til fastlønnede stillinger i rekrutteringsøyemed har gitt økte utgifter.

Kommuneoverlegens rådgivende standpunkt til satsningsmodell for fastlegeordningen i Vefsn, er at kommunen bør satse på, og tilrettelegge for, en fastlegeordning etter hovedmodellen. Det bør samtidig tilrettelegges for leger i spesialisering og seniorer gjennom mulighet for tidsavgrenset fastlønnsordning.



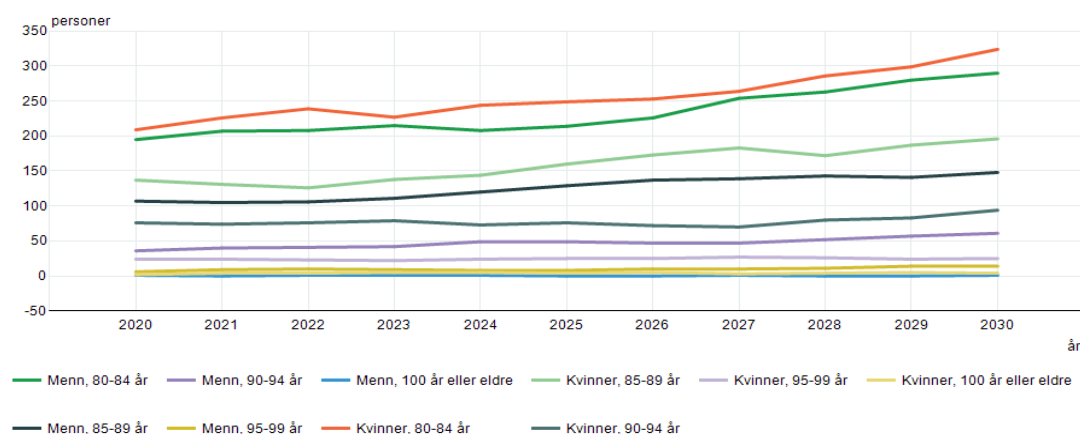
3.8 Pasientpopulasjonen

Vefsn kommune har i dag ca 13.400 innbyggere, hvorav 773 er over 80 år (5,8%) og 2091 er under 15 (15,6%). Hovedandelen av yrkesaktive jobber innen helse/sosial, forretning/næring, sekundærnæring (f.eks industri) og undervisning. Det er få som livnærer seg av jordbruk, skog og fiske, offentlig administrasjon og personlig tjenesteyting. Organisering av samfunn, utdanningsnivå og levevaner påvirker i stor grad helsetilstanden i befolkningen, og dermed hvilke helsetjenester befolkningen har behov for.

Statistisk sentralbyrås befolkningsfremskriving, viser at vi frem mot 2030 vil få ca 350 flere personer over 80 år i Vefsn. Forventet levealder for nyfødte er 79 år for menn i Nordland (80,9 nasjonalt) og 83,3 år for kvinner i Nordland(84,3 nasjonalt). Fremskrivningen viser lav tilvekst til befolkningen de neste 10 årene, og lite økning i antall barn/unge.

Vefsn har altså stabil bosetting, men befolkningen blir stadig eldre. Dette må vi ta hensyn til når vi planlegger legetjenester til befolkningen.

11668: Framskrevet folkemengde 1. januar, etter kjønn, alder og år. Vefsn, Sterk aldring (LHML).



Kilde: Statistisk sentralbyrå

I oversiktsdokumentet for folkehelse i Vefsn beskrives befolkningssammensetning og helsetilstanden generelt. Ut i fra diagnosegrupper, er det psykiske lidelser og selvmord, muskel- og skjelettplager og tannhelse som skiller seg negativt ut i Vefsn.

Det legemeldte sykefraværet i Vefsn ligger generelt under gjennomsnittet i Nordland. Det totale legemeldte sykefraværet i Vefsn er under landsgjennomsnittet i alderen 20-39 år, og over landsgjennomsnittet for aldersgruppa 40-66 år. NAVs statistikk fra 2019 viser at det er 15,4% uføretrygdde blant befolkningen mellom 18-67 år i Vefsn. Det er over Nordlandsgjennomsnittet på 13,6%. 3,4% av totalbefolkningen mottok AAP i oktober 2019, mot 3,6 til sammenlikning i Nordland. Tallet varierer gjennom året.

Tall fra NAV om alderspensjonister viser at gjennomsnittlig alder i Norge ved første uttak av alderspensjon er 65,4 år så langt i 2019. I Vefsn var gjennomsnittlig alder ved første uttak omtrent på landsgjennomsnittet, med 66,2 år for kvinner (66,1 år i Norge) og 65,4 år for menn (64,8 år i Norge).

Nøkkeltall fra statistisk sentralbyrå viser at befolkninga i Vefsn er i gjennomsnitt til konsultasjon hos fastlegen 2,78 ganger pr år, og i gjennomsnitt 0,5 ganger i kontakt med legevakt(egen statistikk). Det gjennomføres ca 37.000 konsultasjoner på fastlegekontorene i Vefsn pr år, og i underkant av 7.000 pasientkontakter på legevakta.

5,4% av personer i alderen 67-79 år mottar hjemmetjenester, det var i 2018 157 plasser i institusjon, og i forbindelse med omstillingsprosess er tallet i løpet av 2019 redusert til 139.



Når legetjenester planlegges, må det tas høyde for at behovet for helsehjelp er ulikt i de ulike aldersgruppene. Barn og unge har behov for legetjenester innen forebyggende helsearbeid i helsestasjon/skolehelsetjeneste, mens flere eldre gir behov for flere leger tilknyttet omsorgstjenesten, og behov for tettere samarbeid mellom fastleger, legevakt og kommunens pleie- og omsorgstjeneste.

Del 4: Utfordringsbilde

4.1 Nasjonalt og regionalt utfordringsbilde

Fastlegeordningen ble innført i Norge i 2001, og er ansett som en av de mest suksessrike helsereformene i Norge. Fastlegeordningen er en av grunnsteinene i norsk primærhelsetjeneste, og en bærebjelke i norsk helsevesen. Imidlertid er fastlegeordningen, nasjonalt sett, under sterkt press. Både kommuner og helse- og omsorgsdepartementet bekymret for fastlegeordningen, som er i ferd med "å rakne" i både små og store kommuner på grunn av betydelige utfordringer innen rekruttering og stabilitet.

Økonomien i fastlegeordningen er basert på en hovedmodell som innebærer selvstendig næringsdrift. Fastlegene har driftsavtale med kommunen, og står selv økonomisk ansvarlig for lokaler, ansatte, medisinsk utstyr og øvrige driftsutgifter til sin praksis. Fastleger får sin inntekt gjennom pasientens egenandeler, refusjoner fra folketrygden, og et basistilskudd fra kommunen per listeinnbygger. Refusjonene utgjør størstedelen av inntekten.

Et større antall ferske utredninger har kartlagt årsakene til fastlegekrisen, og den faktiske situasjonen både nasjonalt og regionalt. Rapportene underbygger bekymringene, og blant andre rapporter, viser evaluering av fastlegeordningen på bestilling fra helse- og omsorgsdepartementet at det haster å iverksette tiltak. Rapporten bekrefter det fastlegene har sagt i lang tid; at arbeidsbelastningen har økt, og at flere leger nå opplever arbeidssituasjonen sin som uhåndterbar.

Menons analyse av tall for fastlegeordningen på oppdrag fra Legeforeningen, viser at fastlegene de siste årene har møtt en større og mer kompleks pasientgruppe. Det har skjedd en gradvis overføring av flere pasientgrupper fra spesialisthelsetjensten, uten at det er fulgt opp med tilsvarende styrking av kommunale helsetjenester. Dette beskrives som del av årsaken til den u håndterbare arbeidsbelastningen. Rapporten forteller at den gjennomsnittlige arbeidsuken for fastlegene er 55,6 timer, og at en justering av fastlegers arbeidstid ned til 45 timers arbeidsuke vil medføre et behov for å øke antall fastleger med 25%, altså over 1000 årsverk fra dagens nivå.

IPSOS rapport om finansiering av fastlegeordningen på oppdrag fra KS, viser at 7 av 10 kommuner subsidierer fastlegeordningen utover hovedmodellen med selvstendig næringsdrift, og rekrutterings- og stabiliseringsutfordringer er de hyppigste årsakene til at kommunene utvikler subsidieringstilbud, for eksempel i form av gunstig avtale mellom kommune og fastlege om leie av lokaler og utstyr til drift av praksis. Kommunene som subsidierer fastlegeordningen, opplever at det fungerer etter hensikten. Av kommunene som subsidierer fastlegeordningen, rapporterer de fleste at dette påfører kommunen merkostnader. Funnene i rapporten tyder på at fastlegeordningens hovedmodell, på tvers av kommunene, ikke gir tilstrekkelige incentiver for fastlegene til å la seg rekruttere og bli i stillingene sine over tid.

Helse Nord har hatt en tiltakende bekymring om at en krise i landsdelens fastlegeordning også vil ramme og svekke spesialisthelsetjenesten, og har utarbeidet en rapport om fastlegeordningen i Nord-Norge. Rapporten beskriver rekrutterings- og stabiliseringsutfordringene i Nord-Norge som større enn ellers i landet. De nord-norske kommunene subsidierer fastlegeordningen i større grad, samtidig som det er klart høyere årlig gjennomtrekk i fastlegestillinger i landsdelen enn ellers i Norge. Listene for nord-norske fastleger er i gjennomsnitt kortere enn ellers, og det er færre spesialister i allmenntjenestemedisin. Helse Nord har utarbeidet forslag til konkret tiltaksliste, med tiltak rettet mot utdanning og rekruttering, finansieringsordningene, tiltak som kan avlaste fastlegene, tiltak rettet mot organisering og ledelse av legetjenesten i kommunene, tiltak for ivaretagelse av samiske pasienter i fastlegeordningen, og tiltak rettet mot utdanningskapasitet og desentraliserte utdanningsmodeller. I arbeidet med plan for legetjenesten i Vefsn, har arbeidsgruppa i flere av kapitlene sett på hvordan relevante tiltak kan implementeres i Vefsn.

