



ÅLESUND KOMMUNE

LEGEPLAN FOR ÅLESUND KOMMUNE

2021-2025



Fagplan med handlingsdel for 2021-2025

«Ei framtidsretta og fagleg sterk legeteneste»

Vedtatt av Kommunestyret 17.6.2021

INNHALDSLISTE

1.	Innleiing.....	4
2.	Organisering av legetenestene i Ålesund kommune.....	5
3.	Overordna utfordringsbilde – endringar i fastlegeordninga.....	6
4.	Statlege, kommunale og andre føringar for legeplanen.....	6
4.1.	Handlingsplan for allmennlegetenesta.....	6
4.2.	Kommuneplan og FNs berekraftsmål.....	7
4.3.	Folketalsutvikling.....	8
4.4.	Spørjeundersøking - Questalyze.....	10
5.	Fastlegetenesta.....	12
5.1.	Fastlegeheimlar, kapasitet og listelengde.....	13
5.2.	Driftsform og lokalisering av legekontor.....	14
5.3.	Anbefalingar.....	17
6.	Kompetansekrav og spesialiseringsløp.....	17
6.1.	Lege i spesialisering (LIS og ALIS).....	17
6.2.	Rettleiar og supervisor-roller.....	19
6.3.	Anbefalingar.....	19
7.	Legevakt.....	20
7.1.	Krav til legevakt, kapasitet og kvalitet.....	21
7.2.	Prosjekt storlegevakt.....	23
7.3.	Anbefalingar.....	24
8.	Legetenester i dei kommunale tenestene.....	24
8.1.	Legar i sjukeheim/omsorgssenter, helsestasjon og i fengselshelsetenesta.....	25
8.2.	Øyeblikkelig hjelp døgntilbod (ØHD).....	27
8.3.	Overgrepsmottaket.....	27
8.4.	Anbefalingar.....	28
9.	Samfunnsmedisinsk legearbeid.....	29
9.1.	Folkehelse og miljøretta helsevern.....	29
9.2.	Smittevern.....	30
9.3.	Rådgiving og organisering av arbeidet.....	30
9.4.	Anbefalingar.....	31
10.	Samhandling og bruk av teknologi.....	31
10.1.	Samhandling.....	31
10.2.	Teknologi, digitalisering, e-helse.....	32
10.3.	Anbefalingar.....	33
11.	Hovudmål, strategiar, tiltaksplan 2021-2025.....	34

12.	Litteraturliste	36
13.	Vedlegg.....	37
	Mandat	37
	Spørjeundersøking.....	38

1. Innleiing

Det er viktig at kommunen har ein plan som sikrar at legetenestene i Ålesund kommune oppfyller dei behov som innbyggjarane har for primærlegetenester og samfunnsmedisinske legetenester.

Komité for helse- og omsorg har i møte 11.05.2020 fatta vedtak om at kommunen skal utarbeide ein legeplan (fagplan).

Mandat

Kommunedirektøren utarbeida i mai 2020 mandat for arbeidet med ny legeplan for Ålesund kommune 2020-25 (sjå vedlegg 1).

Medlemar i arbeidsgruppa:

- Rådgivar i Kommunalområde helse og omsorg, overordna leiing, **Birgitte J. Sætre Bonesmo** (Leiar).
- Kommuneoverlege i kommunedirektørens stab - stabsområde Heilskapleg styring, **Olav Mestad**.
- Hovudtillitsvald for legane, **Lene Sloth-Fjordside**.
- Seniorkonsulent i verksemd for Legetenestar og akutt helseberedskap, **Marthe P.W. Dalseth**.
- Kommuneoverlege/fagsjef i verksemd for Legetenestar og akutt helseberedskap, **Aleksander Sommerdalen**.
- Ass. Kommunalsjef helse og omsorg, **Torfinn Vingen**.
- Rådgivar i felles fagstab for helse og velferd, **Helle V. Vinje** (referent)

Det vart gjort nokon endringar i arbeidsgruppa hausten 2020, då vart ass. kommunalsjef Torfinn Vingen og rådgivar Helle V. Vinje med i gruppa. Verksemdleiar for Legetenestar og akutt helseberedskap, Per Løkkeborg, gjekk av helsemessige årsaker ut av gruppa.

Andre relevante fagpersonar/ressurspersonen/tillitsvalde har blitt innkalla til møter i arbeidsgruppa ved behov.

Arbeidsgruppa har gjennom arbeidet med planen svara ut alle oppgåvene i mandatet. Arbeidsgruppa har hatt 20 møter. Møta har vore både fysiske og på Teams.

Involvering

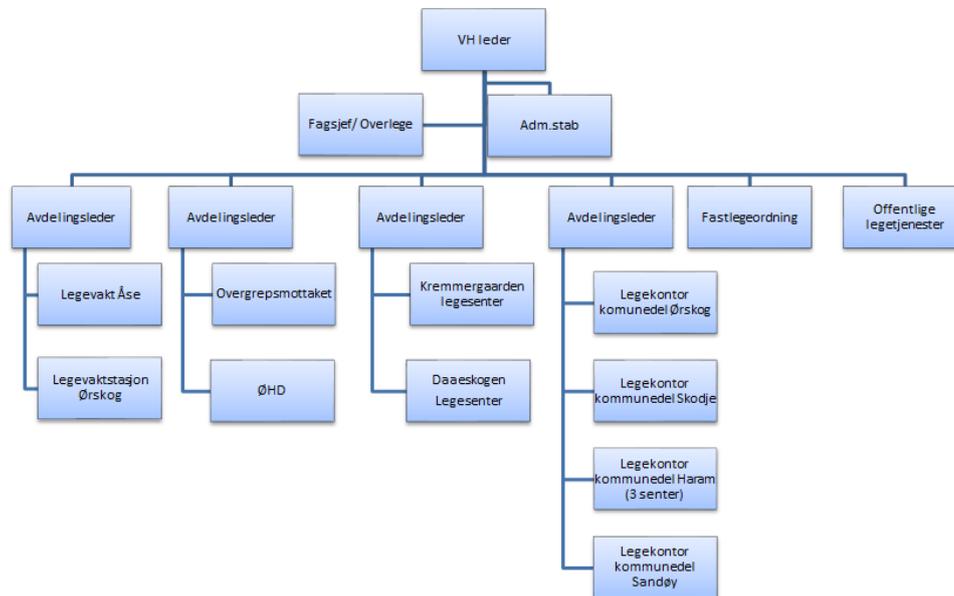
Arbeidsgruppa har hatt eigne møter med fleire av legane, samt besøkt ulike kontor. Det er også gjennomført eit kartleggingsarbeid ved hjelp av ei spørjeundersøking - «questalyze».

Utkast til plan vart behandla i legane sitt samarbeidsutval (LSU) 20. mai 2020. Innspel som vart gitt i møtet er innarbeida i planen.

Nesten alle kapittel i planen har anbefalingar for kva kommunen bør prioritere framover. Nokon av anbefalingane er også ein del av Handlingsplanen i kapittel 11, der det er forsøkt å anslå kva tiltaka vil ha av kostnad, samt kven som har ansvar for å følgje opp i det vidare arbeidet.

2. Organisering av legetenestene i Ålesund kommune

I Ålesund kommune er store delar av ansvaret for legetenestene organisert i verksemd *Legetenester og akutt helseberedskap*. Verksemda rapporterer til kommunalsjef i kommunalområde Helse og omsorg.



Verksemd *Legetenester og akutt helseberedskap* har ein verksemdleiar, to fagsjefar/ kommuneoverlegar og 4 avdelingsleiarar. Verksemda har ansvar for følgande tenester:

- Administrasjon og daglegevakt (inkludert oppfølging av 8 heilprivate legekantor med til saman 28 legar).
- Interkommunal legevakt (legevaktsentral Åse, legevaktstasjon Ørskog)
- “Øyeblikkelig hjelp” døgn-plassar (ØHD) – 12 plassar + 3 observasjonssenger.
- Offentleg legearbeid
- Overgrepsmottak for Sunnmøre (seksuelle overgrep og vald i nære relasjonar).
- Legetenester drift indre og ytre
 - Daaeskogen legesenter (ytre) – 7 legar + 2 LIS1
 - Kremmergaarden legesenter (ytre) – 10 legar + 1 LIS1
 - Brattvåg legekantor (indre) – 6 legar (inkl. 1 ALIS) + 1 LIS1
 - Vatne legekantor (indre) – 3 legar
 - Haramsøy legekantor (indre) – 2 legar
 - Sandøy legekantor (indre) – 1 lege + 1 LIS1
 - Skodje legekantor (indre) – 4 legar + 1 LIS1
 - Ørskog legekantor (indre) – 3 legar + 1 LIS1

Kommunen har totalt 64 fastlegar i 8 heilprivate kontor og 8 kommunale kontor. Dei fleste kontora har i tillegg LIS 1-legar (det ein tidlegare omtala som turnuslegar), som er legar i spesialisering i periodar på 6 månader. Til saman har kommunen 14 nye LIS-legar innom allmenlegetenesta per år.

I samband med pandemien med Covid-19 er det etablert nokre tilleggstenester. Det er etablert ein kommunal teststasjon, ein rådgivings- og test-telefon for Covid-19, smittesporingsteam og luftvegsklinikk som har opent kvar dag frå 16-22.

Kommunen har kommuneoverlegefunksjon både i *verksemd for Legetenester* og i *stabsområde Heilskapleg styring* (kommunedirektøren sin stab).

3. Overordna utfordringsbilde – endringar i fastlegeordninga

På oppdrag frå Helsedirektoratet leverte «EY og Vista Analyse» i 2019 ei evaluering av fastlegeordninga. Evalueringa viste bl.a. at:

- Eit stort fleirtal av innbyggerane er fornøgde med fastlegeordninga.
- Legedekninga i landet er god. Men det har blitt vanskelegare å rekruttere nye leger inn i ordninga. Samtidig sluttar fleire fastlegar enn før.
- Legar informerer om at små faglege miljø og lite fagleg nettverk er viktige årsaker til at dei ikkje vel å bli fastlege.
- Der er utfordringar knytt til å starte som sjølvstendig næringsdrivande. Innteninga for ein ung lege som går inn i næringsdrift kan vere lav i byrjinga. Fråvær frå praksis, som ved svangerskap og eigen eller barn sin sjukdom, blir opplevd som vanskeleg.
- Mange fastlegar opplever arbeidsbelastninga som stor. Dette kan vere på grunn av tidleg utskriving av meir behandlingstrengande pasientar frå spesialisthelsetenesta. Eller at fleire innbyggerar har fleire kroniske sjukdomar, der fastlegane har ei sentral rolle i oppfølginga og medisinsk-fagleg koordinering. Legevaksarbeid er også ei årsak til samla arbeidsbelastning.

Rapporten frå «EY og Vista Analyse» er 2 år gammal, og rekrutteringsbiletet har forverra seg ytterlegare. Det nasjonale biletet viser i dag at ein slit med rekruttering både i by og distrikt. Det er også fleire ledige heimlar enn tidlegare. Legedekninga i 2021 er ikkje like god, og det er naudsynt med ytterlegare tiltak for å få til ei rekruttering til framtidens fastlegeordning.

4. Statlege, kommunale og andre føringar for legeplanen

Det er kommunen sitt ansvar å sørge for gode og forsvarlege helse- og omsorgstenester til alle som bur eller oppheld seg i kommunen (jf. helse- og omsorgstenestelova). Staten har ansvaret for å sikre like vilkår gjennom regelverk og økonomiske rammer.

Fastlegeordninga har ei sentral rolle i den kommunale helse- og omsorgstenesta, og blir regulert gjennom rammeavtalen ASA4310.

Legevakttenesta i Ålesund kommune er organisert som eit interkommunalt samarbeid, og legeressursane består i hovudsak av fastlegane i verts- og samarbeidskommunane. Fastlegane si plikt til å gå legevakt følger av fastlegeforskrifta § 13. Dei meir detaljerte reglane om organisering av legevakt er å finne i særavtalen mellom KS og legeföreininga SFS 2305.

Kommuneoverlegefunksjonen i kommunen, tilsynslege i sjukeheim/omsorgssenter, lege på helsestasjon, legar på ØHD og i fengselshelsetenesta, blir ivareteke av enten 50-100 % kommunalt tilsette legar eller fastlegar som har kommunal bistilling («tilplikting») i 10-20 % stilling.

4.1. Handlingsplan for allmennlegetenesta

I mai 2020 presenterte Helse- og omsorgsdepartementet «*Handlingsplan for allmennlegetjenesten. Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert 2020-2024*». Handlingsplanen er i samsvar med overordna føringar i stortingsmelding nr 26 (2014-2015) «*Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*» og i stortingsmelding nr 15 (2017-2018) «*Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre*». Det vart gjennomført ei nasjonal evaluering av fastlegeordninga i 2018-2019, og handlingsplanen har tiltak basert på denne evalueringa.

Handlingsplanen er ein forpliktande opptrappingsplan for perioden 2020 – 2024 med 17 tiltak. I første fase av handlingsplanen er det hovudfokus på stabilisering og rekruttering. Målet er at det skal bli fleire legar, kortare lister og redusert arbeidsbelastning. For å nå dette målet vil regjeringa styrke basisfinansieringa. Utviklinga skal følgast nøye slik at ein kan gjere justeringar fortløpande. Der er

avsett 1,6 milliardar friske midlar til åra 2021-2024. I tillegg vart det løyvd 266 mill.kr gjennom revidert nasjonalbudsjett i 2020. Dei første tiltaka vart iverksett frå 1. mai 2020.

Følgande kan lesast i handlingsplanen s. 5:

Boks 1. Midlene i opptrappingsplanen vil gå til:

1. Endret og styrket basisfinansiering

- Det innføres et grunntilskudd tidsbegrenset til 2 år. Grunntilskuddet innføres fra og med 1. mai 2020 og skal tilsvare basistilskuddet ved 500 innbyggere på listen. Fastleger med en listelengde på under 500 vil ha krav på dette grunntilskuddet i inntil to år dersom de har et listetak på 500 innbyggere eller flere.
- Det innføres et knekkpunkt i basistilskuddet svarende til 1000 pasienter fra 1. mai 2020. Per capitasatsen vil være høyere under enn over knekkpunktet.

2. Økt antall ALIS-avtaler og økt veiledning

3. Introduksjonsavtaler

4. Kvalitetssystem i allmennlegetjenesten

5. Lederutdanning

6. En teambasert tjeneste

7. Modernisering av arbeidsmetode og arbeidsmetodikk

8. Gjennomføring og evaluering av planen

4.2. Kommuneplan og FNs berekraftsmål

Kommunestyret vedtok Samfunnsdelen til Kommuneplanen 14. januar 2021. Planen har 3 satsingsområde, der eit av dei er aktuelle for legeplanen; «*Livskvalitet for innbyggerane*».

Satsingsområdet har fleire hovudmål:

- Ålesund kommune er eit aldersvennleg samfunn der den einkilde har ein meningsfull og helsefremmande kvardag, høg grad av sjølvstende og moglegheit for deltaking i samfunnet.
- Ålesund kommune har likeverdige og heilskaplege tenester av god kvalitet som er lett tilgjengelege for alle.
- Ålesund kommune har aktive innbyggerar som deltek i utviklinga av eige lokalsamfunn.
- Ålesund kommune har helsefremmande, trygge og gode oppvekstvilkår for barn og unge.
- Ålesund kommune er ein identitetsskapande, trygg og inkluderande plass å bu, der vi møter kvarandre med tillit, likeverd og respekt.

Ålesund kommunestyre har vedtatt at Kommuneplanen skal baserast på FN sine berekraftsmål. Berekraftsmåla er utarbeida for å utrydde fattigdom, kjempe imot ulikskap og stoppe klimaendringane innan 2030.



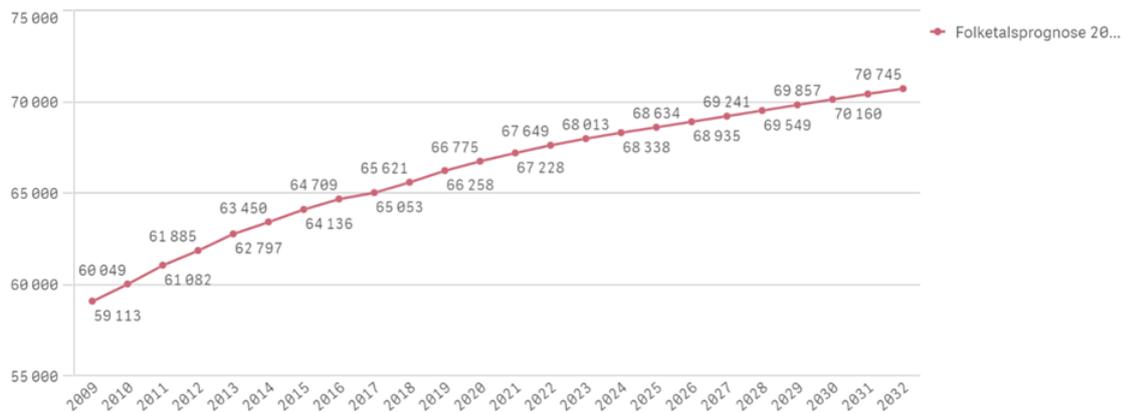
I legeplanen er det først og fremst berekraftsmål nr 3 «God helse» som er førande for arbeidet.

