



LARVIK
KOMMUNE

PLAN FOR LEGETJENESTER 2018-2021

Innholdsfortegnelse

1. FAKTISKE OPPLYSNINGER	4
1.1 Regulerende føringer	4
1.2 Bakgrunn	4
1.3 Hensikt.....	4
1.4 Innhold.....	4
1.5 Arbeidsgruppe	5
2. EKSISTERENDE LEGETJENESTER.....	5
2.1 Fastlegeordningen:.....	5
I Fastlegeforskriften sitt formål:.....	5
II Bakgrunn:	5
III Belyste utfordringer og strategiske tiltak utført i forrige planperiode:	5
IV Situasjonsbilde Fastlegesituasjonen	6
V Status oversikt fastlegehjemler i Larvik kommune	7
VI Styringsmål.....	8
VII Kvalitetsindikatorer	8
IX Strategiske tiltak.....	9
2.2 Sykehjemslegeordningen	12
I Lovforankring og lokal norm.....	12
II Bakgrunn.....	13
III Belyste utfordringer og strategiske tiltak utført i forrige planperiode	13
IV Situasjonsbilde sykehjemslegeordningen – normtall, rådende prinsipper og erfaringer.....	14
V Status oversikt sykehjemsleger i Larvik kommune	15
VI Styringsmål.....	16
VII Kvalitetsindikatorer	16
IX Strategiske tiltak.....	17
2.3 Legevakt.....	18
I Forskriftskrav - Akuttmedisinforskriften og Fastlegeforeskriften	18
II Bakgrunn.....	18
III Belyste utfordringer og strategiske tiltak gjennomført i forrige planperiode.....	19
IV Situasjonsbildet Larvik legevakt	19
V Status oversikt konsultasjonstall.....	20
TABELL NOTATER OPPRETTET I JOURNAL	20
VI Styringsmål.....	21
VII Kvalitetsindikatorer	21

Plan for Legetjenester Larvik kommune 2018-2021	
IX Strategiske tiltak.....	21
2.4 Legetjenester for øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD).....	22
I Bakgrunn.....	22
II Situasjonsbeskrivelse ØHD i Larvik.....	23
III Strategiske tiltak.....	23
2.5 LIS-1 lege ordningen.....	23
I Lovforankring.....	23
II Historisk forankring.....	24
III LIS- 1 leger i Larvik kommune.....	24
IV Målsetting.....	24
V Strategiske tiltak for Planperiode.....	24
2.6 Helsestasjonslegetjenesten.....	25
I Forankring og bakgrunn.....	25
II Situasjonsbildet helsestasjonen.....	25
III Utfordringer helsetjeneste for barn og strategiske tiltak.....	25
2.7 Fungelshelsetjeneste.....	26
I Lovgrunnlag.....	26
II Særskilte behov for fungelshelsetjenesten.....	26
III Helseressurser i Larvik fungel.....	26
III Strategiske tiltak.....	26
2.8 Samfunnsmedisin.....	26
I Generelt om samfunnsmedisin.....	26
II Bakgrunn, samfunnsmedisin i Larvik kommune.....	27
III Erfaringer og oppgaver.....	27
IV Endringer og status.....	27
V Strategiske tiltak.....	28
2.9 IKT.....	28
I Bakgrunn.....	28
II Status og strategiske tiltak.....	28
Sammendrag av Plan for legetjenester.....	29
Plan for legetjenester for perioden 2018-2021 fremmer følgende tiltak.....	29

1. FAKTISKE OPPLYSNINGER

1.1 Regulerende føringer

Rammeavtalen mellom KS og Den norske legeforening (ASA4310) gir føringer for å utarbeide plan for legetjenesten i kommunen.

Pkt. 6.2 Planlegging:

Kommunen skal sørge for nødvendig planlegging slik at legen har forutsigbarhet i sin virksomhet i henhold til gitte rammebetingelser, slik som forventet listestørrelse, sammensetning av pasientpopulasjon, veiledning av turnusleger mv. Kommunen skal utarbeide en plan for legetjenesten i kommunen. Planen skal rulleres og forelegges samarbeidsutvalget til vurdering og uttalelse.'