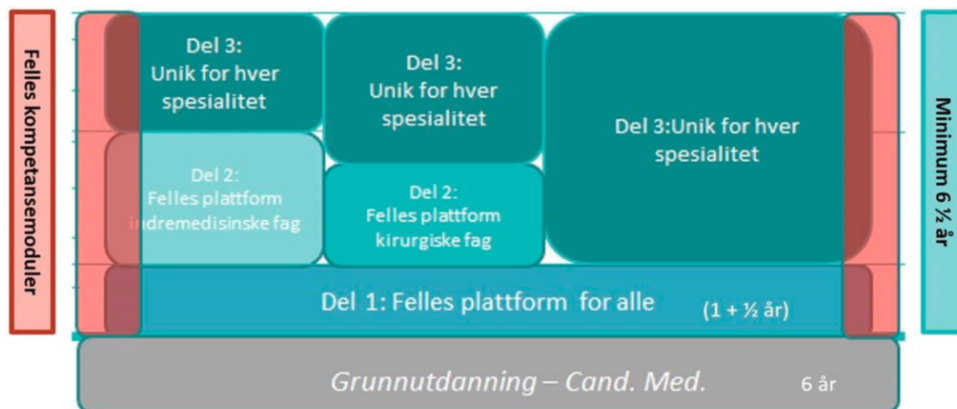


Statistisk sentralbyrås analyse av fastlegeordningen viser at det i 2017 var 6% færre pasienter på fastlegelistene enn i 2010, og at 80% av fastlegene jobber mer enn arbeidsmiljølovens bestemmelser. Pasientkonsultasjonene deles inn i tre kategorier: konsultasjoner (vanlige legetimer), sykebesøk (pasienter som av helsemessige årsaker ikke kan møte hos legen), og enkle kontakter (kort oppmøte på kontor, brev, telefon,

korrespondanse, resepter m.m). Analysen viser at det i perioden 2010-2017 var en samlet økning på 25% i antall kontakter mellom fastlegene og pasientene. Økningen har vært sterkest for de enkle kontaktene, moderat og i nærheten av den samtidige befolkningsveksten for konsultasjoner, og svak for antall sykebesøk. Som forklaring viser analysen, blant annet, til at kommunikasjon med annet helsepersonell og kommunale omsorgstjenester utgjør en stor del av fastlegenes arbeid, og har økt mye. Analysen viser også at antall allmennlegeårsverk har hatt en vekst med ca 23% fra 2010-2017, men at veksten har vært sterkere i de øvrige delene av det kommunale legearbeidet (sykehjem, skolehelse m.m.) enn i fastlegeordningen.

FHIs brukerundersøkelse om pasienterfaringer i fastlegeordningen viser at pasientene ønsker at fastlegeordningen skal bestå, men at det skal bli flere leger og bedre tid til pasientene. På landsbasis er det kronikerne som er minst fornøyde med den helhetlige helseoppfølgingen i fastlegeordningen.

Parallelt med økende rekrutteringsutfordringer i fastlegeordningen, har det de siste 5 årene kommet flere nye krav til kompetanse i fastlegeordning og legevakt som gir økende bemanningsutfordringer, særlig i mindre kommuner. Ett av kravene er obligatorisk avtale om spesialisering i allmennmedisin for tiltredelse i stilling som fastlege, jfr kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Opparbeidelse av formell allmennmedisinsk spesialistkompetanse gjennom spesialisering i allmennmedisin tar minst 5 år, og medfører betydelige økonomiske utgifter for legen selv og for kommunen. Kommunene har ansvar for utdanningen, og må ha tilstrekkelig antall spesialister i allmennmedisin til å ivareta veilederroller og bakvaktfunksjon på legevakt. Økt arbeidsbelastning for spesialistene medfører ytterligere press på fastlegeordningen.



Illustrasjon fra www.helsedirektoratet.no

Det er stort nasjonalt engasjement for å berge fastlegeordningen på grunn av dens bærebjerkefunksjon i det norske helsevesen. Imidlertid lar tiltakene vente på seg, og fastlegeordningen er i mange kommuner allerede raknet, eller allerede i ferd med å rakne. Arbeidsgruppa jobber derfor ut i fra et utgangspunkt om at også Vefsn kommune må legge betydelig innsats i å stabilisere fastlegeordningen, for å sikre Vefsningene et godt helsetilbud i årene som kommer.

4.2 Lokalt utfordringsbilde

- Utfordringene i Vefsn samsvarer i stor grad med det nasjonale utfordringsbildet.
- En kartlegging blant kommunes fastleger viser at arbeidsbelastningen er høy, at legevaktarbeid påvirker arbeidshverdagen negativt, og at vedlikehold av spesialitet er utfordrende. Fastlegene har over tid gitt signaler om økt arbeidsbelastning, og har selv gradvis redusert listelengden. Det har de siste årene vært økende press på fastlegelistene, og gradvis færre ledige listeplasser.
- Ytterlige press på fastlegeordningen vil utvilsomt merkes når eldreomsorgen i kommunen omstruktureres. Flere eldre utenfor institusjon gir økt press på fastlegetjenesten.
- Vefsn kommune har holdt fastlegehjemlene besatt, men har merket behov for rekrutteringstiltak de siste 3-4 årene. Kommunen har i samme periode omgjort tre næringshjemler til fastlønnede legestillinger av rekrutteringshensyn, og hatt økende utgifter knyttet til rekruttering og utdanning.
- Kommunen har betydelig færre tilsynstimer i sykehjem enn faglig normtall. Høyt arbeidspress gir stabilitetsutfordringer over tid.
- Det har vært gradvis økende utgifter i legetjenesten de siste årene på grunn av flere nye lovkrav, og prisøkning på vikartjenester. Utgiftene vil fortsette å øke på grunn av utdanningsansvar overført til kommunene og strengere krav til kompetanse, særlig innen allmennmedisinsk spesialisering og akuttmedisin.

Del 5: Fastlegeordningen

5.1 Kommunens og fastlegenes ansvar

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige allmennlegetjenester, og at personer som ønsker det, får tilbud om plass på en fastlegeliste. Kommunen skal sørge for at tilstrekkelig antall leger deltar i fastlegeordningen, at innbyggerne i kommunen gis nødvendig informasjon om fastlegeordningen, og at befolkningen gis et forsvarlig tilbud av allmennlegetjenester, hvor fastsatte kvalitets- og funksjonskrav i fastlegeordningen overholdes. Fastlegeordningen er regulert på flere nivåer i lov, forskrift, sentrale avtaler og individuelle avtaler.

Fastlegene har gjennom lover og avtaleverk listeansvar for egne pasienter, er tilpliktet i kommunale bistillinger, og er pålagt deltakelse i legevaktturnus.

5.2 Status

5.2.1 Leger og legekontor

Det er 13 fastleger i Vefsn, fra 2020 fordelt på tre legekontor, med to ulike driftsmodeller: Vefsn legesenter (kommunalt fastlønnet), Mosjøen legesenter (næringsdrift), og Sjøgata legekontor (næringsdrift). Åtte av fastlegene er spesialister i allmennmedisin, fem er under spesialisering. Det er én turnuslege tilknyttet fastlegeordningen, med kontorsted Mosjøen legesenter. Gjennomsnittsalderen blant fastlegene i Vefsn i dag er 42 år. I løpet av de neste

fem-seks årene kan vi forvente at samtlige fastleger er spesialister i allmenmedisin, forutsatt at alle blir i sine stillinger. I løpet av de neste fem årene vil ingen av legene ha nådd vanlig pensjonsalder, men tre leger vil kunne søke aldersmessig fritak fra legevakt. I løpet av de neste 10 årene vil én lege ha nådd vanlig pensjonsalder, mens seks av 13 leger vil kunne søke om aldersmessig vaktfritak.



Sjøgata legekantor



Vefsn legesenter



Mosjøen legesenter

5.2.2 Kapasitet

De selvstendig næringsdrivende legene har meldt ønske om reduksjon av listene på til sammen 400-500 listeplasser. I tillegg er det behov for listereduksjoner på 400 pasienter på de kommunale fastlegelistene i forbindelse med utdanning av nye leger og deltakelse i prosjekt ALIS Nord. Pr januar 2019 er det 215 ledige plasser på fastlegelistene, fordelt på to lister. Selvstendig næringsdrivende fastleger justerer vanligvis egen listelengde, men på grunn av press på listene er det midlertidig stengt for listejusteringer utover +/- 20 pasienter etter vedtak i samarbeidsutvalget i 2018.

5.2.3 Rekruttering, utdanning og stabilitet

Vefsn kommune har 13 fastleger, hvorav åtte er spesialister i allmenmedisin. Opprettelse av en 14. legehjemmel er vedtatt i kommunestyret november 2020.

a. Rekruttering

Ved rekruttering av lege uten spesialitet, kan det påregnes minst 5 år for gjennomføring av spesialistløp. Etter 2016 har fire fastleger sluttet i sine stillinger, hvorav tre var spesialister i allmenmedisin. Følgelig nye legehjemmel opprettet i 2015. Det er rekruttert inn nye leger i alle stillingene, hvorav én spesialist i allmenmedisin, og tre leger i spesialisering. Det har vært nødvendig med omgjøring av tre næringshjemler til fastlønnede stillinger i rekrutteringsøyemed.

b. Utdanning av legespesialister

Kommunen har ansvar for utdanning av legespesialister i allmenmedisin, og sørge for at alle fastleger innehar nødvendig kompetanse. Det er innført nye regler for spesialistutdanning og trygderefusjoner i 2019, og nye krav til akuttmedisinsk kompetanse fra 2020. Kommunen må ha en mal for utdanningsplan, en avtale med sykehuset om gjennomføring av utdanningsaktiviteter, ansette spesialister i allmenmedisin som veiledere, gjennomføring av enkeltkurs for helsepersonell i vakt, og bakvaktssystem på legevakt. Det er

også nye og skjerpede dokumentasjonskrav for gjennomføring av både LIS1-delen og LIS3-delen av tjenesten, som medfører betydelig økt veilederbehov.

Som del av rekrutteringsprosjekt deltar Vefsn kommune med to leger i prosjekt ALIS Nord – et rekrutterings- og utdanningsprosjekt. Styringsgruppen i ALIS-Nord er satt sammen med representanter fra nord-norske kommuner, i tillegg til KS Norge, NSDM, Helse Nord og Legeforeningen i Nordland. Målet med deltakelse er å sikre utdanning av egne legespesialister i Vefsn, og bidra til stabilitet i fastlegeordningen.



Illustrasjon fra www.alis-nord.no

c. Stabilisering

Spesialister i allmenntmedisin må resertifiseres hvert 5.år. Dette innebærer obligatorisk tidsbruk på kurs, smågruppevirksomhet og andre definerte utdanningskrav. Legetjenesten er avhengig av spesialistkompetanse, både for å dekke kvalitetsmessige mål, og for å ha mulighet til å dekke veilederoppgaver for leger i spesialisering.

Det tar minimum 12,5 år å bli spesialist i allmenntmedisin (cand med.+ LIS 1 + spesialistutdanning). Legene som rekrutteres har som regel cand.med+LIS1, og starter spesialiseringssløp. Det tar flere år å opparbeide spesialistkompetanse, god kjennskap til pasientlista, og å innarbeide effektiv arbeidsmetodikk og systematikk. Når en fastlege slutter i stillingen, tar det derfor årevis å gjenoppbygge samme kompetanse, og kjennskap til listepasientenes helse.

