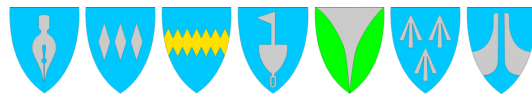


Prosjektrapport

Framtidig legevakt på

Søre Sunnmøre



Sjustjerna helse og omsorg
Samarbeidsorgan for helse og omsorgstenester på Søre Sunnmøre

Innhald

Oppsummering	4
Bakgrunn.....	7
Mandat	7
Prosjektarbeidet	8
Om legevakt og forklaring av begrep	10
Nasjonal status og utfordringsbilde	11
Status	11
Utfordringsbilde	15
Relevante lover, forskrifter, avtaler og utgreiingar	15
Lokal legevakt i dag.....	17
Gjennom døgnet	17
Overgrepsmottaket.....	18
Legevaktsentral.....	18
Lokal bruk av legevakt.....	18
Krav, forventningar og tilgang på ressursar	20
Ei teneste for alle	20
Kompetansekrav	21
Personell	21
Lokale og utstyr.....	24
Transport	24
Systemansvar og trening.....	25
Økonomi	26
Reiseavstand og tilgang til tenesten	27
Samarbeid med anna personell	29
Tre modellar for ny organisering av legevakta	32
Modell A.....	33
Modell B.....	35
Modell C.....	36
Lokalisering	38
Vurderingar og konklusjon.....	41
Modellval	41
Lokalisering	42
Oppstart	43

Oppsummering

Bakgrunn

Sjustjerna helse og omsorg tok våren 2016 initiativ til å sjå på organiseringa av legevaktenesta fordi det har kome styrka krav til tenesta. Seks av kommunane har vore med i utgreiingsarbeidet som har blitt finansiert av prosjektmidlar frå fylkesmannen. Vanylven trekte seg frå prosjektet på grunn av samferdselsomsyn. Prosjektarbeidet har pågått i eit år. Arbeidet med prosjektet har vore krevjande fordi legevakt betyr mykje for mange.

Status og utfordringsbilde

Legevakt er ein teneste kommunane har ansvaret for 24 timar i døgnet, 365 dagar i året. Det er ei teneste med stort volum. I gjennomsnitt nyttar om lag kvar tredje innbyggjar tenesta kvart år. Tenesta blir brukt av alle og ingen veit når dei neste gong har behov. Tenesta er kritisk, både fordi innbyggjarane brukar den i sårbare og vanskelege situasjonar og fordi den er den delen av primærhelsetenesta som får flest klager.

Ny akuttmedisinforskrift kom 1.mai 2015. Krava i forskrifta er umogleg å oppfylle for kommunane slik vi har organisert legevakta i dag. Vi fyller i dag ikkje kompetansekravet, krav om forsvarleg transportordning, kravet om opplæring og samtrening med andre naudetatar eller krav om leiing og kvalitetsarbeid.

I tillegg til dei forskriftsfesta krava til legevakt har det i den offentlege utgreiinga NOU 2015:17 blitt peika på fleire utfordringar med organiseringa av legevakta. Helsedirektoratet arbeider med ein ny nasjonal rettleiar. Den vil ytterlegare presisere kva som ligg i forskrifta. Det er gjeve tydelege signal om at det vil kome krav om uniformert køyretøy med støttepersonell, at legen aldri skal vere åleine på jobb og at legevaktene må ha meir administrative ressursar. For å stette dei ny krava må ein difor ha ei minimumsbemannning, både administrativt og pasientnært, uavhengig av størrelsen på legevaktdistriktet.

I prosjektarbeidet vart det difor tidleg klart at null-alternativet, å halde fram som i dag, ikkje er aktuelt. Det vil bli svært dyrt og vi vil ikkje klare å skaffe nok helsepersonell.

Tre modellar

I prosjektet har vi jobba med tre ulike modellar for framtidig organisering. Hovudprinsippet er at ein går frå fire legar i heime-beredskapsvakt til to eller tre legar i aktiv vakt.

Modell A

Hovudstasjon med to legar på jobb. Hovudstasjon lokalisert same stad som nattlegevakta. Alltid ein lege på basen og ein køyrelege som har ansvar for sjukebesøk i heile distriktet. I tillegg har denne modellen ein satellittstasjon der den tredje legen, "køyrelegen", skal jobbe deler av døgnet. Satellittstasjonen og hovudstasjonen skal ligge på kvar si side av Eiksundtunnelen. Begge stasjonane er samla i éin organisasjon der alle legane frå deltakande kommunar går i turnus på alle tre typar av vakter (base, køyrelege, lege på satellittstasjon). Eit hjelpepersonell per lege. Turnus vert satt opp slik at éin av legane i aktiv vakt alltid fyller kompetansekrava.

Modell B

Ein legevaktstasjon med to legar på jobb. Alltid ein lege på legevaktstasjonen og ein køyrelege som har ansvar for sjukebesøk i heile distriktet. Ingen satellittstasjon. Legevaktstasjonen kan oppskalerast i kapasitet med meir personell i presstider i veka og/eller ved høgtider når legevakta blir mykje brukt. Heile legevakta er samla både i éin organisasjon og på éin lokalisasjon. Turnus vert satt opp slik at éin av legane i aktiv vakt alltid fyller kompetansekravet.

Modell C

To separate legevaktorganisasjonar der kommunane på ytre slår seg saman til eit distrikt og kommunane på indre slår seg saman til eit distrikt. Ein lege med hjelpepersonell og legevaktsbil på jobb i kvart distrikt. Med berre éin lege i aktiv vakt i kvart distrikt, vil ein ofte måtte ha ein ekstra lege i heimevakt for å sikre kompetansekravet. I denne modellen held nattlegevakta fram som i dag, og det vert då til saman 3 legevaktorganisasjonar i distriktet.

Lokalisering

Om vi samlar alle seks kommunane som er i utgreiinga til eit distrikt har vi likevel eit svært kompakt legevaktdistrikt med små reiseavstandar samanlikna med mange legevaktdistrikt i Norge. Det som skil oss frå andre liknande distrikt er at Søre Sunnmøre ikkje har eit klart definert sentrum med periferikommunar, men to områder delt av Eiksundsambandet med omlag like mange innbyggjarar på kvar side. I staden for ein stor tettstad, har vi fleire middels store.

Ei meir sentralisert legevakt vil gi lenger reiseveg for ein stor del av innbyggjarane i distriktet. Plasseringa av legevaktstasjonen vil vere avgjerande for om ein kan nå det nasjonale målbildet om reiseveg under 40 min for 90% av innbyggjarane. Reine samferdsels og kommunikasjonsomsyn tilseier at ei legevaktsstasjon bør plasserast nærast mogleg Eiksundsambandet, anten i Furene eller i Eiksund. Samtidig kan ein gå glipp av viktige synergjar med andre samarbeidspartar ved ei slik geografisk lokalisering. Særleg er samarbeidet med spesialisthelsetenesta og reisetid frå legevaktstasjonen til sjukehus viktige moment i lokaliseringssvalet.

Konklusjon

I prosjektarbeidet har vi lagt opp til innhenting av lokal og nasjonal kunnskap og medverknad frå samarbeidande personell og brukarar. Tilrådinga frå prosjektgruppa baserar seg på faktaopplysningar og innspel frå andre. Vi vil særleg trekke fram pleie og omsorgssektoren der vi hadde eige seminar. Tilbakemeldinga frå desse var særleg tydeleg på at dei ønska ein reelt mobil lege tilgjengeleg på legevakt. Difor er ein eigen køyrelege eit sentralt element i vår tilråding, og utgjør ei viktig kvalitetsheving samanlikna med dagens ordning.

Dei faglege argumenta og innspela frå andre peikar alle mot at modell A er det klart beste alternativet for organisering av legevakta i dei seks kommunane framover. Modell B vil også vere fagleg forsvarleg og er eit andreval for prosjektgruppa. Modell C blir frårådd.

Hovudstasjonen bør ligge i nærleiken til Volda sjukehus fordi pasientstraumen her er størst. Prosjektgruppa meiner at den beste lokaliseringa er like ved Volda sjukehus og samlokalisert med ambulansstasjonen. Ein oppnår då flest synergjar. Helse Møre og Romsdal har gitt tydelege signal om at bygging av ny ambulansstasjon ved Volda sjukehus ikkje er aktuelt av økonomiske årsaker. I prosjektgruppa meiner vi då at andre alternativet må vere på strekninga Volda sjukehus-Furene,

samløkalisert med ambulansestasjon. For å utnytte ressursane og byggje ein solid organisasjon, ønskjer vi vi å samle også legevaktsformidlinga, som i dag vert dreven av Helse Møre og Romsdal, i hovudstasjonen.

Satellittstasjonen bør ligge sentralt geografisk plassert på ytre for å sikre at flest mogleg innbyggjarar kan nå ein legevaktbase innan 40 min. Gode alternativ er Myrvåg eller Ulsteinvik om ein vil bruke eksisterande lokale. Det er ingen faglege argument som skil desse to stadane, så det blir opp til det politiske miljøet å bli einige om kvar lokaliseringa skal vere.

Det vil ikkje vere mogleg å ha nye lokale tilgjengelege til 1.mai 2018. Vi i prosjektgruppa foreslår derfor at vi startar opp med ei overgangsordning 1.mai 2018 der vi brukar eksisterande lokale (eit legekontor på indre, eit legekontor på ytre og nattlegevakta og legevaktssentralen ved sjukehuset som i dag)

Dette har vore eit utgreiingsprosjekt og det er framleis mykje arbeid som må gjerast før oppstart er mogleg. Prosjektgruppa foreslår derfor at det snarast mogleg etter vedtak blir tilsett ein legevaktssjef og dagleg leiar i legevakta for vidare planlegging og oppstart. Det må blant anna bli gjennomført ROS-analyse av valt modell, etablerast rutinar og prosedyrar og tilsettast hjelpepersonell før ein kan starte opp med overgangsordninga. Det må også jobbast vidare med nye lokale.

I tillegg til val av modell og lokalisering må ein i det administrative og politiske behandlinga av saka ta stilling til om ein ynskjer vertskommuneorganisering eller eit eige interkommunalt selskap. Vi i prosjektgruppa har ikkje tatt stilling til om det eine er betre eigna enn det andre.

Bakgrunn

Mandat

Sjustjerna helse og omsorg tok våren 2016 initiativ til å sjå på organiseringa av legevakta. Bakgrunnen var at det kom sterkare nasjonale krav til tenesta etter innføringa av den nye akuttmedisinforskrifta. Alle kommunane har med dagens organisering utfordringar med å oppfylle krava i forskrifta. Det blei etter godkjenning av saka frå rådmannsgruppa til Sjustjerna skreve ei felles saksframlegg til bruk i kommunestyra med denne tilrådinga:

Tilråding frå Rådmannen:

..... kommune vedtek å delta og støtte opp eit prosjekt for å greie ut framtidig organisering av legevakta på Søre Sunnmøre.

Sjustjerna helse- og omsorg får funksjonen som styringsgruppe. Styringsgruppa søker finansiering av prosjektet, tilset prosjektleiar og oppnemner prosjektgruppe. Dersom det blir behov for kommunal medfinansiering utover arbeidsinnsats frå kommunalt tilsett personell, skal det bli lagt fram som eiga sak.

Tillitsvalte for legane i kommunane på Søre Sunnmøre fungerer som ei referansegruppe.

..... kommune peiker ut som medlem i ei referansegruppe for brukarar.

Saka var våren 2016 oppe i kommunestyra i Hareid, Herøy, Volda, Ulstein og Ørsta. Sande hadde ikkje saka opp til politisk handsaming, men har likevel delteke i prosjektarbeidet. Vanylven trekte seg frå prosjektet fordi ein såg at samferdsel gjorde eit legesamarbeid med Søre Sunnmøre vanskeleg. Vanylven kan likevel seinare knyte seg til ordninga om dei ønsker det.

Ulstein kommune søkte på vegne av alle kommunane om prosjektskjønnsmidlar frå fylkesmannen til prosjektet og fekk tildelt 500 000 kr til prosjektet.

Sjustjerna helse og omsorg gjorde som styringsgruppe for prosjektet i møte 16.06.16 eit slikt vedtak:

1. Tilsetje Inger Lise Kaldhol som prosjektleiar og Jørn Kippersund som rådgjevar. Begge får 15 % stilling i eit år frå 01.08.16. Prosjektmidlane er tildelt Ulstein kommune som hovudsøkar, og denne kommunen står derfor for tilsetjingane. Stillinga som rådgjevar har vore internt utlyst i allmennlegekorpset på Søre Sunnmøre, og det er berre Jørn Kippersund som har meldt si interesse.
2. Mandat: Utgreie minst to alternativ til organisering og lokalisering av legevakt på søre Sunnmøre og til å vurdere og kome med ei tilråding om kva modell ein vil tilrå. Utgreiing skal innehalde vurderingar av kvalitet i tenesta og økonomiske konsekvensar for kommunen samt moglege svakheiter. Rapporten skal vere ferdig innan eit år etter oppstart.
3. I prosjektgruppa skal desse vere med, alle er førespurt og har sagt ja:

Medlem	Stilling
Jan Magne Remøy	legevaktsleiar Herøy/Sande
Knut Åmås	seksjonsleiar for helse og velferd, Ørsta.
Stian Endresen	praksiskonsulent/tillitsvalt allmennlegeforeninga.
Erlend Bae	Ass. seksjonsleder Akuttmottak, Volda sjukehus

Hornindal var ikkje med i det opphavlege mandatet, men blei med som ein naturleg del av utgreiinga då det blei klart at Hornindal og Volda kommune ville slå seg saman. Hornindal har ikkje vore representert i prosjektgruppa, men involvert via referansegruppa for legar.

I tillegg har utgreiingsprosjektet fått brev frå Stranda kommune der kommunen ynskjer eit tilbod med tanke på å knyte seg på legevakt på Søre Sunnmøre. Stranda kommune har også sendt ein slik førespurnad til Ålesund kommune.

Prosjektarbeidet

Organisering og arbeidsform

Prosjektet har hatt organisering som blei bestemt i kommunestyresaka. Arbeidet har vore leia av Inger Lise Kaldhol, kommuneoverlege i Ulstein, som prosjektleiar og Jørn Kippersund, sjef for nattlegevakta, som rådgjevar. I prosjektarbeidet har ein nytta google-disk for ein transparent prosess. Dokumenta knytt til arbeidet kan lesast her:

<https://docs.google.com/document/d/1RC7dofX7st2rHUutdsDAE52OmPdf2OQV5LRP21Ci0/edit>



Sjustjerna helse og omsorg har som styringsgruppa fått informasjon om framgangen og utviklinga i prosjektet fortløpande. Det har blitt gitt overordna føringar for arbeidet. Det har blitt halde to lenger presentasjon i gruppa, halvveis i prosjektet og ved slutføring.