4.3. Folketalsutvikling

SSB si siste framskriving for Ålesund kommune viser vekst i folketalet dei komande 12 åra, men svakare enn utviklinga dei føregåande ti åra. For nokre av dei yngre aldersgruppene er det venta noko nedgang i folketalet. Størstedelen av veksten vil vere i dei eldre aldersgruppene, ei utvikling vi deler med resten av landet.

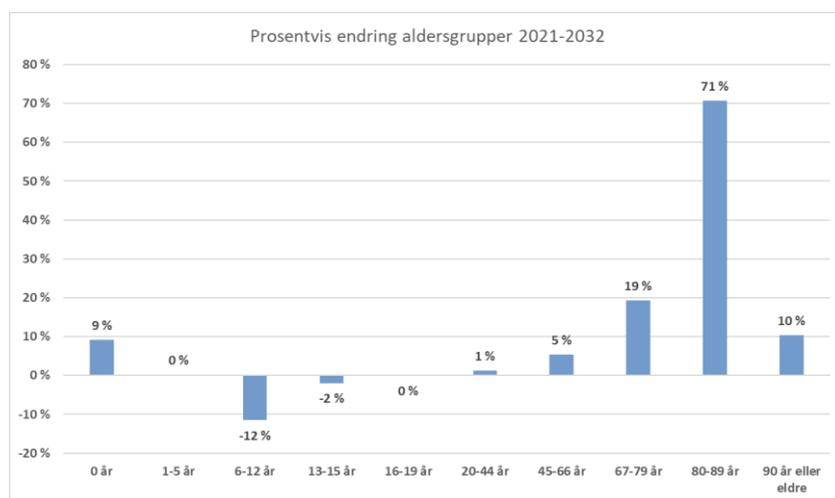
Tabell 1: Historisk og framskriven folketalsutvikling – samla for heile Ålesund kommune 2009-2032

Folkemengde per 31.12



Kilde: SSB/Kompas

Tabell 2: Prosentvis endring alle aldersgrupper 2020-2032



Som ein ser ut ifrå tabellen over vil den største auka vere i aldersgruppa 80-89 år. Aldersgruppa 6-12 år vil få ein relativt stor nedgang.

Tabell 3 - Framskrivingar for alle aldersgrupper i perioden 2021-2032

Aldersgrupper	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032
0 år	666	673	669	675	679	688	696	704	711	717	721	727
1-5 år	3 631	3 597	3 507	3 460	3 438	3 473	3 484	3 507	3 540	3 574	3 610	3 642
6-12 år	5 662	5 566	5 520	5 504	5 403	5 308	5 229	5 179	5 139	5 056	5 019	5 009
13-15 år	2 392	2 422	2 491	2 486	2 505	2 449	2 474	2 404	2 369	2 368	2 361	2 345
16-19 år	3 239	3 297	3 310	3 328	3 316	3 361	3 353	3 405	3 376	3 336	3 318	3 235
20-44 år	22 441	22 657	22 782	22 834	22 911	22 882	22 874	22 830	22 823	22 830	22 773	22 734
45-66 år	18 213	18 311	18 408	18 382	18 448	18 560	18 625	18 720	18 821	18 954	19 044	19 185
67-79 år	7 424	7 714	7 921	8 183	8 278	8 375	8 429	8 533	8 614	8 670	8 790	8 854
80-89 år	2 339	2 325	2 381	2 516	2 729	2 890	3 110	3 302	3 496	3 661	3 812	3 994
90 år eller eldre	663	666	660	645	631	648	661	657	660	691	712	732
Samla folketal	66 670	67 228	67 649	68 013	68 338	68 634	68 935	69 241	69 549	69 857	70 160	70 457

Kilde: SSB (mot slutten av perioden avviker tala for nokre av aldersgruppene noko frå framskriving gjennomført i Kompas)

I arbeidet med legeplanen har ein i framskrivingane valt å dele kommunen inn i **8 kommunedelar**. Tabellen nedanfor syner samla utvikling i folketalet for kvar av kommunedelane, med endring i talet på personar og i prosent, for to ulike tidspunkt.

Tabell 4 – Samla folketalutvikling per del av kommunen

Samla folketalutvikling per del av kommunen		2020	2027	2033
Kommunedel Ålesund - ytre*	Framskrive folketal	20452	20885	21503
	Endring frå 2020 - personar		433	1051
	Endring frå 2020- prosent		2 %	5 %
Kommunedel Ålesund - indre*	Framskrive folketal	28228	30030	30839
	Endring frå 2020 - personar		1802	2611
	Endring frå 2020- prosent		6 %	9 %
Kommunedel Skodje	Framskrive folketal	4779	5191	5401
	Endring frå 2020 - personar		412	622
	Endring frå 2020- prosent		9 %	13 %
Kommunedel Brattvåg, Hildre og Sjøvik	Framskrive folketal	4902	4877	4846
	Endring frå 2020 - personar		-25	-56
	Endring frå 2020- prosent		-1 %	-1 %
Kommunedel Vatne og Tennfjord	Framskrive folketal	2984	3145	3513
	Endring frå 2020 - personar		161	529
	Endring frå 2020- prosent		5 %	18 %
Kommunedel Nordøyane	Framskrive folketal	1357	1224	1148
	Endring frå 2020 - personar		-133	-209
	Endring frå 2020- prosent		-10 %	-15 %
Kommunedel Sandøy og Fjørtoft	Framskrive folketal	1302	1190	1118
	Endring frå 2020 - personar		-112	-184
	Endring frå 2020- prosent		-9 %	-14 %
Kommunedel Ørskog	Framskrive folketal	2254	2393	2377
	Endring frå 2020 - personar		139	123
	Endring frå 2020- prosent		6 %	5 %
Sum		66258	68935	70745
*Kommunedel Ålesund - ytre er: Hessa, Skarbøvik, Aspøy, Nørvøy, Nørvasund (utan Hatlane, grensa er sett ved Nørvasundet)				
*Kommunedel Ålesund - indre er: Spjelkavik, Åse, Lerstad, indre Borgund (inkl. Hatlane)				
(Kjelde: SSB/Kompass)				

Folketalutviklinga og prognosar for framtidig utvikling gir oss grunnlag for planlegging av t.d. talet på fastlegeheimlar og kvar ein bør ha legekantor.

Det er prosentvis mest auke i kommunedelane Skodje, Tennfjord og Vatne. Når ein ser på framskrivingar i talet på personar (og ikkje i prosent), så er det i kommunedelane Ålesund – indre og ytre som har mest auke. Det er prosentvis mest nedgang i folketalet i kommunedel Nordøyane og i kommunedel Sandøy og Fjørtoft.

4.4. Spørjeundersøking - Questalyze

I november 2020 utarbeida arbeidsgruppa ei spørjeundersøking i programmet «Questalyze», som vart sendt til alle legane i Ålesund kommune. Frist for å svare var 3. desember, men den vart utsett til 9. desember for å få flest mogleg til å svare. Endeleg svarprosent var på 69 %. Rapporten er lagt ved planen som vedlegg.

Av dei som svarte var 55,60 % menn og 44,40 % kvinner. Dei fleste er i aldersgruppa 30-50 år. Berre 4,40 % er i aldersgruppa 30 eller yngre. 17,80 % er mellom 60 –70 år, og 4,40 % er over 70 år.

20 % av dei som svarte på undersøkinga har utdanning LIS 3 (lege i spesialisering nivå 3), dei resterande er spesialistar i allmenntmedisin (64,4 %) eller godkjent allmennlege. Av dei som er LIS 3, så er det over halvparten som vil vere ferdig spesialist innan 2023, dei resterande vil vere ferdige i 2025.

Totalt 46,70 % av legane har ei listelengde på mellom 901-1200 pasientar. Det er 24,40 % som har ei listelengde på mellom 1201-1500 pasientar. Berre 4,40 % har ei listelengde på mindre enn 750 pasientar.

Av dei som svare på undersøkinga ønsker 60 % å behalde den listelengda dei har i dag, medan 40 % ønsker å redusere den. Ingen ønsker å auke si pasientliste.



Foto: Shutterstock

Over 50 % av dei som svare på undersøkinga, har ikkje kommunal bistilling ut over fastlegeheimelen. 35,60 % har ei bistilling («tilplikting») på mellom 10-20 %. Av dei som har kommunal bistilling, så arbeider dei fleste som lege i sjukeheim/omsorgssenter (19,40 %), på helsestasjon/skulehelseteneste (19,40 %), og som rettleiar (19,40 %). Over 70 % av dei som svarte på undersøkinga, svarer at dei ikkje ønsker å ha bistilling ut over fastlegeheimelen.

40 % av dei som svarte på undersøkinga, har fritak frå legevakt. Av dei som går legevakt, så hadde 70,40 % dei siste tre månadane gått mellom 1-5 vakter.

Over 40 % av dei som deltek i legevakt meiner at arbeidsbelastninga er for høg. Nesten 30 % meiner den er litt for høg, medan 22,20 % synes belastninga er passeleg. 7,40 % meiner at arbeidsbelastninga er for lav.

Litt over 70 % av dei som svarer på undersøkinga, opplever at vaktfrekvensen på *legevakt dag/kveld* er for høg. Om lag 77 % opplever at vaktfrekvensen på *legevakt natt* er for høg. Nesten 30 % opplever vaktfrekvensen på *legevakt dag/kveld* som passeleg, medan nesten 19 % opplever vaktfrekvensen på *legevakt natt* som passeleg. Berre 3,70 % meiner at vaktfrekvensen på *legevakt natt* er for lav.

40 % svarer at dei ønsker å delta i legevaktsordninga i framtida. Og 60 % svarer at dei ikkje ønsker å delta i legevaktordninga i framtida (svara inkluderer dei som har fritak også).

I gjennomsnitt arbeider legane som svara på undersøkinga 46-55 timar i veka.

I undersøkinga blir legane spurt om erfaringar i praksis. 44,40 % er fornøgd og 24,40 % er svært fornøgd med elektronisk pasientjournal. 46,70 % er fornøgd med elektronisk kommunikasjon med kommunale instansar, det er berre 6,70 % som er misfornøgd. 53,30 % er fornøgd med elektronisk kommunikasjon med Helseføretaket, og 48,90 % er fornøgd med løysing for videokonsultasjon.

Heile 66,70 % av dei spurte i undersøkinga meiner at eit legekontor/legepraksis bør bestå av 4-7 legar. 22 % meiner det bør vere 8-11 legar.

På spørsmål om legekontor bør vere kommunale eller private, er det 51,10 % som meiner at kommunen bør ha både kommunale og private legekontor. 35,60 % svarer at kommunen bør ha ansvar for legane sine kontorlokale, og 46,70 % svarer at kommunen bør ha ansvaret for helsepersonell og støttepersonell. 66,70 % meiner det er viktig å arbeide tverrfagleg.

Det er 26,70 % som er «heilt einig» og 31,10 % som er «noko einig» i påstanden om at nokon av dei oppgåvene som legane gjer i dag kan gjerast av andre faggrupper. 26,70 % er «nokså ueinig» og 6,70 % er «heilt ueinig».

I forhold til samarbeid med andre så er legane mest fornøgde med samarbeidet med Helseføretaket, deretter: ØHD, heimebasert omsorg, legevakt, sjukeheim/omsorgssenter, kommunal psykisk helse og rus, helsestasjon, jordmortenesta, barnevern.

Nokon av dei viktigaste funna frå undersøkinga er følgande:

- Ingen av legane som svarte på undersøkinga ønsker å auke listelengda.
- Over 70 % av legene ønsker ikkje å verte pålagt kommunale oppgaver («tilplikting»).
- Det er få legar (40 %) som ønsker å delta i legevakt utanom kontortid.
- Over halvparten av legane meiner at kommunen bør ha både kommunale og private legekontor.

5. Fastlegetenesta

Fastlegeordninga vart innført i Norge 1. juni 2001. Formålet var å betre kvaliteten i legetenesta ved at alle som ønska det skulle ha ein fast allmennlege ved behov for hjelp. Fastlegeordninga skulle gje befolkninga større tryggleik gjennom betre tilgang til allmennlegetenesta. Reforma skulle bidra til kontinuitet i lege-pasientforhold, noko som blei peikt på som spesielt viktig for personar med kroniske sjukdommar og psykiske lidingar, samt for personar med funksjonshemming og pasientar under rehabilitering. Reforma skulle også bidra til ei meir rasjonell utnytting av samla legeressursar i landet.

Helse- og omsorgstenestelova gir kommunen plikt til å sørge for at personar som oppheld seg i kommunen får tilbod om nødvendige helse- og omsorgstenester. Fastlegeforskrifta gir kommunen ansvaret med å organisere fastlegeordninga, og sørge for at personar som ønsker det får tilbod om plass på ei fastlegeliste. Kommunen skal sørge for at nok legar deltek i fastlegeordninga, og kan velje om dei tilsett legar i kommunal stilling eller inngår avtale der legen er sjølvstendig næringsdrivande.

Fastlegane er ansvarlege for pasientane på si liste og må ta vakter på legevakt utanom kontortid. I tillegg kan fastlegane verte pålagd 7,5 timer i veka med kommunale oppgåver som til dømes å vere: lege ved sjukeheim, fengselslege, helsestasjonslege, og rettleiar for legar i spesialisering.

Helse- og omsorgstenestelova inneheld krav til forsvarlege tenester og kvalitet. Kommunen skal mellom anna legge til rette for at personell som utfører tenestene blir i stand til å overhalde sine lovpålagte plikter, og den må sikre at der er nok fagkompetanse i tenestene.

Alle fastlegar må ha ein individuell fastlegeavtale med kommunen. Kommunen og fastlegen sine plikter og rettar går fram av den lokale individuelle avtalen som igjen vert regulert av lov, forskrift, samt tre sentrale avtaler. Fastlegeordninga inneheld forskjellige alternativ for å regulere den økonomiske delen av den individuelle avtalen mellom ein kommune og ein fastlege.

På oppdrag frå Helsedirektoratet leverte «EY og Vista Analyse» hausten 2019 ei grundig evaluering av fastlegeordninga. Dei uttalte: *«Hovedinntrykket fra våre undersøkelser er at fastlegeordningen vurderes som en formålstjenlig institusjon. Viktig nøkkelkarakteristikker ved fastlegeordningen, slik som listesystemet og grunnlaget dette gir for stabile, vedvarende lege/pasientforhold, portvaktrollen fastlegen har mot spesialisthelsetjenesten, helhetsansvaret for pasienten samt koordinatorrollen fastlegen har i helse- og omsorgssektoren er viktige faktorer både fastlegene, kommunene og fastlegenes samarbeidspartnere jevnt over setter pris på. Idealer om kontinuitet og stabilitet i lege-pasientforholdet trekkes jevnt over frem som den viktigste enkeltfaktoren for høy kvalitet i allmennlegetjenesten».*

Vidare at:

«Presset på fastlegeordningen er reel. Våre undersøkelser viser at fastlegene har opplevd en vesentlig økning i arbeidsbelastning de siste årene. Mange fastlege opplever nå arbeidssituasjonen som uhåndterbar. Høy arbeidsbelastning påvirker fastlegenes livskvalitet samt muligheten til å holde ønsket kvalitet i pasientbehandlingen. Årsakene til økningen i arbeidsbelastning er sammensatte. Både tilførsel av nye oppgaver og volumøkning på etablerte oppgaver synes å være utslagsgivende. Medisinfaglig og teknologisk utvikling går raskere enn før og medfører at både i spesialisthelsetjenesten og blant allmennleger øker mulighetsrommet for behandling. Prosedyrer som tidligere krevde sykehusinnleggelse gjøres nå poliklinisk eller hos fastlegen. I tråd med LEON-prinsippet forskyves oppgaver til fastlegene. Noe må da prioriteres bort, såfremt kapasiteten blant allmennlegekorpset ikke øker. En vesensforskjell mellom spesialisthelsetjenesten og primærleger er at sistnevnte har hatt få muligheter til å delegerer videre. Til tross for at dette bildet er kjent og etablert, har oppgaveøkningen for fastlegene skutt fart de siste årene. Samhandlingsreformen, eldre og sykere

pasienter som behandles i primærhelsetjenesten, endringer i demografi, holdninger i befolkningen (kravmentalitet og forbrukssamfunn), og krav i den reviderte fastlegeforskriften fra 2012, er sentrale elementer i dette.»

Fastlegar har over år meldt om ei auka arbeidsbelastning og dårlegare økonomiske vilkår. Det er fleire årsaker til auka arbeidsbelastning. Ei viktig årsak er at talet på eldre aukar, og ved høg alder er det meir vanleg å få ein eller fleire sjukdommar som t.d. diabetes, hjarte- og karsjukdom og demens. Mange eldre bur heime og dei fleste blir følgt opp av fastlegen sin.

Ein anna årsak er ei rekke medisinske nyvinningar og behandlingsmetodar som har kome til sidan fastlegeordninga blei innført i 2001. Pasientane blir derfor oftare behandla av fastlegen sin enn på sjukehus. Langt fleire får til dømes kreftoppfølging av fastlegen i dag enn i 2001.