Samarbeidsutvalget består av utvalgte representanter fra allmennlegekollegiet, og representanter fra kommunen. I Larvik kommune består samarbeidsutvalget av hoved- og varatillitsvalgt for allmennlegene, sammen med Kommunalsjef for helse og omsorg og kommuneoverlegen. Samarbeidsutvalget skal legge til rette for at driften av allmennlegetjenesten skjer på en hensiktsmessig måte gjennom samarbeid mellom kommunen og allmennlegene.

1.2 Bakgrunn

Rådmannen nedsatte i 2007 et administrativt arbeidsutvalg med hensikt å utarbeide et plandokument for legetjenesten i Larvik kommune, for perioden 2008-2011 (Vedtatt sak kommunestyret sak 100/08)

Rullering av planen ble utført siste halvdel av 2012, for å favne om utfordringsbildet relatert til Samhandlingsreformen, og endringer i regulerende forskrift for fastlegeordningen.

Gjeldende plandokument for legetjeneste (2013-2016) ble utarbeidet under ledelse av daværende kommuneoverlege.

Med bakgrunn i kommunesammenslåing mellom Lardal og Larvik kommune per 1. januar 2018 og endringer i Akuttforskriften, ble rullering av plan for legetjenesten effektivt igangsatt først primo 2018.

Plan for legetjenester vil være gjeldende for perioden 2018-2021.

Prosjektarbeid for Lokal Medisinsk senter i Larvik kommune er i prosess, parallelt med dette planarbeidet, og arbeidene vil således sees i sammenheng, med samme hensikt. Det samme gjelder for HO Planen.

1.3 Hensikt

Plan for legetjenester har til hensikt å gi en oversikt over eksisterende legetjenester i Larvik kommune, samt belyse eventuelle utfordringer og sårbarheter i et nåtids – og fremtidsperspektiv, innenfor ulike områder av disse. Planen danner grunnlag for strategisk utforming og dimensjonering av tjenestetilbudene, i et forbedrings og utviklingsperspektiv, med fokus på å møte fremtidige utfordringer i helsetjenesten. Detaljerte tiltak implementeres i strategidokumentet. Arbeidet har resonans med prosjektarbeid med Lokal Medisinsk senter i Larvik, og HO Planen, som begge er under utarbeidelse.

1.4 Innhold

Tjenesteområdene vektlagt i Plan for legetjenester er følgende, og er beskrevet under pkt. 2 'Eksisterende Legetjenester'

2.1 Fastlegeordningen

2.2 Sykehjemslegeordningen

2.3 Legevakt /akuttmedisinske tjenester

2.4 Legetjeneste for akutte døgnopphold (ØHD)

Plan for Legetjenester Larvik kommune 2018-2021

2.5 LIS-1 lege ordningen

2.6 Helsestasjonslegetjenesten

2.7 Fengselshelsetjeneste

2.8 Samfunnsmedisinsk legetjeneste

2.9 IKT

- Samhandlingsarenaer

1.5 Arbeidsgruppe

Arbeidet har vært utført av en arbeidsgruppe med følgende medlemmer:

Guro Winsvold, kommunalsjef HO, Larvik kommune

Erling Aarseth, fastlege ved Sentrum Legekantor og tillitsvalgt for fastlegene i Larvik

Heidi Gusland, leder av Larvik legevakt

Line Kamilla Heimestøl, Legevaktoverlege

Anna Polak, konstituert Legevaktoverlege

Geir Strømme, fastlege Lardal legekantor, helsestasjonslege og tidligere kommuneoverlege i Lardal

Inger Lund Thorsen, sykehjemslege

Ragnhild Bøhm, fastlege ved Kvelde legekantor og tidligere sykehjemslege i Sandefjord

Dorthe Huse, kommuneoverlege Larvik kommune

Virksomhetsleder Lokal Medisinsk Senter - ikke tilsatt

2. EKSISTERENDE LEGETJENESTER

2.1 Fastlegeordningen:

I Fastlegeforskriften sitt formål:

Fastlegeforskriftens definerer tydelig fastlegeordningen sitt formål.

§1 Formål:

Formålet med fastlegeordningen er å sikre at alle får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid, og at personer i Norge får en fast allmennlege å forholde seg til.