Prosjektgruppa har hatt 8 møter. Rolla har vore å kome med innspel til arbeidet og gitt råd om prioriteringar av tida. Avgjerda om kva modellar som skal utgreiast har blitt tatt av prosjektgruppa.

I begge referansegruppene har det blitt haldt to møter. I første møte blei det brukt tid til å orientere om prosjektet. I andre møte med referansegruppe 2 blei det notert ned innspela frå gruppa. Rolla til referansegruppa for brukarane har vore å kome med innspel til kva av modellane som vil gje det beste tilbodet til innbyggjarane.

Dei tillitsvalte legane haldt andre møte utan at prosjektleiinga var tilstades og har gitt si tilbakemelding i form av eit brev. Dei har kome med innspel til kva som gjer ei legevakt attraktiv å jobbe i for legane.

Den formelle prosjektorganisasjonen har hatt desse møta:

Sjustjerna helse og omsorg	Prosjektgruppemøte	Referansegruppe 1	Referansegruppe 2
16.06.16 21.10.16 03.03.17 (01.09.17)	25.08.16 27.09.16 06.12.16 12.01.17 21.03.17 24.04.17 12.05.17 22.06.17	01.11.16 17.01.17 (utan prosjektleiinga tilstades)	06.12.16 13.06.17

Samarbeid med andre

I tillegg har det blitt gjennomført ein del andre aktivitetar for å hente inn informasjon og for å finne ut av moglege samarbeidsarenaer.

Andre møter	Uformelle drøftingar med Stranda/ ved ass.rådmann Møte med Volda sjukehus ved Knut Nautvik Møte med AMK Ålesund ved Per Christian Juvkam Møte med leiinga i Helse Møre og Romsdal Presentasjon for ordførar/rådmenn i Sjustjernekommunane Samarbeidsmøte med Sjustjernekommunane og Helse Møre og Romsdal
Besøk på andre legevakter	Nord-Hordaland legevakt Sunnfjord og Ytre Sogn interkommunale legevakt Ålesund legevakt Nordfjord legevakt Kristiansand legevakt

Innspel frå tilsette i kommunane	Sjukeheimslegenettverk Kommunale omsorgstenester Legevaktslegar og sjukepleiarar i LVS
Konferansar	Nasjonale legevaktskonferanse Lederkonferanse for legevakter

Om legevakt og forklaring av begrep

Legevakt er ein sentral del av primærhelsetenesta og står i nær samanheng med ei velfungerande fastlegeordning. Legevakt er allmenntilleggsmedisinsk verksemd, men også ein viktig og naudsynt første del av den akuttmedisinske kjeda. Legevakt er ei teneste som blir nytta av innbyggjarar i alle aldersgrupper og livssituasjonar.

Legevakt har fleire funksjonar:

- Største volumet av legevakttenesta er å diagnostisere og ferdig behandle akutte allmenntilleggsmedisinske tilstandar, det vil seie situasjonar der pasienten ikkje treng spesialisthelsetenester eller sjukehusbehandling. (grøn)
- Diagnostisere tilstandar som krev henvising eller innlegging i sjukehus utan særleg tidstap (gul respons, øh-hjelpinnleggingar)
- Diagnostisere, primærbehandle og stabilisere tilstandar som er akutt livstruande og som krev at pasienten må raskt til sjukehus (raud respons, øh-innleggingar)
- Vere ein del av den allmenne helseberedskapen i kommunane (ved større ulykker/hendingar, psykososialt krisearbeid, smittevern ol.)

Eit *legevaktdistrikt* er eit geografisk område som ei legevakt har ansvaret for og treng ikkje følge kommunegrensene. I eit legevaktdistrikt må det vere minimum ein lege som har vakt. Fleire kommunar kan samarbeide om legevaktordninga. Desse vil då utgjere eit legevaktdistrikt. Eit legevaktdistrikt kan ha ein eller fleire legevaktstasjonar.

Når legen har *beredskapsvakt* kan han opphalde seg kvar som helst i distriktet og har ingen restriksjonar på kva han eller ho kan gjere på. Ved *tilstedevakt* pliktar legen å møte opp på legevaktstasjonen ved vaktstart og skal opphalde seg der så lenge det ikkje er behov for sjukebesøk eller deltaking på utrykkingar.

Alle kommunar skal vere knytt til ein *legevaktsentral* som kan ta i mot henvendingar heile døgnet. Legevaktsentralen skal kunne nåast på det nasjonale nummeret 116117. Legevaktsentralen skal vere bemanna av personell med kompetanse på minimum bachelornivå og kursing tilsvarande personell som arbeider i legevakta. Det er også krav til tilgang på naudnettsentralutstyr og elektronisk logg av samtalar. Ein legevaktsentral kan ha ansvar for fleire legevaktdistrikt.

Nasjonal status og utfordringsbilde

I følgje NKLM (Norsk kompetansesenter for legevaktsmedisin) bør legevakta bli meir innretta mot beredskap, akuttmedisin og det som hastar. For å få til dette må volumet av direkte pasientkontakt reduserast noko i forhold til i dag. Dette må sjåast i samheng med tilgangen til fastlegetenesta. Utover den eigentlege akuttmedisinske beredskapen har innbyggjarane framleis behov for, og nytte av, legetenester utanom vanleg arbeidstid for fastlegeordninga. Dette gjeld tilstandar som gir innbyggjarane stort ubehag eller som kan bli meir alvorleg ved lang ventetid på vurdering og behandling. I tillegg er det mange som tilfeldig oppheld seg i kommunen, også på dagtid, som den ordinære fastlegeordninga ikkje har som oppgåve å ta seg av.

Samhandlingsreforma har ført til at kommunane i fleire år har tatt imot stadig dårlegare pasientar som ei følge av redusert liggetid i sjukehus. Kommunane har bygt opp tilbodet i sjukeheimane og i heimetenestene slik at fleire kan få behandling i kommunen. Det har i same periode ikkje vore noko utvikling i legevaktenesta.

Det er interkommunale legevakter i 348 av kommunane i Norge. Mange av desse har kome til som eit resultat av at ein hadde vanskar med å rekruttere nok legar til kommunane og såg behovet for å lette vaktbelastninga. Lang reisetid til legevakt har for mange innbyggjarar blitt ein konsekvens av dei interkommunale ordningane.

Utviklinga av interkommunale samarbeid gir i utgangspunktet moglegheiter for breiare fagmiljø, større og meir robuste organisasjonar og auka kvalitet. Realitet har mange stader ikkje blitt slik, då mange av ordningane har heilt marginalt med ressursar på grensa til det uforsvarlege. Det er i hovudsak berre ein lege på vakt i dei fleste legevaktene. I tillegg er det høg bruk av vikarar og uerfarne legar. Det blir utført få sjukebesøk frå legevakt og det er lav legedeltaking i utrykkingar i akuttmedisinske situasjonar. Legevakta treng utvikling for å kunne møte det endra behovet i samfunnet.

Status

I løpet av eit år handtera legevaktene i Norge omlag 2 millionar kontaktar. Dette talet er dei som har vore i kontakt med lege, legevaktsentralane har enno fleire kontaktar. Omlag ein tredjedel av førespurnadane til legevaktsentralane blir hjelpt på anna vis, anten med råd per telefon eller om råd om å ta kontakt andre stadar.

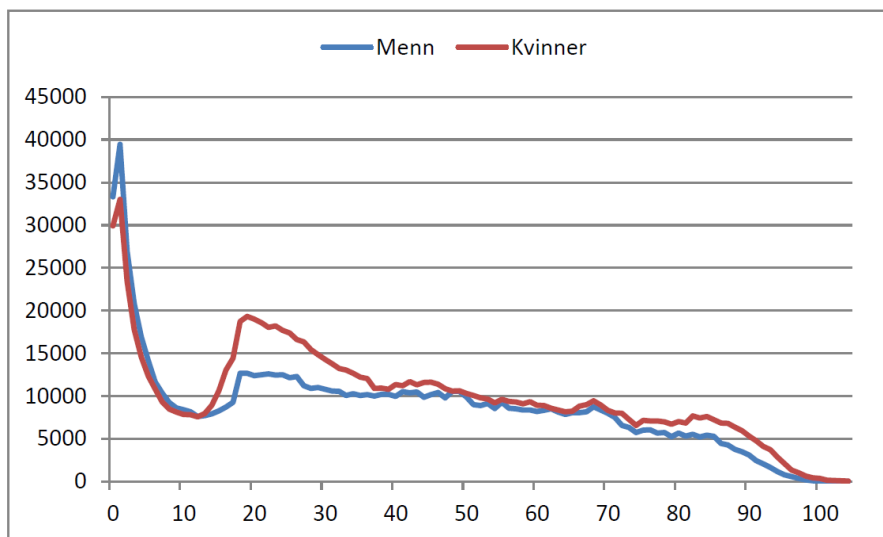
Tabellen og figurane i dette kapittelet er henta frå [“Årsstatistikk fra legevakt”](#) frå Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin.

	Takstkoder	2006	2008	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Konsultasjon	2ad, 2ak, 2fk	76,2 1 238 791	77,3 1 323 453	75,7 1 330 561	74,4 1 359 902	72,8 1 368 297	69,2 1 344 801	69,1 1 352 209	68,9 1 342 521
Sykebesøk	11ad, 11ak	5,7 92 543	4,6 78 999	4,1 72 296	3,8 68 883	3,6 68 000	3,4 66 986	3,3 65 202	3,2 63 192
Telefonkontakter	1bd, 1bk, 1g	17,1 278 650	16,7 286 515	18,6 327 462	20,0 366 358	21,4 402 562	25,0 485 810	25,2 493 177	25,5 497 480
Enkle kontakter	1ad, 1ak, 1h, 1i	1,0 16 660	1,8 23 427	1,6 28 209	1,8 32 266	2,2 40 498	2,3 45 358	2,3 45 272	2,3 44 431
N		1 626 644	1 712 394	1 758 528	1 827 409	1 879 357	1 942 955	1 955 860	1 947 624

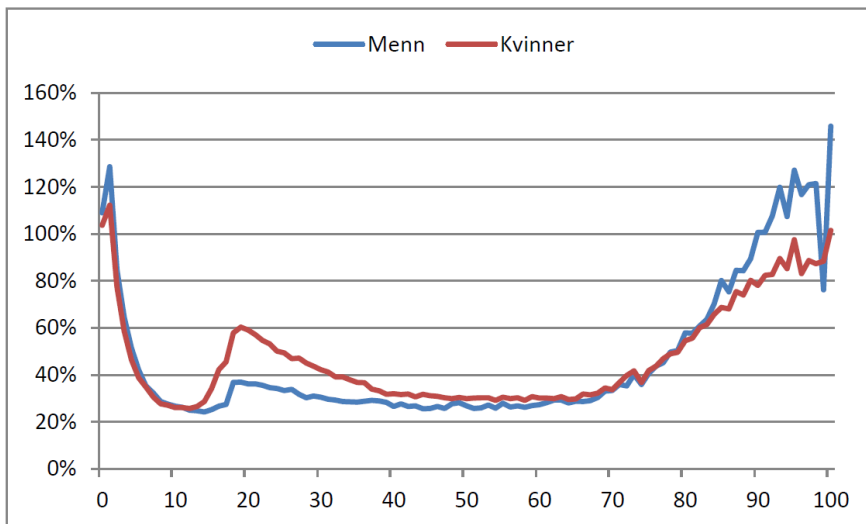
Tabellen viser ei oversikt over kontaktar og kva form kontaktane har. Frekvensen av sjukebesøk har gått kraftig ned sidan 1995 då legevaktene utførte omlag 685 000 sjukebesøk i året. Delar av denne utviklinga var ønska, men den siste tida har ein sett på dette som ein negativ trend. Store interkommunale legevakter har fått skylda. I dag er det eldre som får flest sjukebesøk og desse blir i hovudsak utført av legar i rurale distrikt. Forklaringa kan vere det at desse legane har mindre å gjere på vakt og derfor betre tid til å gjere sjukebesøk.

Kjønns og aldersvariasjon

Legevakt er ei teneste for alle innbyggjarar, men bruken av tenesta varierer. Om ein deler kontaktane på alder og kjønn ser bilete slik ut:

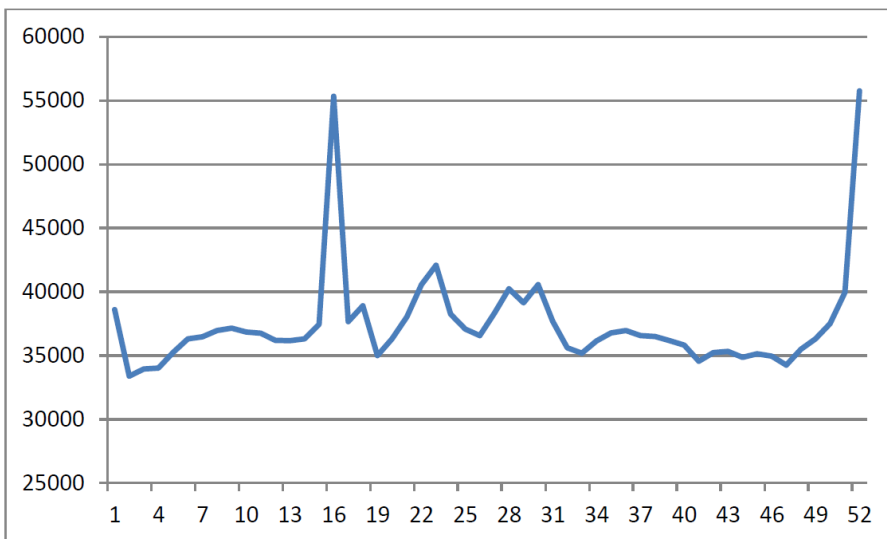


Det er altså born som står for flest kontaktar med legevakt. Dette heng saman med demografien, og om ein ser på kontaktratar blir bilete noko anna. Det er dei eldste som brukar legevakta oftast.