Ved manglende stabilitet og ledighet i stillinger må det brukes legevikarer for å dekke befolkningas behov for legehjelp. Vikarmarkedet har utviklet seg de siste årene, og de fleste legevikarer jobber gjennom vikarbyrå. Vikartjenester gir stor økonomisk merbelastning for kommunen. En ledig legehjemmel gir kommunen en merutgift på mer enn én million kroner pr år ved bruk av vikarbyrå.

Lav grad av stabilitet vil minske muligheten for å drive fagutvikling og tjenesteutvikling, og vil ha ringvirkninger til øvrige deler av primærhelsetjenesten. Stabilitet i fastlegeordningen er lønnsomt både på kort og lang sikt, kvalitetsmessig og økonomisk.

Stabilitet er avgjørende for en kvalitetsmessig allmenntlegetjeneste, med fastleger som kjenner egne pasienters helse. Klager fra pasienter og avvik innen fastlegeordning/legevakt i Vefsn er hovedsakelig relatert til fastlegebytter og vikarbruk. Leger med kjennskap til pasientene er selve essensen i fastlegeordningen.

5.2.4 Lokal fastlegekartlegging

Det er utført en lokal kartlegging av fastlegenes arbeidshverdag i Vefsn i forbindelse med arbeidet med plan for legetjenesten. Av kartleggingen fremkommer det at fastlegene i Vefsn har i snitt 47,5 timers arbeidsuke, i tillegg til kommunalt tilsynsarbeid (gjennomsnitt 8,25 timer) og pålagt deltakelse i legevaktturnus hvert 12.hverdag og hver sjettede helg. Alle fastlegene som har besvart kartleggingen ønsker kommunal bistilling, og alle har bistilling innen et av sine foretrukne arbeidsområder.

Fastlegekartleggingen i Vefsn viser at fastlegene opplever for liten grad av mulighet til etterutdanning/spesialisering. Årsakene oppgitt er økonomi, utfordrende fraværstdekning for kolleger på kurs, og for mye arbeid å ta igjen for fastlegen etter kurs.

Halvparten av fastlegene opplever tilstrekkelig rom for internundervisning. Tidspress er oppgitt som hovedårsak for de som ikke opplever tilstrekkelig rom.

5.2.5 Planlagte endringer

Sjøgata legekantor og Mosjøen legesenter har ikke meldt om endringsplaner. Turnuslegen har inntil videre kontor plass ved Mosjøen legesenter.

Vefsn legesenter har avtale med Helgelandssykehuset om leie av lokaler. Avtalen ble inngått for 4-legesenter med turnuslege, men er fra 2020 et 3-legesenter. Leieavtalen går ut 01.11.21, og det er behov for videre drift av legesenteret.

5.3 Utfordringer

- De største utfordringene innen fastlegeordningen i Vefsn er tilstrekkelig listekapasitet og kontorkapasitet, å sørge for rekruttering og utdanning av egne leger. I Vefsn har de største utfordringene innen rekruttering og utdanning foreløpig håndterbare, men desto viktigere er det å stabilisere ordningen slik den er i dag, med høy andel spesialister med lang erfaring fra allmenntilleggsmedisin. Kompetansen vil ta årevis å erstatte dersom vi mister spesialister fra tjenesten.
- Det vil i økende grad bli utfordrende å ivareta akuttmedisinsk kompetanse, uten at det går utover fastlegeordningens bæreevne.
- Et økende antall eldre over 80 år gir betydelig press på fastlegeordningen. Parallelt med økt antall eldre utenfor institusjon, øker også behovet for legetjenester til eldre utenfor institusjon. Eldre utenfor institusjon, for eksempel i bemannet omsorgsbolig, tilhører pr definisjon fastlegeordningen. Med planlagt reduksjon i sykehjems plasser, vil pasientgruppen i omsorgsboliger være syke, skrøpelig eldre som ofte er lite mobile. Dagens fastlegeordning gir ikke tilstrekkelig rom for sykebesøk eller systematisk arbeid med legemiddelgjennomgang og årskontroller i samarbeid med pleie/omsorgstjenesten.
- Vikardekning er også identifisert som utfordring. Fraværstdekning er ikke tilstrekkelig regulert gjennom fastlegeavtalene, somturnusen på legevakta gir høy total arbeidsbelastning, og det er ikke tilstrekkelig regulerte ansvarsforhold ved fravær fra kommunalt tilsynsarbeid. Vikarbruk er hvert år nødvendig for å ivareta sørge-for-ansvar for legetjenester, men vikarutgifter ligger ikke i legetjenestens budsjett.

5.4 Identifiserte behov

A. Tilstrekkelig listekapasitet i fastlegeordningen

Med kjennskap til det nasjonale og regionale utfordringsbildet, regner arbeidsgruppa det som sannsynlig at det blir behov for 500 nye listeplasser, og omfordeling av 2-3000 listeplasser i Vefsn til nye fastleger i løpet av 5-10 år.

B. Organisering som ivaretar somatisk og psykisk syke utenfor institusjon

Eldre hjemmeboende, eldre i omsorgsbolig, psykisk syke og beboere i MT-tjenesten har behov for særskilt tilrettelagte legetjenester.

C. Strategi for rekruttering, utdanning og stabilisering

Med bakgrunn i nasjonale og regionale rekrutteringsutfordringer, og dagens kompetansebeholdning i Vefsn, er det behov for tiltak som ivaretar rekruttering, utdanning og stabilisering av fastlegeordningen.

D. Revidering fastlegeavtaler

Det er behov for tydelig intervall i revidering av fastlegeavtalene.

Del 6 Legevakt

6.1 Kommunens og legevaktlegens ansvar

Kommunen skal tilby legevaktordning som sikrer befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp, og må sørge for at minst én lege er tilgjengelig for legevakt hele døgnet. Legevaktordningen skal vurdere, gi råd og veilede ved henvendelser om øyeblikkelig hjelp, diagnostisere og behandle akutte medisinske tilstander ved legekonsultasjoner og sykebesøk, og yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner. Kommunen skal sørge for at leger og annet helsepersonell i legevaktordningen oppfyller forskriftsdefinerte kompetansekrav, og at legevakta er utstyrt slik at helsepersonellet i vakt kan gjennomføre diagnostikk og iverksette nødvendig medisinsk behandling og overvåking i akutte situasjoner. Kommunen skal sørge for at legevakta er organisert og utstyrt slik at helsepersonell i vakt kan rykke ut umiddelbart.

I samarbeid med annet helsepersonell har legevaktlege beslutningsansvar i medisinske spørsmål. I det prehospitale rom innebærer denne rollen også å ta stilling til hva som er det rette behandlingsnivået for den enkelte pasient. Allmennlegen må kunne gi livreddende

behandling på stedet sammen med ambulansepersonell, og må være forberedt på lederrollen «medisinsk leder helse» (MLH) på skadested.

Legevaktordningen er regulert på flere nivåer i lov, forskrift, sentrale avtaler og individuelle avtaler.

6.2 Status

a. Organisering

Legevakta i Vefsn er kommunalt organisert, og tilbyr legevaktjenester til befolkninga i Vefsn med tilreisende. Legevakta er samlokalisert med Vefsn sykehjem i Vefsnveien 27, i umiddelbar nærhet til LMS. Legevakta har implementert nye krav ihht akuttmedisinforskriften. Vefsn kommune kjøper legevaktformidlingstjeneste fra Helgelandssykehuset. Kontrakten varer til 2020, men kommunen har gitt skriftlig tilbakemelding om ønske om forlenging og revidert avtale.

Dagtid ivaretas legevaktfunksjonen av alle kommunens legekantor, som har ansvar for mottak og behandling av øyeblikkelig hjelp for egne pasienter innenfor kontorets åpningstid. Det er et eget system som ivaretar rett til helsehjelp for innbyggere som ikke har fastlege i Vefsn.



Vefsn kommunale legevakt samlokalisert med LMS/omsorgsdistrikt sør

Fastlegene deler på ansvaret for nødnettet etter fast rulling dagtid. Ansvar for nødnett innebærer behandlingsansvar for akutt syke pasienter som behandles i ambulansen, og én av fastlegene er til enhver tid tilgjengelig for konferanse eller utrykning med ambulanse til akutt syke pasienter og ulykker.

12 av kommunens fastleger, samt turnuslege, deltar i fast legevaktturnus utenom fastlegekontorenes åpningstid. Ihht sentralt avtaleverk, kan leger søke fritak fra vakt fra 55 år på helsemessig grunnlag.

Legevakta ivaretar pasientenes akutt/hastebehov for legetjenester når fastlegekontorene er stengt. Legevaktlegen har ansvar for nødnettet, gjennomfører pasientkonsultasjoner på legevakta, utrykninger med ambulanse, undersøkelse av pasienter som kommer til legevakt med ambulanse, samt sykebesøk til kommunens sykehjem, omsorgsboliger, øyeblikkelig hjelp-tilbud, miljøterapi boliger, fengsel og arrest.

Vaktene varer 16,5 time fra 15.30-08 neste morgen hverdager, og 24 timer fra 09-09 helger og helligdager. Vaktene er ikke delt. Det er helsesekretær på jobb på legevakta kl 18-22 hverdager, og 12-19.30 i helger og helligdager.

Lege i vakt må ut på sykebesøk, og av og til kjøre ut selv for å bistå ambulanse hos pasient. Lege i vakt benytter privat bil. Vikarer kan låne kommunal bil til legevakt ved behov.

Legene jobber som selvstendig næringsdrivende på vakt, og mottar beredskapshonorar ihht sentralt avtaleverk. Legene faktureres av kommunen for forbruksmateriell og medikamenter som trengs i behandling av pasienter på vakt.

Ved vakante vakter benyttes vakanslisteordning. Det er i gjennomsnitt 20 vakante vakter pr år. Vakanskompensasjon utbetales ihht tariff.

Legevaktlegene jobber som fastleger dagtid, og det har ikke vært tradisjon for å ta fri dagen etter vakt i Vefsn. Det er imidlertid økende uttak av fridager etter vakt blant legevaktlegene i Vefsn de siste årene, til tross for at dette i liten grad kompenseres for økonomisk gjennom tariffavtalen. Gruppen vurderer dette som et symptom på økt totalbelastning i arbeidshverdagen

En henvendelse til flere nabokommuner og kommuner utenfor Helgeland, viser svært ulik organisering og finansiering av legevaktordningen mellom de ulike kommunene. Dette bekreftes også av Helse Nords rapport om fastlegeordningen.