II Bakgrunn:

Ordningen ble etablert i 2001, og har vært vurdert både av tjenesteutøvere, tjenestemottakere og myndigheter til å ha vært en velfungerende ordning. En fastlege har definert ansvar for hver av sine pasienter på listen. Utfordringen med ordningen, er dog at denne ikke har utviklet seg parallelt med utfordringene og ansvarskrav/-forventinger i samfunnet for øvrig. Stadig flere oppgaver tillegges fastlegens ansvar, og ved kombinasjonen av Samhandlingsreformen og ansvarforsyning fra spesialist til primærhelsetjenesten, samtidig med en økning antall multisyke eldre, utfordres kvalitet og sikkerhet for enkeltpasientenes helse, da risiko og ansvarsgrad begge er økt. Utfordringen er nasjonal, hvilket blant annet manifesterer seg i manglende rekruttering inn mot allmennmedisin, i tillegg til at erfarne fastleger/allmennleger slutter i sine stillinger.

III Belyste utfordringer og strategiske tiltak utført i forrige planperiode:

I Plan for Legetjenester 2013-2016 er beskrevet statusbilde av antall fastleger i Larvik kommune, 34, hvilket den gang gav en høyere dekningsgrad av fastleger sammenlignet med andre store kommuner. Vedrørende fastlegeordningen, ble det i planen påpekt utfordring ved stadig økt behov for tverrfaglig samarbeid for å imøtekomme behandling av pasient, større grad av etterbehandling etter utskrivelse fra sykehus, sett i sammenheng med samhandlingsreformen, samt belyst flere og utfordrende forskriftskrav ved fastlegeforskriften per 2013. Totalbelastningen beskrev et bilde med ytterligere press på fastlegenes allerede belastede arbeidstid, og dertil potensielt rekrutteringsutfordring. Som

Plan for Legetjenester Larvik kommune 2018-2021

Ønsket tiltak, ble det lagt føringer for 5-6 nye legehjemler i planperioden, for å etablere robusthet av legepraksiser i økt grad, og for å imøtekomme samhandlingsreformens utfordringer. I tråd med intensjonen i gjeldende Plan for legetjenester, har det i planperioden vært fokus på etablering av mer robuste legepraksiser, i form av tilføring av flere legehjemler til eksisterende legekantor, eller sammenslåing av legekantorer. Tiltakene har lagt til rette for robusthet ved fravær, ferier, behov for akutte hjemmebesøk, samt tilrettelagt for faglige styrket miljø. Det stilles i tillegg store krav til sikrede løsninger innen IKT, hvilket også er med kostnadseffektive og robuste ved etablering av større praksiser.

Mht. tildelingsprosessen for legehjemler i planperioden, ble lagt til rette for at legepraksiser kunne søke, og det ble tildelt legehjemler etter prioritering og geografisk plassering, og det ble lagt til grunn betingelser definert i plan for legetjenester, som omhandlet krav til å avgi pasienter fra andre kollegaer for hjemmelsmottagende kontor. Det ble i perioden fordelt 4 legehjemler (HelseNordbyen, Tjølling legekantor, Nanset Legekantor og Torget Medisinske senter). Det ble i tillegg planlagt en legehjemmel inn mot solopraksis under avvikling i Stavern, uten at dette ble gjennomført. (Viser til utfyllende opplysninger i vedlegg Tildeling av legehjemler)

Iht. rammeavtalen mellom KS og Legeforeningen og fastlegeforskriften, foreligger det anledning for kommunen å etterspørre tilpliktet tjeneste i form av 7,5 times kommunalt arbeid, opp mot avtalt praksiskompensasjon og lønn. I løpet av planperioden har slike tilpliktete og påkrevde oppgaver blitt redusert. Små tilsynslegestillinger forbeholdt fastlegene som påkrevde kommunale oppgaver, er nå forbeholdt kommunalt ansatte, i større stillingsforhold. Kommunale legestillinger, i tillegg til fastlegearbeid er i hovedsak opprettholdt kun innenfor legetjeneste ved familiesentrene, dog er samtlige på frivillig basis.

Legevaksarbeid, er påkrevd oppgave for fastlegene, jmf fastlegeforskriften, og kommer i tillegg til arbeid i ordinær arbeidstid. I løpet av planperioden, har en større del av legevakten vakter blitt omgjort til legevaksarbeid for fast ansatte legevaksleger. Omleggingen har redusert vaktbelastningen ved legevakt for fastlegene.