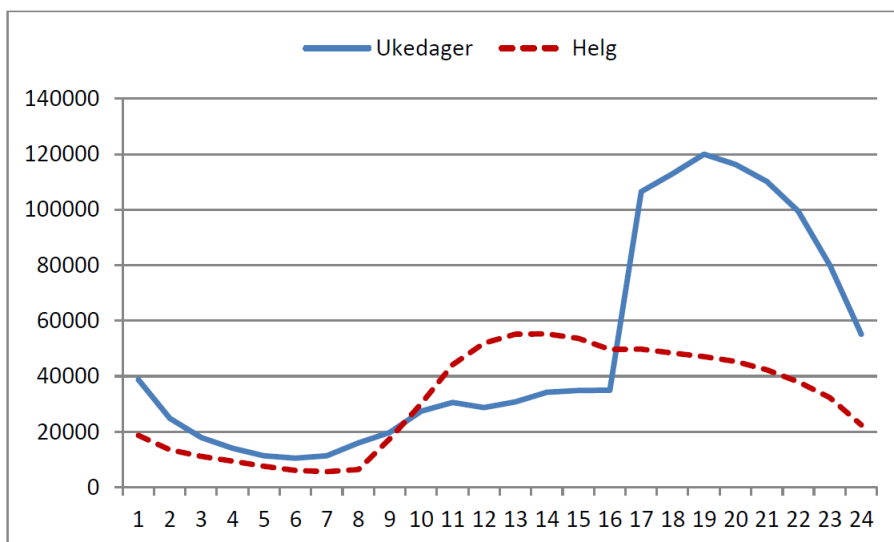


Års og døgnvariasjonar

Kontaktfrekvensen varierer igjennom året, og nokre veker skil seg ut. Størst aktivitet er det i jule og påsketider når fastlegekontora er stengt



Kontaktraten varierer også med tid på døgnet. Kontaktane fordeler seg med knapt 20 % på laurdag, 20 % på søndag og 12% på kvar av dei andre vekedagane.



Fordeling på hastegrad

Kvart år handtera legevaktene i Norge omlag 50 000 pasientkontaktar med høgaste hastegrad (raud). Dette utgjorde 3% av pasientkontaktane i 2014. Resten fordelte seg på 70% knytt til lågaste hastegrad (grøn) og 27 % mellomste hastegrad(gul). Desse ratane har vore stabile over tid. Omgjort til ratar per innbyggjar med utgangspunkt i 340 pasientkontaktar per 1000 innbyggjarar per år blir det 10,1 raude, 91,5 gule og 236,3 grøne. (Eikeland, Raknes & Hunsår, 2015).

Hastegraden oppgitt her er vurdert etter melding over telefon. Austevollstudien (Sverre Rørtveit) viste at legen endra hastegradvurderinga når dei kom fram til pasienten i over 50 % av tilfella. I 80% av tilfella var det snakk om ei nedjustering av hastegraden.

20% av pasientkontaktane i legevaktteneste blir innlagt i sjukehus. Dette utgjør 60-70 % av alle øyeblikkeleg hjelp innleggingane på sjukehus.

Reiseavstand

NKLM har gjort studiar som viser at lang reiseavstand til legevakt er assosiert med redusert aktivitet. Aktiviteten blir mest redusert i gruppa der det ikkje hastar så mykje, men denne er gruppa er også klart størst og det blir også ein reduksjon i henvendingar med høgare hastegrad. Det er ikkje vist auka dødelegheit på grunn av dette. Desse studiane er årsaken til at det nasjonale akuttutvalet (utvalet bak *NOU2015:17-Først og fremst-Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus*) har kome med ei tilråding om at det bør innførast eit nasjonalt krav i forskrift om at 90% av innbyggjarane i kvart legevaktstrikt skal ha maksimal 40 minutt reiseveg til nærmaste legevaktstasjon.

Fastlegar i legevakt

Sandvik, Hunsår & Diaz (2012) har vist at deltaking av fastlegar i legevakt varierer mellom sentrale og rurale strøk av landet. I dei mest rurale områda tek fastlegane så mykje som 77% av legevaktene, medan i dei mest sentrale områda er deltakinga så lav som 42%. Det har vore ein fallande deltaking i legevakt i perioden (2006-2014) Talet på kontaktar som blir utført av dei mest kompetente legane, spesialistar i allmenntmedisin og erfarne fastlegar er lav og fallande. (Sandvik & Hunsår, 2015)

Utfordringsbilde

Informasjonen under denne overskrifta er henta frå [NOU2015:17](#) Først og fremst - Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus

- 1) Legevaktene i dag er lite integrert i resten av ø-hjelpstilbodet i kommunane (heimetenester, sjukeheim, mottak av tryggleiksalarmar, barnevernsvakt) og har lite samarbeid med andre naudetatar (brann, politi) og spesialisthelsetenesta (sjukehus, psykiatriske ambulante team, ambulansar) på systemnivå. Utvalet foreslår at ein ser på moglegheiter for samlokalisering.
- 2) Legevaktene prioriterer i dag i for lita grad dei sjukaste pasientane. For mykje av tida på legevakt går til å behandle dei pasientane som kunne ha venta til neste dag. Ein trur at dette til ei viss grad kjem av avlønningssystemet ein i dag har i legevakt og kapasitetsproblem i fastlegeordninga. Dette fører blant anna til at legevakta er eit for dårleg tilbod til psykisk sjuke og pasientar med rusproblem.
- 3) Rekruttering til legevakt blir ikkje lettare i framtida. Mangel på kvalifisert helsepersonell er den største trusselen mot god helsehjelp for innbyggjarane i rurale områder i dag. Legemangelen blir møtt med vikarbruk og det kan ha ein negativ spiraleffekt.
- 4) Lang reiseveg for mange innbyggjarar. Interkommunalt samarbeid om legevakt betyr at legevaktstrikta blir færre og større. For mange innbyggjarar har dette ført til auka avstand og reisetid til legevakt. Det reduserer bruken av legevakt og raten av sjukebesøk spesielt.
- 5) Eit kvalitetsløft er naudsynt. Med berre ein lege på vakt, og når denne i hovudsak ikkje er ein erfaren fastlege eller spesialist i allmenmedisin, blir kompetansen lav. Språkproblem ved bruk av framandspråklege vikarar er ei kjent utfordring. I tillegg har Statens helsetilsyn lagt fram ein rapport som peikar på manglande planar for opplæring, øvingar og oppdateringar i legevakt. Mange legevakter manglar internkontrollsystem og har uklare retningslinjer for avvikshandtering.

«Tilsynsmyndigheten har anslått at det opprettes 3–4 ganger flere tilsynssaker knyttet til legevakt enn til allmenmedisinsk virksomhet for øvrig. Tilsynsmyndighetene har i økende grad mottatt saker der det kan påvises systemsvikt ved slike interkommunale løsninger. Flere personellgrupper er involvert, og Statens helsetilsyn ser sårbarhet knyttet til at kommunikasjon og samhandling for øvrig svikter.» Helsetilsynet

Relevante lover, forskrifter, avtalar og utgreiingar

Kommunane har eit lovpålagt ansvar for øyeblikkeleg hjelp, jamfør Lov om kommunale helse og omsorgstenester §3-2 og §3-5. Dei tenestane kommunane skal yte er legevakt, medisinsk nødmeldetjeneste (legevaktsentralar, forkorta til LVS) og øyeblikkeleg hjelp døgntilbod. Krava for drift av legevakt og LVS er vidare spesifisert i akuttmedisinforskrifta. Legevakttenesta skal ytast heile døgnet. Kommunane kan pålegge fastlegane å delta i både øyeblikkeleg hjelp teneste i kontortida og å delta i organisert legevaktordning resten av døgnet.

[Helse og omsorgstenestelova](#)

[Akuttmedisinforskrifta](#)

[Forskrift om fastlegeordninga](#)

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring helse og omsorgstjenesten](#)

Avtaler KS/DNLF [ASA4310](#) og [SFS 2305](#)

[NOU2015:17](#) Først og fremst-Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus

DNLF innspelsrapport mars-2015 ["En legevakt for alle-men ikke for alt"](#)

Lokal legevakt i dag

Legevakt er ein teneste kommunane har ansvaret for 24 timar i døgnet, 365 dagar i året.

Gjennom døgnet

Dagtid kvardagar

På dagtid har alle kommunane legevakt ved dei lokale legekontora. Ein lege er ansvarleg for å svare på naudnett og rykke ut om det er naudsynt. Korleis legekontora elles organiserer dette ansvaret er noko ulikt. Dette prosjektet har ikkje hatt rammer for å kome med forslag til endringar for legevakt dagtid kvardagar.

Kveld og dagtid helgar

I vårt område er det slik at legevakta på kveld (15/16-22) og dagtid/kveld (8-22) i helgane er organisert ved at legane har beredskapsvakt. Legane brukar stort sett eigne kontor som legevaktstasjon. Unntaket er Herøy og Sande kommunar som har felles legevaktlokale i Myrvåg. Ulstein og Hareid utgjer ei felles legevaktstasjon, men lokalisering av legevaktstasjonen er avhengig av kva lege som har vakt. Volda og Ørsta har ikkje noko samarbeid om legevakta, og eiga kommune utgjer derfor legevaktstasjonen og dei lokale legekontora blir brukt som lokale.

Legen er stort sett åleine på vakt om kvelden og på dagtid/kveld i helgane. Unntaket er at det er ein legesekretær saman med legen nokre få timar i helgane nokre av distrikta. Når legen har slik vakt, får legen ei beredskapsgodgjøring frå kommunen. Beredskapsgodgjøringa er lav og hovudinntekta til legen er frå eigenandelar frå pasientane og refusjonar frå Helfo.

Alle kommunane har økonomiske avtaler med legane for legevakt på dagtid og kveld, men kommunane har løyst dette ulikt.

Tabellen nedanfor forsøker å gje ei oversikt over legevakta i dette tidsrommet i dag. Dette er tidsrommet som har vore hovudfokuset i prosjektet når vi har sett på mogleg framtidig organisering.

Kommune	Dag	Kveld	Helg/høgtid	Natt	Merknad
Sande	X	S +He	S +He	F	He + S legevakt lokalisert i Myrvåg, eigna lokale. Dagvakt på lokale kontor. To i Herøy, eit i Sande.
Herøy	X	S + He	S +He	F	Hjelpepersonell frå 10-14 laurdagar.
Ulstein	X	Ha + U	Ha + U	F	Legevakt i Hareid eller Ulstein alt etter kven som har vakt. Eigna lokale i Ulstein, ikkje på Hareid per i dag.
Hareid	X	Ha +U	Ha + U	F	Hjelpepersonell frå kl 10-13 laurdagar.
Volda	X	X	X	F	Ikkje hjelpepersonell, behov for utviding av lokale.
Ørsta	X	X	X	F	Ikkje hjelpepersonell. Eigen legevaktstil utan uniformering. Lite eigna lokale.

Natt

I 2009 blei den interkommunale nattlegevakta oppretta. Frå starten var kommunane Hareid, Ulstein, Volda og Ørsta med i ordninga. Seinare har også Sande og Herøy blitt med i denne ordninga. Nattlegevakta er organisert med tilstedevakt i tråd med sentral avtale. Legen er då stasjonert ved akuttmottaket ved Volda sjukehus og får fast timelønn. Eigenandelane og refusjonane frå Helfo går til kommunen. Her er også legevaktsentralen for alle kommunane lokalisert. Det gjer at den same sjukepleiaren som tek imot telefonane frå innringarane også kan hjelpe legen praktisk med konsultasjonane.

Om natta er det færre henvendingar til legevakta og generelt er dei som tek kontakt sjukare enn det dei er andre tider i døgnet. Det fører til at ein større del av pasientane har behov for vidare spesialisert behandling. Det gjer at det om natta er ein fordel at legevakta er lokalisert på eller i nærleiken av eit sjukehus.

Hornindal

Hornindal kommune har omlag 1200 innbyggjarar og har i dag interkommunal legevakt i Eid. Hornindal kommune høyrer i dag til Helse Sogn og Fjordane og Helse Vest. Einingsleiar for helsetenesta i Hornindal, Mary Anne Espe, har gitt klarsignal om at Hornindal ønskjer å vere med i prosessen om felles legevakt, men at det ikkje er aktuelt å knyte seg til før i 2020 når Volda og Hornindal blir ei kommune.

Overgrepsmottaket

I legevaktsansvaret skal kommunane også ha ei forsvarleg tilbod til menneske som har vore utsett for vold i nære relasjonar. Tidlegare hadde også kommunane ansvar for eit tilbod til dei som hadde blitt utsett for seksuelle overgrep, men dette ansvaret har no blitt overført til helseføretaket. Kommunane på Sunnmøre har løyst denne spesialiserte oppgåva ved å kjøpe tenesta i eit felles overgrepsmottaket. Overgrepsmottaket er eit samarbeid mellom Helse Møre og Romsdal og Ålesund kommune og er lokalisert ved legevakta i Ålesund. Overgrepsmottaket gjelder for både seksuelle overgrep og vold i nære relasjonar.

Legevaktsentral

Kommunane har plikt til å drive ein legevaktsentral som skal vere knytt til det nasjonale legevaktnummeret 116117. På Søre Sunnmøre har alle sju kommunane samarbeida om ein felles avtale med akuttmottaket i Volda om denne funksjonen.

Lokal bruk av legevakt

I samband med prosjektet har vi sett på lokal bruk av legevakt. Tal på kontaktar i tabellen nedanfor er henta frå innrapporterte takstar til Helfo i perioden 1.juli 2015 til 30.juni 2016. For å rekne ut forventede kontaktar er det brukt nasjonale tal (sjå tekst under tabellen). Samla sett er bruken av legevakt i distriktet litt over nasjonale tal. Avviket er ikkje stort, men når vi veit at denne tenesta har som nasjonalt mål at den skal bli brukt litt mindre, gjer det ikkje noko om legevakta i distriktet blir litt mindre brukt.

	Herøy og Sande	Hareid og Ulstein	Volda	Ørsta	Alle
Total tal på kontaktar	3880	4776	3013	3730	15397
Innbyggjarar	11531	13619	9037	10677	44864
Forventa kontaktar	3898	4603	3055	3609	15164
Prosentvis avvik	0%	4%	-1%	3%	2%

I NOU 2015:17 Først og fremst (kap. 10) går det fram at i 2014 er kontaktrata (telefon, konsultasjon og sjukebesøk) på legevakter i Norge gjennomsnittleg 338 per 1000 innbyggjar per år. Legevakt er ein teneste som blir gitt til også dei som berre oppheld seg midlertidig i kommunane, men dette gjeld også dei nasjonale tala slik at besøk per 1000 innbyggjar vil bli litt overstipulert.