Samhandlingsreforma har også ført til at stadig nye oppgåver vert overført frå sjukehusa til fastlegane. Trenden er ønska og på mange måtar eit mål ein arbeider mot, men det påverkar i aller høgste grad arbeidsvolum og omfanget av fastlegane sine arbeidsoppgåver.

Fastlegeordninga der legane er sjølvstendig næringsdrivande blir i hovudsak finansiert gjennom:

- Basistilskot (kronebeløp per listepasient)
- Aktivitetsbasert tilskot (refusjon frå Helfo)
- Eigenandel frå pasientane.

Dei økonomiske vilkåra knytt til pasientlister/listetilskot har med unntak av dei siste to siste åra hatt liten vekst, noko som gjer at fleire heilprivate legar må oppretthalde større pasientlister enn ønskeleg for å kunne arbeide som sjølvstendig næringsdrivande fastlege.

5.1. Fastlegeheimlar, kapasitet og listelengde

Ålesund kommune har i dag 64 fastlegeheimlar/lister. HELFO administrer fastlegeordninga på vegne av kommunane, og publiserer månadlege rapportar med berekna basistilskot for den enkelte heimel. Denne rapporten er kommunen sitt arbeidsverktøy for å halde fastlegeordninga og ledige listeplassar under kontinuerleg oppsikt.

Totalt sett har legane 68 935 innbyggjarar på sine lister. Kommunen har pr. 1. april 2021, 2 691 ledige plasser på opne lister. Dei ledige plassane er fordelt på få lister og noko ujamt fordelt i kommunedelane. På Haramsøy er der 449 ledige listeplassar, på Sandøy legekontor er der 333. Dei 782 ledige plassane som nemnt over, er ikkje eit reelt valalternativ for hovuddelen av kommunen sine innbyggjarar. Dei andre listeplassane er i hovudsak knytt til ein nyoppretta heimel i kommunedel Ålesund-ytre. Kommunedelane Skodje, Ørskog og kommunedel Ålesund-indre har lite ledige listeplassar.

Per mai 2021 er 4 «lister utan fastlege», og disse listene er for tida betjent av vikar.

Kommunen bør ha tilstrekkeleg med ledige listeplassar slik at innbyggjarane i kommunen har valfridom i val av lege. Ein større del av legane i kommunen må ha ledig plass på lista for at innbyggjarane skal få moglegheit til å velje mellom fleire fastlegar. For å sikre dette bør kommunen til ei kvar tid ha samla ledig liste-kapasitet (for heile kommunen) på minst 3 % av innbyggartalet (per i dag blir dette 2068 plassar). Vidare må ein sjå på fordeling av heimlar i dei ulike kommunedelane. For å sikre dette er det viktig at kommunen held fastlegeordninga under kontinuerleg oppsikt («monitorering»).

I Ålesund kommune er gjennomsnittleg listelengde på 1104 pasientar (sjå tabell nedanfor). Det er store variasjonar i listelengder innan kommunen. Av dei som svara på spørjeundersøkinga i samband med utarbeiding av legeplanen, så var det 46,70 % som har ei listelengde på mellom 901-1200 pasientar. Vidare hadde 24,40 % ei listelengde på mellom 1201-1500 pasientar.

Tabell 5- Gjennomsnittleg listelengde (KOSTRA-tal pr 15.3.21)

	2017	2018	2019	2020
Ålesund				1 104,0
Stavanger				1 273,0
Kristiansand				1 160,0
Sandefjord	1 227,0	1 152,0	1 101,0	1 121,0
Tønsberg				1 219,0
Moss				1 132,0
Arendal	1 120,0	1 129,0	1 107,0	1 100,0
Molde				1 021,0
Kostragruppe 11	953,0	943,0	924,0	1 128,0

Heile 60 % av dei som svarte på spørjeundersøkinga ønsker å behalde den listelengda dei har i dag, medan 40 % ønsker å redusere den. Ingen ønska å auke si pasientliste.

Etter gjeldande avtaler kan kommunen påleggje ein fastlege ei liste med minst 1200 plasser på fire vekedagar med kurativt arbeide. Det såkalla normtalet er 300 plasser på lista per dag med kurativt arbeid. Dersom det skal vere mogleg å ha ei tilnærma normal arbeidsveke, er det mykje som tyder på at dei fleste legar ikkje ønsker meir enn 1000 plassar på lista. Frå sentralt hald har ein lagt inn eit knekkpunkt i forhold til listetilskot som også er på 1000 listepasientar. Dette er med å underbygge at normtalet på 300 er i endring.

Vidare bør ikkje ein fastlege ha meir enn 800 plassar på ei liste med kurativt arbeide 4 dagar i veka. Dette betyr at fastlegelistene bør reduserast. For å få dette til treng kommunen fleire heimlar. Ei auke av talet på heimlar vil også medføre behov for oppretting av fleire nye legekontor. På kort sikt vil ein trenge 7 nye heimlar dersom ein legg til grunn ein listestorleik på 1000 listepasientar.

Det er 24 kvinnelege fastlegar i kommunen per i dag. Ingen av dei kvinnelege fastlegane har ledig plass på si liste, dei fleste har lange ventelister. Dette kan tyde på at mange innbyggjarar ønsker å ha ein kvinneleg fastlege. Samtidig veit ein at fleirtalet av dei som i dag utdannar seg som lege er kvinner. Det er viktig at kommunen arbeider for å gjere fastlegeordninga attraktiv for dei som skal ut i legeyrket.

Fleire av fastlegane er over 60 år (15 av 64 heimlar) og har lange pasientlister. Når legane vel å pensjonere seg, vil det bli utfordrande å rekruttere nye legar. Listene bør derfor delast opp, og det må rekrutterast fleire legar.

Kommunen bør vurdere tiltak for å få eldre fastlegar til å fortsette i yrket lengst mogleg. Dei eldre legane har lang erfaring, stor arbeidskapasitet og kjenner pasientane sine godt. Mange legar jobbar til over pensjonsalder, og det vil vere ein fordel for både kommunen og pasientane om ein finn tiltak som kan halde på legane lengst mogleg.

5.2. Driftsform og lokalisering av legekontor

Privat praksis har vore hovudmodellen i fastlegeordninga. Fastlegane er då sjølvstendig næringsdrivande og driv eige kontor med ansvar for mellom anna drift av lokalar, medisinsk-teknisk utstyr, datasystem, og elektronisk pasientjournal. Vidare er dei arbeidsgivar for hjelpepersonell.

Kommunen kan alternativt velje å tilby fastlegane tilsetting med **fastlønn på eit kommunalt drifta** legekantor. Då er kommunen arbeidsgivar for hjelpepersonell og legar, ansvarleg for lokalar, medisinsk-teknisk utstyr, datasystem og elektronisk pasientjournal.

I eit tredje alternativ er fastlegane **sjølvstendig næringsdrivande og har leigeavtale med kommunen**. Kommunen drifter då kontoret på same måte som for fastløna fastlegar.

I Ålesund kommune har ein alle dei tre variantane av driftsmodellar. Det er 8 heilprivate legekantor i kommunen – alle er i kommunedel Ålesund - indre og ytre. Kommunen har også 8 kommunale legekantor, der dei fleste er sjølvstendig næringsdrivande med leigeavtale, men nokon har også fastlønn på kommunalt drifta kontor.

I spørjeundersøkinga som er utarbeidd i samband med legeplanen svarer over 50 % at kommunen bør ha både private praksisar og kommunale legekantor. Det er ganske mange som ønsker at kommunen skal ha ansvar for kontorlokale og helsepersonell/støttepersonell. I «*Handlingsplan for allmennelegetjenesten*» er det eit ønske om å styrke fastlegetenesta, og ein ønsker i hovudsak at legane skal vere sjølvstendig næringsdrivande.

Privat næringsdrift har vore den vanlegaste driftsforma for fastlegepraksisar i byar og i større kommunar. I kommunar med færre innbyggjarar og lange reiseavstandar, har det vore eit behov for mange legar til å dekke legevakt, noko som har medført at det «ikkje var pasientar nok» til å drive som sjølvstendig næringsdrivande fastlege. Kommunane lyste då ofte ut driftsheimlane som ei legestilling med fastlønn.

Stadig fleire kommunar rapporterer om at det er vanskeleg for privatpraktiserande fastlegar å få overdratt sine praksisar til nye legar. Nye fastlegar ønsker ikkje lenger å betale for materielle verdiar og det arbeidet som er lagt ned i arbeidet med pasientane på lista, såkalla «*goodwill*», når ein lege slutta. Dette har ein også sett i Ålesund, og kommunen har dei siste to åra kjøpt ut fem lister.

Kommunen valde å kjøpe ut listene etter at dei hadde vore utlyst tre gonger utan kvalifiserte søkjarar. Tre av listene vart delfinansiert via tilskotsordning frå Helsedirektoratet. Den eine lista vart delt i to før utlysing. Kommunen har lykkast med å rekruttere fast til alle listene, utanom i ei liste der driftsform ved legesenteret er uavklart. Alle legane som er rekruttert arbeider som sjølvstendig næringsdrivande.

Den klare trenden i Norge er at nye fastlegar, også i store kommunar, vil bli tilsett med fast lønn eller arbeide som sjølvstendig næringsdrivande med leigeavtale med kommunen. For lange arbeidsveker med for dårleg inntening har vore sterkt medverkande til denne utviklinga. Yngre legar i etableringsfasen har også andre ønsker enn det det eldre og etablerte legekorpset hadde for snart 20 år sidan. Krav som stillast til ansvarlege for næringsverksemder i Norge, er på mange område også auka. Stadig fleire nye fastlegar ønsker sosial tryggleik med lønn under sjukdom, ved barns sjukdom og ved foreldrepermisjon, samt under vidareutdanning som ofte krev fråvær frå praksis over tid.

Etablering av Kremmergaarden Legesenter i 2019 var eit viktig tiltak for å sikre rekruttering av legar i Ålesund sentrum. I dette senteret er fastlegane sjølvstendig næringsdrivande og har leigeavtale med kommunen. Det er framleis aktuelt å gjere fleire slike grep. Det kan vere aktuelt å flytte heimlar frå reint private legekantor til legekantor drevet av kommunen, enten ved å etablere nye kator eller ved å overta eksisterande kontor. Det beste for å oppretthalde ei berekraftig ordning vil uansett vere at ein klarer å tilrettelegge for heilprivat drift, og dette bør vere hovudprioritet.

Kommunen må utarbeide prinsipp for korleis ein fastset lønn o.l. til fastlegane, slik at det er mogleg å velje om ein ønsker å vere lege i privatpraktiserande praksis eller i kommunal praksis. Det skal likevel

vere mest lønnsamt å velje sjølvstendig praksis, og kommunen bør vurdere om ein skal utbetale tilskot til legar/legekontor for å stimulere til heilprivat drift.

I arbeidet med å utarbeide prinsipp, kan ein også sjå på om det er mogleg å gi nye legar tilbod om å velje mellom fastlønn eller næringsdrift med leigeavtale, og eventuelt gi tilbod om overgang frå fastlønn til leigeavtale den dagen fastlegen måtte ønske det.

Kommunen er per i dag i dialog med to private kontor som har rekrutterings- og driftsutfordringar. Ein ser på ulike løysingar ut i frå om det er mest hensiktsmessig med kommunal drift, eller om det er mulig å fortsette med heilprivat drift. Kommunen må vurdere om ein skal inn med ressursar i form av utkjøp av lister, rekrutteringsstøtte, eventuell fastløn m.m. Ei eiga politisk sak om dette kjem i 2021.

Legekontor bør i utgangspunktet ligge der folk bur. Likevel så ser ein at utfordringane knytt til det å rekruttere leger også er styrande for spørsmål om lokalitet. Av andre faktorar som kan påverke eit slik val, er trafikkale utfordringar, kor det er praktisk at kontora ligg med tanke på nærleik til brukarane, derunder deira arbeidsplassar, geografisk spreiring, befolkningsmansamansetting med vidare.



Foto: Shutterstock

Slik ein ser det er det i dag god geografisk spreiring på legekontora, men ein bør kanskje gjere enkelte grep. Det er ønskeleg å få større liste-kapasitet i kommunedel Ålesund kommune - indre. Slik ein ser det har ikkje eksisterande kontor ledig kapasitet, og ein bør vurdere å opprette eit større legekontor, der ein kanskje samlar to av dei eksisterande kontora, samt utvidar kapasiteten. Likeins må ein vurdere å utvide kapasiteten i kommunedel Skodje, men då må ein også finne andre lokalar. Ved å utvide i desse to kommunedelane, kan det og verke inn på betre kapasitet i kommunedel Ørskog.

Vidare må ein gjere ei vurdering av kva ein gjer når Nordøyvegen er ferdig i 2022. Per no driftar Haramsøy legekontor ein dag i veka på Lepsøy og ein dag i veka på Fjørtoft. Det er nok ikkje føremålstenleg å oppretthalde dette etter den nye vegen er ferdig. Ein må og vurdere kva ein skal gjere når dei to legane som per no er ved Haramsøy legekontor sluttar. Dette av di det kan vere utfordrande å rekruttere til eit to-legars kontor.

Legeforeininga har tidlegare uttrykt at det er ideelt om eit legekontor er tilknytt 5-7 legar. Ut frå undersøkinga som er gjort i arbeidet med legeplanen, er størsteparten av legane i Ålesund kommune

av same oppfatning. I undersøkinga har 66,70 % svara at eit legekantor eller ein legepraksis bør bestå av 4-7 legar, og 22 % svarer 8-11 legar. Ved oppretting av fleire legesenter bør ein derfor ha mellom 4-7 legar for å sikre god effektivitet og eit godt fagleg fellesskap. Legekantor i område med stor befolkningstettleik, som t.d. Moa, kan ha større kontor. Legekantor i område med liten befolkningstettleik, kan ha mindre kontor.

5.3. Anbefalingar

Anbefalingar:

- Kommunen bør ha ulikt typar drift:
 - Privat praksis med sjølvstendig næringsdrivande legar.
 - Sjølvstendig næringsdrivande legar som har leigeavtale med kommunen.
 - Legar med fastlønn på kommunalt drivne kontor.
- Det bør vere mest lønnsamt å drifte heilprivate legekantor.
- Kommunen må utarbeide prinsipp for lønn og arbeidsvilkår for både legar i privat praksis og i kommunal praksis.
- Nye legekantor bør ha ein storleik på mellom 4-7 legar, med moglegheit for utviding.
 - Legekantor i området med stor befolkningstettleik, som t.d. Moa, kan ha større kontor.
 - Legekantor i område med liten befolkningstettleik, kan ha mindre kontor.
- Det må etablerast eit nytt legekantor på Moa-området.
 - Dersom ein ikkje får nyetablering av heilprivat legesenter på Moa, må kommunen opprette eit kommunalt kontor. Utgangspunktet for eit slikt kommunalt kontor bør vere at legane arbeider som sjølvstendig næringsdrivande legar.
- Listelengde bør vere på 1000 pasientar for ei 100 % stilling/full kurativ veke.
- Folkevekst, talet på eldre, og moglegheit for kollektiv transport bør leggest til grunn ved oppretting av nye heimlar.
 - Det bør alltid vere ledig liste-kapasitet i alle kommunedelane.
 - Samla ledig liste-kapasitet for heile kommunen bør til ei kvar tid tilsvare minst 3 % av innbyggartalet.

6. Kompetansekrav og spesialisering

6.1. Lege i spesialisering (LIS og ALIS)

Frå 1. mars 2017 vart det er eit krav at alle nye fastlegar skal vere under spesialisering eller ferdig spesialist i allmenntmedisin, sjå § 3 i «*forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten*». I § 4 står det om «*Unntak fra kravet om spesialisering i allmenntmedisin*» og i § 5 står det om «*Overgangsordninger*». For legar som jobbar i anna allmenntlegearbeid gjeld same krav, men dei kan ha ein anna medisinsk spesialitet.

Frå 1. mars 2019 gjeld nye reglar for spesialistutdanninga, der lege i spesialisering skal vurderast etter oppnådde læringsmål. Legar som startar ei spesialistutdanning i allmenntmedisin før 1. mars 2019, kan sjølv velje om dei vil ta si utdanning etter gamal eller ny ordning.

Kommunane fekk også gjennom det nye regelverket, nye oppgåver og eit større ansvar for tilrettelegginga for LIS-legar i allmenntmedisin. Kommunen skal t.d. vere registrert som utdanningsverksemd, og ha ansvaret for at legane får ei kontinuerleg vurdering og dokumentasjon på oppnådde læringsmål. Utdanningsverksemda (kommunen) har ansvar for at det blir utarbeida utdanningsplan for den enkelte spesialitet, og ein individuell plan for den enkelte LIS-lege for heile løpet i spesialistutdanninga. Forskrifta stiller tydelege krav til systematisk og tydeleg rettleiing og supervisjon, samt krav til rettleiarkompetanse.

Ålesund kommune har engasjert ein fastlege i deltidsstilling som opplæringsansvarleg. Legen har ansvar for at kommunen møter sine forpliktingar ovanfor LIS-legane i kommunen, og ser til at dei får tildelt supervisor og rettleiar. Opplæringsansvarleg lege er også leder for den nettbaserte «Kompetanseportalen», der dokumentasjon av spesialistutdanning blir lagt inn, og er der ein søker Helsedirektoratet om spesialistgodkjenning.