IV Situasjonsbilde Fastlegesituasjonen

Legehjemler og listelengde

Per mai 2018 har Larvik kommune 40 legehjemler betjent av 45 fastleger, hvilket betyr at 5 legehjemler har deleliste. Basert på antall legehjemler gir status per mai 2018 gjennomsnittlig reell listelengde 1193, med utgangspunkt i 47717 pasienter, fordelt. Dersom sett opp mot antall leger, gir dette en listelengde i form av 1060 pasienter/lege. 13 av kommunens lister er åpne, og gir 3854 ledige plasser. For 10 av legehjemlene, er det høyere reelt listeantall, enn faktisk ønsket listestørrelse. Dette har sammenheng med at fastleger, som har vært en tendens over siste to år, har henvendt seg til kommunen med ønske om å redusere antall pasienter på listen (ved naturlig avgang), med bakgrunn i opplevd for krevende hverdag. Dette 'pasientoverskuddet' utgjør 1046 pasienter, som tilsvarer opp mot anbefalt listelengde fra legeforeningen (1200 pasienter/ lege). Vurdert ut i fra ønsket listelengde, gir de 40 legehjemlene i Larvik kommune rom for 49207 pasienter.

Listelengden for fastlegene i Larvik varierer mellom 577 og 2000. På nasjonalt nivå, utgjorde gjennomsnittlig listelengde per 21.12.2016 1111 pasienter. Vurdering i trepartssamarbeidet KS, Staten og Legeforeningen bifaller betydelig redusert listeantall sammenholdt med listestørrelse på 1500 som nå har vært gitt førende for en full stilling som fastlege.

Innbyggertall

Iht. SSB per 3. kvartal 2017 hadde Lardal 2550 innbyggere og Larvik kommune 44220, hvilket utgjør innbyggertall for nye Larvik kommune 46770 innbyggere.

Viser til vedlegg med oversikt over hvert legekantor.

Finansiering

Finansieringsordningen for fastlegene er som kjent, basert på tilskudd per capita, i tillegg til refusjoner fra HELFO og egenandeler fra pasient. Flere yngre leger som er i periode med etablering av familie, gir uttrykk for arbeidsforhold uforenlige med familiesituasjonen, med bakgrunn i behovet for en listestørrelse som er tilstrekkelig for bærekraftig økonomi, i balanse med den stadig økende belastningen ved oppgaver pålagt fastlegene, fra spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Arbeidsbelastning og Rekrutteringsutfordring

Merbelastningen med henblikk på arbeidsoppgaver for fastlegene, og således arbeidstiden, har økt betraktelig de siste årene. En arbeidstidsundersøkelse gjennomført av Helsedirektoratet våren 2018 viste at fastlegene arbeider i gjennomsnitt 55,6 timer per uke, uten medtatt tid for legevakt. 10% prosent av legene viser til en ukentlig arbeidstid mer enn 75 timer, mens 25 prosent arbeider mer enn 62 timer. Det er kun 10% har av besvarende, som angir en totalarbeidstid på inntil 37,5 timer per uke. Undersøkelsen viste også at 6 av 10 leger har tenkt på opphør av sitt arbeid, med bakgrunn i grad av arbeidspress. Til tross for en betydelig oppgaveforskyvning over til fastlegene, har det ikke blitt tilført ressurser til fastlegeordningen, som står i forhold til dette.

Det har i løpet av Planperioden 2013-2016, vært utlyst legehjemler, som har vært lokalisert i etablerte legepraksiser. Utlysning og respons har vært endret i løpet av disse årene. Det har vært flere yngre og gode søkere til legehjemlene, og det har blitt etablert 5 delelister i perioden. Det har også vært legehjemler som har blitt utlyst, og som har blitt overtatt av dyktige, unge leger, som var og er i spesialiseringssløp innen allmennmedisin. Utlysning av praksiser over de siste 1,5-2 årene, har vist seg mer utfordrende enn tidligere. I forbindelse med utlysning av mindre legepraksiser, og solopraksis, har bildet tegnet respons i form av få og/eller ukvalifiserte søkere. Dette kan omhandle at en slik driftsform er mer sårbar og krevende, eller det kan ha sammenheng med rekrutteringsutfordring, som oppleves nå nasjonalt. Også mindre legepraksiser var attraktive for søkere, kun for få år tilbake. Det er flere yngre leger som viser interesse for feltet allmennmedisin, men som ønsker fastlønnet arbeid, og ikke etablering som næringsdrivende lege.