Leger i legetjenesten i Vefsn

Foto: Jon Steinar Linga

b. Kompetanse

Alle leger i vakt oppfyller kompetansekrav i akuttmedisinforskriften, og kommunen har etablert bakvaksordning. Legevakta deltar på øvelser som arrangeres av Helgelandsykehuset, og tilbyr blant annet deltagelse på tverretatlige kurs i regi av norsk luftambulanselag når disse arrangeres. Det er ingen overordnet kompetanseplan for legevakta.

I NOU 2015:17 «først og fremst – et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus» er det beskrevet hvordan hyppigheten av alvorlige tilstander for den enkelte allmennlege ofte vil ofte være for liten til å kunne håndtere de mest kritiske situasjonene forsvarlig. Arbeidsgruppen har sett nærmere på hvordan en kompetanseplan kan sikre vedlikehold av akuttmedisinsk kompetanse gjennom kurs og øvelser, og aktuelle tiltak som kan bidra til å holde erfarne leger i vaksjiktet lengst mulig.

c. Legevaktkartlegging i Vefsn

Kartleggingen som ble gjort av fastlegeordningen i forbindelse med arbeidet med plan for legetjenesten, viste at de to største motivasjonsfaktorene for legevaktarbeid blant fastlegene i Vefsn er faglig interesse og økonomi. De største negative faktorene ved legevaktarbeid er økonomi, arbeidsbelastning, og ikke tilstrekkelig ivaretatt helse-miljø-sikkerhet på vakt.

Årsaken til at økonomi både er trukket frem som positiv og negativ faktor, er sannsynligvis at legene selv må vurdere om det er forsvarlig med pasientbehandling dagen etter vakt, noe som gir ulikt utslag for fastlønnede leger og selvstendig næringsdrivende. Vefsn kommune har ingen lokalt forhandlet ordning utover de sentralt forhandlede avtalene mellom KS/Legeföreningen.

Det har vært flere truende situasjoner på legevakta de siste årene, og bidrar til opplevelse av utilstrekkelig ivaretagelse av sikkerheten. Alvorlig psykisk sykdom og aggressiv atferd fra pasientene er et tilbakevendende problem.

De fleste legevaktlegene i Vefsn ønsker kun vakt ettermiddagstid 6,5 time og 12-timers dag/kveld helgevakter, aldri nattevakter, og arbeid som selvstendig næringsdrivende på vakt. Flere ønsker også faste legevaktleger utenom fastlegeordningen.

d. Statistikk og kvalitetsindikatorer

Det utarbeides årlig statistikk over bruk av legevakttjenester i Vefsn.

Helsedirektoratet sendte i 2019 den nye nasjonal veilederen «Nasjonal veileder for legevakt og nasjonale kvalitetsindikatorer for legevakt» på høring. I veilederen er det foreslått 6 kvalitetsindikatorer: svartid 116117, gjennomføring ROS-analyse, samtrening mellom helsepersonell og ambulanse, tilgang på tolketjenester på legevakt, tilgjengelig legevaktlege på dagtid utstyrt og tilgjengelig for utrykning, og triage av oppmøtte pasienter på legevakt.

Legevakta i Vefsn har i dag ikke fullstendig ROS-analyse, triage ved oppmøte, tilstrekkelig utstyr for utrykning dagtid, eller tilstrekkelig samtrening mellom legevakt og ambulanse.



6.3 utfordringer

- Det er en utfordring i seg selv at fastlegene opplever legevaktarbeid som belastende, og som en negativ faktor i arbeidshverdagen som fastlege. I løpet av de neste 5 årene vil ingen av legene ha nådd vanlig pensjonsalder, men tre leger vil være i aldersgruppe der det kan søkes om helsemessig fritak fra legevakt (55). I løpet av de neste 10 årene vil 1 lege ha nådd vanlig pensjonsalder, mens **6 leger** være i aldersgruppe for å søke om vaktfritak. Fritak for 6 leger vil medføre betydelig økt hyppighet av legevaktarbeid for de resterende vaktkjørende legene, og ytterligere press på fastlegeordningen.

- Det er sannsynlig at arbeidsmengden på vakt vil øke ytterligere, når flere eldre bor utenfor institusjon. Man kan også påregne økt behov for sykebesøk fra legevakttjenesten til institusjonene, når det er flere alvorlig syke i kommunale institusjoner.
- Man kan se ringvirkninger ved økt uttak av avspasering etter vakt, blant annet i form av lengre ventetider for time hos den enkelte fastlege.
- Det er også en utfordring at tilgjengelighet for akuttutrykninger dagtid påvirkes av prioritering mellom egne syke pasienter på legekantoret og utrykning med ambulansen. Røde «akutturer» prioriteres foran annet legearbeid, og det er en utfordring å sørge for at systemet totalt sett har kapasitet til å frigjøre leger til utrykning i tilstrekkelig grad.
- Vakanssystemet på legevakta fungerer i liten grad. Det er en etablert vakansliste, men det har vist seg svært utfordrende å få dekt opp akutt oppstått vakansbehov. En kartlegging blant legevaktlegene viser at vakansvakter oppleves som betydelig bidrag til større total arbeidsbelastning. Fulle timebøker på fastlegekontoret neste dag gir i liten grad mulig å planlegge avspasering etter vakt, og den tariffestede vakanskompensasjonen oppleves av legevaktlegene ikke som incentiv for å ta vakansvakter.
- Legevakta i Vefsn er ikke organisert til å imøtekomme de foreslåtte nye nasjonale kvalitetsindikatorer, og forventninger til fremtidens legevaktjenester.

6.4 Identifiserte behov

E. Utviklingsplan for legevakttjenesten

For å ivareta kvalitetskrav og struktur ihht nasjonal veileder for organisering av legevakt og lokale forhold, er det behov for en omorganisering av legevaktstrukturen i Vefsn. Det er behov for en egen legevaktutredning.

F. Kompetanseplan

For å sikre tilstrekkelig kompetanse i legevakttjenesten, er det behov for en langsiktig kompetanseplan med hovedfokus på akuttmedisin.

G. Minsket belastning av vaktarbeid

Det er behov for umiddelbare tiltak som gir mindre totalbelastning av legevaktarbeid.

H. Vakansordning

Det er behov for en vakansordning som sikrer fraværdeknning av vakante vakter.

Del 7: Andre allmennt medisinske legeoppgaver

7.1 Status

10 av kommunens fastleger er ansatt i bistillinger som dekker legebehovet utenom fastlegeordningen. Legestillingene er fordelt som følger:

- Helsestasjon/skolehelse: 50 % fordelt på 3 leger
- Helsestasjon for ungdom: 8 timer pr mnd, p.t. turnuslege
- Smittevern 10% fordelt på 1 lege
- Fungelshelsetjeneste 20% fordelt på 1 lege
- Institusjon, eldreomsorg: 120% fordelt på 6 leger
- Institusjon, eldreomsorg og ØHD: 100% stilling, p.t. fast ansatt sykehjemslege
- Veiledning turnuslege: 8% (ikke opprettet fast stilling) fordelt på 1 lege
- Veiledning LIS: 10% x2= 20% (ikke opprettet faste stillinger) fordelt på 1 lege
- Leder, fagråd legevaktssentral: 20% (finansieres av 12 kommuner i samarbeidet) fordelt på 1 lege

Det er enighet i arbeidsgruppa om at de største utfordringene er innenfor kommunalt øyeblikkelig døgntilbud og eldreomsorg i institusjon.

7.1.1 Eldreomsorg i institusjon og ØHD

I Vefsn kommune er det tre døgninstitusjoner for eldreomsorg: Parken, som skal huse alderspsykiatrisk avdeling, Fredlundskogen som er demensinstitusjon, og Vefsn sykehjem med generell geriatri, demensavdeling, korttidsavdeling, somatisk lindrende avdeling, og øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Det er tilsynsleger tilknyttet hver avdeling i stillinger på 10-20%, samt sykehjemslege i 100% stilling ved Vefsn sykehjem.



Sykehjemslege Reidun Kismul undersøker pasient Tormod Thomassen. Bilde publisert med samtykke.

Det har over flere år, og som konsekvens av samhandlingsreformen som ble innført i 2012, foregått et skifte i kommunehelsetjenestens karakter over hele landet. Det foregår i dag mer behandling og pleie av kort varighet og av mer spesialisert karakter, flere og sykere

pasienter behandles i dag i kommunene, og det skjer i hovedsak på bekostning av langtidsplasser. Dette er også tilfelle i Vefsn, der de desidert største utfordringene innen kommunale legeoppgaver finnes i eldreomsorgen. Også i Vefsn behandles pasienter med betydelig mer komplekse medisinske tilstander enn tidligere kommunalt, og behandlingene som utføres av de kommunale legene er på linje med det som tidligere ble utført i medisinske sykehusavdelinger. Allerede i 2014 kom en rapport fra Nasjonalt kompetansesenter for distriktsmedisin og IRIS om konsekvenser av samhandlingsreformen, på oppdrag fra KS. Rapporten viste blant annet det vi etter hvert er godt kjent med: At pasienter som sykehusene melder utskrivningsklare til kommunen er sykere enn før samhandlingsreformen, og de forlater sykehuset med mer alvorlige, mer behandlingsskrevende og mer komplekse sykdomstilstander.

Avdeling lokalmedisinsk senter ved Vefsn sykehjem ble etablert i 2012 i som følge av samhandlingsreformen, og rommer kommunens øyeblikkelig hjelp døgntilbud og korttidsplasser. ØHD-tilbudet skal ivareta avklarte pasienter med akutt oppstått behov for pleie/omsorg, innen rammene for allmenntilmedisinske behandlingsmetoder, og pasientene skal være utskrivningsklare i løpet av 5 døgn. I Vefsn har det vært 3-4 ØHD-senger, og beleggsprosenten er ca 80%, med ca 250 inn/utskrivninger hvert år. Det var opprinnelig avsatt 10% legeressurs (3,75 timer pr uke) til ØHD-sengene, men i praksis er det behov for 2-4 timers visittid daglig, og påfølgende legearbeid utover dagen.

Utskrivningsklare pasienter med behov for kommunalt institusjonstilbud får i hovedsak tilbud om korttids plass ved Vefsn sykehjem umiddelbart etter ferdigbehandling i sykehus, og har ofte komplekst behandlingsbehov ved innkomst i sykehjemsavdeling. På korttidsavdelingen er det også pasienter som kommer fra eget hjem etter søknad om korttids plass, og pasienter som fortsatt har behandlingsbehov etter 5 dager i ØHD-seng. Det er ca 260 innskrivninger årlig på korttidsavdelingen.

Korttids plassene på Solina krever også mye legetid, med i underkant av 200 årlige innskrivninger, hvorav ca 30 pasienter hvert år som kommer til Solina med komplekse sykdomstilstander for behandling i livets slutfase.