Spesialisering i allmenntmedisin er slik:

- **LIS1** – Læringsmål del 1 som erstattar tidlegare turnusteneste i kommunen.
- **LIS 3** – Hovudspesialisering. Denne blir gjennomført i fastlegeheimel som kommunalt tilsett eller som næringsdrivande, eller i klinisk legestilling i kommunen utanom fastlegeordninga. Nokre av læringsmåla må i dag gjennomførast i spesialisthelsetenesta («sjukehussteneste»).

Ålesund kommune har i dag 18 LIS3 i ny ordning.

ALIS står for **Lege i spesialisering i allmenntmedisin**, og ein **ALIS-avtale** er ein avtale mellom kommune og lege i spesialisering i allmenntmedisin (LIS3 allmenntmedisin), om ekstra tiltak for å auke tryggleiken i tida under spesialistutdanning. Dette kan for eksempel vere avtale om meir rettleiing enn kravet i forskrifta tilseier, gjennomføring av læringsaktiviteter, nettverkssamlingar for legar i spesialisering, inntektsgaranti og/eller kompensasjon for kortare lister i ein periode.

Det er 5 **ALIS-kontor** fordelt geografisk i heile landet, med ansvar for å gi råd til kommunane om rekrutteringstiltak i ALIS-avtaler, utforming av avtaler m.m. Ålesund kommune høyrer til ALIS Vest kontoret som ligg i Bergen. Dei andre kontora er i Kristiansand, Hamar, Trondheim og Bodø.

Kommunen kan søke Helsedirektoratet om tilskot til ALIS-avtalar, og tilskotsordninga er for kommunar med rekrutteringsutfordringar og/eller manglande stabilitet i fastlegeordninga. I 2021 kan kommunane søke om tilskot til LIS 3 for kommunalt tilsette legar og til LIS3 i næringsverksemd.

I tillegg til at Ålesund kommune må nyttiggjere seg av tilskotsordningane, så må ein også fortsette arbeidet med etablering av ALIS-Vest stillingar. Kommunen har i dag avtale om inntil 4 slike stillingar, og har per tid tilsett lege i ei av desse.

Utfordringar knytt til spesialiseringsløpet og sjukehussteneste

Dei fleste legar gjennomfører spesialiseringsløpet som planlagt, og det er få som må vente lenge på sjukehussteneste. Det er likevel ein del arbeid med dette for kommunen, og det er viktig med meir planlagde og forutsigbare løp. Ein måte å få dette til på, kan vere å opprette rullerande ALIS-stillingar med statsstøtte frå Helsedirektoratet. Slike stillingar er tiltenkt legar som skal rotere inn i stillingar av kortare varigheit. Gjennom ei slik rullerande stilling kan det bli enklare å planlegge eit «sjukehus-år», og få inn dei vikarane som trengs i forkant.

Kommunen undersøker også moglegheita for at kandidatar kan oppnå alle sine læringsmål i kommunen. Dersom teneste i ØHD-avdelinga på Åse lokalmedisinske senter blir godkjent som ein del av spesialiseringa, vil det ikkje vere nødvendig for legane å ha eit «sjukehus-år» for å oppnå spesialisering.

6.2. Rettleiar og supervisor-roller

Kommunen har ei plikt til å sørge for at det vert oppnemnt ein rettleiar og ein supervisor til den enkelte lege under spesialisering.

I **individuell rettleiing** inngår refleksjon, råd, oppfølging av fagleg progresjon og bidrag i vurderinga av legar i spesialisering. Rettleiing inneber planlagde og regelmessige samtaler mellom lege i spesialisering og rettleiar. Som hjelp i arbeidet med vurdering av leger i spesialisering er det utarbeida ein nasjonal rettleiar. Den gir praktiske anbefalingar om organisering og gjennomføring av vurderingar samt ulike former for vurderingar. Ein rettleiar for LIS 3 skal vere spesialist i faget. Ein LIS 3 lege som er kome langt i sitt spesialiseringssløp, kan vere rettleiar for ein LIS 1-lege.

Kommunen har i dag ca. 15 rettleiarar. Dei skal rettleie legar som er i spesialisering i 4 timer per månad. Dette er ei auke frå tidlegare, då timetalet var 3 timar per månad. I fastlegeordninga er det 36 spesialistar og 28 som ikkje er spesialistar. I tillegg har kommunen til ein kvar tid 7 LIS1-legar.

Supervisjon i spesialistutdanninga er å yte hjelp og støtte, gi råd og vurdere LIS-legar i konkrete arbeidssituasjonar i det daglege arbeidet. Ein supervisor skal vere ein erfaren lege eller annan relevant fagperson.

Det beste for både LIS-legar og legekontor, vil vere at ein i hovudsak klarar å dekke både supervisjon og rettleiing på det same legekontoret som LIS-legen er på.

Spørjeundersøkinga som er utarbeida i arbeidet med legeplanen, viser at det er mange legar som ønsker å vere rettleiarar. Rettleiarar/supervisorar blir i dag lønna på ulikt vis. Det vil vere viktig framover å få utarbeida prinsipp for ei mest mogleg rettferdig og lik godtgjersle- og kompensasjonsordning. Dette vil kunne gi auka utgifter for kommunen.

Krava til rettleiarane/supervisorane har auka og det vil derfor vere behov for opplæringstiltak og kurs for dei som tek på seg dette ansvaret.

Kommunen kan søke Helsedirektoratet om kompensasjon for kostnader til rettleiing av LIS3-legar i ny ordning. Det er ingen tilsvarende tilskotsordning for kostnader til supervisjon.

6.3. Anbefalingar

Anbefalingar:

- Kommunen må ha tilstrekkeleg med rettleiarar og supervisorar
 - Legge til rette for at det skal vere attraktivt å vere rettleiar/supervisor.
 - Etablere felles retningslinjer for kompensasjon til rettleiarar/supervisorar.
 - Utarbeide planer som sikrar at ein i størst mogleg grad dekker desse rollene på det same legekontoret som LIS-legen er på.
- Kommunen må utvikle kompetansen og kapasiteten i individuell rettleiing ved opplæringstiltak og kurs.
- Kommunen bør søke Helsedirektoratet om tilskot til ALIS-avtalar for både kommunalt tilsette legar og legar i privat næringsverksemd.
- Kommune bør tilby eit komplett spesialiseringssløp for LIS3-legar gjennom arbeid på ØHD-avdelinga på Åse lokalmedisinske senter.

7. Legevakt

Gjennom forskrift om fastlegeordning i kommunane, er fastlegane forplikta til å delta i kommunal eller interkommunal legevakt utover normal arbeidstid. Dette gjeld også «øyeblikkelig hjelp-teneste» i kontortid i eigen praksis.

Ein har rett på fritak frå legevaksarbeid etter fylte 60 år, dei siste tre månadane av eit svangerskap eller når ein ammar barn under eit år. I tillegg er det opning for å kunne søke fritak av helsemessige eller vektige sosiale grunner. Rikslønsmemnda skal i løpet av våren 2021 avgjere om det skal vere grenser for kor mykje legevakt kommunane kan pålegge fastlegane.

Kommunal legevakt er ein del av allmennlegetenesta og eit ledd i den akuttmedisinske kjeda. Tenesta skal gjennom heile døgnet vurdere henvendelsar om øyeblikkelig hjelp, og følgje opp det som ikkje kan vente på ordinær behandling hos fastlege. Dagens legevakt er eit interkommunalt samarbeid mellom kommunane Sula, Giske, Vestnes, Fjord og Ålesund.

Ålesund interkommunale legevakt (ÅILV)

Ålesund Interkommunale Legevakt består av ein kombinert legevaktssentral og legevaktstasjon på Åse, ein legevaktstasjon på Ørskog og ein legevaktssatellitt i kommunedel Sandøy. Satellitten i Sandøy er eit nytt kompenserande tiltak sett i verk i samband med kommune-samanslåinga.

Det interkommunale samarbeidet omfattar øyeblikkelig hjelp utanfor fastlegekontora sine faste opningstider. I fastlegekontora si opningstid er ÅILV legevakt for dei som ikkje har fastlege i Ålesund kommune (til dømes studentar, turistar og andre besøkande).

Meir enn 60 legar inngår i vaktturnus. Dei aller fleste er fastlegar frå kommunane som inngår i samarbeidet, men i tillegg er det nokre legar knytt til Ålesund sjukehus som deltek i vaktordninga. I vanleg arbeidstid er det kommunalt tilsette legar som arbeidar på ÅILV. LIS 1 tilhøyrande kommunedel Ålesund indre/ytre, har faste dagvakter på legevakta saman med meir erfarne lege. I tillegg har resterande LIS 1 eit fast tal vakter ved ÅILV utanfor vanleg arbeidstid. Det er i hovudsak legar frå kommunedel Ørskog, Vestnes kommune og Fjord kommune som bemannar Ørskog legevaktstasjon. Det er ikkje lege i vakt i kommunedel Sandøy, men lege på Åse kan kontaktast via avansert videokommunikasjonsutstyr.

Legane har fastlønn på natt, men driv som sjølvstendig næringsdrivande på kveld vekedagar og på dagtid og kveld i helg og høgtid. Legevaktstasjonen på Åse er bemanna med 1-2 legar på dagtid i vekedagane, på natt i vekedagane er det 1 lege til stades og 1 i beredskap. På ettermiddag vekedagar og på helg er det 2 legar til stades. På helgenatt er det 2 legar til stades og 1 i beredskap. Ved høgtid, festivalar eller andre store arrangement oppbemannar ein både på lege- og sjukepleiarsida.

Det er hjelpepersonell på alle stasjonar. På Åse er det minimum tre på vakt til ei kvar tid, og like i underkant av 16 sjukepleiarårsverk i turnus. På Ørskog legevaktstasjon er det eit helsefagleg hjelpepersonell til stades i heile opningstida. Legen har tilkallingsvakt. På satellitt på Sandøy er det sjukepleiar i heimetenesta som har døgntkontinuerleg vakt. Rekruttering og bemanning av hjelpepersonell er i periodar utfordrande, og spesielt sårbar er situasjonen på Sandøy.

Fastlegane inngår i legevaktturnus med mindre dei er fritatt for dette gjennom søknad til kommunen. Legevaksarbeid utgjer ei tilleggsbelastning for fastlegane. Krav til ventetid og at ein må vere tilgjengeleg i eigen fastlegepraksis, set avgrensingar for moglegheit for fri før og etter vakt. Per no er det ein del leger som tar ein stor del av vaktene - dette gjer legevakta sårbar for uventa fråvær og svekker beredskapen i legevakta.



Foto: Ålesund kommune

På dagtid soknar 66 258 personar til Ålesund legevakt (tall per 1.1.2020). På kveld i vekedagar og på dag og kveld i helg og høgtidsdagar, dekker ÅILV tilbodet om øyeblikkelig hjelp til 85 000 personar. Sula kommune, Vestnes kommune og Fjord kommune deltek i dette samarbeidet. I tillegg er det inngått avtale med Stranda kommune om å dekke bygdelaga Liabygda og Geiranger, men denne avtalen går ut 1.6.2021. I avtale med Stranda er det presisert at ÅILV ikkje tek på seg utrykkingar til bygda Geiranger. Ei eventuell forlenging av avtalen forutset etablering av kompensierende tiltak som til dømes legevaktsatelitt i Geiranger.

På natt inngår også Giske kommune i legevaktsamarbeidet og totalt nedslagsfelt er 93 000.

Legevaktsentralen betener telefonen 116 117 for Ålesund kommune, og driv formidlingsteneste av 116 117-samtalar til Stranda kommune og Sykkylven kommune (utanom fastlegekontoret si vanlege opningstid). I tillegg formidlar ein telefonar til Giske legevakt på kveld og helg (Giske har eigen legevakt i dette tidsrommet). Vestnes kommune og Fjord kommune er også med i samarbeidet. Legevaktsentralen mottok og triagerer telefonar frå ei befolkning på 105 000.

Utrykking frå legevakt

I «*forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv.*» (akuttmedisinforskriften) § 6 bokstav c, følger det at legevaktsordninga mellom anna skal yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjonar, og rykke ut utan opphald ved behov. Ved ÅILV er det uniformert legebil tilgjengeleg heile døgnet til bruk for utrykking. Bilen er mest i bruk på dagtid i vekedagar, og i mindre grad brukt på kveldstid og helg. Dette trur ein kan forklarast med at det er ei lågare pasienttilstrøyming og at legane er på fast lønn.

Ein har som mål å auke talet på sjukebesøk og utrykkingar ved ÅILV. Kvalitetsgevinsten er framheva i fleire prosjekt der Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin er engasjert. Etablering av ei køyrelegeordning er ønskeleg, og kommunen bør arbeide for å greie ut ulike modellar for å få dette på plass. Dialog med ambulansetenesta blir viktig i dette arbeidet.

7.1. Krav til legevakt, kapasitet og kvalitet

I 2015 trådte ny akuttmedisinforskrift i kraft. Den kommunal legevakttjenesta har vore vurdert som eit svakt ledd i den akuttmedisinske kjeda, og forskrifta bidreg til å betre kvalitet og kompetanse blant helsepersonellet. Det blir arbeida godt med å sikre krava i forskrifta i Ålesund kommune.

Forskrifta set tydelege krav til vaktkompetanse for legevakslegar. Legevakslegar skal vere spesialist eller i utdanningsløp til å bli spesialist. I tillegg til klinisk teneste, er kurs i akuttmedisin og i vald og overgrepshandtering krava for å oppnå sjølvstendig vaktkompetanse. Utover LIS1 er det berre eit fåtal legar tilknytt ÅILV som ikkje har sjølvstendig vaktkompetanse, og derav treng kvalifisert bakvakt. Dette er ei styrke ved ÅILV og vidare fokus på vaktkompetanse gjennom blant anna arrangering av kurs er viktig.

Legevaksoperatørar på 116 117 skal ha helserelatert bachelor som minimum, og i tillegg gjennomført kurs i akuttmedisin og kurs i valds- og overgrepshandtering. Det er satt ned eiga faggruppe på ÅILV som arbeider med kvalitetsforbetring, pasientflyt og prosedyrar. ÅILV samarbeider tett med NTNU i Ålesund om utdanninga av nye sjukepleiarar og tek jamleg imot utplasseringselevar.

Legevaksleger skal ha gjennomgått tilsvarende kurs og inneha sjølvstendig vaktkompetanse. Legar som ikkje har slik vaktkompetanse, må ha kvalifisert bakvakt for å kunne ta vakter ved ÅILV. Legar som arbeider ved ÅILV har også krav om at dei må vere spesialist eller under utdanning til spesialist.

Arbeidsmengde og motivasjon for legevaksarbeid

Lav deltaking i legevaksarbeid er ei utfordring som mange kommunar står ovanfor. Problemstillinga heng i hop med fastlegekrise og den stadig aukande arbeidsmengda som ligg til fastlegetenesta. Det er lite som tydar på at ein har ein annan situasjon i Ålesund. Resultat frå spørjeundersøking gjennomført i arbeidet med legeplanen, viser at 60 % av legane i Ålesund ikkje ønskjer å delta i legevaksarbeid i framtida. 73 % av dei spurde meiner vaktfrekvensen er for høg på dag-/ettermiddags-vakter, og så mange som 77 % av dei spurde meiner vaktfrekvensen på natt er for høg. I tillegg meiner 70 % av dei spurde at arbeidsbelastninga på vakt er for høg.

Kombinasjonen av lav vakt deltaking og for høg arbeidsbelastning på vakt er eit ressursproblem, og kommunen må sjå på alternativ for å avhjelpe denne problemstillinga. Det er vorte forsøkt å lyse ut etter ei nattlegestilling, både i fulltid eller i kombinasjon med anna legearbeid t.d. fastlegeheimel. Det har ikkje vore interesse for ei slik arbeidsform. Andre kommunar har rekruttert til liknande stilling, men då i ulike variantar av langturnus. Ein auka andel fast tilsette legar på legevakt vil kunne vere positivt, også for arbeidsmiljøet legane i mellom og mellom sjukepleiar og lege.

Legevakslegane har meldt behov for ein del trivselstiltak på legevakta, og det er noko kommunen bør arbeide vidare med. Ulike lønnsmodellar for legevaksarbeid må også vurderast opp mot forventa effekt og økonomisk kostnad.

Ventetid på legevakt

Ventetid på legevakt er ein viktig indikator for kvalitet. Tabellen nedanfor viser at det dei seinare år har vore ei gradvis betring på området. Ca 80 % av pasientane har fått legetilsyn før det er gått ein time. Prosentandelen pasientar som ventar meir enn fire timar er feilregistreringar i datasystemet.

	2016	2017	2018	2019
Ventetid				
0-10 min	30,2 %	28,4 %	25,1 %	32,7 %
10-20 min	17,8 %	17,0 %	16,6 %	17,7 %
20-60min	31,6 %	32,2 %	32,2 %	30,0 %
1-2 timer	14,4 %	16,0 %	18,7 %	14,2 %
2-3 timer	4,1 %	4,3 %	5,2 %	3,7 %
3-4 timer	1,0 %	1,0 %	0,1 %	1,0 %
> 4 timer	0,8 %	0,7 %	0,8 %	0,8 %

I «forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktteneste, ambulansetjeneste og medisinsk nødmeldetjeneste mv.» § 13 d), krev ein at kommunen innrettar systemet for mottaking av telefonførespurnadar slik at 80 % av alle førespurnadar normalt blir svart på innan to minutt. I 2020 vart det mottatt like i underkant av 64 000 henvendelser på 116 117. Statistikken viser at av desse vart 89 % svart på innan 2 minutt - altså godt innanfor kravet.