I tillegg til tal på kontaktar har vi sett på fordelinga av dei ulike kontakttypene:

Område	Herøy og Sande	Hareid og Ulstein	Volda	Ørsta	Alle
Konsultasjonar	83 %	76 %	61 %	60 %	71 %
Sjukebesøk	4 %	4 %	8 %	9 %	6 %
Telefonar	13 %	17 %	27 %	29 %	19 %
Enkel pasientkontakt	0 %	3 %	4 %	2 %	2 %
Total tal på kontaktar	3880	4776	3013	3730	15397

Det kan sjå ut til at det er ein skilnad mellom ytre og indre i praksisen på kor mykje som blir avklart på telefon og kor stor del av innbyggjarane som får sjukebesøk. Det kan tyde på at ein i ytre ser ein tendens til at arbeidspresset, på grunn av større volum og større del konsultasjonar på kontoret, er så stort at det ikkje blir tid til sjukebesøk. Men det kan også handla om god tilgjengelegheit og nærleik til legevaktstasjonen og manglande forventningar i frå innbyggjarane om sjukebesøk.

Krav, forventningar og tilgang på ressursar

I dette avsnittet blir det gjort greie for kva nasjonale krav og forventningar det er til legevakttenesta sett opp i mot ressursar og moglegheiter i distriktet. Dei nasjonale føringane er lista opp med hyperkoblingar i eit tidlegare avsnitt.

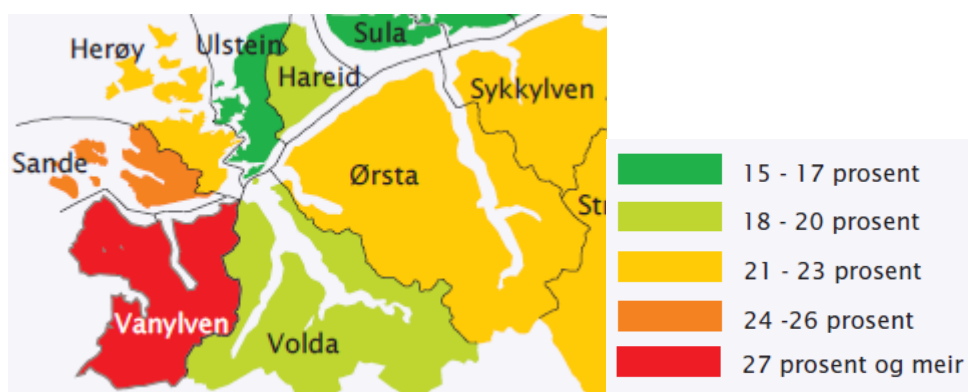
Nokre krav er heilt eintydige ut i frå lov og forskrift, andre er litt meir uklare, men vil bli presiserte i rettleiar for tenesta som er under utarbeiding i helsedirektoratet. Kunnskap om kva som med stort sannsyn kjem er basert på sterke signal i innlegg som har vore heldt på nasjonale legevaktskonferansar.

Tema som blir tatt opp i dette avsnittet kjem igjen som moment i meir stikkordsform i neste avsnitt der tre ulike modellar for legevaktorganisering på Søre Sunnmøre blir vurdert.

Ei teneste for alle

Legevakta skal vere eit tilbod for omlag 45 000 innbyggjarar, fordelt på 25 000 på ytre og 20 000 på indre. Legevakta er ikkje berre ein teneste til registrerte innbyggjarar, men til alle som oppheld seg i kommunane. I tillegg til dei fastbuande har Volda mange studentar og kommunane i ytre mange verftsarbeidarar. Skildringane under kapittelet om nasjonal status viser at legevakt er ein teneste for alle aldersgrupper og ein teneste som omlag ein tredjedel av innbyggjarane kjem i kontakt med kvart år. Behovet for kontakt med legevakt er ulikt i ulike livsfasar, men felles for alle som har behov for legevakta er at dei er i ein sårbar situasjon.

Befolkningssamansetninga er i endring og det er venta at andelen eldre blir større framover. Det blir færre i arbeidsfør alder i forhold til pensjonistar. Forventa relativ del av befolkninga over 67 år i 2030 for vårt distrikt ser slik ut:



Uavhengig om dei eldre i framtida vil bu i sjukeheim, bukollektiv eller i eigen bustad har den eldre befolkninga eit større behov for legevakttenesta enn befolkninga elles. Mobilitet er gjerne ei utfordring. Ei framtidig organisering av legevakta bør derfor ta omsyn til dette.

Kompetansekrav

Akuttmedisinforskrifta som blei iverksett 01.01.15 stiller frå 01.05.18 absolutte krav om vaktkompetanse for legevaktlege. Det vil i dei fleste kommunar til ei kvar tid vere legar som ikkje tilfredsstiller desse krava og som må ha ei kompetent bakvakt som er utrykkingsklar. Det er variasjon mellom dei distrikta vi har i dag kor mykje dette har å seie for ordninga. For nokre av kommunane er dette ei utfordring som kan handterast slik situasjonen er per i dag, for andre ikkje. Dette vil uansett for alle kommunane vere svært sårbart fordi det raskt kan endre seg.

Kompetansekrav legevakt:

Spesialist i allmenntmedisin og godkjente allmennlegar med akuttmedisinkurs og kurs i valdshandtering kan gå sjølvstendige vakter.

Legar med mindre enn 3 års erfaring/rettleia teneste eller som har gått mindre enn 40 legevakter må ha bakvakt.

Det er mogleg å søke dispensasjon for krava for legar som jobbar mindre enn 2 månadar samanhengande i legevakta.

På grunn av nye spesialistreglar i allmenntmedisin vil godkjenninga som allmenntlege ikkje lenger blir gitt til nye legar. Dei legane som startar i jobb no må derfor ha bakvakt i minimum fire år før dei kan gå sjølvstendige legevakter.

Det er også kompetansekrav til anna helsepersonell som skal jobbe i legevakta. Alle må ha kurs i akuttmedisin og kurs i volds- og overgrepshandtering. For å jobbe i ein legevaktsentral må ein ha minimum relevant bachelorutdanning.

Personell

Behov

Akuttutvalet vurderte om det burde innførast eit nasjonalt krav om at alle legevaktstasjonar skulle ha minimum to legar på vakt, men såg at kostnadane av eit slikt forslag ville bli store og at dette eventuelt må utgreiast nærmare. Konklusjonen frå akuttutvalet var at legen i vakt aldri skal arbeide åleine, verken på legevaktstasjonen eller under utrykking/sjukaesøk. Det betyr at minimumsbemanninga på kvar legevaktstasjon er to-ein lege og eit anna helsepersonell.

Slik legevakta i distriktet er organisert i dag, er dette ikkje situasjonen, tvert i mot. Legane er for det aller meste åleine på vakt. Dette er ein arbeidssituasjon som er svært krevjande og til tider utrygg både for innbyggjarane og legen. For eksempel kan innbyggjarane oppleve å vente på legekantoret på legen utan noko form for observasjon. Ved tilstandar med rask forverring kan dette få uheldige konsekvensar. Ved store hendingar/ulykker blir legen opptatt med den hendinga heile dagen og har ikkje moglegheit for å sjå på andre pasientar.

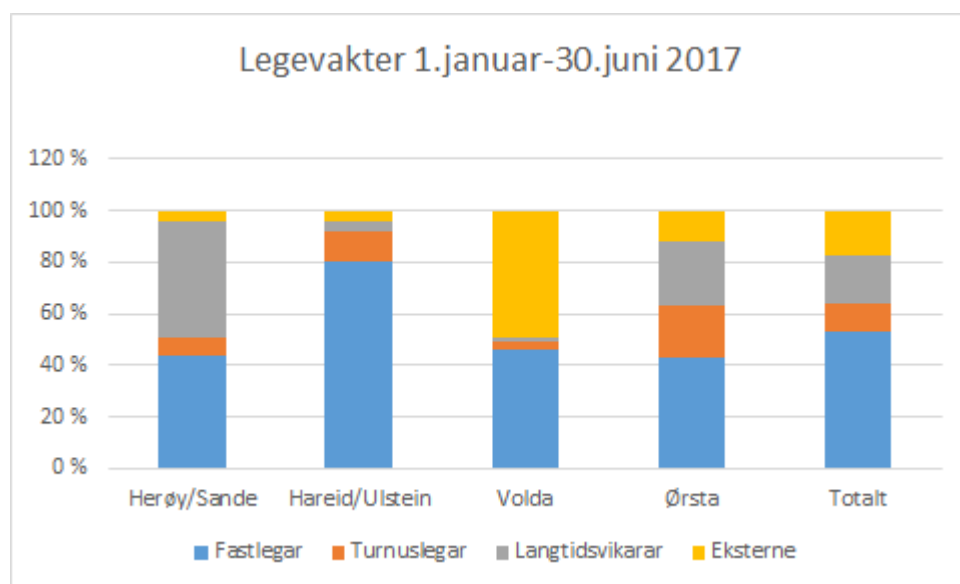
Å vere to på jobb handlar ikkje berre om pasienttrykkleik, men også om tryggleiken for legen som arbeidstakar. På legevakt møter ein menneske i alle slags situasjonar og kriser, og det er ikkje uvanleg med rus og voldsproblematikk. Få andre, om nokon, yrkesgrupper har i dag ein arbeidssituasjon der dei er åleine når dei jobbar i slike risikosituasjonar.

Moglegheiter og avgrensingar

Tilgangen på helsepersonell er avgrensa, og ein forventar at det i framtida kan bli ein enno meir marginal ressurs. Legevaktsarbeid er ei teneste som skal ytast heile døgnet og det er gjerne mest å gjere utanfor ordinær arbeidstid. Det å skaffe og behalde kompetent personell er derfor ei utfordring.

For fastlegar er deltaking i legevakt obligatorisk, men det er i avtaleverket gitt rett til fritak under viss forutsetningar. Undersøkingar viser at det er langt fleire enn dei som formelt har rett til fritak som ikkje deltek i legevakt og at deltakinga har falt i perioden 2006-2014 (*Sandvik & Hunskår, 2015*).

Plikt til deltaking i legevakt og vaktbelastning har vore sett i samanheng med rekruttering av fastlegar. Kommunar med høg vaktbelastning har ofte meir vanskar med å rekruttere og behalde fastlegar. I ein del distrikt blir det brukt vikarar i legevakta. Det kan vere eit teikn på at fastlegane ikkje ynskjer å jobbe så mykje, men kan også vere eit teikn på at dei ikkje trivast med legevaktsjobbing.



Illustrasjon av del av legevakter tatt av fastlegar i vårt distrikt

For legar kjem legevaktsarbeidet i tillegg til ordinært arbeid og var tidlegare sett på som ei rein beredskapsordning. I avtaleverket er framleis vakt i distrikta her ei beredskapsvakt, men krava om tilgjengelegheit og arbeidsmengde har auka.

Oversikt over fastlegeheimlar og legar som deltek i vakt i distriktet

Kommune	Organisering	Tal på fastlegeheimlar	Turnuslegar	Legar som går vakt (inkl. turnus)	Merknad
Hareid	privat	6	0	4	
Herøy	kommunalt	12	1	10	Fordelt på to kontor, tre ledige heimlar
Sande	kommunalt	3	0	3	
Ulstein	privat	10	1	9	
Volda	kommunalt	9	1	8	Behov for ein ny heimel og utviding av lokale
Ørsta	privat	13	1	8	Nytt kontor under bygging

Tal på fastlegeheimlar er henta frå helsenorge.no i juni 2017

Hjelpepersonell

Det er ikkje spesifikke utdanningskrav til hjelpepersonell i ei legevakt, då vil det generelle i lovgjevinga gjelde. Dei som skal jobbe der må ha opplæring og det må vere fagleg forsvarleg at dei blir sett til dei oppgåvene dei skal utføre. Det einaste absolutte kravet er kurs i akuttmedisin og kurs i valds og overgrepshandtering.

For personell i legevaktsentral er det krav om relevant helsefagleg utdanning på bachelornivå, naudsynt klinisk praksis og gjennomført tilleggsopplæring for arbeid som operatør. I praksis vil dette seie sjukepleiarar, gjerne med vidareutdanning.

Erfaringar frå andre legevakter viser at sjukepleiarar er ei svært godt eigna yrkesgruppe til å ha også som hjelpepersonell på legevakt på grunn av god kompetanse og praktisk erfaring. For små og mellomstore legevakter med legevaktsentralfunksjon kan ein då få ein jobbotasjon slik at sjukepleiarane kan veksle mellom å svare på telefonen og treffe pasientane i praktisk arbeid. Det gir moglegheit for kvalitetsforbetring i arbeidet for sjukepleiarane.

Andre yrkesgrupper som kan vere relevante er ambulanspersonell og legesekretærer. Legesekretærer er gjerne brukt i små legevakter og er flinke til vanleg rutinearbeid som blodprøvetaking og administrasjon, men har mindre eigna erfaringsgrunnlag til å vere hjelpepersonell for alvorleg sjuke pasientar. Ambulanspersonell er særleg aktuelle som sjåførar og hjelparar ved sjukebesøk, sjå under avsnittet om transport.

Nokre av kommunane i utgreiinga har kommunale legekontor og har då kommunalt tilsette legesekretærer. Dei erfaringane vi har til no viser at denne yrkesgruppa ikkje er van med turnusarbeid (kveld, natt og helg) og har kanskje ikkje som gruppe stor motivasjon for å endre på dette. Kommunane har også mange sjukepleiarar i jobb i turnus i dag, men få sjukepleiarar som ønsker seg meir ukurant arbeidstid.

Fagleg sett er det eit ønske om å få dedikerte sjukepleiarar som har hovudjobben på legevakt til å jobbe som støttepersonell på legevakt. Det vil styrke legevaktsorganisasjonen og gi betre kompetanse, og då også ein betre teneste for innbyggjarane.

Det vil uansett kva organisasjonsmodell ein vel vere utfordrande å rekruttere kompetent personell til arbeidet som støttepersonell i legevakt.

Lokale og utstyr

I følgje forskrifta skal kommunen syte for at legevakta er utstyrt slik at helsepersonellet i vakt kan gjennomføre diagnostikk og iversette naudsyn medisinsk behandling og overvaking i akutte situasjonar. Det krev i tillegg til personell, ein del utstyr tilgjengeleg. Det er ikkje sett opp ein detaljert utstyrsliste i denne rapporten med omsyn til lengde, men det er tatt med i estimert investeringskostnader i budsjett ved eventuelt nybygg ved ny organisering.