7.2 Utfordringer

- Det gradvis økende antallet syke eldre i institusjon i Vefsn er vanskelig håndterbart med de tildelte legeressursene. Det er gjennomført en kartlegging blant tilsynsleger, omsorgsledere, og avdelingsledere i institusjon og hjemmetjenester i Vefsn i 2019. Kartleggingen viser at flere av avdelingene opplever at viktige oppgaver ikke blir gjennomført på grunn av for lite legetid på avdelingene, særlig ved Vefsn sykehjem.
- Mye legetid til akuttsenger og korttids plasser går på bekostning av de andre sykehjemsavdelingene, som får tilsvarende mindre legetid. Det er ikke nok legetid til å ivareta et kvalitetsmessig godt nok legetilbud i institusjon for eldre i Vefsn, og utfordringen vil gradvis bli større for hvert år.
- I helsetjenestens budsjett for 2019 ligger antall timer legetilsyn pr sykehjemsbeboer på landsgjennomsnittet. Imidlertid er det ikke tilstrekkelig å se på antall timer pr beboer for utregning av legebehov i institusjon. Det finnes flere normer for fastsetting av tilsynstid i sykehjem, men ingen nasjonale minimumskrav. Det er vanlig å skille mellom langtids plasser, korttids plasser, aktivt utrednings- behandlings- eller rehabiliteringsopphold, og palliative plasser, fordi de ulike pasientkategoriene krever ulik hyppighet av legetilsyn, og ulik tidsbruk for gjennomføring av oppgavene.

Korttidsavdelingene drar mye legeressurser fra andre avdelinger, for å dekke et minimums legebehov. Det er ikke rom for faglig kvalitetsarbeid innenfor stillingen til sykehjemslegene.

- Ut i fra legeföreningens normtall for tilsyn i institusjon, er det med Vefsn pasientsammensetning behov for 124 legetimer pr uke, altså 42 timer mer enn vi har i dag. Etter planlagt reduksjon av senger på Parken, vil behovstallet være endret til 112 timer pr uke. Ihht faglig norm vil det fortsatt være 32 timer pr uke mindre tilsynslegeressurs enn anbefalt.
- Det er legevakta som dekker ØHD-tilbudet og øvrige institusjonsplasser 130 av ukas 168 timer, og mer ved fravær av tilsynslege, noe som stiller høye krav til kontinuitet i arbeidet som utføres dagtid.
- Behovet for økt tilsynslegeressurs har vært gradvis økende etter at samhandlingsreformen ble implementert i 2012, uten at legeressursen ble økt tilsvarende arbeidsmengden som økte som konsekvens av samhandlingsreformen. Det har vært meldt behov for mer tilsynslegeressurs hvert år fra legetjenesten, men har ikke blitt prioritert innenfor helse/omsorgs budsjetttrammer. Arbeidsgruppa har, i samarbeid med tilsynslege, utarbeidet et faglig begrunnet forslag til fordeling av tilsynsressurser som vil gi mest mulig effektiv utnyttelse av tilsynstimer. Omdisponering av 30% legeressurser fra Parken er lagt som forutsetning for forslag om total 20% økning av tilsynslegeressurs ved Vefsn sykehjem.
- Det presiseres også kvaliteten på helsetilbudet i institusjonene i stor grad avhenger av kontinuitet og fagkompetanse på sykepleiersiden. Tilsynslegene er avhengig av sykepleiernes kjennskap til pasientene, og deres observasjoner mellom legevisittene. Kontinuitet i både sykepleierdekning og legedekningen er svært viktig for kvalitetsmessig god medisinsk oppfølging i institusjoner i Vefsn kommune.

7.3 Identifiserte behov

I. Økt tilsynslegeressurs og ny tilsynsfordeling

Det er behov for 20% mer tilsynslege ved Vefsn sykehjem enn dagens stillingsressurs. Stillingen bør ivareta behov for mer klinisk legeressurs og fagutvikling. Det er behov for mer hensiktsmessig ressursfordeling.

J. Redusere sårbarhet i tilsynsordningen

Det må gjøres tiltak som ivaretar beboernes behov for legetilsyn, også ved tilsynsleges fravær.

Del 8: Fraværsdekning

8.1 Status

8.1.1 Vikardekning legekantor og legevakt

Fastlegene dekker hverandres fravær internt på kontorene inntil 8 uker pr år. Utover dette har kommunen ihht fastlegeavtalene et ansvar for vikardekning ved fravær som skyldes sykdom, omsorgspermisjon og obligatorisk utdanningsaktivitet i spesialisthelsetjenesten.

Fastlegene har ukentlig fravær ifm kommunalt tilsynsarbeid. Ansvar internt på legekantoret eller mellom lege og kommune for fravær fra kontoret ved tilsynsarbeid, annet offentlig legearbeid, offentlig møtevirksomhet eller barns sykdom er ikke regulert i avtalene.

Ved Vefsn legesenter er fraværssituasjonen sårbar på grunn av få leger ved senteret. Dette medfører vikarbehov ifm obligatoriske utdanningsaktiviteter, som alle legene ved senteret deltar i til samme tidspunkt.

Sommerstid er det redusert drift ved fastlegekontorene, og ferieavvikling på kontorene lar seg gjennomføre uten større vanskeligheter innen fastlegeordningen, men det er lang ventetid for pasienter på vanlig time etter ferieavviklingen. Ved Vefsn legesenter er driften sårbar i ferieavviklingen pga perioder med 1-leggedekning og hyppig legevaksarbeid, uten praktisk mulighet for fri etter vakt.

På legevakta jobber legene inn egen ferie ved dobbel vakthypighet om sommeren.

8.1.2 Vikardekning tilsynsoppgaver

Ved fravær fra kommunale legeoppgaver er det ingen fast vikarordning. Legene vikarierer i stor grad for hverandre ved kortvarig fravær og sommerstid, men det lykkes ikke alltid å få tak i vikarer ved langtidsfravær.

Kortvarig vikardekning for sykehjemslege i fast stilling er sjelden mulig. Det er heller ikke ønskelig med utstrakt bruk av fastleger som vikarer, da dette vil gå ut over fastlegeordningens kapasitet.

Delvis vikardekning ved Vefsn sykehjem sommerstid ligger i legetjenestens budsjett.

Kartlegging utført blant avdelingslederne viser at det på Parken er mulig å justere ned legebehov sommerstid, mens det ved Vefsn sykehjem er stort sett samme legeoppgaver hele året. Dette skyldes blant annet øyeblikkelig hjelp-senger, korttidsplasser og lindrende senger ved Vefsn sykehjem, der beleggspresnt og kompleksitet i behandling ikke kan forhåndsplanlegges. Ved disse avdelingene er det behov for daglig legeoppfølging gjennom hele året.

8.1.3 Vikardekning samfunnsmedisin

Kommuneoverlege og smittevernlege dekker i hovedsak hverandres fravær beredskapsmessig. Dersom begge er utilgjengelig ved ferieavvikling, forsøkes stedfortrederfunksjon avtalt med en av fastlegene. Det er ingen fast stedfortrederfunksjon for kommuneoverlegen.

8.1.4 Rammeavtale, vikartjenester

Vefsn kommune har fra 2019 inngått en 2-årig parallell rammeavtale om kjøp av legevikartjenester fra Dedicare AS, Dignus medical og Nordic medicare. Legevikarer som ikke rekrutteres lokalt, skal rekrutteres fra disse tre vikarbyråene.

8.2 utfordringer

- Legevakta har et utilstrekkelig vakanssystem ved fravær. Det er uavklart mellom legevaktlegene og kommunen i de juridiske forhold rundt beordning, og hvilke grunner som skal være gyldige fraværsgrunner.
- Stedfortrederfunksjon/beredskapsansvar i legetjenesten er ikke tilstrekkelig regulert ved fravær. Nærmere beskrevet i kapittel 9.
- Fastlegekartleggingen viser at fastlegene opplever det som belastende med dubling av vakthypighet sommerstid.
- Det er uklare ansvarsforhold ved fravær i fastlegeordningen og tilsynsoppgaver.
- Det er ikke vikarbudsjet i legetjenesten, men årlig store vikarutgifter for ivaretagelse av kommunens sørge-for-ansvar for fastlegeordning, legevakt og kommunale legeoppgaver. Vikardekning for tilsynsoppgaver, utover delvis vikardekning ved Vefsn sykehjem sommerstid, ligger ikke i legetjenestens budsjett. Vikardekning ved fravær gjennom året er nødvendig for faglig forsvarlig sykehjemsdrift.
- Fastlegene i gruppa påpeker at det ikke finnes reell mulighet for permisjon ifm utdanningsaktivitet etter endt spesialisering, som forskningsarbeid eller permisjon for faglig utvikling ved tidsavgrenset arbeid i spesialisthelsetjenesten. Dette skyldes dels organisering av vikardekning, dels økonomiske forhold.

8.3 Identifiserte behov

K. Vikarbudsjet

Det er behov for vikarbudsjet i legetjenesten som dekker sørge-for-ansvar innen fastlegeordning, legevakt og tilsynsoppgaver.

L. Vikardekning sommerstid

Det er behov for 2-3 vikarleger tilknyttet fastlegeordningen med legevakta sommerstid (18 vikaruker).

Del 9: Samfunnsmedisinsk legearbeid

9.1 Status

9.1.1 Kommuneoverlegefunksjon

Det overordnede ansvaret for systematisk helsearbeid i legetjenesten tilligger kommuneoverlegen. Kommuneoverlegen er kommunens medisinskfaglige rådgiver, ansatt i 100% stilling. Kommuneoverlegen er avdelingsleder for legetjenesten, og har blant annet administrativt ansvar for funksjon og kvalitet på fastlegeordning, legevakt og andre kommunale legeoppgaver, samhandling, systematisk legemiddelarbeid, klagebehandling, miljørettet helsevern, og kommunalt beredskapsarbeid, og skal ha oversikt over den generelle helsetilstanden i kommunen og faktorer som påvirker denne. Kommuneoverlegen skal sørge for nødvendig statistikk for å holde oversikt over bruk – og kvalitet på legetjenestene.

Det systematiske smittevernarbeidet ivaretas av smittevernlege i 10% stilling. Smittevernlegen og kommuneoverlegen dekker i hovedsak hverandres beredskapsfunksjoner ved ferie og annet fravær.

Kommuneoverlegen er ferdig med spesialisering i samfunnsmedisin i 2020. Det er ingen flere av legene i kommunen som er spesialister i, eller under spesialisering i, samfunnsmedisin.

Samfunnsmedisinske stillinger er rekrutteringsmessig utfordrende, og det er få leger i Norge som innehar spesialitet i samfunnsmedisin. Leger som ansettes i stilling som kommuneoverlege må derfor i all hovedsak starte 5-årlig spesialisingsløp ved tiltredelse i stillingen.