Legetenester til personar utan fastlege

Alle innbyggjarar som ifølge Folkeregisteret er busett i ein norsk kommune har rett til fastlege. Dei som står utanfor fastlegeordninga eller har fastlege i annan kommune, vil difor ikkje ha det same helsetilbodet. «Akuttmedisinforskrifta» av 2015 slår fast at kommunen skal tilby ei legevaktordning som yter øyeblikkelig hjelp til alle som oppheld seg i kommunen. Akutt legehjelp for dei som står utanfor fastlegeordninga og som oppheld seg i kommunedel Ålesund indre/ytre vil på dagtid få hjelp av ÅILV. For dei andre kommunedelane vil denne gruppa få akutt hjelp ved legekontora i dei respektive kommunedelane.

Oppstart av utredning, nødvendig oppfølgingstimar og kontinuitet er derimot vanskeleg å tilby slik ÅILV er organisert. Dette utfordringsbiletet vedkjem fleire i Ålesund kommune:

- Den største gruppa dette gjeld er studentar. Dei har ofte fastlege i heimkommune og vegrar seg for å skifte til fastlege på studiestaden. Med framveksten av videokonsultasjonsløyningar kan mykje gjerast, men ein del problemstillingar krev naturleg nok frammøte (til dømes prøvetaking og der det er behov for fysisk undersøking). Det bør opprettast dialog med Universitetet NTNU som med sin campus i Ålesund aleine har cirka 2500 studentar. Ei form for studenthelseteneste med legetilbod bør vurderast.
- Ålesund kommune har avtale med privat legekontor i gamle Ålesund for legehjelp til flyktingar. Ein bør evaluere dette tilbodet og sjå på om tilbodet er hensiktsmessig og tilstrekkeleg for ei helsemessige utsett gruppe.
- Spesielt sommarstid har Ålesund kommune stor tilstrøyming av turistar og reisande. Cruisetraffikken har oftast godt utbygd helsetenester om bord og krev såleis mindre av dei lokale helseressursane utover legevakt situasjonar med øyeblikkelig hjelp. Øvrige turistar og reisande brukar i større grad tenestene lokalt også for mindre akutte problem.

7.2. Prosjekt storlegevakt

Innspel frå omkringliggjande kommunar viser at det er utfordrande for mindre kommunar å etablere levedyktige legevaktsordningar aleine. ÅILV samarbeider per i dag med fleire av våre nabokommunar. Kommunar utanfor samarbeidet har tatt kontakt med ønske om samarbeid, og dette er Ålesund kommune i utgangspunktet positiv til. Statsforvaltaren har i brev av 02.06.2015 uttalt seg til Helsedirektoratet om legevakttenesta i Møre og Romsdal: «Statsforvaltaren ser det som fordelaktig at kommunar går saman om å bygge ut store og robuste legevaktsordningar, for at kommunane i fylke skal klare å oppfylle både gamle og nye krav til mellom anna kompetanse, responstid og bemanning».

Ein kan på sikt sjå for seg fire store legevakter i fylket, der ÅILV i framtida kanskje dekker nordre Sunnmøre. Ålesund kommune bør utnemne ei arbeidsgruppe på tvers av kommunane i regionen for å greie ut moglegheita for ei slik løysing. Eit slikt arbeid vil innebere at ein utgreier ein modell som hensyntek avstandar, legeressursar, kompenserande tiltak m.m. Ein slik modell vil ofte bestå av ei hovudlegevakt, ein eller fleire mindre legevaktsstasjonar samt satellittar betjent av helsepersonell som har direkte kontakt med hovudlegevakt.

7.3. Anbefalingar

Anbefalingar:

- Kommunen må arbeide med å sikre ei god organisering, og ha høg fagleg kvalitet på legevakta.
 - Vurdere om ein skal tilsette legar med fastløn på natt på legevakt.
 - Gjere ein gjennomgang av lønnsmodell for legevakt.
- Kommunen bør greie ut etablering av køyrelegevaktordning.
- Kommunen bør legge til rette for trivselsfremmande tiltak på legevakt.
- Kommunen bør vurdere å etablere eit legetilbod for studentar i samarbeid med NTNU Ålesund.
- Kommunen bør ta initiativ til å opprette ei arbeidsgruppe som greier ut moglegheita for å etablere ei storlegevakt for nordre Sunnmøre.

8. Legetenester i dei kommunale tenestene

Tradisjonelt har mange kommunale legeoppgåver vore dekt av fastlegar i bistilling/«tilplikting». Fastlegeforskrifta § 12 gjev kommunen høve til å pålegge fastlegane inntil 7,5 timer kommunale oppgåver. Dei kommunale oppgåvene er arbeid som tilsynslege ved sjukeheim, helsestasjonsteneste, teneste som fengselslege eller oppgåver med rettleiing.

I kommunedelane i Ålesund –indre og ytre, er det for det meste kommunalt tilsette legar i 100 % stilling som har ansvaret for dei kommunale oppgåvene. I dei andre kommunedelane er det «tilplikta» fastlegar i små stillingsbrøkar som dekker opp desse tenestene.

Ålesund kommune har i dag 17 legar med fast tilsetting i ein viss stillingsstørrelse (stort sett mellom 50-100 %) som gjer kommunale oppgåver. Vidare er det 16 legar som har «tilplikting» i 10-20 % stilling.

Årsaka til at ein i kommunedel Ålesund – indre og ytre, har heiltidstilsette legar og ikkje «tilplikta» legar, er at det er fleire av sjukeheimane som treng meir enn eit årsverk lege for å dekke behovet for lege (t.d. på spesialplassane). Dersom legane blir «tilplikta» vil sjukeheimane få mange og ulike tilsynslegar i løpet av ei veke. Ved å ha legar i større og faste kommunale stillingar, blir det betre fagleg forutsigbarheit for sjukeheimane, samtidig som ein enklare kan jobbe for å skape eit fagmiljø. På denne måten kan ein etablere møteplassar både legane imellom, men også mellom tenestene og i legegruppa.

I ein stor kommune med både små og store institusjonar, samt andre kommunale helsetenester, vil ein måtte ha både ein «tilpliktingsmodell» og ein modell med kommunalt tilsette legar i større stillingar.

Kommunen må arbeide for å skape system som omfamnar begge modellane slik at ein får ei felles fagleg retning, og at ein får struktur som både legane og tenestene er trygge på. Som ein del av dette må det også arbeidast med lønnsstruktur og arbeidstidsordningar.

Som i fastlegeordninga er det utfordrande å rekruttere legar i større stillingar til denne type tenester, og det vil derfor vere viktig at ein kan tilby stillingar i eit fagleg godt miljø der legane ser at der er utviklingsmoglegheiter. Kommunen bør kunne tilby kompetanseutvikling innan faget, i tillegg til at ein kan tilby stillingar som ein del av eit LIS-løp. Dette vil truleg vere viktig for å fremje rekrutteringa.

8.1. Legar i sjukeheim/omsorgssenter, helsestasjon og i fengselshelsetenesta

Sjukeheim/omsorgssenter

Det er i dag ca. 8 årsverk lege på institusjonane i kommunen. Verksemd legetenester har fagsjef i 50 % stilling innanfor sjukeheimsmedisin. Dette er med og sikrar system for opplæring, fagmøter og kvalitetsarbeid.

Ålesund kommune er om lag på KOSTRA-gjennomsnittet i talet på legetimar per veke per bebuar i sjukeheim (sjå tabell under).

Tabell 7 - Legetimar pr veke per bebuar i sjukeheim (timar) (KOSTRA-tal pr 15.3.21)

	2017	2018	2019	2020
Ålesund				0,70
Stavanger				0,77
Kristiansand				0,62
Sandefjord	0,75	0,84	0,81	0,84
Tønsberg				0,78
Moss				0,86
Arendal	0,53	0,55	0,55	0,54
Molde				0,33
KOSTRA gruppe 11	0,46	0,49	0,49	0,69

Demografien tilseier at ein i åra som kjem vil få ein stor auke i talet på eldre og pleietrengande. Dette vil truleg medføre at ein på sikt vil få endå fleire komplekse og fagleg utfordrande pasientar på institusjonane. Dette er med å underbygge at ein i framtida vil trenge meir spesialisert legekompetanse innan fagområdet, og at ein også vil måtte ha fleire legeressursar i ordninga.

Norm for legetenester i sjukeheim

Det er fleire forhold som påverkar kva som er eit forsvarleg tal legetimar i ein sjukeheim. I Ålesund kommune blir det nytta eit verktøy for utrekning av kor mykje legeressurs den enkelte sjukeheim/omsorgssenter skal ha. Kriteria som blir vektlagt er talet på plassar, om plassane er langtid eller korttid, om det er demensplass eller forsterka demensplass, om det er avklaringsplass, rehabiliteringsplass eller om det er psykiatriske plasser.

Ut i frå talet på plasser og type plassar er fordeling av legeårsverk berekna til å skulle vere slik (pr. mai 2021):

Tabell 8 – Fordeling av legeårsverk i institusjon (berekningsmodell)

Verksemd	Sum plasser	Sum årsverk lege
Skarbøvik sjukeheim	58	0,59
Aspøy omsorgssenter	40	0,33
Sanitetshjemmet	50	0,38
Åse helsehus	48	2,14
Spjelkavik omsorgssenter	60	1,21
Blindheim omsorgssenter	40	1,02
Hatlane omsorgssenter	56	0,45
Skodje omsorgssenter	25	0,28
Ørskog helse og omsorgssenter	17	0,30
Eidet omsorgssenter	21	0,40
Haram omsorgssenter	50	0,80
Sandøytunet	6	0,13
Totalt	471	8,03*

*Dei faktiske legeårsverka er ikkje heilt i samsvar med tabellen. Tala blir justert i dialog med verksemdleiarane på dei ulike sjukeheimane. Bruken av plassane er heller ikkje alltid i samsvar med det ein planlegg for, t.d. kan ein korttidsplass bli nytta av ein langtidspasient.

Bebuarar i bustad med heildøgns omsorg, nyttar eigen fastlege og ikkje sjukeheimslege.

KOSTRA-tal for 2020 viser at talet på langtidsbebuarar i sjukeheim som er vurdert av lege siste året er på 75,90 % i Ålesund kommune. Samanlikna med andre kommunar og KOSTRA gruppe 11 (andel på 67,70 %), så viser denne kvalitetsindikatoren eit godt resultat for Ålesund.

Helsestasjon

Helsestasjonstenesta er eit gratis lågterskeltilbod for gravide, barn og ungdom. Helsestasjonen har som målsetting å bidra til best mogleg helse, trivsel og utvikling hos barn og ungdom, gi god svangerskapsomsorg, og stimulere til eit godt samspel mellom foreldre og barn.

I Ålesund kommune ligg tenestene i *kommunalområde Barn og familie*, medan legeressursane på helsestasjon og helsestasjon for ungdom er tilsett i *verksemd Legetenester og akutt helseberedskap* (i kommunalområde helse og omsorg).

Det er helsestasjon for barn i alle kommunedelane, og dette er viktig med tanke på tilgjengelegheita for innbyggjarane. Kommunen har helsestasjon for ungdom i Brattvåg og på Moa.

Totalt er det ca. 2,5 årsverk lege på helsestasjonane (fordelt på fleire personar). Legane er i stor grad «tilplikta» legar, men nokre stillingsbrøkar vert også dekt opp av legar i full stilling.

Det er ikkje eigen lege med fagansvar for helsestasjonslegane, slik som ein har innanfor sjukeheimslegeordninga. Dette utfordrar kommunen med tanke på opplæring og fagleg samhandling/vidareutvikling.

Ein stor kommune med fleire helsestasjonar der ein har ulike legar på stort sett alle lokasjonane, forsterkar også viktigheita av god samhandling mellom verksemdene. Helsestasjonane og legeressursane er organisert i ulike verksemdar, og god dialog og planlegging gir betre forutsigbarheit for tenesta. Fleire legar i ei verksemd gir betre forutsetningar for å kunne bygge fagmiljø i tillegg til at ein får ein større forutsigbarheit med tanke på vikarressursar. For kontinuiteten sin del bør ein ha nokre legar med større stillingsprosent.

KOSTRA-tal for 2020 syner at Ålesund kommune ligg noko under gjennomsnittet for samanliknbare kommunar i forhold til talet på lege pr. 10 000 innbyggjarar 0-5 år (sjå tabell under), samt bruk av ressursar til tenesta.

Tabell 9 - Årsverk av leger pr. 10 000 innbyggere 0-5 år. Funksjon 232 (KOSTRA-tal pr. 15.3.21)

	2019	2020
Ålesund	6,9	4,7
Stavanger	4,7	4,0
Kristiansand	5,4	4,6
Sandefjord	4,5	5,3
Tønsberg	7,4	5,4
Moss	10,3	10,7
Arendal	5,6	5,8
Molde	10,6	8,2
Kostragruppe 11	6,7	5,7

Demografien tilseier at ein totalt sett ikkje vil ha ein stor vekst i dei yngste aldersgruppene i kommunen i åra som kjem. Sjå tabellar for folketalsutvikling i kapittel 4.3. Det vil likevel vere lokale forskjellar i folketalsveksten som kan påverke behovet for helsestasjon.

Fengselshelsetenesta

Innsette i fengsel har rett til dei same helsetenestene som resten av befolkninga. Tenesta består av ein «tilplikta» lege i ei 10 % stilling, samt helsepersonell frå heimetenestene. Det er sjukepleiar i 50 % fast stilling i fengselet.

Legen er som den einaste av dei kommunale legane ikkje organisert under verksemd Legetenester og akutt helseberedskap. Dette bør endrast slik at ein får betre forutsetningar for fagleg oppfølging, samt betre oversikt for å og dekke opp fråvær og ferie.

8.2. Øyeblikkelig hjelp døgntilbod (ØHD)

I 2016 fekk kommunane eit ansvar for å ha kommunale akutte døgnplassar (ØHD/KAD) for somatiske pasientar. Ansvar vart utvida i 2017 til også å gjelde pasientar med psykisk helse- og rusmiddelproblem. Tilbodet skal være eit supplement til kommunen sine andre tenestetilbod og skal ikkje erstatte allereie etablerte tilbod. *ØHD-tilbodet skal vere betre eller like godt for pasientane som eit alternativt tilbod i spesialisthelsetenesta.* Det er lagt opp til eit tett samarbeid med spesialisthelsetenesta kring tilbodet med ein lovpålagt samarbeidsavtale.

ØHD eller kommunal akutt døgnplass (KAD), som slike einingar også vert kalla, er i Ålesund organisert som ei interkommunal løysing på lik linje med legevakta. Målsettinga er å kunne gi betre; kompetanse, utnytting av personell, kvalitet på tenestene og økonomi. Dei som deltek i samarbeidet er kommunane Sula, Giske, Vestnes og Fjord. Ålesund kommune er vertskommune for dette tilbodet. ØHD er lokalisert på Åse i same bygning som Ålesund interkommunale legevakt, Åse sjukeheim og Overgrepsmottaket.

Talet på innleggingar har auka gradvis, og i 2019 var det 650 innleggingar, som gir eit belegg på 62 %. Gjennomsnittleg liggetid har vore stabilt på like under 4 døgn. Rundt 7,5 % av liggedøgn er såkalla overtalige, dvs. at pasientane blir liggande i påvente av sjukeheimsopphald. Tala frå 2020 er ikkje samanliknbare på grunn av covid-19 pandemien.

Dersom ØHD skal vere eit samfunnsøkonomisk tilbod er det avgjerande at kompetansen passar med problemstillinga til pasienten. Lista med inklusjons- og eksklusjonskriterier er utarbeidd i samråd med spesialistar i Helseforetaket.

For pasientar med rus- og psykiatriske problemstillingar er dette noko meir komplisert. Funksjon er her viktigare enn diagnosar. I 2019 inngjekk ein samhandlingsavtale med Akutt heimebehandlings-team i Helseforetaket (AHT). AHT har tilgang til Helseforetaket sine psykiatrijournalar og har eit svært godt vurderingsgrunnlag for psykiatriske problemstillingar. Dei er «dørvakt» for psykiatriske akuttinnleggingar i Helseforetaket, og vurderer no også pasientar for innlegging ved ØHD. Under innlegging vil dei også bidra inn med naudsynt psykiatrikompetanse som ØHD manglar. Dei bidreg både med råd om medisiner og samtalerapi ved behov. I avtalen inngår to årlege samarbeidsmøte mellom partane.

Ein har i dag 5 legar tilsett der delar av stillinga er på ØHD. Av desse 5 er det ein legespesialist. Ved å ha mange LIS-legar på ØHD så vert ein utfordra med tanke på fagleg kontinuitet, samt oppfølging av den enkelte LIS-lege. Ein bør sjå på eventuelle tiltak for å kunne endre balansen innad i legegruppa. Ei god vekting vil vere at ein har 3 legespesialistar og 2 LIS-legar på ØHD.