I dag brukar dei fleste kommunane her i distriktet fastlegekontora til legevaktslokale, unnatak er Herøy og Sande som har eige legevaktslokale i Myrvåg. Dei kommunane som sjølve ikkje driv legekontor må då betale for leige av lokale og utstyr til fastlegane. Det er store skilnader mellom kommunane på kor eigna dei lokala ein i dag nyttar er til legevaktsdrift.

Denne løysinga gjer også at ikkje alle kommunane har eit journalsystem til legevakta, men at ein på legevakta brukar journalsystemet til fastlegane. Det gir uklare juridiske ansvarsforhold. Ein kommunal legevakt bør ha ei eige journalsystem som kommunen er ansvarleg for. Det er i prosjektet tatt kontakt med SSIKT med nærmare spesifikasjonar og krav til kva som er naudsynt og ønskjeleg med tanke på IKT til legevakt.

For å få til ei god omorganisering av legevakta vil det vere naudsynt med eige lokale til legevakt. Det kan løysast gjennom ombygging av eksisterande lokale eller ved bygging eller leige av nye lokale. Arealbehovet er nærmare skissert i vedlegg 1.

Transport

I tillegg til ansvaret for lokale og utstyr har kommunane eit sørge for ansvar for at legevakta er organisert og utstyrt slik at helsepersonell i vakt kan rykke ut med ein gong og med ei forsvarleg transportordning.

Ei legevakt med ein lege på vakt åleine legg ikkje til rette for dette. Med venterommet fullt og ein innkomande alarm betyr det at legen må ta valet om å reise i frå eit kontor med ventande pasientar, be om at alle som ventar reiser heim eller å la vere å rykke ut. Når legen ikkje har verken bil eller sjåfør tilgjengeleg, kan ein ikkje seie at kommunen syter for ei forsvarleg transportordning for legen. På dette punktet bryt kommunane i dag forskriftskravet.

Det er sterke sentrale signal om at alle legevakter bør ha ein uniformert legevaktsbil og det er forventa at dette blir spesifisert i rettleiaren som er under utarbeiding. Uavhengig av kva organisasjonsmodell og lokalisering som blir valt, må kommunane skaffe ei legevaktsbil.

Av legevaktdistrikta i dag er det berre Ørsta som har eigen legevaktsbil. Denne er ikkje uniformert. Mange legevakter som i dag har bil har denne gjennom leasingavtale. Ein legevaktsbil legg til rette for at ein også kan ha ein del utstyr tilgjengeleg i bilen som gjer at ein kan gjere meir diagnostikk og starte behandling der folk oppheld seg.

Eit alternativ til sjåfør i legevaktsbilen kan vere ambulansarbeidarar. Det er planlagt eit forsøk med dette i Røros, og i "[Handlingsplan for samarbeid om krise- og katastrofeberedskap og utvikling av den akuttmedisinske kjede i Møre og Romsdal](#)" er dette forslått som eit av tiltaka som kan prøvast ut også her i fylket. Prosjektgruppa har fått positive signal frå helseforetaket om at ein kan samarbeid med dei om dette.

Systemansvar og trening

I følgje akuttmedisinforskrifta og samarbeidsavtalen med helseføretaket skal kommunane ha omforente beredskapsplanar og planar for den akuttmedisinske kjeda. I dette samarbeidet skal kommunane og helseføretaket i samråd sikre at lokalisering og dimensjonering av legevaktttenesta og ambulansestasjonar sikrar innbyggjarane eit heilskapleg og forsvarleg akuttilbod.

Slik vi på Søre Sunnmøre er organisert i dag med små kommunale stillingar som legevaktsansvarlege er det svært vanskeleg å finne rom til samarbeid med helseføretaket om slikt arbeid. I prosjektperioden har prosjektleiar også vore med i Akuttutvalet for Møre og Romsdal. Ei vidare utvikling av dette området er valt ut som eit av satsingsområda i Utviklingsplanarbeidet til Helse Møre og Romsdal. For at vi i distriktet skal kunne klare å vere med i slik utviklingsarbeid hadde det vore ein stor fordel å vere samla i ein organisasjon. Samarbeidsavtalen med helseføretaket er også årsaka til at det har vore viktig for kommunane i prosjektarbeidet å ha med representantar frå helseføretaket og å få innspel på rapporten frå helseføretaket. Vi ser og mange positive sider ved å ha éin organisasjon for å sikre tilhøyre, medverknad og trygghet i legevaktarbeidet for legane i ordninga.

Kommunane har eit ansvar for at helsepersonellet som skal arbeide i legevakta får naudsynt opplæring og trening i eigne arbeidsoppgåver og skal sikre at det blir gjennomført regelmessige øvingar i samarbeid og samhandling med resten av naudetatane. Eit døme på at dette ikkje er noko vi gjer i dag, er at politiet, ambulansetenesta og kommunalt brannvesen har årlege PLIVO (pågåande livstruande vald) øvingar, som ikkje legevaktttenesta deltek i. Om ei reell hending skulle oppstå, ville det vere forventat at også legevakta bidrog som ein sentral aktør.

Det nasjonale akuttutvalet har ei klar tilråding om at leiing i legevakt må styrkast. Dette fordi legevakta har eit behov for ei sterk fagleg og administrativ leiing som ivareteke behovet for kompetanse, fagutvikling og kvalitetsarbeid. Legevaktsoverlegen må ha mynde og ansvar for å utarbeide ein overordna verksemdsplan, fordele ressursar og sørge for at det blir utarbeida internkontrollrutinar, informasjon til tilsette og avvikshandtering.

Ingen av legevaktene i distriktet i dag har ressursar til å gjennomføre dei krava som her er skildra. Dei administrative ressursane i legevakta i dag er så marginale at dei er brukt opp når vaktlistene er sett opp og lønninga kontert. Tilsyn med legevakter andre stader i landet viser at vi har ein godt stykke arbeid fram føre oss om vi skal klare å oppfylle desse krava. Om kvart enkelt distrikt skal gjere dette arbeidet slik vi er organisert i dag vil det vere svært krevjande. Kommunane har gode erfaringar med samarbeid, og det er god grunn til å tru at dette er område der vi har god effektivitetsgevinst i å slå oss saman til ein større organisasjon.

Økonomi

Tilgang på helsepersonell er ein avgrensa ressurs, det er også økonomi. Uavhengig av val av modell, vil den kommunale utgifta til legevakt auke. Dei ulike modellane har ulike kostnadsoverslag som ein må ta omsyn til i val av organisering. Nedanfor er ein tabell som viser kostander for kommunane ved dei tre modellane som er utgreia. Kostnadane kjem i tillegg til dei utgiftene kommunane i dag har til nattlegevakta og legevaktsentralen. Nærmare skildring av kostnadane er i vedlegg 2.

Kommune	Modell A	Modell B	Modell C
Hareid	2 701 223 kr	1 831 334 kr	1 970 805 kr
Herøy	4 666 317 kr	3 163 599 kr	3 404 533 kr
Sande	1 323 261 kr	897 124 kr	965 447 kr
Ulstein	4 405 833 kr	2 986 999 kr	3 214 484 kr
Volda	4 741 858 kr	3 214 812 kr	3 459 647 kr
Ørsta	5 597 288 kr	3 794 764 kr	4 083 767 kr
	23 435 780 kr	15 888 633 kr	17 098 683 kr

I forslaget til kostnadsfordelings til den enkelte kommune har vi her brukt same prinsipp som vi i dag har i nattlegevakta og legevaktsentralen, fordelt på innbyggjarar. Det er også mogleg å gjere dette på andre måtar, men det er ikkje ei medisinskfagleg vurdering og kan eventuelt avtalast mellom kommunane.

Kommunane brukar også i dag pengar på legevakt som kan trekkast i frå desse utgiftene. Dette varier mellom kommunane, og er litt vanskeleg å få konkrete tal på fordi samarbeidsavtalene med dei lokale legekantora er ulikt utforma.

Med oppstart 1.mai 2018 vil første året ha reduserte driftskostnader. Det vil vere eit investeringsbehov på om lag 1 million kroner knytt til oppstart av modell A og B. Men investeringane vil ikkje kunne gjerast før dei faste lokala er klare. Dette kan hende skjer først i 2019.

Lønn til legane

Slik legevakta er organisert i dag med beredskapsgodtgjering, der hovudinntekta til legen i vakt er eigenandelar og refusjonar frå Helfo som hovudinntektskilde lønner deg seg for legane å prioritere arbeid på kontoret framføre å rykke ut. Ei slik kvantitativ avlønning oppfordrar heller ikkje legane til å utsetje arbeid som kan vente til neste dag, slik ein kan få ei uheldig prioritering av pasientar på legevakt. For kommunane har denne modellen vore fordelaktig fordi utgiftene til legevakt blir lave og svært pårekneleg.

På oppdrag frå akuttutvalet vurderte Godager & Iversen (2015) avlønning i legevakt og kartla synspunkt frå legevakter med erfaring med fastlønn. Kartlegginga viser at fastlønn legg til rette for betre prioritering av pasientar på legevakt og gir kommunane betre styring med drifta. Godager og Iversen konkluderte med at det var vanskeleg med utgangspunkt i økonomisk tankegang å gi eit eintydig svar på om ein overgang frå takstbasert avlønning til fastlønn er å føretrekke. Tilbakemelding frå legane i her i

distriktet viser at eit klart fleirtal ønskjer fastlønn på legevakt. Frå eit medisinskfagleg perspektiv er det klart å føretrekke, noko vi mellom anna ser tydeleg i erfaringane vi har hausta frå andre legevaktdistrikt.

Reiseavstand og tilgang til tenesta

Om vi samlar alle seks kommunane som er i utgreiinga til eit distrikt har vi likevel eit svært kompakt legevaktdistrikt med små reiseavstandar samanlikna med mange legevaktdistrikt i Norge. Det som skil oss frå mange samanliknbare distrikt er at distriktet ikkje har eit klart definert sentrum med periferikommunar, men to områder delt av Eiksundsambandet med omlag like mange innbyggjarar på kvar side. I staden for ein stor tettstad, har vi fleire middels store. Denne geografien gjer at to av modellane som vi har valt å utgreie har to legevaktstasjonar.

Det gjer oss heldige på den måten at om legevaktstasjonen blir plassert geografisk sentralt i distriktet, så vil 95% av innbyggjarane nå legevaktstasjonen innan 50 minutt. Omlag 1 % av innbyggjarane (øyane i Sande og Øye/Urke) vil få lang reiseveg til legevakt uansett val av lokalisering. Desse stadane må ein sjå på saman med heleføretaket og kommunane på kva ein kan få til av beredskap. Ein del ordningar er på plass allereie i dag då desse stadane også i dag har lang reiseveg til legevakt.

Ei meir sentralisert legevakt vil gi lenger reiseveg for ein stor del av innbyggjarane i distriktet. Plasseringa av legevaktstasjonen vil vere avgjerande for om ein kan nå det nasjonale målet om reiseveg under 40 min for 90% av innbyggjarane. Vi i prosjektgruppa har hatt samtaler med sekretær for den nasjonale rapporten om dette. Han har sagt at eit alternativt krav kan bli at ein skal nå 90% av innbyggjarane med ein legevaktsbil innan 45 min.

Desse krava om reiseavstand gjer at det ikkje er hensiktsmessig å leggje ein legevaktstasjon i ytterkantane i distriktet. Reine samferdsels og kommunikasjonsomsyn tilseier at ein felles legevaktstasjon bør plasserast nærast mogleg Eiksundsambandet, anten i Furene eller i Eiksund . Samtidig er strategien, alle må ro, ikkje alltid ein god løysing då ingen av innbyggjarane vil få kort veg. Samtidig kan ein gå glipp av viktige synergjar med andre samarbeidspartar. Særleg er samarbeidet med spesialisthelsetenesta og reisetid frå legevaktstasjonen til sjukehus også viktig i lokaliseringssvalet. Vi har sett opp ei oversikt over reiseavstand i minutt mellom dei mest aktuelle legevaktlokalisasjonane og sjukehusa

Reiseavstand i minutt

Reiseavstand Myrvåg-Furene 23 min

Reiseavstand Ulsteinvik-Furene 28 min

Frå mogleg legevaktbase	Til Volda sjukehus	Til Ålesund sjukehus
Volda sjukehus	0	76
Furene	5	71
Myrvåg	28	60
Ulsteinvik	33	55

Kjelde: gulesider.no

I samband med prosjektet blei det tatt kontakt med Statens vegvesen for å få informasjon om Eiksundtunnelen og eventuelt stenging då det har følgje for organisering av legevakta. Tunnelen er ein del av Fv. 653 som MRFK er formell eigar av, men blir administrert av Statens vegvesen Region Midt. Tunnelen har eigen beredskapsplan.

Kjell Haukeberg i Statens vegvesen har gitt tilbakemelding om at det er tre grove inndelingar på kvifor tunnelen kan bli stengt. Prosjektet har også fått tilsendt ein rapport som viser stenging dei siste to åra.

1. Planlagt drift-/vedlikehaldsarbeid
 - Normalt så er dette arbeid av ein slik art at det blir sendt ut info til alle naudetater og media i forkant, det blir sett inn ledebil/kolonnekjøring slik at all trafikk kan passere gjennom med noko forseinkingar, utrykkingskøyretøy har prioritet og kan passere utanom kolonne (etter nærare instruks/avtale). Denne typen stenging utgjer omlag 1000 timar i året.
2. Driftsstans/havari/mindre uhell (utan personskade)
 - Tunnelen kan bli stengt, naudetatane blir varsla, det skal undersøkast kva som er årsaka, straum/kommunikasjonsbrot o.l., bilbergingselskap blir varsla ved havari og saman med politiet blir det vurdert om ein stenger, som regel blir det stengt for å ha best mogleg kontroll med situasjonen. Det kan være mogeleg å kome gjennom, men forseinkingar førekjem. 105 timar i gjennomsnitt siste par åra.
3. Trafikkulykke/bilbrann
 - Tunnelen blir stengt så rask som mogeleg, det blir trippelvarsling. Politiet/skadestadsleiar styrer hendinga og avgjer om og når tunnelen kan bli opna for normal trafikk. Sjeldan, ikkje kvart år.

Eit større legevakttdistrikt vil gi meir transportutfordringar for innbyggjarane som skal til legevaktstasjonen. Kva dette har å seie i eit miljøperspektiv har ikkje prosjektgruppa tatt høgde for å greie ut, men også med dagens organisering må dei aller fleste bruke bil for å nå legevakta.