Det er viktig med kontinuitet i samfunnsmedisinske stillinger, for å sikre spesialistkompetanse ihht sentralt avtaleverk, oversikt og ledelse av kvalitetsarbeid, regelmessig oppdatering av planer og rutiner, og implementering av lover og forskrifter i tjenesten.

9.1.2 Systematisk helsearbeid og folkeopplysning

Legetjenesten i Vefsn har innhentet statistisk oversikt fra kommunehelse statistikkbank over legemiddelbruk i Vefsn for kategoriene diabetesmedikamenter, midler mot hjerte/karsykdom, smertestillende midler, midler ved psykisk lidelse, sovemidler/beroligende midler, ADHD-midler, allergimidler og midler mot astma/kols. I tillegg har arbeidsgruppa utarbeidet detaljert oversikt over antibiotikaforskrivning, basert på tall fra Folkehelseinstituttet.

Av legemidlene er det særlig vanedannende legemidler og antibiotika som får nasjonalt fokus, og som arbeidsgruppa har sett nærmere på i Vefsn i forbindelse med plan for legetjenesten.

9.1.2.1 Antibiotikabruk

Leger i primærhelsetjenesten har en viktig funksjon i det nasjonale arbeidet mot antibiotikaresistens.



Bilde fra www.fhi.no

Antibiotikaseretret for primærmedisin (ASP) er et Nasjonalt kompetansesenter med formål å fremme rasjonell og begrenset bruk av antibiotika i primærhelsetjenesten, og på den måten redusere utviklingen av antibiotikaresistens i Norge. Antibiotikaresistens er et økende problem, nasjonalt og internasjonalt, og et økt forbruk av antibiotika er den viktigste årsaken til utvikling av resistens. Ifølge kompetansesenteret forskrives 90 prosent av all antibiotika i Norge i primærhelsetjenesten, 60 prosent av dette utgjør forskrivninger til luftveisinfeksjoner, og det er her den største innsatsen for å få ned forskrivningen av antibiotika kan gjøres.

Statistikk over antibiotikaforbruk i Vefsn viser at vi ligger jevnt over litt over gjennomsnittet for antibiotikaorskrivning i Nordland og Norge, men har hatt en klar nedgang i antibiotikaforskrivning fra 2010-2018, lik nedgangen på landsbasis. Det skrives totalt ut i overkant av 5000 resepter på antibiotika i året i Vefsn.

Vefsn har hatt en betydelig nedgang i forskrivning av antibiotika til barn med luftveisinfeksjoner, noe som er positivt. Vefsn ligger over gjennomsnittet i Nordland for forskrivning, men omtrent på landsgjennomsnittet. Det er positivt at andel resepter av fenoxymetylpenicillin (førstevalg) til barn med luftveisinfeksjon har jevnt over vært høyere i Vefsn enn landsgjennomsnittet, og på linje med Nordland. Vefsn ligger under landsgjennomsnittet for forskrivning av luftveisantibiotika til voksne, noe som også er positivt. Frem til 2015 lå Vefsn høyere enn landsgjennomsnittet for andel resepter fenoksymetylpenicillin (førstevalg) ved forskrivning av luftveisantibiotika. I 2016-2018 er andelen derimot betydelig lavere, og også lavere enn landsgjennomsnittet. Dette må det jobbes videre med.

Det er forholdsvis flere kvinner som får resepter på urinveisantibiotika i Vefsn enn i Nordland og landsgjennomsnittet. Dette må det også jobbes videre med. I Vefsn ble det totalt skrevet ut 1250 resepter på urinveisantibiotika til kvinner 20-79 år i 2018. Det er likevel positivt at andel resepter på fluorokinoloner (bredspektret) ved UVI hos kvinner er halvert i Vefsn siden 2010, og at tallene i 2017 og 2018 har vært betydelig lavere i Vefsn enn i Nordland og landsgjennomsnittet.

9.1.2.2 Vanedannende legemidler

Statistikk for Vefsn fra 2010-2018 viser at Vefsn har flere brukere av opioider enn både landsgjennomsnittet og Nordland, men tallene er relativt like. Opioider er sterke smertestillende, som ved gjentatt bruk kan medføre fysisk og/eller psykologisk avhengighet. Antall brukere i Vefsn hadde en liten, men jevn økning i antall brukere pr 1000 frem til 2016. I 2018 fikk over 10% av befolkningen i Vefsn utskrevet opioider.

Forbruket av sovemidler og beroligende midler i Vefsn er stabilt, og rundt 1% høyere enn landsgjennomsnittet. Rundt 10% av totalbefolkningen i Vefsn får utskrevet disse legemidlene hvert år. Vefsn ligger ca 0,5% over landsgjennomsnittet i antall brukere av vanedannende sovemidler. Reduksjonen i antall brukere fra 2010 er i Vefsn på 0,7%.

9.1.2.3 Folkehelseprofilen

Folkehelseprofilen for Vefsn viser at vefsningene ligger omtrent på landsgjennomsnittet innen forekomst av de fleste sykdomsgruppene, men en litt høyere forekomst av krefttyper unntatt hudkreft, og mer muskel-skjelettplager enn landsgjennomsnittet. Vi har også flere uføretrygdede enn landsgjennomsnittet, og flere som får arbeidsavklaringspenger.

9.1.2.4 Legevaktmedisin

I hele Norge foregår det kampanjer for riktig bruk av legevakt. «En legevakt for alle, men ikke for alt» er et slagord som godt beskriver grunnprinsippet ved selektering av pasienter til legevakt. Legevakta er ment å dekke akutt behov for legehjelp utenom fastlegens åpningstid, for det som ikke kan vente til fastlegekontoret åpner.

NOU 2015:17 gir en samlet gjennomgang av hva som skal til for å få et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus. I utredningen beskrives flere nasjonale utfordringer som også er gjeldende for Vefsn. Blant annet beskrives nasjonale utfordringer knyttet til selektering av pasienter, og å sikre at de som virkelig trenger akutt hjelp får hjelp raskt.

I Vefsn viser statistikken de siste 4 årene at vi ligger over landsgjennomsnittet i bruk av legevaktjenester. Det var i gjennomsnitt 1,37 henvendelser pr 1000 innbygger pr døgn. Til sammenligning var tilsvarende tall 0,9 pr 1000 pr døgn i «vaktårnlegevakter» for Nasjonalt senter for legevaktmedisin. Vefsn har over flere år forsøkt å komme nærmere 1 pr 1000 pr døgn gjennom systematisk arbeid hos legevaktsentralen og folkeopplysning. Vi ser likevel at det fortsatt er rom for forbedring, og riktigere bruk av legevaktjenester.

Det ble i 2017-2018 gjennomført en brukerundersøkelse ved legevakta i Vefsn for å innhente kunnskap om egen tjeneste, blant annet hvorfor befolkningen tok kontakt. Brukerundersøkelser gir bedre forståelse av legevaktbruken i Vefsn, og brukes aktivt i legetjenestens kontinuerlige arbeid for et riktigere bruk av legevaktjenesten.

9.1.2.5 Miljørettet helsevern

Myndighet ihht forskrift om miljørettet helsevern er tillagt kommunalsjef for omsorg. Tilsyn og rapportskrivning gjennomføres av kommuneoverlegen. Det er etterslep på tilsynsoppgavene på grunn av tidligere vakant kommuneoverlegestilling, og manglende kapasitet i kommuneoverlegestillingen til ivaretagelse av oppgavene. Tilsyn på skolene og barnehagene er prioritert.



Foto: Asle Tveiti/Vefsn kommune

9.1.2.6 Kommunikasjonsplattform, folkeopplysning

Det er gjennomført kartlegging mtp systematisk helsearbeid. Kartlegging blant fastleger viser at foretrukket plattform for kommunikasjon/folkeopplysning er kommunens nettside, facebook og twitter.



9.1.2.7 Samfunnsmedisinsk planverk

Legetjenestens beredskapsplan er utdatert, og ikke i henhold til kommunens øvrige planverk for beredskap. En beredskapsplan for legetjenesten må ha tydelige planer for håndtering av sykdom, masseskade, atomhendelser, smittevern, utstyr, lokaler, massevaksinasjon, sykdom hos helsepersonell, strømforsyning, journaldokumentasjon, helsemessig infrastruktur, øvelser m.m.

Vefsn kommunes smittevernplan er utdatert, og ivaretar ikke i tilstrekkelig grad planer for relevante scenario. Planen må oppdateres.

9.1.2.8 Bruk av statistikk og grunnlagsdata

Det utarbeides årlig statistikk for bruk av legevaktjenester. Statistisk materiale innhentes fra legevaktas journalsystem og Helfo. Statistikk for bruk av fastlegetjenester finnes i noen grad på kommunehelse statistikkbank.

Arbeidsgruppa har gjennomgått behov for statistikk og styringsdata, og ser behov for en komplett statistisk fremstilling av ønskede variabler, som kan sammenlignes fra år til år.

Aktuelle data og variabler er: Bruk av legevaktjenester (lokal statistikk), antibiotikabruk (reseptregisteret/Hesledirektoratet), vanedannende legemidler (FHI/kommunehelse statistikkbank. Lokal statistikk fra fastlegekontor: antall konsultasjoner (2ad), antall sykebesøk dagtid (11ad), oversikt over kommunikasjon med øvrig pleie/omsorgstjeneste (1f), legemiddelgjennomganger (2ld) sum enkle kontakter (1-takster) og utvikling innen digitale pasientkontakter (2ae).

9.2 utfordringer

- Samfunnsmedisinske stillinger er stabilitetsmessig utfordrende i hele Norge, og det er utfordrende å rekruttere spesialister i samfunnsmedisin. Det bør gjøres tiltak for å stabilisere den samfunnsmedisinske kompetansen i Vefsn.
- Det er rom for riktigere antibiotikabruk i Vefsn, og forbruket av vanedannende legemidler bør reduseres.
- Det er et sannsynlig overforbruk av legevaktjenester i Vefsn.
- Oppgaver innen miljørettet helsevern ivaretas ikke i tilstrekkelig grad.

- Legetjenesten har ikke en oppdatert beredskapsplan eller smittevernplan.
- System for kommunens samfunnsmedisinske legeberedskap er utilstrekkelig.

9.3 Identifiserte behov

M. Miljørettet helsevern

Det er behov for tilsynsressurs for ivaretagelse av lovpålagte oppgaver.

N. Beredskapsplan

Legetjenesten må oppdatere sin beredskapsplan, og inngå nødvendige beredskapsavtaler.

O. Smittevernplan

Det er behov for ny smittevernplan

P. Bedre legeberedskap

Det er behov for sikring av samfunnsmedisinsk legeberedskap 24/7/365

Q. Redusere bruk av legevakt

Det er nødvendig med tiltak for riktigere bruk av legevaktstjenester.