V Status oversikt fastlegehjemler i Larvik kommune

Larvik kommune	2008	2012	Mai 2018	August 2018
Antall fastlegehjemler	32	34	40	39
Antall fastleger			45	42
Antall delelister			5	2
Antall åpne pasientlister			13	
Gjennomsnittlig listestørrelse			1193	1240
Antall ledige plasser per legehjemmel	319	208	97	41
Antall ledige plasser totalt	10222	7104	3867	1602
Variasjon i listestørrelse	390-2510	326-2486	577-2000	601-2063
Gjennomsnittlig innbyggerantall per legehjemler			1039	1208
Antall legekantor totalt			15	13

Plan for Legetjenester Larvik kommune 2018-2021

Antall kommunale legekantor			1	1
Antall gruppepraksiser		13	13	13
Antall legepraksiser 5 leger			0	1
Antall legepraksiser 4 leger			4	4
Antall legepraksiser 3 leger			4	4
Antall legepraksiser 2 leger			5	3
Antall solopraksiser			2	1
Antall LIS-1 leger			4	4
Antall legekantorer med LIS-1 leger			3	3
Gjennomsnittsalder fastleger		52		50
Andel fastleger kvinner/menn				15/24

VI Styringsmål

Plan for legetjenester vil belyse anbefalt strategi både for fremtidig utvikling av robusthet av fastlegetjenesten, både med tanke på størrelse og plassering av legekantor, samt rekruttering av yngre leger, hvilket ved de fremtidige utfordringene Larvik kommune vil møte, like fullt vil kunne oppfylle formålet med fastlegeordningen, som iht. forskrift.

VII Kvalitetsindikatorer

Kvalitetsindikator som begrep sett opp mot fastlegeordningen, har til hensikt både å kunne tilføre informasjon til tjenestemottakere og samarbeidspartnere for tjenesten, samt benyttes som måleindikatorer sett i sammenheng med styringsmål for kommunens primærhelsetjeneste. Indikatorene bør med fordel således ikke være individspesifikke, men ha mulighet til å avspeile et tallfestet situasjonsbilde, og ha til hensikt å bidra inn for strategiske tiltak for forbedret tjeneste. Kvalitetsindikatorer bør registreres årlig, og bør inngå som del av kvalitetsmeldingen for HO.

Kvalitetsindikator	Hensikt	Strategisk tiltak
Antall gruppepraksiser med 3 leger eller flere	Robusthet	Regional plassering og dimensjonering
Antall spesialister i allmenntjenestemedisin som andel av fastlegekorpset	Kompetanse	Tilskudd i forbindelse med spesialisering i allmenntjenestemedisin
Antall ALIS-stillinger/tilrettelagte stillinger	Rekruttering	Kommunale stillinger med tilrettelegging for spesialisering i allmenntjenestemedisin
Gjennomsnittlig tid som hjemmelsinnehaver i kommunen	Stabilitet	Avlastning fra påkrevde oppgaver
Gjennomsnittlig listestørrelse	Kompleksitet/listepopulasjon	Avlastning fra påkrevde oppgaver
Andel kommunalt ansatte leger på legevakt	Robusthet	Avlastning fra påkrevde oppgaver Kommunale stillinger med tilrettelegging for spesialisering i allmenntjenestemedisin

Som til dels belyst under avsnittet som omhandler situasjonsbildet for fastlegene i Larvik, foreligger det lokale, som nasjonale utfordringer av denne modellen. Strategisk tilnærming fra kommunens side, vil omhandle å tilstrebe robusthet av ordningen, hvilket innebærer tiltak som både favner god ivaretagelse av allerede etablerte fastleger i Larvik, og som samtidig fokuserer på rekruttering.

Vi har valgt å differensiere dette i segmenter, mht. strategiske tiltak:

1. Regional plassering og dimensjonering av legekantor

Larvik kommune har i dag legekantor godt spredd mot naturlige områder med større befolkningstetthet. Kapasitet i form av listestørrelse sett opp mot innbyggertall i assosierte nedslagsområder for tjenesten, er dog noe variert. Strategisk arbeid med fastlegeordningen i Larvik kommune bør balansere begrepet robusthet ved legetjeneste og legekantor, opp mot behov definert fra innbyggertall. Regional definisjon vil være tilsvarende som benyttet i Helse- og Omsorgsplanen, der helse- og omsorgstjenestene vil være lokalisasjonsorienterte. De differensierte områdene er følgende: Stavern, Helgeroa, Sentrum, Halsen, Tjøling, Kvelde og Svarstad.