Tilgang til legevakta handlar ikkje berre om reiseavstand for innbyggjarane, men også om kapasitet og mobiliteten til legen. Ut i frå nasjonale undersøkingar og lokale tal kan vi forvente totalt omlag 60 kontaktar i døgnet med legevaktslegen i distriktet på laurdagar og søndagar. På kveldane i vekedagane omlag 36 kontaktar.

I følgje det nasjonale målet skal legevakta vere ein beredskapsteneste med moglegheiter til å rykke ut på akutte hendingar og gjennomføre ein større del sjukebesøk enn no. Ein mobil lege kan løyse nokre av desse utfordringane, men effektiviteten til ein mobil lege vil sannsynlegvis vere lågare målt i handterte kontaktar enn ein stasjonær lege. Om ei samordning av legevakta fører til eit for lavt tal på legar i vakt vil det gje eit dårlegare tilbod til pasientane. Ein må derfor ta høgde for god nok kapasitet i ordninga for å sikre tilgjengelegheit for innbyggjarane.

Samarbeid med anna personell

Legevakta er heilt avhengig av samarbeid med anna personell. Noko av samarbeidet er avhengig av samlokalisering, men like viktig er kanskje ei administrativ styrking av legevakta. Ein større og samla legevaktorganisasjon med ei leiing gjer at andre har eit klart definert kontaktpunkt som ein kan drøfte utfordringar og samarbeidsrutinar med.

Det praktiske samarbeidet med pleie og omsorgspersonell i kommunen og spesialisthelsetenesta er der i dag, og er svært viktig for å gi innbyggjarane eit godt tilbod. Ved utarbeiding av modellar for framtidig legevakt har vi vurdert om samlokalisering med andre kan gi betre ressursutnytting og tilbod til innbyggjarane.

Ambulansetenesta

Ambulansetenesta er ein del av spesialisthelsetenesta og har ei svært sentral rolle i den akuttmedisinske kjeda. Ambulansetenesta har dei siste åra hatt ei kraftig oppgradering på kompetanse og utstyr, og er eit kjærkome hjelpeinstans når det verkeleg hastar. Ambulansepersonell er likevel ikkje så godt eigna til å vurdere tilstandar som ikkje hastar så mykje, og dette blir gjerne ei utfordring at dei også blir brukt til slike type oppdrag fordi dei er igjen som dei einaste akuttmedisinske personellet i kommunane når legevaktdistrikta blir store. Helse Møre og Romsdal har varsla at det vil bli endringar i ambulansestructuren i fylket fordi vi slik det har vore til no har fått forholdsvis meir ressursar til dette enn regionen elles. Det har derfor kome fram ein ide om at kommunane kanskje kan vere med å nytte og delbetale denne tenesta ved at ambulanspersonell til dømes kan vere sjåfør på ein legevaktsbil. Legen og ambulanspersonellet har utfyllande kompetanse som gjer at dei som fagpersonar kan utfylle kvarandre. Ei slik løysing vil vere avhengig av samlokalisering av ambulansetasjon og legevakt. Ei samlokalisering vil også gje fordelar i form av at ein lettare kunne få til samtrening, noko som er lovpålagt å drive med. I tillegg vil det mogleggjere at legen kan bli med ambulanspersonellet ut i ambulans på dei oppdraga der det verkeleg hastar.

ØHD-senger og sjukeheimane generelt

Kommunane på Søre Sunnmøre har valt ei desentralisert ordning på kommunale Øh-hjelp senger. Mange andre stader i landet har ein valt ei samlokalisering av desse plassane med legevakt for å sikre forsvarlege tenester utan å bygge opp ei ekstra vaktordning for legar til desse plassane. Kommunane her er godt fornøgde med den løysinga som er valt fordi det gir eit nært tilbod til innbyggjarane og ein har fått heva den generelle kompetansen på sjukeheimane. Dette gir ekstra behov for at den legevaktorganisinga som vi skal ha i vårt område er mobil og legevakta må ha nok tilgjengelege legar på vakt til at det er realistisk og forsvarleg at legevakta kan besøke sjukeheimane når det er behov for det. Dette kjem også dei andre bebuarane på sjukeheimen og heimebuande eldre til gode.

Ei samlokalisering av legevakt og sjukeheim med tanke på sambruk av personell er vanskeleg å tenke seg kan gi betre ressursutnytting fordi helsepersonellet som arbeider på sjukeheimane allereie i dag har mange oppgåver og lite dødtid tilgjengeleg for ekstraarbeid og beredskap.

Sjukehus

Dei fleste som treng akutt innlegging i sjukehus i vårt distrikt skal til Volda sjukehus, og vi har god erfaring med nattlegevakt og legevaktsentral lokalisert ved Volda sjukehus. Nærlokalisering ved Volda sjukehus kan gje fleire fordelar med synergjar med sambruk av personell, men bygging på sjukehusomtå må vere i

regi av helseføretaket. Døme på ressursutnytting kan vere fellesbruk av sjukepleiarressursar i legevaktsentralen, mottak og legevakta. Eit anna døme er at legevakslegen kan ferdigbehandle pasientar med skader etter røntgenundersøking slik sjukehuslegane ikkje treng å sjå på dei pasientane som ikkje har brotskader.

Psykisk helsevern

Psykisk helsevern i spesialisthelsetenesta har den siste tida hatt stort fokus på å bygge ut ambulante team og desse teama må ha ein base. Dei er i vårt distrikt i ein prosess på å finne ein eigna base. Vi ser liten direkte synergi av samlokalisering med denne tenesta, men godt samarbeid både på individnivå og systemnivå er naudsynt.

Andre kommunale tenester

Ein del kommunar har samarbeid med brannmannskap for kjøring av legevaktsbil. Det finnes også eksempel på samlokalisering med brannstasjonar. I nokre av kommunane i distriktet har brannmannskapet gjennomført "First responders" opplæring gjennom Norsk luftambulans og har førstehjelpsutstyr som oksygen og hjertestartar i brannvaktbilen. Ei samlokalisering med brann vil først og fremst vere nyttig med tanke på samtrening for alvorlege ulykker, men kanskje ikkje så store gevinstar i dagleg drift.

Kommunane står også framføre ei velferdsteknologisk utvikling. Det er venta at kommunane i framtida må ha ei eller anna form for responscenter til velferdsteknologien. Eit alternativ for dette kan vere sambruk av legevaktssentralpersonellet då begge tenestane krev beredskap med personell med minimum sjukepleiekompetanse.

Sjølv om utredninga her ikkje har sett på daglegevakt, har vi undervegs i arbeidet også fått innspel på det. Ei utviding av ordninga til også å gjelde dag opnar for moglegheita til å ha observasjonssenger for inntil 12 timers observasjon. Dette dekkjer eit anna behov enn ØHD-sengeplassane, og kan i ein del tilfelle hindre innleggingar i sjukehus.

Fleire kommunar

Ei endra legevaktorganisering kan vere mogleg å utvide til fleire kommunar, men val av modell og lokalisering vil vere avgjerande for kva som er fagleg forsvarleg. Til dømes har Stranda kommune sendt ein førespurnad om å vere med i ordninga. Om det skal vere mogleg er ikkje alle modellane og lokaliseringalternativa nedanfor eigna. Vanylven trekte seg frå utgreiingsprosjektet på grunn av samferdselsutfordringar. Det kan likevel vere at Vanylven kommune ved eit seinare høve vil ønske eit samarbeid.

Legevaktsentralen og ny legevakt

Kommunane kjøper i dag legevaktformidlingstenesta frå helseføretaket. Sjukepleiarane som utfører tenesta er i dag tilsette ved mottaket i sjukehuset og rullerer i sitt arbeid mellom legevaktformidling og mottaksarbeid i sjukehuset. Om natta har dei også støttefunksjon for nattlegevakta.

I dei to modellane A og B som er omtala ovanfor, tenkjer ein seg at sjukepleiarane som utøver legevaktsentralarbeidet også skal inngå som støttepersonell ved legevakta på kveld og dagtid helg. Om tenesta fortsatt vil verte kjøpt frå helseføretaket vil difor vere avhengig av lokalisering av legevaktstasjonen. Dersom ny legevakt har lokalisering nær sjukehusmottaket, kan ein sjå for seg eit

fortsatt samarbeid mellom kommunane og helseføretaket der sjukepleiarane kan jobbe både stader. Dersom ny legevakt vert lokalisert vekk frå sjukehusmottaket, vil legevaktsformidlinga verte flytta til ny legevakt og samarbeidet om sjukepleiarressursane i sjukehusmottaket kan då ikkje bli vidareført.

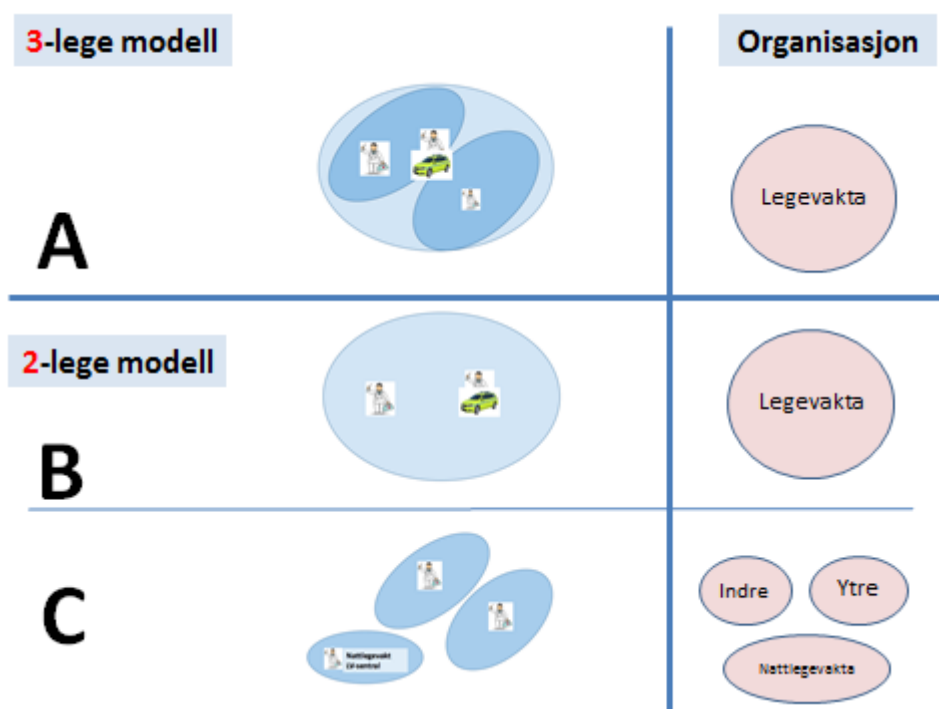
Vanylven er ikkje ein del av dette utgreiingsprosjektet, men har felles legevaktsentralavtale med HMR ved Volda sjukehus saman med dei andre kommunane. Det er lite sannsynleg at Vanylven vil halde fram med denne ordninga viss dei andre kommunane trekk seg ut og driv legevaktsentralen sjølve.

Tre modeller for ny organisering av legevakta

Tidleg i prosjektperioden såg prosjektgruppa på mange ulike modellar for organisering av legevakta. Organisering som vi har det i dag vart tidleg forkasta som ueigna for å stette nye krav.

For å kome vidare i arbeidet vart tre modellar valt som dei vi såg mest potensiale i. Dette har gjort det lettare å få konkrete innspel. Modellane er likevel ikkje ferdig finpusa eller køyrt ROS-analyse på. Etter val av modell er det difor framleis eit godt stykke arbeid som må gjerast. Modellane er tenkt å vere i bruk i tidsrommet frå kl 15 - 22 på kvardagar og frå kl 08- 22 i helg og høgtider. Under modellane er det eit eige avsnitt om natta.

Hovudprinsippet er at ein på kveldstid og dagtid helg går frå fire legar i heime-beredskapsvakt til to eller tre legar i aktiv vakt.



I modell A og B er nattlegvakta ein integrert del av ny organisering. I modell C blir nattlegvakta ei eiga ordning slik som i dag. Prosjektgruppa har ikkje oppfatta mandatet til å sjå på organiseringa på dagtid kvardag, men alle modellane kan i prinsippet utvidast til å gjelde også dette. I prosjektgruppa har vi sett føre oss at legevakt på dagtid kvardag vil halde fram som i dag, men ser at også for dette tidsrommet vil det for kvar enkelt kommune sannsynlegvis kome krav som gjer at til dømes alle kommunane bør ha ein legevaktsbil tilgjengeleg. ØHD-sengetilbodet på Søre Sunnmøre er desentralisert. Det gjev eit auka behov for at legevakta har eigne observasjonssenger som også vil kunne vere i bruk på dagtid. Spesielt med tanke på overgangen frå natt til dag.

Generelt om organisasjonsomgrepet:

Vi har i desse modellane brukt omgrepet "organisasjon" om det som høyrer naturleg saman i eit arbeidsfelleskap. Det vil seie den gruppa av legar og hjelpepersonell som delar på arbeidsturnus, fysisk arbeidsplass og arbeidsoppgåver (journalssystem, timebøker) Vi tenker ikkje på ein eventuelt formell tilhøyre til ein vedteken organisasjonsstruktur som kunne ha gått på tvers av arbeidsstad og arbeidsfelleskap. I modell A er det to arbeidsstader, men vi ser føre oss at helsepersonellet skal kunne jobbe begge stade, og også dele journalssystem og timebøker.

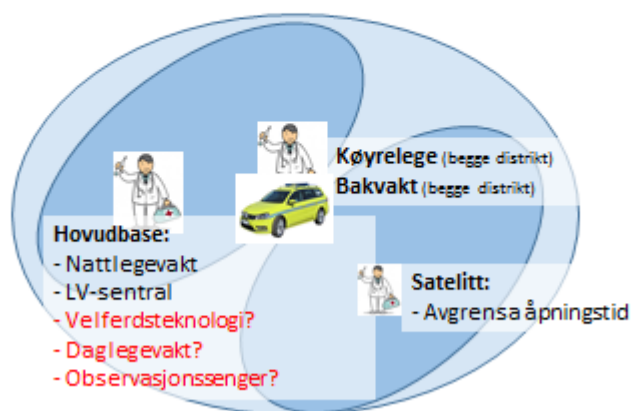
Etter ein kort presentasjon av kvar modell kjem det ei momentliste som viser fordelar og ulemper som har kome fram i prosjektarbeidet så langt.

Modell A

2 distrikt, 3 aktive legar:

- stasjonær på hovudbasen
- køyrelege (og bakvakt)
- satelittstasjon

Nattlegevakt og LV-sentral på basen. Éin organisasjon.