8.3. Overgrepsmottaket

Vald i nære relasjonar og seksuelle overgrep er eit alvorleg og til dels skjult samfunnsproblem. Ansvar for pasientgruppa er delt, spesialisthelsetenesta har ansvar for pasientar utsatt for seksuelle overgrep, og kommunane har eit ansvar for pasientar utsett for vald i nære relasjonar.

Etter avtale med Helseforetaket driftar Ålesund kommune Overgrepsmottaket, der ein tek i mot begge pasientgruppene som blir nemnt i avsnittet over. Tilbodet er lokalisert i samband med ØHD-avdelinga og Ålesund interkommunale legevakt på Åse. Samarbeidande kommunar og nedslagsfelt omfattar kommunane Giske, Hareid, Herøy, Fjord, Sande, Stranda, Sula, Sykkylven, Ulstein, Vanylven, Volda, Ørsta og Ålesund.

Tilbodet er for alle som oppheld seg i nedslagsfeltet med unntak av born under 14 år, desse blir tatt i mot ved barneavdelinga ved Ålesund sjukehus. Årleg tek ein imot om lag 50 valds- eller overgrepssaker.

Overgrepsmottaket har sjukepleiar og lege i døgnkontinuerleg tilkallingsvakt. Per no er det 1,9 sjukepleiarårsverk tilknytt mottaket, med stillingsprosentar mellom 8 % og 20 %. Sidan desse sjukepleiarane har arbeid i andre verksemder og i Helseforetak, er ferieavvikling ei utfordring. Samarbeid med Helseforetaket sitt overgrepsmottak i Molde og-/eller Kristiansund er difor viktig.

Legeberedskapskapen er lagt til vakthavande ØHD-lege. Fem legar inngår i turnus. Både sjukepleiar og lege som inngår i beredskapsvakt får særskilt opplæring i handtering av denne pasientgruppa. Dei utfører spesialisert medisinsk undersøking, rettsmedisinsk undersøking og startar opp naudsynt behandling, psykososial oppfølging og tilrettelegging for seinare juridisk oppfølging.

Det er ei målsetning at alle involverte i Overgrepsmottaket, som eit minstekrav, skal ha gjennomført grunnkurs i Overgrepsmottak i regi av «*Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin*» (NORCE). Nye nasjonale retningslinjer for Overgrepsmottak er utsett, men er venta utgitt i løpet av 2021. I forarbeida til retningslinjene ligg det krav om psykososial oppfølging av pasientar i tida etter første undersøking ved Overgrepsmottaket. Psykososial oppfølging av pasientgruppa er krevjande. Dette er ei teneste som Overgrepsmottaket på Åse hadde i byrjinga, men som diverre falt bort. Sjukepleiar med spesialisering i psykiatri eller helsesjukepleiar med naudsynt erfaring er aktuelle for ei slik oppgåve. Per no er ikkje den kompetansen tilgjengeleg, og ein tilrår å lyse ut etter slik kompetanse. Stillinga kan rekrutterast innanfor dagens budsjett.

8.4. Anbefalingar

Anbefalingar:

- Kommunen bør ha kommunalt tilsette legar i 100 % stilling til offentlig arbeid. I dei mindre kommunedelane kan ein framleis ha «tilplikting» i 10-20 % stilling.
- Kommunen bør satse meir på opplæring og fagleg utvikling av legane.
- Kommunen bør etablere fagsjefrolle for helsestasjonstenesta (slik som det er for sjukeheimane).
- Kommunen bør ha ei snittnorm for lege pr. veke pr. pasient i sjukeheim på 0,68 timar (i samsvar med legeforeininga si anbefaling).
- Kommunen bør ha ei målsetting om å rekruttere fleire spesialistar til ØHD.
- Verksemd legetenestar bør tilsette sjukepleier med psykiatrispesialisering eller helsesjukepleier (med naudsynt erfaring) for å ivareta psykososial oppfølging av pasientar ved overgrepsmottaket.

9. Samfunnsmedisinsk legearbeid

Det samfunnsmedisinske ansvaret er i hovudsak plassert i *stabsområde Heilskapleg styring og samfunnsplanlegging* (i kommunedirektørens stab). Det er i dette stabsområdet 2 årsverk kommuneoverlege fordelt på 1 lege i 100 % stilling og 2 legar i 50 % stilling. Oppgåver og ansvar er i stor grad fordelt, men hovudansvaret ligg til den personen som er i 100 % stilling. Fordeling og prioritering av oppgåver er i dag i stor grad prega av pandemien.

Dei viktigaste arbeidsoppgåvene innan samfunnsmedisin er:

- Overvaking og analyse av helsetilstanden i befolkninga og faktorar som kan påverke helsetilstanden positivt og negativt.
- Overvaking og analyse av helsetenesta på alle forvaltningsnivå.
- Planlegging, gjennomføring, evaluering og kvalitetssikring av tiltak i eigen og andre sektorar. for å betre helsetilstanden og førebygge sjukdom.

Det er mange oppgåver som ligg til kommuneoverlegen, og kommunen bør vurdere om ein skal auke talet på årsverk for å sikre at alle naudsynte oppgåver blir ivaretatt på ein fagleg god måte. Nokon kommunar brukar ein fagleg standard med 1 kommuneoverlege/medisinskfagleg rådgivar pr. 10 000 innbyggjarar. Ein kan også sjå på moglegheita for å etablere fleire rådgivarfunksjonar som kan avlaste kommuneoverlege i dagleg oppfølging. Dette vil kunne medføre at ein klarer seg med noko mindre kommuneoverlegeressursar, og i dagens rekrutteringssituasjon vil det nok også skape meir stabilitet.

Det kan vere utfordrande å rekruttere samfunnsmedisinarar, og kommunen bør sjå på moglege tiltak for å behalde og tiltrekke seg legar med denne type kompetanse. For å gjere stillingane meir attraktive bør kommunen ha ein plan for vidareutdanning for legar innan samfunnsmedisin.

9.1. Folkehelse og miljøretta helsevern

Folkehelseloven er overordna og skal bidra til ei samfunnsutvikling som fremjar folkehelse og utjamnar sosiale helseforskjellar. Folkehelsearbeidet skal fremje befolkninga si helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å førebygge psykisk og somatisk sjukdom, skade og liding. Kommuneoverlegen skal samarbeide med mange aktørar om dette arbeidet, og Ålesund kommune har Folkehelsekoordinator som har ei sentral rolle i arbeidet.



Foto: Ålesund kommune

Kommunen skal fremme folkehelse ved å bidra til gode miljømessige forhold. Kommunen skal sikre befolkninga mot faktorar i miljøet, blant anna biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale som kan ha negativ innverknad på helse. Det er Forskrift om miljøretta helsevern med tilhøyrande veiledarar som primært styrer dette arbeidet.

Kommuneoverlegen er høringsinstans i ein rekke saker relatert til planarbeid og byggesaker og skal kome med råd. Ein skal ha tilsyn med vassforsyning og avløp. Ein skal vidare ha fokus på andre typar forureining m.a. frå industri. Frå 2020 fekk også kommunen ansvar for støy etter Forureiningsloven.

Mange av dei faktorane som påverkar folkehelsa ligg utanfor ansvarsområdet til helsesektoren. Kommuneoverlegen bør derfor i større grad be om Helsekonsekvensutgreiing relatert til utbyggingssaker.

Kommunen skal ha tilsyn med ei rekke verksemder. Kommuneoverlegen skal godkjenne skular og barnehagar etter «*forskrift om miljøretta helsevern i barnehager og skoler m.v.*» Kommunen skal og ha tilsyn etter «*forskrift om hygienekrav for frisør-, hudpleie-, tatoverings- og hulltakingsvirksomhet m.v.*» Dette arbeidet blir gjort i tett dialog med teknisk-hygieniske rådgjevarar i stabsområde Heilskapleg styring og samfunnsplanlegging.

9.2. Smittevern

Kommunen skal kontinuerleg ha oversikt over den epidemiologiske situasjonen. Ein skal kartlegge førekomst av smittsame sjukdommar og spesielt allmennfarlege smittsame sjukdommar, og treffe tiltak for å avgrense spreing av desse. Kommunen skal ha oppdatert smittevernplan, pandemiplan og plan for massevaksinasjon.

Pandemien med Covid-19 er eit godt døme på kor viktig smittevernet er. Kommuneoverlegen skal arbeide med førebyggjande tiltak som hindrar smittespreiing, isolering av sjuke og gjennomføre vaksinasjon. Dette krev god samhandling med dei utøvande helsetenestene, slik at dei med ansvar for drift har gode forutsetningar for å iverksette tiltak.

I pandemien har sentrale stillingar innan helsetenestene hatt ei veldig stor arbeidsmengd, og kommuneoverlegen har truleg vore den mest belasta. Kommunen bør ha avtalar/planar som sikrar gode beredskapsordningar. Dette for å sikre god kontinuitet i arbeidet, og for å sikre at tilsette klarer å stå i arbeidet over tid.

9.3. Rådgiving og organisering av arbeidet

Kommuneoverlegen er kommunen sin medisinsk faglege rådgjevar, og skal bidra med råd til kommunen sine ulike einingar i medisinsk faglege spørsmål. Rådgivningsfunksjonen er delt mellom kommuneoverlegar i stabsområde Heilskapleg styring og i verksemd Legetenester.

Kommuneoverlegen har ei rolle som rådgjevar i forhold til lov om psykisk helsevern, og har vedtaksmynde når det er behov for tvungen legeundersøking. Fagleg ansvarleg for bruk av tvang på sjukeheimane, ligg til fagsjef/kommuneoverlege i verksemd Legetenester.

Kommuneoverlegen burde i større grad enn i dag, vere høringsinstans i ein rekke faglege tema som krev medisinsk fagleg kompetanse.

Verksemd Legetenestar har 1,5 årsverk som kommuneoverlege/fagsjef. Det eine årsverket med kommuneoverlege/fagsjef har ansvar for å sikre fagleg ansvarleg drift, gode rutinar, kvalitetsutvikling og samhandling i legetenestane og på Ålesund interkommunale legevakt. Andre oppgåver er

administrering og rettleiing av LIS1 og LIS 3 legar, oppfølging av fastlegar, avvikshandtering og behandling av klagesaker.

Kommunen bør arbeide med å få på plass ein heilskapleg modell for organisering av kommuneoverlegefunksjonane.

9.4. Anbefalingar

Anbefalingar:

- Kommunen bør få på plass ein heilskapleg modell for organisering og samhandling mellom kommuneoverlege i stab, kommuneoverlege i verksemd Legetenester og mellom andre verksemder.
- Kommuneoverlegane bør arbeide i eit team i eit slagkraftig miljø, der det også er sakshandsamarar/rådgivarar med kompetanse innan miljøretta helsevern, førebyggjande helsevern, tilsyn, fastlegeordning og akuttmedisinske tenester.
- Kommuneoverlegen bør saman med andre i stab, ha ei meir aktiv rolle i sakshandsaming og rådgiving for heile kommunen.

10. Samhandling og bruk av teknologi

10.1. Samhandling

Legane samhandlar med mange ulike instansar som NAV, politi, kommune, Helseforetaket m.m. Svara frå spørjeundersøkinga utarbeidd i samband med legeplanen, viser at legane meiner at eit tverrfagleg samarbeid er viktig (66,70 %).

I same undersøking er legane spurt om samarbeid med kommunale instansar. Svara viser at legane er mest fornøgde med samarbeidet med Helseforetaket, deretter: ØHD, heimebasert omsorg, legevakt, sjukeheim/omsorgssenter, kommunal psykisk helse og rus, helsestasjon, jordmortenesta, barnevern.

Samarbeidsorgan

Allmennlegeutvalet og Legane sitt samarbeidsorgan (LSU) er eit viktig fora for samarbeid mellom legane og kommunen.

Allmennlegeutvalet (ALU) er fastlegane sitt eige møte, og er regulert i rammeavtalen ASA 4310. Utvalet skal ha møte minimum to gonger per år. Allmennlegeutvalet skal bidra til samarbeid mellom legane i kommunen for å ivareta legane sine oppgåver i fastlegeordninga. Det er møteplikt, med mindre legen har gyldig forfall. Legane vel sjølve om kommunen skal delta i møta.

Samarbeidsutvalet (LSU) skal legge til rette for at drifta av allmennlegetenesta skjer på ein hensiktsmessig måte, gjennom samarbeid mellom kommunen og allmennlegane. Utvalet skal bidra til styrking av samarbeidet og informasjonsflyt mellom kommunen og fastlegane. LSU skal ha møte minimum to gongar per år.

Arbeidsoppgåver og samhandling med andre

Norske legekantor har mindre av «anna personell» på sine kontor enn i andre land. Dette betyr at allmennlegar i Norge gjer oppgåver som i andre land blir utført av anna personell.

I spørjeundersøkinga i arbeidet med utarbeiding av legeplan, svarer 26,70 % at dei er «heilt einig» og 31,10 % svarer at dei er «noko einig» i påstanden om at nokon av dei oppgåvene som legane gjer i dag kan gjerast av andre faggrupper. Vidare er 26,70 % «nokså ueinig» og 6,70 % er «heilt ueinig».

I Handlingsplan for allmennlegetenesta (mai 2020) er det fleire tiltak som går på å sjå på legane sine arbeidsoppgåver, det står bl.a. følgande: «Regjeringa vil regulere i en egen bestemmelse i fastlegeforskriften hvilke attester og erklæringer fastlegene skal være forpliktet til å utstede. Øvrige attester og erklæringer skal fastlegene fortsatt kunne utstede, men listeinnbyggerne eller andre kan ikke kreve slike attester eller erklæringer» (s. 32).

I Handlingsplanen blir det også vist til at fastlegane blir brukt til administrativt arbeid som naturlig høyrer til sjukehusa: «Det gjelder blant annet viderehenvisning til undersøkelser og kontroller basert på funn og vurderinger gjort av spesialisthelsetjenesten, rekvisisjoner på bildediagnostikk eller laboratorieanalyser som ledd i sykehusets vurderinger, rekvirering av pasientreiser til og fra undersøkelser i sykehus. Dette gjelder også resepter på nye legemidler, ved endret dosering og ved skifte av legemidler og sykemeldinger for sykehusopphold og den første tiden etterpå frem til neste kontroll hos fastlege eller ny vurdering hos spesialist» (s.31).

Ei tydeleg ansvarsfordeling vil kunne lette arbeidskvardagen til fastlegane.

Team-organisering og kompetanse på legekontor

I april 2018 starta Helsedirektoratet eit treårig pilotprosjekt der ein testar primærhelseteam/ teamorganisering i fastlegepraksisar. Målet med teamorganiserte fastlegepraksisar er betre oppfølging av brukarar med kroniske sjukdomar og samansette behov. I teama er det fastlege, sjukepleiar og helsesekretær. Piloten blir sluttevaluert i desember 2021. Erfaringane frå dette prosjektet vil vere viktige for korleis ein vil velje å arbeide med dette i Ålesund kommune.

Alle legekontor i Ålesund kommune har tilsette med ulike type kompetanse, som t.d.: helsesekretær, sjukepleiarar og bioingeniør. Det er ikkje krav til kor mykje helsepersonell det skal vere ved kvart legekontor eller krav til type kompetanse. Legekontora vil ha ulike behov slik at det er vanskelig å sette ei fast norm eller kompetansekrav knytt til dette. Men det er behov for å gjere eit harmoniseringsarbeid knytt til dette på dei kommunale legekontora.

10.2. Teknologi, digitalisering, e-helse

Fastlegane bruker i hovudsak CGM til elektronisk pasientjournal. Norsk Helsenett og dei nasjonale e-helseløysingane kjernejournal, e-resept og helsenorge.no er verktøy for samhandling og pasientinvolvering, og er verktøy som i stor grad blir nytta av legane. Dei nasjonale e-helseløysingane vert viktige for å kunne realisere dei langsiktige måla om «éin innbyggjar – éin journal» (t.d. Helseplattforma i Midt-Norge).

I spørjeundersøkinga der legane vart spurt om erfaringar i praksis svarer 44,40 % at dei er fornøgd, og 24,40 % at dei er svært fornøgd med elektronisk pasientjournal. 46,70 % er fornøgd med elektronisk kommunikasjon med kommunale instansar, det er berre 6,70 % som er misfornøgd. 53,30 % er fornøgd med elektronisk kommunikasjon med Helseføretaket, og 48,90 % er fornøgd med løysing for videokonsultasjon.

Løysing for videokonsultasjon (confrere) var i liten grad i bruk før mars 2020. Då korona-pandemien gjorde at ein måtte arbeide på andre måtar enn tidlegare, vart videokonsultasjon ei løysing på dei fleste legekontor.



Foto: Shutterstock

Helseplattforma

Helseplattforma er ei felles digital plattform for samhandling mellom sjukehus og kommunal helse- og omsorgsteneste, fastlegar Inkludert. Region Midt-Norge arbeider med utvikling av Helseplattforma, der også Ålesund kommune er med. Ålesund kommune må bestemme seg i 2021 om ein ønsker å ta i bruk denne plattforma.

Helseplattforma har oppretta eit eige prosjekt for å ivareta fastlegane sine behov. Åtte fastlegar og to helsesekretærar bidreg som fageksperter inn i arbeidet. I tillegg er fleire fastlegar involvert i Helseplattforma gjennom andre sentrale roller.