Fastlegeordningen i seg selv bærer dog elementer av autonomi i og med driftsform av legekantor i hovedsak er i form som selvstendig næringsdrivende. Rettigheter og plikter som omhandler tildeling av legehjemler og plassering av LIS-1 leger, er dog kommunalt ansvar. Lovverk regulerer ansvarsforholdene kommune versus næringsdrivende i denne sammenhengen. Dette begrenser dog samtidig kommunens anledning til påvirkning i hvordan de selvstendig næringsdrivende bygger opp sin praksis, og hvor.

Larvik kommune sine 45 legehjemler er fordelt på 15 ulike legekantor, hvorav samtlige, med unntak av 1 legekantor (Lardal legekantor) har selvstendig næringsdrivende driftsform. Lardal legekantor er kommunalt driftet. Flere leger ved samme legekantor skaper større grad av robusthet, både mhp. mulighet for splitting av utgifter, for et styrket faglig miljø og for solide og forutsigbare fraværsordninger eksempelvis i forbindelse med ferieavvikling, kurs eller sykebesøk. Driftsvilkår og gode arbeidsmiljø, tilfører også mulighet for en bedre regulering av arbeidsbelastning, både ved justering av listestørrelse til passende nivå som gjenspeiler inntekter, og for tidvis avlastning for hverandre ved eventuelle behov. Forhold som beskrevet legger til rette både for å beholde leger allerede i arbeid, samt vise til gode arbeidsvilkår som i seg selv også er rekrutterende. Litt over halvparten av Larvik kommune sine legekantor har 3 eller flere leger ved sitt kontor. Dersom også LIS-1 lege inngår i beregningen, har 9/15 kontorer et legefelleskap på flere enn 3 leger. 3 leger eller flere sies å være en fordel for tilfredsstillende solide driftsrammer.

Selv om 3 leger eller flere ved samme kontor sies å gi fordeler ved drift, vil behovet for legedekning i et gitt område, må være sett i sammenheng med innbyggertall i nedslagsfeltet. Strategiske prioriteringer fra kommunens side vil kunne være å tillate sammenslåing av legekantor, der det er ønskelig, samt tildele legehjemler til legekantor som ønsker, gitt at nedslagsfeltet for innbyggertall viser et reelt behov. Det anbefales at legekantorer tilstrebes å ha 3 leger eller flere, og at det unngås nyetablering av solopraksis.

I og med driftsform av legekantorer i Larvik i hovedsak er i form av selvstendig næringsdrivende, har kommunen dog ikke anledning til å pålegge et legekantor å ta i mot en ny legehjemmel, dersom hverken ønske eller lokalitetsmessige forhold for et legekantor er tilstede. Kommunen har heller ikke

Plan for Legetjenester Larvik kommune 2018-2021
mulighet til å kreve endringer av lokaler, gitt at tilfredsstillende universell utforming av kontoret er ivaretatt. Forutsatt politiske prioriteringer, vil like fullt kommunen har anledning til å tilrettelegge for endring av lokaliteter for et legekantor, dog uten anledning til pålegg.

2. Avlastning fra påkrevde oppgaver

Krav

Kommunale oppgaver

Fastlegeforskriften gir kommunen anledning til å pålegge fastlege i fulltidspraksis deltagelse i 7,5 timer per uke i andre allmennlegeoppgaver i kommunen, eksempelvis helsestasjons- og skolehelsetjeneste, sykehjem eller fengsel.

Legevakt

Fastlegen plikter å delta i kommunal eller interkommunal legevakt utenfor ordinær åpningstid, i tillegg til kommunens organiserte øyeblikkelig hjelp-tjeneste i kontortid, herunder tilgjengelighet i helse-radionettet og ivaretagelse av utrykningsplikten.

Avlastningstiltak

Med blick som både favner ivaretagelse av fastleger allerede etablert som del av fastlegekorpsset, samt tilstreber attraktivitet mot rekruttering av nye fastleger til vår kommune, vil mulige strategiske tiltak kunne omhandle løsninger som avlaster oppgaver pålagt fastlegen utover ordinært listeansvar.