Presentasjon av modell

Hovudstasjon med to legar på jobb. Hovudstasjon lokalisert same stad som nattlegevakta. Alltid ein lege på stasjonen og ein køyrelege som har ansvar for sjukebesøk i heile distriktet. I tillegg har denne modellen ein satelittstasjon der den tredje legen skal jobbe. Satelittstasjonen kan vere open i heile perioden, frå kl 15-22 på kvardagar og 08-22 i helgane, eller det kan vere aktuelt med delvis opningstid. Satelittstasjonen og hovudstasjonen skal ligge på kvar si side av Eiksundtunnelen. Ein organisasjon der alle legane i frå kommunane går i turnus på alle tre typane av vakter (base, køyrelege, lege på satelittstasjon). Eit hjelpepersonell per lege.

Fordelar

- Køyrelege gir godt tilbod til institusjonar og ikkje-mobile innbyggjarar. Tydeleg tilbakemelding frå pleie og omsorg i alle kommunar om at ein køyrelege er svært viktig for brukarane i pleie og omsorgstenestene. Det vil også kunne redusere ambulans bruk og tal på unødige sjukehusinnleggingar.

- Med tre legar i samtidig vakt vil det vere lett å sette opp ein turnus der alltid minst ein av legane fyller kompetansekrava for legevakt. Kompetansekrava blir løyst av legar i aktiv teneste.
- Fleire legar i same vaktistrikt gjev bufferkapasitet til å handtere større hendingar parallelt med normal aktivitet
- Reiseavstanden for innbyggjarane til legevakt vil vere innanfor 40 minutt for over 90% av innbyggjarane.
- God kapasitet til sjukebesøk og akuttmedisinsk beredskap.
- Ein hovudbase er meir fleksibel og klar for utviding med ekstra personell ved arbeidstoppar, observasjonssenger og kan vere base for velferdsteknologi
- God arbeidssituasjon for legar, spesielt med tanke på nye legar og vikarar, som kan møte på jobb saman med ein erfaren lege
- Ein organisasjon lettar kommunikasjonen med helsetenesta elles og andre samarbeidspartar, både med tanke på dagleg drift og på systemarbeid
- Ein organisasjon gir betre moglegheit for systemarbeid inkludert fagutvikling og samtrening med anna helsepersonell
- Om hovudstasjonen blir nærlokalisert med ein ambulansetasjon eller akuttmottak gir det moglegheit for synergjar
- Ein hovudstasjon med fleire funksjoner ved utviding (velferdsteknologi, observasjonssenger, daglegevakt) gir større del dagtidsarbeid i turnus for støttepersonell
- Mogleg med utviding til å gjelde fleire kommunar

Ulemper

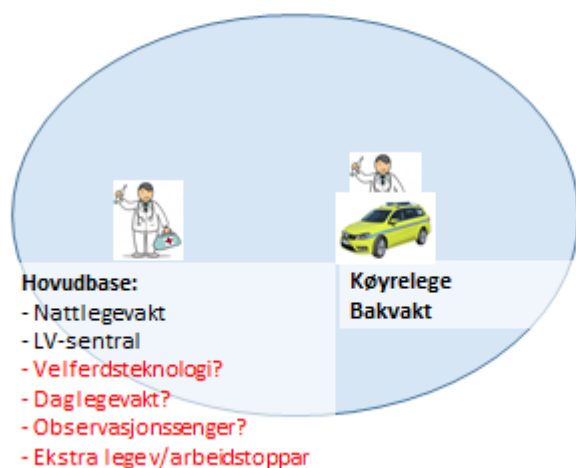
- Mange vakter som skal fyllast opp av legar og behov for hjelpepersonell på to ulike lokalisasjonar. Ressurskrevjande, både med tanke på legar og støttepersonell
- To lokale skal vere utstyrt til legevakt
- Innbyggjarane får ulike stadar dei skal ta kontakt til ulike tider av døgnet
- Sveikka organisasjonstilknytning for legekorpset ved at legane har to fysiske arbeidsplassar

Modell B

1 distrikt, 2 aktive legar:

- stasjonær på basen
- køyrelege (og bakvakt)

Nattlegevakt og LV-sentral på basen. Éin organisasjon.



Presentasjon av modell

Ein legevaktstasjon med to legar på jobb. Alltid ein lege på legevaktstasjonen og ein køyrelege som har ansvar for sjukebesøk i heile distriktet. Ingen satellittstasjon. Legevaktstasjonen kan oppskaleras i kapasitet med meir personell i presstider i veka og/eller ved høgtider når legevakta blir mykje brukt. Ein organisasjon og ein lokalisasjon.

Fordelar

- Køyrelege gir godt tilbod til institusjonar og ikkje-mobile innbyggjarar. Tydeleg tilbakemelding frå pleie og omsorg i alle kommunar om at ein køyrelege er svært viktig for brukarane i pleie og omsorgstenestene. Det vil også kunne redusere ambulansebruk og tal på unødige sjukehusinnleggingar.
- Legevaktstriktet vil alltid ha minst to legar på jobb der ein ville kunne fyller kompetansekravet.
- Fleire legar i same vaktstrikt gjev bufferkapasitet til å handtere større hendingar parallelt med normal aktivitet
- Legevaktstasjonen er fleksibel og klar for utviding med ekstra lege ved arbeidstoppar, observasjonssenger og velferdsteknologi
- God arbeidssituasjon for legar, spesielt med tanke på nye legar og vikarar, som kan møte på jobb saman med ein erfaren lege
- Ein organisasjon gir lettare kommunikasjon med resten av helsevesenet og andre samarbeidspartar, både med tanke på dagleg drift og på systemarbeid
- Ein organisasjon gir betre moglegheit for systemarbeid inkludert fagutvikling og samtrening med anna helsepersonell
- Om legevaktstasjonen blir nærlokalisert med ein ambulansetasjon eller akuttmottak gir det moglegheit for synergjar

- Ei legevaktstasjon som kan ha fleire funksjoner ved utviding (velferdsteknologi, observasjonssenger, daglegevakt) gir større del dagtidsarbeid i turnus for støttepersonell
- Mindre ressurskrevjande enn A-modellen både med tanke på personale og drift av berre ein legevaktstasjon. Det vil vere behov for mindre personell enn modell A på det jamne. Ein lokalisasjon vil forenkle opplæringa av helsepersonellet og redusere administrative driftskostnader
- Ein lokalisasjon vil sannsynlegvis betre organisasjonstilknytninga
- Moglegheit for utviding til å gjelde fleire kommunar om hovudbasen blir i indre

Ulemper

- Vaktene kan bli så travle for legen på stasjonen at det kan føre til dårlegare kvalitet i tenesta.
- Ein del av innbyggjarane vil få lengre reiseveg enn i dag til legevaktstasjonen, men dei aller fleste (95%) vil kunne nå legevaktbasa innan 50 minutt.

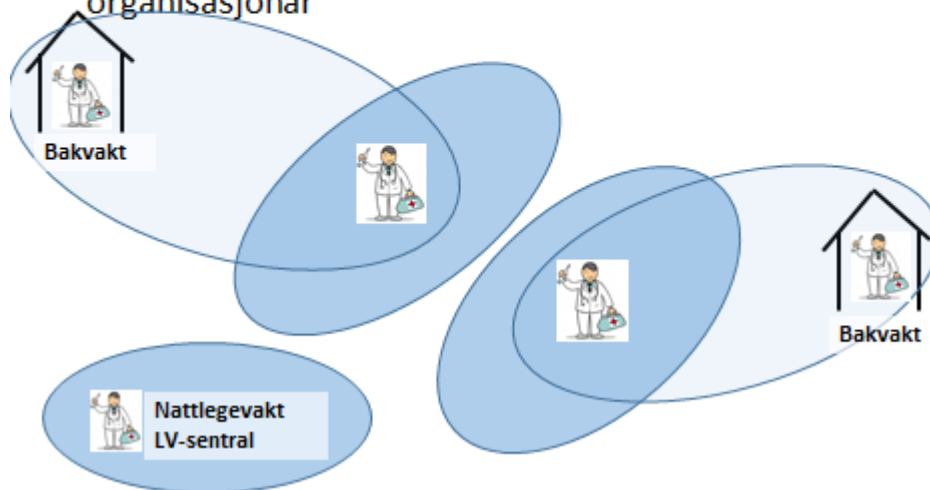
Modell C

2 distrikt, 2 aktive legar, evt. 2 bakvakter

- distrikt 1 (+ evt. bakvakt)

- distrikt 2 (+ evt. bakvakt)

inga køyreordning, eiga nattlegevakt, 3 organisasjonar



Presentasjon av modell

To separate legevaktorganisasjonar der kommunane på ytre slår seg saman til eit distrikt og kommunane på indre slår seg saman til eit distrikt. Ein lege med hjelpepersonell og legevaktsbil på jobb i kvart distrikt. Felles distrikt med nattlegevakt i Volda som i dag.

Fordelar

- Med to legevaktstasjonar vil reiseavstanden for innbyggjarane til legevakt vere innanfor 40 minutt for over 90% av innbyggjarane.
- Eit mindre distrikt kan gi fordelene at ein kjenner betre dei ei skal samarbeide med
- Sterkare organisasjonstilknytning til legane for kveldslegevakta

Ulemper

- Det vil vere behov for bakvakt i ordninga for å fylle kompetansekrava og ein må bruke kvilande heimebakvakt. Til tider vil denne ordninga krevje fire legar på vakt samtidig i regionen.
- Tre ulike organisasjonar gjer det uklart for samarbeidspartar kvar dei kan ta kontakt.
- Det vil vere vanskelegare å få til kvalitetsarbeid og fagutvikling i mindre einheiter.

- Arbeidsbelastninga til legen på basen vil i periodar vere så høg at det vil vere vanskeleg å få tid til å prioritere sjukebesøk og utrykkingar saman med ambulansen. Dårlegare mobilitet gir eit svakare tilbod til ikkje-mobile innbyggjarar, inkludert sjukeheimspasientar.
- Ved større hendingar vil ein mangle bufferkapasitet til å handtere ordinær aktivitet parallelt
- Tre organisasjonar vil gi behov for meir administrative ressursar totalt sett.
- Færre tilsette i kvar legevakt gjer at organisasjonane blir meir sårbare for endringar i tilsettingar, både for legar og hjelpepersonell.
- Kvar lege må forholde seg til to ulike legevaktorganisasjonar (nattlegevakt og kveldslegevakt)
- LV-sentralen må halde fram ved nattlegevakta på sjukehuset og ein får ikkje nytta potensiale i arbeidskapasiteten og kompetansen til dei som jobbar i ordninga.

Legevakt om natta

Dei tre modellane som er skissert ovanfor gjeld legevakt kveld og dagtid/kveld i helg og høgtidsdagar. I modell A og B skal nattlegevakta lokalisert i hovudstasjonen og vere i same organisasjon. Legevaktssentralen skal vere samlokalisert med legevakta uavhengig av kvar stasjonen skal vere. I modell C held nattlegevakta fram som eigen organisasjon og kan i prinsippet vere slik som i dag.

For natta tenker vi at den bemanninga vi har i dag er tilstrekkeleg om vi legg til rette for legevaktsbil med sjåfør for å få den eine legen som er på vakt til å vere meir rusta for utrykking og sjukebesøk. Berre 10% av alle henvendingar til legevakt som skjer på natt. Gjennomsnittleg er det omlag 4-5 kontaktar med lege per natt i heile distriktet og sannsynet for samtidskonfliktar er derfor lågt. Om ein vurderer at ein ønskjer ein enno sterkare beredskap kan det vere aktuelt å legge til ei sovande bakvakt på legevaktstasjonen om natta for å styrke beredskapen. Det blir særleg aktuelt om ein ynskjer å utvide distriktet utover dei seks kommunane som i dag er med i ordninga. Både auka reiseavstand til eventuelt nye kommunar og fleire innbyggjarar i nedslagsfeltet vil auke sannsynet for samtidskonfliktar.

Ein lege nummer to om natta er også aktuelt om den legen som er på jobb ikkje fyller kompetansekrava. Alternativet til dette er som i dag med bakvakt i beredskap heime. Ei eventuell styrking på natt må vurderast opp i mot vaktbelastninga på eksisterande legar i ordninga og økonomiske konsekvensar.

Lokalisering

Volument av pasientar som får omvegar

Nasjonalt statistikk viser at det klart største volumet av pasientar som treng øh-hjelp og blir innlagt i sjukehus er medisinske pasientar (omlag 80%). Nest størst volum har kirurgiske pasientar som i hovudsak er ulike skader. Dei aller fleste pasientane i vårt distrikt vil derfor kunne få den behandlinga dei treng akutt ved Volda sjukehus. Om vi brukar nasjonal statistikk til å sjå føre oss volumet på øh-innleggingar i distriktet vil det vere omlag 3100 innleggingar/år i tidsrommet der legevakta skal fungere. Det vil seie at det i i gjennomsnittet vil vere 8-9 personar som skal vidare til Volda sjukehus frå legevakta i døgnet.

Det finnes likevel ein del tilstandar der pasientane i distriktet skal til andre sjukehus når dei treng akutt hjelp. Døme på dette er traume, psykiatri, øyre-nase-hals, auge og born. Tilsaman vil desse tilstandane sannsynlegvis utgjere eit volum på rundt 300 per år i heile distriktet i tidrommet legevakta er i funksjon. Det vil utgjere litt under ein person i døgnet som skal vidare til Ålesund sjukehus frå legevakta.