R. Kommunikasjonsplattform

Det er behov for felleskonto for legetjenesten på sosiale medier.

S. Riktigere legemiddelbruk

Det er behov for strategi for riktigere antibiotikabruk og reduksjon av vanedannende legemidler i Vefsn.

T. Kjennskap til egen tjeneste

Det er behov for årlig statistisk fremstilling av bruk av legetjenester og legemidler i Vefsn.

U. Samfunnsmedisinsk kompetanse

Det er behov for tiltak som kan stabilisere samfunnsmedisinsk kompetanse

Del 10: Digitalisering

10.1 Status

10.1.1 Status nasjonalt

Det foregår nasjonalt sett et stort digitaliseringsarbeid i regi av direktoratet for ehelse, der flere av tiltakene må styres og gjennomføres fra nasjonalt hold, og har en tidslinje som strekker seg mange år frem i tid. Men flere enkelttiltak kan gjøres lokalt, for umiddelbar bedret tilgang på digitale tjenester for befolkningen, og for å tilrettelegge for tilpasning til nye nasjonale digitale løsninger.

Direktoratet for eHelse har utarbeidet Nasjonal ehelsestrategi for 2017-2022, med tilhørende tiltaksplan. Strategien tar utgangspunkt i målbildet for e-helseutviklingen som ble formulert i Meld.St 9 (2012-2013) «En innbygger – én journal – Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren».

Stortingsmeldingen setter tre overordnede mål for IKT-utviklingen i helse/omsorgssektoren:

- Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger
- Innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester
- Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåkning, styring og forskning

En innbygger – en journal skal gjennomføres gjennom strategiske og parallelle tiltak beskrevet i «Veikartet». Den nasjonale strategien for 2017-2022 har 6 strategiske satsingsområder: Digitalisering av arbeidsprosesser, bedre sammenheng i pasientforløp, bedre bruk av helsedata, helsehjelp på nye måter, felles grunnmur for digitale tjenester, samt nasjonal styring av e-helse og økt gjennomføringsevne.

Vi må forvente behov for lokale tilpasninger, etter hvert som nasjonale tiltak endrer grunnforutsetningene for digitale helse- og omsorgstjenester i Norge.

10.1.2 Status lokalt og utfordringer

I Vefsn har legekantorene og legevakta til sammen 3 ulike journalsystem. Kommunens helse/omsorgstjeneste for øvrig har ytterligere 3 ulike journalsystem som brukes av leger til dokumentasjon.

Det er ikke innsyn i journaler mellom de ulike kantorene, eller mellom legekantor og legevakt. Pasientens legemiddelliste er heller ikke tilgjengelig for andre enn fastlegen. Dette er nasjonale problemstillinger, og i liten grad mulig å løse lokalt på grunn av personvernlovgivningen.

E-konsultasjoner brukes i liten grad på fastlegekantor, og ikke i noen grad på legevakt. Det er ikke etablert felles plattform for videokonsultasjon internt i kommunens helse/omsorgstjeneste.

Det er få nasjonale krav til digitalisering av legetjenester, og nytten vil variere mellom kommuner, avstand til legetjenester og sammensetning av pasientpopulasjon. Legetjenesten i Vefsn står dermed fritt til å utarbeide en egen strategi for bruk av digitale løsninger i egen fastlegeordning og legevaktstjeneste

10.1.3 Identifiserte behov

V. Digital tilgjengelighet for pasient

Det bør tilrettelegges for relevant digital kommunikasjon mellom pasient og legekontor.

W. Digital tilgjengelighet for pleie-omsorg

Det bør tilrettelegges for relevant digital kommunikasjon mellom pasient og pleie-omsorg.

X. Bedre IT-messig pasientsikkerhet

Det bør tilrettelegges for en samordning av journalsystem for legetjenesten

Del 11: Andre behov i planperioden

Det er avdekket tre konkrete investeringsbehov, listet opp som punkt Y, Z og Æ i tiltaksforslagene.

Del 12: Gruppediskusjoner

Grappa har særskilt diskutert følgende prinsipper for organisering, og innspill fra øvrig helse/omsorgstjeneste :

12.1 Driftsmodell for fastlegeordningen

Grappa har under flere møter diskutert hensiktsmessig driftsmodell for fastlegeordningen i Verfsn. Kommuneoverlegens standpunkt er at kommunen primært bør satse på, og tilrettelegge for, hovedmodellen med næringsdrift. Grappa mener likevel, etter flere diskusjoner, at man må følge markedet og utviklingen i fastlegeordningen nasjonalt. Grappa mener samlet at det er hensiktsmessig å tilby mulighet for tidsavgrenset fastlønnsavtale i starten av karriæren for å bidra til rekruttering, samt aldersbetinget fastlønnsavtale på slutten av karriæren for å bidra til stabilitet.

12.2 Fastlegefunksjon tilknyttet omsorgsboligene

Kartleggingen utført blant omsorgslederne og avdelingsledere i hjemmetjenesten i forbindelse med planarbeidet, tilsier at det er behov for fastlegefunksjon tilknyttet omsorgsboliger. Grappa har diskutert forslaget om egen fastlege tilknyttet omsorgsboligene, men vurderer det som for sårbart. Det kvalitetsmessig minst sårbare vil være å sikre tilstrekkelig romslighet i fastlegeordningen til ivaretagelse også av eldre i bemannet omsorgsbolig. Ved tilrettelegging for riktig bruk av sykleierressurser i form av tilgjengelig utstyr til undersøkelse og blodprøvetaking, vil et samarbeid mellom fastlege og sykleier om opptak av sykehistorie, enkle

undersøkelser og blodprøver, kunne eliminere en stor del av pasienttransportene til fastlege og legevakt.

12.3 Rådgivende lege for hjemmetjenesten

Det er også hyppig, og ofte utfordrende kommunikasjon mellom hjemmetjenesten og fastlegekontorene, og det har også kommet inn forslag om rådgivende lege for hjemmetjenesten for å bistå i hverdagslige avklaringer. Grappa har diskutert forslaget, og mener det ikke vil være faglig forsvarlig å være rådgiver uten tilstrekkelig kjennskap til den enkelte pasient. Grappa mener derfor at også dette må håndteres innenfor fastlegeordningen, men at det bør gjøres grep som forenkler kommunikasjonen og tydeliggjør riktig bruk av de ulike kommunikasjonsflatene.

Del 13: Vedlegg

1. Arbeidsgruppas anbefalte fordeling av tilsynslegeressurser i institusjon
2. Strategi for rekruttering, utdanning og stabilisering
3. Strategisk kompetanseplan legetjenesten i Vefsn 2020-2028
4. Arbeidsgruppas forslag til mandat for legevaktutredning
5. Utviklingsplan for legetjenesten i Vefsn kommune 2020-2025. Anbefalte tiltak i prioritert rekkefølge

Vedlegg 1:

Arbeidsgruppas anbefalte fordeling av tilsynslegeressurser etter omstrukturering institusjonsomsorg:

	Man	Tir	Ons	Tor	Fre	Timer	Norm DNLF
LMS ØHD/rehab	4	4	4	4	4	20	18
LMS korttid	2	2	2	2	2	10	13,5
Miljøtunet rullering					7,5	7,5	12
Miljøtunet langtidsplass			7,5			7,5	10
Solina palliasjon/korttid	1	1	1	1	1	5	35
Solina langtidsplass	7,5					7,5	2,67
Nyrudskogen Hovedansvar	7,5					7,5	5
Nyrudskogen			3,75			3,75	5
Parkstuo				3,75		3,75	3
Fredlundskogen Stor gruppe		7,5				7,5	6,67
Fredlundskogen Liten gruppe				3,75		3,75	2
Fagansvar legetjenester i institusjon	0,5	0,5		0,5	0,5	2	
						85,75	112,84

Vedlegg 2:

Strategi for rekruttering, utdanning og stabilisering

Legetjenesten i Vefsn skal, i henhold til egne overordnede målsettinger, rekruttere og utdanne egne legespesialister, og ha fokus på den spesialistkompetansen som allerede finnes i tjenesten. Legetjenesten skal jobbe etter føringer i rammeverket recruit and retain – making it work.

Rammeverket består av ni strategiske gjøremål, fordelt på de tre stegene Planlegge, Rekruttere og Beholde med fem suksesskriterier plassert sentralt:

- 1) anerkjennelse av det unike i distrikt
- 2) inkludering av distriktenes perspektiver
- 3) tilstrekkelige ressurser
- 4) årlige sykluser med aktiviteter
- 5) regelmessige evalueringer.

Modellen er ikke ment som en lineær prosess, og elementene er derfor plassert i en sirkel:



Legetjenesten i Vefsn har følgende strategi for rekruttering, utdanning og stabilisering 2020-2025:

1. Sikre mulighet for overføring av 2000-3000 pasienter til nye lister de neste 5 årene.
2. Opprette 500 nye listeplasser
3. Rekruttere og utdanne egne leger til spesialister i allmenntidisin
4. Rekrutteringskandidater: unge leger, interesse for allmenntidisin, lokal tilhørighet eller interesse for det Helgeland har å tilby, interesse for tjenestetutvikling.
5. Lyse ut ALIS-stillinger med valgfri driftsmodell under spesialisering
6. Listetak 800 under spesialisering
7. Like utdanningsvilkår næringsdrivende og fastlønnete ALIS
8. Standard utdanningsplan
9. Hjelp til partnerjobb, barnehageplass og bolig i oppstartsfasen
10. «Onboarding» program i samarbeid med HR-avdeling
11. Faste fagmøter x2 pr år, kompensert
12. Veilederstillinger a 10% pr ALIS og LIS1
13. Samarbeid sykehus om læringsmål
14. Tilretteleggingstiltak fra fylte 55: ikke nattarbeid, vikardekning tilsv seniorer, fastlønnsmulighet
15. Strategisk kompetanseplan, årlige aktivitetssykluser
16. Tilrettelegging for vedlikehold av spesialitet og stabilisering av kompetansebeholdning: dekning kursavgifter og praksiskompensasjon.
17. Regelmessige evalueringer av kompetansebeholdning i SAU

Vedlegg 3:

Strategisk kompetanseplan Allmennlegetjenesten i Vefsn 2020-2028

Kompetansehevedende tiltak	Hvem	År	Økonomi
Kurs akuttmedisin ihht akuttmedisinforskriften, 2-dagers helgekurs 16 t	Alt legevaktpersonell	(2018) 2023 2027	Kursavgift 6000 x20= kr 120.000 Timelønn leger x13 =kr 94.000 Timelønn sekretærer X6 = kr 23.000 = 237.000
PHTLS lokalt Helgekurs 11 t	Tilbys alle legevaktleger	(2018) 2021 2025	Kursavgift 5200 x13= kr 67.600 Timelønn leger x13 = 65.000 = kr 132.600
eTAS eller tilsvarende, regi norsk luftambulanse 8 t	Tilbys alle legevaktleger	(2018) 2020 2022 2024 2026 2028	Deltakeravgift 500 kr x13 = kr 6500 Timelønn+p.komp priv.pr. leger x11 = 57.000 = kr 64.000
Lokale øvelser, regi HSYK - mandagsøvelser i mai - katastrofeøvelse årlig - Årlig utsjekk legevaktleger 3t, halvdag fag arrangert x2	Tilbys alle legevaktleger	Årlig	Mandagsøvelser, 8 leger 2 t off legearbeid kr 14.000 Katastrofeøvelse

			1 lege lønn off. legearb. Kr 6000 Utsjekk AHLR/prosedyrer Lønn+p.komp 3t x13 leger Kr 25.000 = kr 45.000
Sikkerhetskurs legetjenesten	Tilbys alle leger og sekretærer i legetjenesten, alle legekantor	2020 2022 2024 2026 2028	Lønn+p.komp priv.prakt leger 75.000 Kursutgifter 25.000 = kr 100.000
Ultralyd legevakt Kveldskurs (4t x2)/ annen ny teknologi	Tilbys alle legevaktleger	2020 2021 2022 2024 2026 2028	Timelønn 13 leger x 8 timer Kr 47.000
Internundervisning FLO og LV	Alle 1 t, tilknytning allmennlegemøter	Årlig x3	Timelønn leger Kr 17.500
Praksiskompensasjon kursfravær og kursavgift 10 spesialister, 3 uker pr år	Selvstendig næringsdrivende fastleger	Årlig	P.komp 375.000 Kursavgift 150.000 = kr 525.000 pr år
Kurs helsesekretærer	Alle sekretærer legevakt	Årlig	I legevaktturnus

Økonomi, kompetanseplan, oppsummering:

År	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Lokale kurstiltak	273.000	240.000	273.000	300.000	273.000	195.000	273.000	300.000	273.000
Vedlikehold spesialist- kompetanse	525.000	525.000	525.000	525.000	525.000	525.000	525.000	525.000	525.000

Vedlegg 4: Arbeidsgruppas forslag til innhold
Utredning av fremtidens legevakttjeneste i Vefsn
2020-2030

En utredning av legevaktstruktur bør gjøres i Vefsn, for å imøtekomme fremtidens krav til prehospitale tjenester. Arbeidsgruppa anbefaler at utredningen inkluderer følgende element:

- Organisering som forbereder legevakttjenester tilpasset ny sykehusstruktur på Helgeland
- Lokalisering legevakt
- Interkommunalt samarbeid hele/deler av døgnet
- Samarbeid HSYK om lege/paramedicbemannet akuttbil
- Drift av legevaktsentral ved legevakta i Vefsn
- Døgnbemanning sykepleier
- Turnus/vaktordning, vaktbelastning
- Til stede-vakt lege
- Telefonvakt sykehjemsleger
- Fastlønsmodell hele/deler av døgnet
- Implementering/kvalitetssikring kvalitetsindikatorer og rapporteringssystem: triage ved ankomst, svartid 116 117, tilgang tolketjenester, ROS-analyse, samtrening legevakt/ambulanse, tilgjengelighet legeutrykning dagtid
- Elektroniske løsninger/digitalisering
- Betalingsløsninger



Vedlegg 5: Arbeidsgruppas foreslåtte tiltaksliste med prioritet

Mandat	Mål	Behov	Tiltak basert på identifiserte behov:	Tid	Økonomi	Prioritet
KAPASITET I FASTLEGEORDNINGEN	1	A. Tilstrekkelig listekapasitet i fastlegeordningen	3-6 flere fastleger for omfordeling av 2-3000 pasienter og evt sykehjemstilsyn. Hele/kombistillinger. 16. legehjemmel (prioritet 9) 17.legehjemmel (prioritet 12) 18.legehjemmel (prioritet 13)	2020	3x 100% ALIS: Kr430.000 x3 = kr 1.290.000 pr år inkl lønn, sos.utg og adm. Øk.plan	9
	2			-		12
	4			2030		13
	5		LIS1 på alle legekantor	2020	2 x 100% LIS1: kr 250.000 x2	7
				-	= kr 500.000 pr år inkl lønn, sos.utg og adm	
				2030	2x 10% veileder = kr 242.000 inkl sos.utg. Øk.plan	
			500 flere plasser på fastlegelistene	2020	0,7 ALIS	11
			-	= kr 300.000 pr år inkl lønn, sos.utg og adm.		
			2025	Øk.plan		
		B. Organisering som ivaretar somatisk og psykisk syke utenfor institusjon	Organisering som ivaretar somatisk og psykisk syke utenfor institusjon: Legekantor/ undersøkelses-utstyr og blodprøvetaking i bemannede helseinstitusjoner	2020	Helsetjenesten Omsorgsdistrikt	Organisatorisk råd
				-	Egne budsjett	
		C. Strategi for rekruttering, utdanning og stabilisering	Strategi for rekruttering, utdanning og stabilisering allmennmedisin Se egen strategi, vedlegg C	2020	Ivarettatt gjennom øvrige tiltak	1
				-	+ evt fastlønnede senioravtaler fra 55år	
				2030	Kr 430.000 pr avtale pr år Øk.plan	
			Veilederstillinger Veileder 3 ALIS+LIS1= 40% (allerede 8% stilling i budsjett)	2020	=390.000 pr år inkl sos utg.	6
				-	Øk.plan	
				2025		

		D. Revidering fastlegeavtaler	Regelmessig revisjon fastlegeavtaler. Avklaring uklarheter ansvarsforhold fravær.	2020, 2022, 2024, 2026, 2028	-	Organisatorisk råd
LEGEVAKT	2 3 4 5	E. Utviklingsplan for legevakttjenesten	Foreslått mandat som vedlegg Inkl. implementering nasjonale kvalitetsindikatorer	2020	Planarbeid lønn+ adm inkl sos.utg kr 100.000 Eget budsjett Kostnader eil evt endring i driftsmodell avdekkes gjennom utviklingsplan legevakt	Plan-prioritet 1
		F. Kompetanseplan	Foreslått kompetanseplan som vedlegg	2020 - 2028	270.000 pr år interne kurs 525.000 pr år kursdekning Eget budsjett/ øk.plan	4
		G. Minske belastning av vaktarbeid	Utsatt uttak av avspasering etter vakt inntil 30 dgr. Vikarordning sommerstid. Se også pkt N.	2020 -	Eget budsjett Se pgså pkt N	8
		H. Vakansordning	Kompensasjonstiltak timelønn	2020 -	100.000 pr år Eget budsjett	3
TILSYNSARBEID	1 4	I. Økt legeressurs	20% økning legeressurs sykehjem Foreslått tilsynsfordeling som vedlegg Nye stillingsbeskrivelser	2020 - 2021	234.000 inkl sos.utg pr år Øk.plan	5
		J. Redusere sårbarhet	Vikardekning sykehjem som tilsynsoppgave	2020 -	Eget budsjett	Ny tilsynsoppgave prioritet 2
FRAVÆRSDEKNING	1	K. Vikarbudsjet L. Vikardekning sommerstid	Vikarbudsjet for - Fravær ihht fastlegeavtaler (1 mill pr år) - Fravær sykehjemslege sommer/kurs (500.000/år) - Vikardekning 3 leger 6 uker legevakt/legekontor sommer (215.000/år)	2020 - 2025	1.750.000 mill. pr år Øk.plan	2

SAMFUNNSMEDISIN (Helseopplysning og systematisk helsearbeid)	2	M. Tilsynsressurs MRHV	20% stilling konsulent	2020	117.000 inkl sos.utg pr år	8
	3			-		
	5			2025	Øk.plan	
	6	N. Beredskapsplan	Utarbeide ny beredskapsplan legetjenesten	2021	-	Plan-prioritet 2
		O. Smittevernplan	Utarbeide ny smittevernplan	2021	-	Plan-prioritet 3
		P. Bedre legeberedskap	Tilsynsoppgave ass. kommuneoverlege	2020	Eget budsjett	Ny tilsynsoppgave prioritet 2
				-		
		2025				
		Q. Redusere bruk av legevakt	Strategi riktigere legevaktbruk: "En legevakt for alle, men ikke for alt" - Årlig kampanje	Årlig	-	Samf.med prioritet 4
	R. Fellesplattform for folkeopplysning	Opprette informasjonskanal facebook og twitter	2020	-	Samf.med prioritet 2	
	S. Riktigere legemiddelbruk	Legemiddelstrategi: Årlig statistikk legemidler Kampanjeår antibiotika 2021 Kampanjeår opioider 2022	2020	Eget budsjett	Samf.med prioritet 3	
			-			
	T. Kjennskap til egen tjeneste	Årlig samlet statistikk for legemiddelbruk og bruk av fastlegetjenester og legevakt	Årlig	-	Samf.med prioritet 1	
	U. Stabilisering samfunnsmedisinsk kompetanse	Stabilisering av samfunnsmedisinsk kompetanse: Organisatorisk plassering i rådmannens fagstab Inkludere forskning og klinisk arbeid	2020	Eget budsjett	Organisatorisk råd	
			-			
			2030			
DIGITALISERING	1	V. Digital tilgjengelighet for pasient	Tilbud om videokonsultasjon alle legekantor	2020	Eget budsjett	Digitalisering pri 3
	4			-		
				2022		
	W. Digital tilgjengelighet for PLO	Tilgjengelig videokonferanse PLO	2020	Eget budsjett	Digitalisering pri 2	
			-			
			2022			
	X. Bedret IT-messig pasientsikkerhet	Nytt EPJ-system legevakt, sykehjem. Samordning legekantor.	2021	Pkt æ	Digitalisering pri 1	
UTSTYRSBEHOV/ INVESTERING		Æ. Konkret anskaffelsesbehov	Nytt EPJ-system legevakt og legekantor	2020	Etablering ca 300.000.	
				-	Innsparing IT-drift påfølgende år.	
				2022	Øk.plan	

		Ø. Konkret anskaffelsesbehov	Ultralyd Legevakt Akuttsekker legevakt og legekantor Akuttbekledning legevakt	2020 - 2021	Eget budsjett	
		Å. Konkret anskaffelsesbehov	Nye lokaler Vefsn legesenter	2021 - 2030	Eget budsjett	

Årlige økte totalkostnader, utenom eget budsjett, gjennomføring av alle tiltak og uten tilskuddmidler: kr 5.384.000

+ evt fastlønnsavtaler seniorer og evt merkostnader ifm evt nye krav avdekket gjennom legevaktutredning.

+ Nytt EPJ-system kr 300.000 engangskostnad.