Konkretiserte tiltak vil naturlig innarbeides i Strategidokumentet, dog kan alternative løsninger fremmes i aktuelle plandokument som følger:

Kommunen som vikar

Fastlegepraksis i full tids virksomhet defineres i sentralt avtaleverk som minimum 28 timer per uke i minimum 44 uker av året, og utgangspunkt for åpningstid i tidsrommet 08:00-16:00. Fastlegene har også individuelle avtaler med kommunen som skal sikre at fastlegen i åpningstiden innretter sin praksis slik at listeinnbyggere i behov av øyeblikkelig hjelp, kan motta dette

Kollegial fraværdeknning for fridager, dager med ferie, kurs eller lignende, dekkes i hovedsak av kollegaer ved samme kontor. Kommunen har dog i tillegg allerede åpnet for mulighet for at legevakten kan vikariere på dagtid, gitt at dette er dager som ikke er høytid eller i ferie, da legevakten da selv, allerede er tungt belastet.

En avlastningsmulighet vil kunne være å tilby større grad av tilgang til kommunen som vikar, være seg ved økte ressurser ved legevakten, kommunalt driftet legekantor eller alternativt kommunalt ansatt lege i hjemmel ved privat legekantor. Større grad av avlastning for legen utover 28timers arbeidsuke, kan også gi anledning for fastlegen å forsvarlig kunne redusere sin listestørrelse, dersom ønskelig. Dersom flere fastleger ønsker å redusere listene sine, vil dette gi behov for opprettelse av flere legehjemler. Kommunen vil da aktivt jobbe for etablering av dette

Utelukkende frivillig kommunal tjeneste

Som tidligere beskrevet, tilstrebet frivillighet til tross, foreligger like fullt anledning for kommunen å tilplikte fastlege deltagelse i 7,5 timers annet arbeid enn hva som tilhører ordinært listeansvar. Fastlegen inngår da et arbeidsforhold og mottar lønn for dette, i tillegg til praksiskompensasjon etter gitte takster ved SFS2305. Strategi som allerede er bestrebet, er utelukkende frivillighet mht. deltagelse i kommunalt arbeid som tilsynslege ved institusjon, helsestasjon eller fengsel. Ved ønske

Plan for Legetjenester Larvik kommune 2018-2021
om opphør av et arbeidsforhold fra fastlegen side, har dette blitt innvilget som i henhold til ønske. Det er per tiden utelukkende avtaler på frivillig basis, og disse er kun i legefunksjon opp mot familiesentrene i Larvik. Øvrige stillinger, er lagt til rene kommunale ansettelsesforhold, eksempelvis ved institusjon. En avlastning for fastlege vil være å videreføre nåværende strategi, for å unngå merbelastning på fastlegens arbeidshverdag.

Legevakt på frivillig basis

Som definert fra fastlegeforskriften, stilles det krav om at fastlegen skal delta i organisert legevakt utover ordinær arbeidstid. 1.mai 2015 trådte Akutforskriften i kraft, hvilket stiller økte krav til hva legevaksarbeid innebærer. Legevakt har tradisjonelt sett vært bemannet med fastleger, LIS-1 leger og med vikarer. I 2014 endret Larvik (interkommunale) legevakt denne driftsformen, ved også å ansette fast ansatte leger, med hensikt å avlaste fastlegene med vaktbelastning, og i tillegg berede grunnen for Akutforskriftens inntreden. Fast ansatte leger ved legevakten har vist seg å være en god ordning, og de årene organiseringen har vært aktiv, har sårbarheter blitt avdekket, og løsninger etablert. Legevakten er fortsatt bemannet med fastleger, LIS-1 leger og vikarer. Med endrede krav jmf. Akutforskriften, samt større tilslag av pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp - deriblant også i form av hjemmebesøk, ble det vurdert behov for en endring i kommunalt ansatte leger, da tiltenkt optimalisert i form av kombinasjonsstillinger ved institusjon og legevakt, samt endringer fra passiv til aktiv vakt ved legevakten. Det foreligger et politisk vedtak der det er bevilget midler for halvårseffekt av ansettelser for 2018 og videre helårseffekt. Tiltaket vil avlaste fastlegene i enda større grad, hvilket vil kunne vurdere hvorvidt deler av dette arbeidet vil kunne være frie vakter, som også kan tildeles fastleger, dog på frivillig basis. Et definert antall legevakter er påkrevd som del av spesialisering i allmenntidmedisin, og det vil derfor være behov for tilrettelegging for at fastlegene kan få gjennomført denne tjenesten. Avlastning fra legevaksarbeid i pålagt form, vil muliggjøre for en bedret arbeidshverdag for etablerte fastleger, samt være rekrutterende også for unge leger i etableringsfase, som ønsker å tre inn i allmenntidmedisinsk virksomhet.