Ved modell A:

Hovudbase i	Fordel	Ulempe
Volda Nærlokalisering med akuttmottak	Synergi med sjukehusmottaket <ul style="list-style-type: none"> - LV-sentral - nattlegevakt, støttepersonell - røntgen og avlastning av kirurgisk poliklinikk - viss ambulansane blir ved sjukehuset: Enkelt for legen å vere med på utrykking Stor moglegheit for at eksisterande personellgruppe ved LV-sentral med høg kompetanse og erfaring i LV-formidling blir med vidare Moglegheit for utviding til fleire kommunar	Vanskelegare å etablere felles organisasjonstilknytning for legar og sjukepleiarar Lågare terskel for sjukehusinnleggingar (?) på natt Omveg for pasientar frå Ørsta som bør til Ålesund (born, psykiatri). Kan delvis kompensere av køyrelegeordning.
Furene Nærlokalisert med ambulansesetasje	Synergi med ambulansesetasje <ul style="list-style-type: none"> - samtrening (dagtid) - støttepersonell legevaktsbil - enkelt for legen å vere med på utrykking Moglegheit for utviding til fleire kommunar	Noko auka drop-in på sjukehuset på kveld og natt, vanskelegare å rute vidare til legevakt. Ikkje mogleg med avlastande samarbeid med kir.pol/røntgen Krev nybygg, dette vil neppe vere klart til 1.mai 2018, og vi må ha ei overgangsordning. Meir usikkert om LV får rekruttert personell frå eksisterande fagmiljø ved LV-sentralen.
Ytre (Ulsteinvik eller Myrvåg)	Nærleik til flest av innbyggjarane Nærleik til Ålesund sjukehus?	Noko auka av drop-in på sjukehuset (avhengig av opningstidene for ein satellitt på indre), mykje vanskelegare å rute vidare

<p>Nærlokalisering med ambulansestasjon eller sjukeheim</p>	<p>Krev (kanskje) ikkje nybygg?</p> <p>Moglegheit for synergi med tildømes sjukeheim i Myrvåg (observasjonssenger) eller ambulansestasjon i Saunesmarka</p>	<p>til legevakt om natta.</p> <p>Stor omveg for dei sjukaste pasientane frå hele indre Søre som skal vidare til sjukehus etter legevakt. Lite volum på natt. Kan kompenseras av køyrelegen der det etter telefonkonsultasjon er gode indikasjonar på at det sannsynlegvis blir innlegging i sjukehus.</p> <p>Ikkje moglegheit for fleire kommunar å knyte seg på ordninga på grunn av lang reiseveg om natta</p>
---	---	--

Satelittstasjon skal vere på motsett side av Eiksundtunnelen. Ein satelittstasjon kan lokaliseras til eit eksisterande legekantor og krev ikkje nybygg.

Ved modell B:

Hovudbase i	Fordel	Ulempe
<p>Volda</p> <p>Nærlokalisering akuttmottak</p>	<p>Synergi med sjukehusmottaket</p> <ul style="list-style-type: none"> - LV-sentral - nattelegevakt, støttepersonell - røntgen og avlastning av kirurgisk poliklinikk - viss ambulansane blir ved sjukehuset: Enkelt for legen å vere med på utrykking <p>Stor moglegheit for at eksisterande personellgruppe ved LV-sentral med høg kompetanse og erfaring i LV-formidling blir med vidare</p> <p>Moglegheit for utviding til fleire kommunar</p>	<p>Vanskelegare å etablere felles organisasjonstilknytning for legar og sjukepleiarar</p> <p>Lågare terskel for sjukehusinnleggingar (?) på natt</p> <p>Krev nybygg, dette vil neppe vere klart til 1.mai 2018, og vi må ha ei overgangsordning.</p> <p>Omveg for pasientar frå Ørsta og Ytre som bør til Ålesund (born, ønh, øye, psykiatri). Kan kompenseras av køyrelegeordning.</p>
<p>Furene</p> <p>Nærlokalisert med ambulansestasjon</p>	<p>Synergi med ambulansestasjon</p> <ul style="list-style-type: none"> - samtrening (dagtid) - støttepersonell legevaktsbil - enkelt for legen å vere med på utrykking <p>Moglegheit for utviding til fleire kommunar</p>	<p>Noko auka drop-in på sjukehuset på kveld og natt, vanskelegare å rute vidare til legevakt.</p> <p>Liten omveg for de sjukaste pasientane frå Volda og Hornindal som blir henta i ambulans og kor nytteverdien av vurdering hos allmennlege før sjukehusinnlegging er usikker</p> <p>Ikkje mogleg med avlastande samarbeid med kir.pol/røntgen</p> <p>Krev nybygg, dette vil neppe vere klart til 1.mai 2018, og vi må ha ei overgangsordning.</p> <p>Meir usikkert om LV får rekruttert personell frå eksisterande fagmiljø ved</p>

		<p>LV-sentralen.</p> <p>Omveg for pasientar frå Ørsta og Ytre som bør til Ålesund (born, ønh, øye, psykiatri). Kan kompenseras av køyrelegeordning.</p>
<p>Ytre (Ulsteinvik eller Myrvåg)</p> <p>Nærlokalisering med ambulansestasjon eller sjukeheim</p>	<p>Nærleik til flest av innbyggjarane</p> <p>Nærleik til Ålesund sjukehus?</p> <p>Krev (kanskje) ikkje nybygg?</p> <p>Moglegheit for synergi med tildømes sjukeheim i Myrvåg (observasjonsenger) eller ambulansestasjon i Saunesmarka</p>	<p>Stor auke av drop-in på sjukehuset, mykje vanskelegare å rute vidare til legevakt på grunn av lang omveg.</p> <p>Stor omveg for dei sjukaste pasientane frå hele indre Søre som skal vidare til sjukehus etter legevakt. Eit langt større volum når det ikkje er satellitt delar av døgnet. Kan delvis kompenseras av køyrelegen der det etter telefonkonsultasjon er gode indikasjonar på at det sannsynlegvis blir innlegging i sjukehus.</p> <p>Ikkje moglegheit for fleire kommunar å knyte seg på ordninga på grunn av lang reiseveg</p>

Modell C

I modell C skal det vere ein legevaktstasjon på indre og ein på ytre. Denne modellen krev ikkje noko nybygg før oppstart og kan startast opp frå eit eksisterande legekantor/legevaktlokale. Modellen har hatt så lite oppslutning i prosessen då den har mange utfordringar og prosjektgruppa har derfor bestemt seg for ikkje å gå vidare i utredninga av lokalisering av denne modellen.

Om det likevel blir politisk oppslutning om denne modellen må lokaliseringsspørsmålet blir avgjort mellom dei kommunane som skal samarbeide: Hareid, Herøy, Sande og Ulstein i ytre og Ørsta og Volda i indre. Det vil vere få faglege argument som skil lokaliseringsspørsmålet i så kompakte distrikt.

Vurderingar og konklusjon

Modellval

Vurderingar

Ei framtidig legevaktorganisering bør støtte dei forskriftskrava som gjeld i dag, vere mogleg å utvikle vidare og vere ein best mogleg teneste for innbyggjarane i regionen.

Vi fyller i dag ikkje kompetansekravet, krav om forsvarleg transportordning, kravet om opplæring og samtrening med andre naudetatar eller krav om leiging og kvalitetsarbeid.

Akuttmedisinforskrifta stiller frå 01.05.18 absolutte krav om vaktkompetanse for legevaktlege. Det vil i dei fleste kommunar til ei kvar tid vere legar som ikkje tilfredsstillar desse krava og som må ha ei kompetent bakvakt som er utrykkingsklar. Dette kravet gjer det også mindre aktuelt å få inn vikarar i legevakta. For nokre av legevaktdistrikta er dette ei utfordring som kan handterast slik situasjonen er per i dag, for andre ikkje. Dette vil uansett for alle kommunane vere svært sårbart for legevaktfunksjonen fordi dette raskt kan endre seg.

Kravet om opplæring og kravet om kvalitetsarbeid let seg ikkje løyse utan meir administrative ressursar i legevakta. Om kvart av dagens legevaktdistrikt skal gjere det for seg, vil dette åleine bli kostnadskrevjande. Men den største utfordringa vil kanskje vere å få tak i nok helsepersonell til å gjere jobben. Til dømes har legevaktdistrikta i dag samla sett ein ressurs på 65 % legevaksansvarleg/legevaktssjef. Om vi skulle halde fram med dagens organisering ville behovet framover vere på 250% stilling. Slår vi oss saman får vi mange stordriftsfordelar og kan klare oss med ein 100% stillingsressurs til dette arbeidet.

Kravet om ei forsvarleg transportordning og moglegheita for å kunne rykke ut gjer at alle legevaktdistrikt må ha ein legevaktsbil og hjelpepersonell. Det er ein derfor ei minimumsbemannning ein må ha for å støtte dei nye krava, både administrativt og pasientnært, uavhengig av størrelsen på legevaktdistriktet. Det blei derfor tidleg klart at null-alternativet, å halde fram som i dag, ikkje er aktuelt. Det vil bli svært dyrt og vi vil ikkje klare å skaffe nok helsepersonell.

Av dei tre modellane som er utgreidd vil modell C vere den som klarast har utfordringar i forhold til å kunne løyse forskriftskravet. Dette er fordi modell C ikkje har meir enn ein lege i vaktområdet. Det vil kunne føre til at ved høg arbeidsbelastning vil den legen ha problem med å kunne rykke ut ved alvorlege hendingar. Ved alvorlege hendingar som tek tid, til dømes ulykker, har heller ikkje denne modellen moglegheit for jobbgjelding på den måten modell A og B har. I ein modell med fleire legar i same distrikt kan den andre/dei to andre legane tre inn og ta over jobben til den legen som blir opptatt med ei alvorleg hending som er både tidkrevjande og mentalt krevjande.

Tilbakemeldingar frå andre

Både legane i kommunane, ressursgruppa for brukarar, helse og omsorgstenestene i kommunane og helseføretaket har meint at modell A er den legevaksorganiseringa som gir best tilbod til innbyggjarane. På ein klar andreplass kjem modell B. Tilbakemeldinga frå dei tillitsvalte legane var at dei meinte at modell B gir best arbeidstilhøve for legane.

Legane i kommunane

Dei blei gjennomført ei spørjeundersøking blant legane i kommunane. Undersøkinga blei sendt ut til 68 legar. 55 svarte på undersøkinga. Fleirtalet meinte at modell B gav best arbeidstilhøve for legane, men at modell A gir det beste tilbodet til innbyggjarane. Resultatet av undersøkinga er vedlagt (vedlegg 3)

Ressursgruppa med tillitsvalte legar

Fokuset til dei tillitsvalte legane var å sjå kva ordning som gav best arbeidsforhold for legane. Dei har i eit brev konkludert med at dei ynskjer modell B (vedlegg 4). Modell B gir færre legevakter for kvar enkelte lege og gir ei forsvarleg legevaktordning.

Ressursgruppa med brukarar

Ressursgruppa med brukarar er politisk valte representantar. I siste møte 13.06.17 møtte Else Gjerde, Trond Berg, Stein Conradsen, Toril Langlo og Leiv Magnar Aarflot. Gruppa var einstemminga på at modell A var det beste alternativet og at modell C måtte forkastast.

Kommunale helse og omsorgstenester

For å få innspel i arbeidet blei det også arrangert eit halvdagsseminar med deltakarar for ulike tenester: psykiatri, heimesjukepleie, sjukeheimar, tenester i bustad. Seminaret hadde 24 deltakarar fordelt på alle seks kommunane. Deltakarane blei oppfordra til å dele både gode og dårlege erfaringar med legevakt. Dei kom også med innspel til kva som er viktig med ei framtidig legevakt. Dei ønskte seg ei legevakt med lokale, velkjente legar, og ei legevakt som har rutinar og prosedyrar som nye legar blir opplærde i. Eit stort fleirtal ønskte modell A, med modell B som alternativ. Berre éin av dei framførte ønska modell C.

Helse Møre og Romsdal

Helse Møre og Romsdal har gitt ei tilbakemelding på val av modell i eit brev datert 08.06.17 (vedlegg 5). Også helseføretaket konkluderer med at modell A gir det beste tilbodet til innbyggjarane. Dei legg vekt på at det at legen kan vere mobil er heilt sentralt, og dei ser føre seg eit samarbeid om ein legevaktsbil. HMR meiner at val av modell må inkludere nattlegevakta. Dei tilrår at legevakta skal ha funksjonstid 24/7 365 dagar i året.

Konklusjon

Dei faglege argumenta og innspela frå andre peikar alle mot at modell A er det klart beste alternativet for organisering av legevakta i dei seks kommunane framover. Modell B vil også vere fagleg forsvarleg og er eit andreval for prosjektgruppa. Modell C blir frårådd.

Lokalisering

Hovudbasen bør ligge i nærleiken til Volda sjukehus fordi pasientstraumen her er størst. Prosjektgruppa meiner at den beste lokaliseringa er like ved Volda sjukehus og samlokalisert med ambulansestasjonen. Ein oppnår då flest synergjar. Helse Møre og Romsdal har gitt tydelege signal om at bygging av ny ambulansestasjon ved Volda sjukehus ikkje er aktuelt av økonomiske årsaker. I prosjektgruppa meiner vi då at andre alternativet må vere på strekninga Volda sjukehus-Furene, samlokalisert med ambulansestasjon.

Satellittstasjonen bør ligge sentralt geografisk plassert på Ytre for å sikre at flest mogleg innbyggjarar kan nå ein legevaktbase innan 40 min. Gode alternativ er Myrvåg eller Ulsteinvik om ei vil bruke eksisterande

lokale. Det er ingen faglege argument som skil desse to stadane, så det blir opp til det politiske miljøet å bli einige om kvar lokaliseringa skal vere.

Om ein vil bygge nytt eller leige nye lokale kan fleire stader vere aktuelle, men dei geografiske ytterpunkta Fosnavåg sentrum og Hareid er mindre aktuelle om ein vil halde seg innanfor 40 minuttskravet.

Oppstart

Ei ny organisering av legevakta på Søre Sunnmøre krev eit nytt lokale i indre. I prosjektgruppa ynskjer vi framleis at dette lokale skal vere samlokalisert med Volda sjukehus, men signala frå HMR tyder på at det kan bli vanskeleg. Uansett kvar det blir vil ikkje eit nytt lokale kunne stå klart 1.mai 2018.

Vi i prosjektgruppa foreslår derfor at vi startar opp med ei overgangsordning 1.mai 2018 der vi brukar eksisterande lokale (eit legekontor på indre, eit legekontor på ytre og nattlegevakta og legevaktssentralen ved sjukehuset som i dag)

Dette har vore eit utgreiingsprosjekt og det er framleis mykje arbeid som må gjerast før oppstart er mogleg. Prosjektgruppa foreslår derfor at det snarast mogleg etter vedtak blir tilsett ein legevaktssjef og dagleg leiar i legevakta for vidare planlegging og oppstart. Det må blant anna bli gjennomført ROS-analyse av valt modell, etablerast rutinar og prosedyrar og tilsettast hjelpepersonell før ein kan starte opp med overgangsordninga. Det må også jobbast vidare med nye lokale.

I tillegg til val av modell og lokalisering må ein i det administrative og politiske behandlinga av saka ta stilling til om ein ynskjer vertskommuneorganisering eller IKS. Vi i prosjektgruppa har ikkje tatt stilling til om det eine er betre eigna enn det andre.

Vedlegg

1. Arealbehov
2. Kostnadsberekning
3. Spørjeundersøking legar
4. Brev frå tillitsvalte legar
5. Brev frå Helse Møre og Romsdal