For legane i Ålesund kommune er det viktig med ei avklaring av eventuell bruk og kostnad ved innføring av Helseplattforma.

Medisinsk avstandsoppfølging

Det blir i ulike delar av landet testa ut medisinsk avstandsoppfølging av kronisk sjuke gjennom eit prosjekt i regi av Helsedirektoratet. Pasientane har utstyr heime for å måle og registrere eigne helsedata som blir sendt inn og følgt opp i fastlegepraksisen. Ålesund kommune er ikkje ein del av dette prosjektet, men brukar avansert videokommunikasjonsutstyr ved legevaktsatelitten i kommunedel Sandøy.

10.3. Anbefalingar

Anbefalingar:

- Det må vere tett dialog med Helseforetaket om kva oppgåver spesialisthelsetenesta skal gjere og kva oppgåver fastlegane skal gjere. Dette for å unngå at oppgåver som spesialisthelsetenesta skal gjere blir flytta over til fastlegane.
- Kommunen er positiv til auka bruk av videokonsultasjon, og at det blir lagt til rette for dette.
- Det må gjerast avklaringar knytt til korleis fastlegane skal forhalde seg til Helseplattforma (bruk og kostnad).

11. Hovudmål, strategiar, tiltaksplan 2021-2025

Nesten alle kapittel i planen har anbefalingar. På bakgrunn av dette er det utarbeida eit hovudmål med tilhøyrande strategiar. I tillegg er det utarbeida ein tiltaksplan.

Hovudmål: *Legetenesta i Ålesund kommune skal vere framtidsretta og fagleg sterk.*

Strategiar:

1. Ålesund kommune skal arbeide for å sikre god kapasitet og rekruttering til legetenesta.
2. Ålesund kommune skal ha likeverdige legetenester i alle kommunedelar.
3. Ålesund kommune skal arbeide med kvalitetsutvikling og tenesteutvikling av legetenesta.
4. Ålesund kommune skal ha eit godt samarbeid med Helseforetaket og nabokommunane for å sikre gode legetenester.

Tiltak som har økonomiske konsekvensar bør behandlast saman med kommunen sin budsjett- og økonomiplan, slik at ein kan tilpasse ambisjonsnivået til den økonomiske situasjonen. **Kostnadane i tabellen er eit anslag, og det er behov for å arbeide vidare med utreiing av fleire av tiltaka.**

Tabell 10 – Tiltaksplan

Tiltak	Kostnad 2021 (Teoretisk heilårskostnad)	Kostnad 2022-2025 (anslag)	Merknad	Ansvar
1. Reduksjon av listelengde (til 1000 pasientar i 100 % stilling), og som konsekvens opprette fleire legeheimlar. (Eitt nytt kontor)	7 mill.kr (Inkl. etableringskostnader)	16 mill.kr	Politisk sak. Må innarbeidast i Budsjett- og økonomiplan.	Kommunedirektør
2. Opprette legekantor på Moa-området.	7 mill.kr (Inkl. etableringskostnader)	16 mill.kr	Politisk sak. Må innarbeidast i Budsjett- og økonomiplan. Investeringsbudsjettet.	Kommunedirektør/ kommunalsjef helse og omsorg.
3. Utarbeide prinsipp for lønn og arbeidsvilkår for legar i både privat og kommunal praksis. Kan vere utkjøp av fastlegelister, oppretting av fleire fastlønna stillingar og andre stimuleringsstiltak som t.d. økonomisk støtte til LIS 3 i private legesenter.	10 mill.kr	40 mill.kr	Må innarbeidast i Budsjett- og økonomiplan.	Kommunedirektør/ kommunalsjef helse og omsorg/ personalsjef
4. Etablere felles retningslinjer for kompensasjon til rettleiarar/supervisorar.	Uavklart	Uavklart		Vh Legetenestar/ personalsjef
5. Søke tilskot til ALIS-avtalar.	Uavklart	Uavklart	Skal kunne gi inntekt for kommunen.	Vh Legetenestar

Rekruttere til ALIS-Vest stillingar.				
6. Tilby eit komplett spesialiseringssløp for LIS3-legar gjennom arbeid på ØHD-avdelinga på Åse lokalmedisinske senter.	Uavklart	Uavklart	Dialog med Helseforetaket. Sende søknad om godkjenning.	Vh Legetenestar
7. Vurdere rekrutteringstiltak på legevakt (fastlønn på natt, ny lønnsmodell).	0	0	Er truleg dekning i eksisterande budsjett på natt.	Vh Legetenester
8. Etablering av køyrelegevaktsordning på legevakt	6 mill.kr (Basert på tidlegare berekna forslag)	24 mill.kr	Ressursar til ei ev. ordning må innarbeidast i Budsjett- og økonomiplan.	Kommune- direktør
9. Vurdere storlegevakt for nordre Sunnmøre.	Uavklart	Uavklart	Opprette prosjektgruppe. Ressursar til ei ev. ordning må innarbeidast i Budsjett- og økonomiplan.	Kommune- direktør
10. Vurdere etablering av eit legetilbod for studentar i samarbeid med NTNU Ålesund.	Uavklart	Uavklart	Dialog med NTNU.	Kommune- direktør
11. Etablere fagsjefsfunksjon for legar på helsestasjon i 20 % stilling.	250 000 kr	250 000 kr	Må innarbeidast i Budsjett- og økonomiplan.	Vh Legetenestar
12. Settast i gang eit prosjekt for å jobbe ut ein heilskapleg modell for organisering og samhandling mellom kommuneoverlege i stab, kommuneoverlege i verksemd legetenester samt andre verksemder.	0	0	Opprette ei arbeidsgruppe.	Kommune- direktør
13. Helseplattforma – Involvering av fastlegane i arbeidet.	Uavklart	Uavklart		Kommune- direktør

12. Litteraturliste

EY, Vista Analyse (2019): «Evaluering av fastlegeordningen»

Finansdepartementet (2021): «Perspektivmeldingen». Meld.St. 14 (200-2021).

Folkehelseinstituttet (2019): «Pasienterfaringer med fastlegen og fastlegekontoret i 2018/2019. Brukeropplevd kvalitet.» PASOPP-RAPPORT NR 2019:1.

Helse- og omsorgsdepartementet (2020): «Handlingsplan for allmennlegetjenesten. Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert. 2020-2024».

Helse- og omsorgsdepartementet (2015): «Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020».

Helse- og omsorgsdepartementet (2014): Stortingsmelding nr 26 (2014-2015) «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet»

Helse- og omsorgsdepartementet (2017): Stortingsmelding nr 15 (2017-2018) «*Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre*».

Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2020): «Det handler om Norge – Utredning om konsekvenser av demografiutfordringer i distriktene». NOU 2020:15.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Reserach Helse, Bergen (2018): Fastlegers tidsbruk. Rapport til Helsedirektoratet».

Ålesund kommune (2018): «Plan for legetjenesten i Ålesund kommune 2019-2025».

Ålesund kommune (2021): «Kommuneplanens samfunnsdel 2021-2031».

Lovgrunnlag (ikkje uttømmende):

- [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. \(helse- og omsorgstjenesteloven\) - Lovdata](#)
- [Lov om folkehelsearbeid \(folkehelseloven\) - Lovdata](#)
- [Lov om vern mot smittsomme sykdommer \[smittevernloven\] - Lovdata](#)
- [Forskrift om miljørettet helsevern - Lovdata](#)
- [Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v - Lovdata](#)
- [Forskrift om hygienekrav for frisør-, hudpleie-, tatoverings- og hulltakingsvirksomhet m.v - Lovdata](#)
- [Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. \(akuttmedisinforskriften\) - Lovdata](#)
- [Forskrift om fastlegeordning i kommunene - Lovdata](#)
- [Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten - Lovdata](#)
- [Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern \(psykisk helsevernloven\) - Lovdata](#)

13. Vedlegg

Mandat



Versjon 1.0
Godkjent av kommunedirektøren: 27.05.2020

Mandat - «Utarbeiding av legeplan for Ålesund kommune 2020-2025»

Bakgrunn:	<p>Frå 1.1.2020 vart Ålesund kommune ein ny kommune, det må derfor utarbeidast ny Legeplan som stettar behova i den nye kommunen.</p> <p>Det er viktig at kommunen har ein plan som sikrar at legetenestane i Ålesund kommune oppfyller dei behov som innbyggjarane har for primærlegetenestar og samfunnsmedisinske legetenestar.</p> <p>Komité for helse- og omsorg har i møte 11.05.2020 fatta vedtak om at kommunen skal utarbeide ein legeplan (fagplan) og at det skal opprettast ei arbeidsgruppe (sjå sak 20/10182).</p>
Oppdrag:	<p>Arbeidsgruppa skal:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sikre at tenestane i omfang og innhald er i samsvar med fastsette lover, forskrifter og politiske vedtak.• Sikre at tenestene gir likeverdige og fagleg gode legetenestar for alle. <p>Tema som skal takast med i legeplanen er (ikkje uttømande):</p> <ul style="list-style-type: none">• Fastlegetenesta<ul style="list-style-type: none">○ Kompetanse og rekruttering, alderssamansetning○ Tal på lokasjonar og vurdere, behov for etableringar av nye kontor, og/eller overtaking av private legesenter<ul style="list-style-type: none">▪ Driftsform▪ Størrelse▪ Geografisk plassering• Legevakt• Legetenestar i sjukeheim, helsestasjonar og i fengselstenesta. <p>Planen skal ha ein status og kartleggingsdel, den skal beskrive utfordringsbildet, men og ha ein handlingsdel/strategidel der også økonomiske konsekvensar blir beskrive.</p> <p>Arbeidsgruppa må ta omsyn til ny Handlingsplan for allmennlegetenesta som Helse- og omsorgsdepartementet presenterte i mai i år.</p> <p>Planen skal ha eit langsiktig og framtidsretta perspektiv.</p>
Mål og frister:	<p>Arbeidsgruppa skal leverer sitt forslag til plan til kommunalsjef Synnøve Vasstrand Synnes innan 30.10.20</p> <p>Innan endeleg forslag blir levert, skal utkast til plan diskuterast/ behandlast i komité for helse og omsorg (17. august eller 14. september) i Rådet for menneske med nedsett funksjonsevne og i Eldrerådet.</p> <p>Planen skal også forankrast/behandlast i allmennlegeutvalet og i legane sitt samarbeidsutval (LSU).</p>

Rapporteringslinjer:	Arbeidsgruppa rapporter til kommunalsjefen.
Økonomi:	Det er ikkje tildelt økonomiske ressursar til prosjektet.
Medlemar:	<ul style="list-style-type: none"> • Rådgivar i Kommunalområde helse og omsorg, overordna leiing, Birgitte Bonesmo (Leder). • Verksemdleiar for Legetenestar og akutt helseberedskap, Per Løkkeborg. • Kommuneoverlege i stabsområde Strategi, samfunn og næringsutvikling, Olav Mestad. • Tillitsvald for legane, Lene Sloth-Fjordside. • Seniorrådgiver i verksemd for Legetenestar og akutt helseberedskap, Marthe Weddegjerde (Referent). • Kommuneoverlege/fagsjef i verksemd for Legetenestar og akutt helseberedskap, Aleksander Sommerdalen. <p>Andre relevante fagpersonar/ressurspersoner/tillitsvalde blir innkalla til møter i arbeidsgruppa ved behov.</p>

Spørjeundersøking

Spørreundersøkelse - plan for legetjenester 2020 - Ålesund kommune

Questalyze

Spørsmål 1 av 23

? Innledende spørsmål

Er du mann eller kvinne?

Nr	Svaralternativer	Antall svar	Prosent
1	Kvinne		44.4%
2	Mann		55.6%

Spørsmål 2 av 23

? Hva er din alder?

Nr	Svaralternativer	Antall svar	Prosent
1	30 eller yngre		4.4%
2	30-40		28.9%
3	40-50		31.1%
4	50-60		13.3%
5	60-70		17.8%
6	70 og eldre		4.4%

Spørsmål 3 av 23

? Utdanning/spesialisering

Hva er din utdanning/spesialisering?

Nr	Svaralternativer	Antall svar	Prosent
1	LIS 3		20.0%

👤 2 Spesialist i allmenntmedisin		64.4%
👤 3 Godkjent allmennlege		11.1%
👤 4 Annet:		4.4%

Annet:

- Allmennlege i spesialisering gammel ordning

Spørsmål 4 av 23

👤 LIS 3: Har du gjennomført sykehustjeneste i spesialistutdanningen?

Nr	Svaralternativer	Antall svar	Prosent
👤 1	Ja		44.4%
👤 2	Nei		55.6%
👤 3	Annet:		0.0%

Spørsmål 5 av 23

👤 LIS3: Ønsker du å gjennomføre sykehustjenesten ved ØHD (gitt at det blir godkjent)?

Nr	Svaralternativer	Antall svar	Prosent
👤 1	Ja		40.0%
👤 2	Nei		60.0%
👤 3	Annet:		0.0%

Spørsmål 6 av 23

👤 LIS 3: Er du med i veiledningsgruppe?

Nr	Svaralternativer	Antall svar	Prosent
👤 1	Ja		44.4%
👤 2	Nei, er ferdig		11.1%
👤 3	Venter på plass		33.3%
👤 4	Annet:		11.1%

Annet:

- Delvis ferdig

Spørsmål 7 av 23

👤 LIS 3: Når forventer du å være ferdig spesialist?

Nr	Svaralternativer	Antall svar	Prosent
👤 1	2021		11.1%
👤 2	2022		22.2%
👤 3	2023		22.2%
👤 4	2024		0.0%
👤 5	2025		44.4%
👤 6	Annet:		0.0%

Spørsmål 8 av 23

? Listelengde

Hvor mange pasienter har du på din liste?

Nr	Svaralternativer	Antall svar	Prosent
1	750 eller mindre		4.4%
2	750-900		15.6%
3	901-1200		46.7%
4	1201-1500		24.4%
5	1500 eller flere		8.9%

Spørsmål 9 av 23

? Hva tenker du om din listelengde i dag?

Nr	Svaralternativer	Antall svar	Prosent
1	Ønsker å beholde dagens listelengde		60.0%
2	Ønsker å redusere dagens listelengde		40.0%
3	Ønsker å øke dagens listelengde		0.0%

Spørsmål 10 av 23

? Bistilling/arbeid ut over fastlegehjemmel

Har du arbeid ut over fastlegehjemmelen? Dersom JA, hvor mange prosent er den?

Nr	Svaralternativer	Antall svar	Prosent
1	Nei		53.3%
2	Ja, bistilling ca 10-20%		35.6%
3	Ja, bistilling ca 21-30%		6.7%
4	Ja, bistilling ca 31-40 %		0.0%
5	Ja, bistilling ca 41-50 %		4.4%

Spørsmål 11 av 23

? Dersom du har kommunal bistilling, hvor jobber du?

Nr	Svaralternativer	Antall svar	Prosent
1	Helsestasjon/Skolehelsetjenesten		19.4%
2	Helsestasjon for ungdom		6.5%
3	Sykehjem/omsorgssenter		19.4%
4	Fengselshelsetjenesten		3.2%
5	Kommuneoverlege		0.0%
6	Veileder		19.4%
7	Annet:		32.3%

Annet:

- Studentveileder

- LV
- fagansvarlig legekantor
- Leder legekantor
- kommunedelslege
- Kontrollkommisjon
- supervisor LIS1, sjømannslege, petroleumslege
- sjømannslege/ petroleumslege/ undervisning NTNU
- Med faglig ansvar

Spørsmål 12 av 23

? Ønsker du å ha arbeid ut over fastlegehjemmelen?

Nr	Svaralternativer	Antall svar	Prosent
1	Ja		28.9%
2	Nei		71.1%
3	Ønsker å øke min bistilling		0.0%
4	Ønsker å redusere min bistilling		0.0%

Spørsmål 13 av 23

? Kunne du tenke deg å være veileder?

Nr	Svaralternativer	Antall svar	Prosent
1	Ja		46.7%
2	Nei		40.0%
3	Annet:		13.3%

Annet:

- ER VEILEDER FOR LIS3
- ikke akt. fremover
- veileder 2 studenter pr år sammen med de andre på senteret
- Er veileder
- Er allerede veileder for medisinstudenter NTNU

Spørsmål 14 av 23

? Legevakt

Har du fritak fra legevakt?

Nr	Svaralternativer	Antall svar	Prosent
1	Ja		40.0%
2	Nei		60.0%

Spørsmål 15 av 23

? Hvor mange vakter på legevakt har du gått i gjennomsnitt de siste tre måneder?

Nr	Svaralternativer	Antall svar	Prosent
1	Ingen		7.4%
2	1-5		70.4%
3	5-10		22.2%

Spørsmål 16 av 23

? **Legevaktsordning: Hvordan opplever du arbeidsbelastningen og vaktfrekvensen på legevakten i dag?**

Subspørsmål / Svaralternativer	Antall svar	Prosent
--------------------------------	-------------	---------

Hvordan opplever du arbeidsbelastningen på legevakt?

Alt for høy		40.7%
Litt for høy		29.6%
Passer meg bra		22.2%
Litt for lav		7.4%
Alt for lav		0.0%

Hvordan opplever du vaktfrekvensen på legevakt dag/aften?

Alt for høy		30.8%
Litt for høy		42.3%
Passer meg bra		26.9%
Litt for lav		0.0%
Alt for lav		0.0%

Hvordan opplever du vaktfrekvensen på legevakt natt?

Alt for høy		40.7%
Litt for høy		37.0%
Passer meg bra		18.5%
Litt for lav		3.7%
Alt for lav		0.0%

Spørsmål 17 av 23

? **Ønsker du å delta i legevaktsordningen i fremtiden?**

Nr	Svaralternativer	Antall svar	Prosent
1	Ja		40.0%
2	Nei		60.0%

Spørsmål 18 av 23

? Erfaringer i legepraksis

Hvor mange timer har du arbeidet pr uke i gjennomsnitt de siste 3 måneder?

Nr	Svaralternativer	Antall svar	Prosent
1	35 timer eller mindre pr uke		4.4%
2	35-45 timer pr uke		17.8%
3	46-55 timer pr uke		53.3%
4	56-65 timer pr uke		6.7%
5	66-75 timer pr uke		15.6%
6	76-85 timer pr uke		2.2%
7	86 timer eller mer pr uke		0.0%

Spørsmål 19 av 23

? Erfaringer i legepraksis: Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med?

Subspørsmål / Svaralternativer	Antall svar	Prosent
--------------------------------	-------------	---------

Elektronisk pasientjournal

Misfornøyd		4.4%
Lite fornøyd		8.9%
Nøytral		17.8%
Fornøyd		44.4%
Svært fornøyd		24.4%
Vet ikke/ikke relevant		0.0%

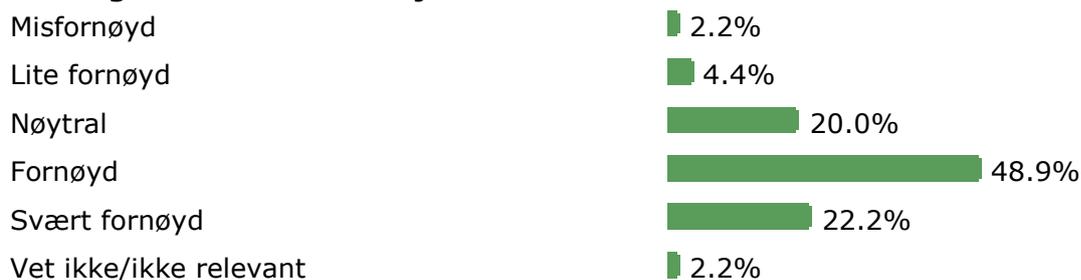
Elektronisk kommunikasjon med kommunale instanser (hjemmetjeneste, helsestasjon, psykisk helse og rus).

Misfornøyd		6.7%
Lite fornøyd		13.3%
Nøytral		22.2%
Fornøyd		46.7%
Svært fornøyd		11.1%
Vet ikke/ikke relevant		0.0%

Elektronisk kommunikasjon med Helseforetaket.

Misfornøyd		4.4%
Lite fornøyd		8.9%
Nøytral		17.8%
Fornøyd		53.3%
Svært fornøyd		15.6%
Vet ikke/ikke relevant		0.0%

Løsning for videokonsultasjon



Spørsmål 20 av 23

🔍 Erfaring i legepraksis: Hvor mange leger bør et legekontor/en legepraksis bestå av?

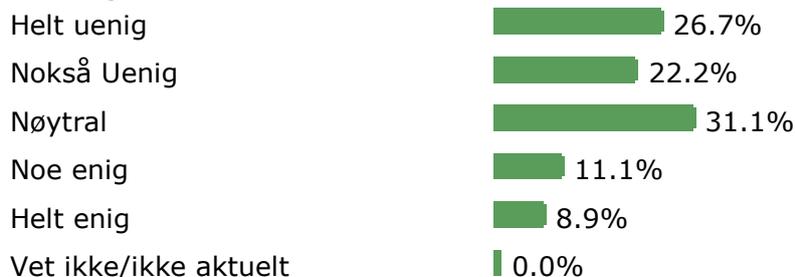
Nr	Svaralternativer	Antall svar	Prosent
1	1-3 leger		8.9%
2	4-7 leger		66.7%
3	8-11 leger		22.2%
4	12-15 leger		2.2%
5	16 eller flere leger		0.0%

Spørsmål 21 av 23

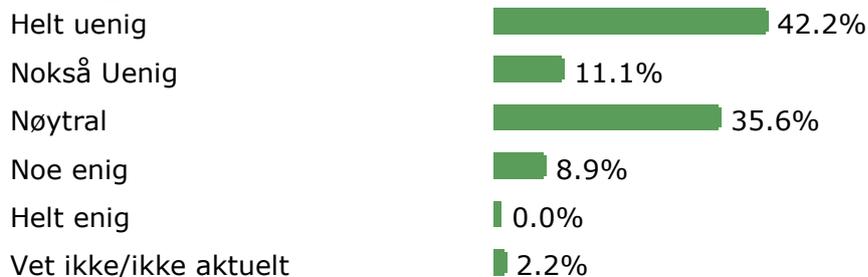
🔍 Erfaringer i legepraksis: Ta stilling til følgende påstander.

Subspørsmål / Svaralternativer	Antall svar	Prosent
--------------------------------	-------------	---------

Alle legekontor bør være kommunale

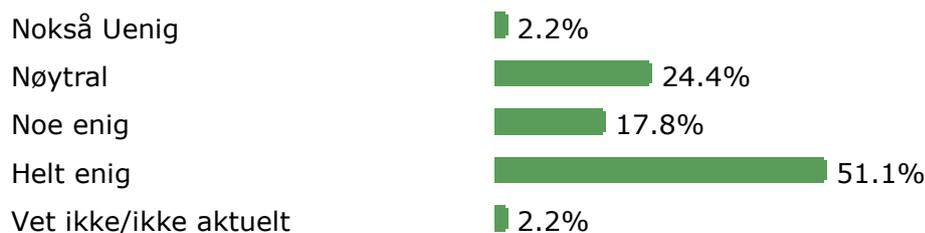


Alle legekontor bør være private

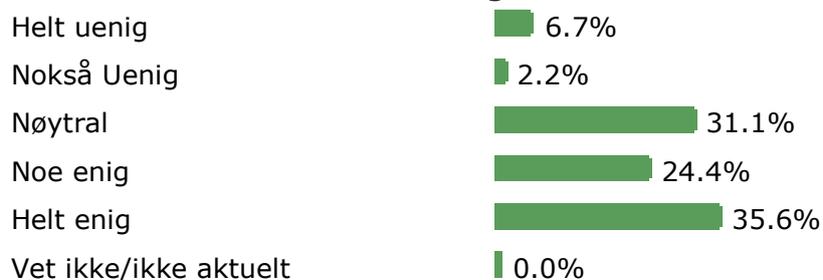


Det bør være både kommunale og private legekontor

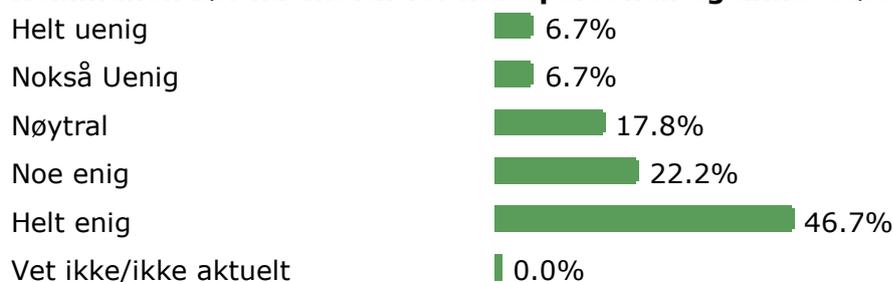




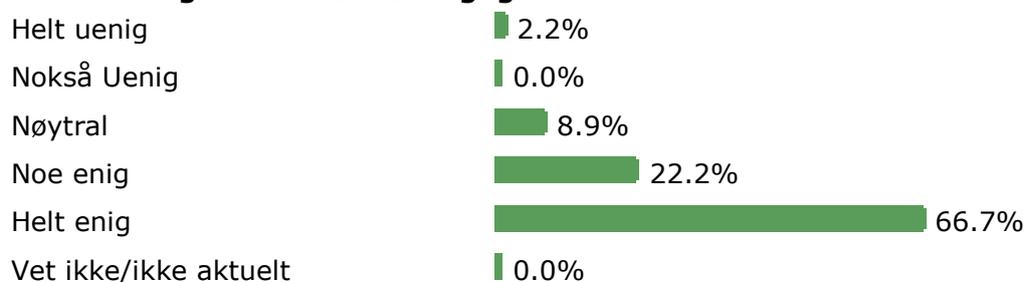
Kommunen bør ha ansvar for legenes kontorlokaler



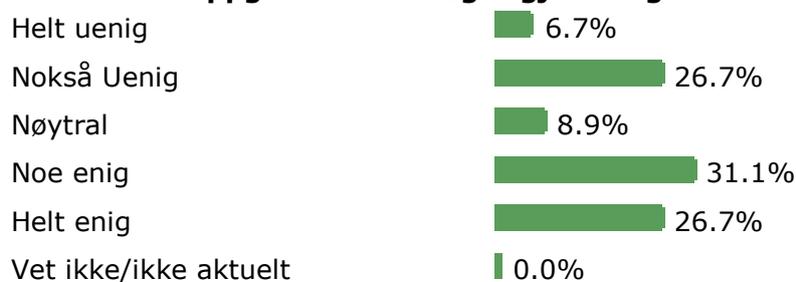
Kommunen bør ha ansvar for helsepersonell og annet støttepersonell



Det er viktig å arbeide tverrfaglig



Noen av de oppgavene som leger gjør i dag kan andre faggrupper gjøre



Spørsmål 22 av 23

? Erfaringer i legepraksis: Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med?

Subspørsmål / Svaralternativer	Antall svar	Prosent
--------------------------------	-------------	---------

Samarbeid med hjemmetjenesten

Misfornøyd	0.0%
Lite fornøyd	15.6%
Nøytral	24.4%
Fornøyd	48.9%
Svært fornøyd	11.1%
Vet ikke/ikke relevant	0.0%

Samarbeid med sykehjem/omsorgssenter

Misfornøyd	0.0%
Lite fornøyd	24.4%
Nøytral	31.1%
Fornøyd	37.8%
Svært fornøyd	6.7%
Vet ikke/ikke relevant	0.0%

Samarbeid med kommunal psykisk helse og rustjenester

Misfornøyd	4.4%
Lite fornøyd	17.8%
Nøytral	35.6%
Fornøyd	33.3%
Svært fornøyd	8.9%
Vet ikke/ikke relevant	0.0%

Samarbeid med barnevern

Misfornøyd	13.3%
Lite fornøyd	20.0%
Nøytral	48.9%
Fornøyd	17.8%
Svært fornøyd	0.0%
Vet ikke/ikke relevant	0.0%

Samarbeid med jordmortjenesten

Misfornøyd	15.6%
Lite fornøyd	28.9%
Nøytral	24.4%
Fornøyd	22.2%
Svært fornøyd	8.9%

Vet ikke/ikke relevant | 0.0%

Samarbeid med helsestasjon

Misfornøyd | 4.5%
Lite fornøyd | 18.2%
Nøytral | 36.4%
Fornøyd | 36.4%
Svært fornøyd | 4.5%
Vet ikke/ikke relevant | 0.0%

Samarbeid med ØHD

Misfornøyd | 4.4%
Lite fornøyd | 2.2%
Nøytral | 31.1%
Fornøyd | 37.8%
Svært fornøyd | 24.4%
Vet ikke/ikke relevant | 0.0%

Samarbeid med legevakt

Misfornøyd | 11.1%
Lite fornøyd | 11.1%
Nøytral | 28.9%
Fornøyd | 37.8%
Svært fornøyd | 11.1%
Vet ikke/ikke relevant | 0.0%

Samarbeid med Helseforetaket.

Misfornøyd | 0.0%
Lite fornøyd | 6.7%
Nøytral | 24.4%
Fornøyd | 55.6%
Svært fornøyd | 13.3%
Vet ikke/ikke relevant | 0.0%

Spørsmål 23 av 23

🔍 Avsluttende kommentarer

Er det noe du ikke har blitt spurt om som du ønsker at vi bør omtale i legeplanen?

👤 Organisering av legetjenesten må tilpasses lokale forhold og forhold ved det enkelte legekantor - og tilnærmingen bør være dynamisk for raskt å kunne omstille seg ved behov (feks ved fastlegekrise og pandemi). Endringer bør forankres med legegruppen og med

samarbeid i fokus. Kommunen mister godt kvalifiserte leger ved ikke å legge til rette og være lydhøre for signaler om vanskeligheter.

-  Jeg mener at de små legekantorene bør få tilrettelagt sammenslåing med andre og at kommunen tar over ansvar for lokaler og ansatte, mens legene kan få bruke tid på sine egentlige oppgaver.
Trenger ikke at andre yrkesgrupper tar over deler legejobben, men at legene kan slippe det som ikke er legejobb, altså administrasjon, personalansvar og økonomisk drifting av senter.
-  Se til Molde for en velfungerende legevakt. Det må være fastlønn på ettermiddag kveld og to leger hele døgnet på en så stor legevakt. På legesiden er det underbemannet. At vi ikke har hvilerom på vakt er skandaløst. Alle store legevakter har det.
Som LIS lege på sykehuset er det et avtalefestet krav om hvilerom til lege som går i vakt.
-  Legevakt må være frivillig, ellers vil rekrutteringen forsvinne.

Kommune må på banen og hjelpe fastleger til ferieavvikling og fri i høytider.

Det må opprettes en kollega-ring, gjerne web-basert, hvor fastleger melder inn behov for kollegadekning, og fastleger kan ta på seg kollegadekning. Dette er høyst nødvendig! Fastleger trenger også fri til tannbehandling, skoleavslutning, mm.

-  Kommunen bør absolutt ta større ansvar for fastlegenes hverdag og arbeidstrygghet. I motsetning til distriktskommuner som jeg har jobbet tidligere, der samarbeid har vært godt, viser Ålesund kommune lite vilje til å støtte opp om fastlegenes hverdag og økonomiske sikkerhet.
Sterkt behov for et hvilerom på legevakt for å få erfarne leger til å ønske mer vakt.
-  Mere rettigheter økonomisk ved f eks sykdom og oensjonsrettighetene bør være bedre
-  Svært dårlige og omtrent ikke eksisterende tilbud innenfor psykiatri og rus! Veldig imot å fjerne det eneste fungerende lavtterskeltilbudet som RPH er, ja til flere slike tilbud kommunalt da behov er ekstremt høyt blant pasientene og lange ventelister. Oppfølging av slike pas. hos FL er svært tidskrevende! Ja til faste legevaktstillinger og frivillige LV-vakter for fastlegene.
-  En bør få egne legevaktsleger.
-  Det er viktig å plassere ansvar og resursene. Kommune eller fastleger får mer ansvar og oppgaver fra sentrale myndigheter uten å få mer midler. Derfor skal fastlegene og kommunen helst ikke krangle mot hverandre, men med hverandre -mot de sentrale myndighetene som holder på å ødelegge primerhelsetjenesten.
En videre pulverisering av ansvaret (primerhelseteam) hjelper ikke systemet.
-  Alle leger bør få aktivert sitt personlige ID-kort i Ålesund Kommune slik at man kan identifisere seg og ha tilgang til legevaktlokalene med sitt eget kort.
-  Det bør ikke være fritt fram for de som har en hjemmel og være borte regelmessig en arbeidsdag per uke.
Om så er, må kollegene bli gjort kjent med at legen har fått løyve til det fra kommunen, og for hvor langt tidsrom det skal være. Det medfører tilleggsbelastning på kollegene å ta imot de pasientene som har behov for "øyeblikkelig hjelp" - og det er ugunstig for begge parter
-  Henvninger til kommunal psykiatrisk behandling/samtaler feks med psykiatrisk sykepleier bør ikke koordineres av kun en person for nordlige del av kommunen. Sårbart når det blir sykemeldinger og det går ut over sårbare pasienter som får lang ventetid på tildeling av vedtak.
Ang Legevakt så er nattevakter er alt for travle, og MÅ nå settes bort til fast ansatte.
-  Allmennpraksis handler mye om kontinuitet og ved tilstedeværelse i 50 % blir det et tilbud der pas. må skifte lege alt for ofte. Det rammer de som trenger et tilgjengelig legetilbud aller mest. Vi har i alt for mange år nå sett at der er en alt for stor utskifting av pasienter (og også leger ved kommunale kontor)pga misnøye med det tilbudet som gis. Det er en ledelsesoppgave å fange opp

 Tenker det må være rom for individuelle løsninger for drift av legekantor privat/kommunalt. Tenker at ønsker/ trend fra yngre kolleger er at kommunen tilbyr å drifte legekantor med legen som leietaker.

 ARBEIDSTID KURATIV / ADMINISTRATIV
ØHJ-BELASTNING
HJELPEPERSONELLFAKTOR
KVALITET PÅ LEGEVAKT
TILRETTELEGGING FOR NORMAL FERIEAVVIKLING
FERIEVIKARER
TILRETTELEGGING FOR FORSKNING
SAMARBEIDSMØTER