3. Rekrutteringstiltak ved tilskudd og tilrettelegging for spesialisering

Over de siste årene har rekrutteringssvikt til allmenntidmedisin utfoldet seg i stadig økende grad, sett lokalt, ikke ulikt nasjonalt. Svikt til rekruttering har utspring fra flere faktorer, og viser seg blant annet omhandle usikkerhetsmomentet med hensyn til økonomi, driftsform som selvstendig næringsdrivende med personalansvar, sårbare fravær- og pensjonsordninger, merarbeid utover ordinær arbeidstid og listansvar, samt en stadig økende oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten til kommunen – derav til fastlegene, uten at dette er etterfulgt av oppjustering av per capita-tilskudd. Det stilles krav til å gjennomgå spesialisering mot allmenntidmedisin, for å inneha rett til refusjon fra HELFO, hvilket igjen forutsetter avsatt fri til kurs, som både er krevende for drift med hensyn til å ivareta pasienter, samt å dekke opp for kostnad ved å være borte fra legepraksis. Drift av legepraksis fordrer også ofte en betydelig investeringskostnad, ved ervervelse av legehjemmel og overdragelse av praksis.

Fagfeltet allmenntidmedisin viser seg samtidig å favne bred interesse, og vikarstillinger innen allmenntidmedisin, eventuelt spesialiseringstillinger med kommunalt ansettelsesforhold og strukturert spesialistutdanning viser seg populære. ALIS er forkortelse for Allmenntidlege i spesialisering. Nasjonalt senter for distriktsmedisin, legeföreningen og KS har vært involvert i pilotprosjektet ALIS-vest, og Helse- og omsorgsdepartementet bevilget i 2016 midler for å støtte opp mot denne ordningen. Prosjektet innebærer fastlønnede stillinger ved privat eller kommunalt legekontor, og er 5-årige stillinger, der kommunen bærer ansvaret. Utlyste stillinger har blitt møtt med stor interesse og mange søkere. Prosjektet er tydelig definert med hensyn til rammer og krav for

Plan for Legetjenester Larvik kommune 2018-2021 gjennomføring, og krever kommunens oppfølging av dette. Stor grad av popularitet til tross, avdekker allikevel foreløpig rapport utfordringer som omhandler kostnader for kommunene, veiledning i henhold til påkrevde rammer, og uavklarte anliggende relatert til oppbygging av liste.

Utfordringer innen rekruttering til allmennmedisin er som kjent av nasjonal art, og fastlegene i Norge har gått sammen for å belyse dette for sentrale myndigheter og KS. Det forventes at det i løpet av inneværende eller kommende år, vil bli tydelige nasjonale føringer eller krav for hvordan fastlegeordningen vil anordnes i fremtiden.

Kommunen tenker således at to hovedløp vil kunne være bidragsytende i rekrutteringsøyemed innenfor planperioden:

Tilskudd i forbindelse med spesialisering i allmennmedisin

Det er tiltenkt konkretisert tilskudd i forbindelse med gjennomføring av kurs som inngår som del av spesialisering i allmennmedisin. Tilskuddet er i første omgang definert for leger som overtar egen legehjemmel i 2018 og 2019, og innebærer praksiskompensasjon (hentet fra SFS230) i forbindelse med fravær i forbindelse med kurs. Obligatoriske kurs står for om lag halvparten av påkrevde kurs for spesialisering i allmennmedisin, og er i sin helhet refundert ved søknad, ved medlemskap i Den norske legeföreningen.

Kommunale stillinger med tilrettelegging for spesialisering i allmennmedisin

Larvik kommune ser for seg å kunne ansette leger i kombinasjonsstillinger, der det er mulighet for å få godkjent 2 år ved jobb innenfor kommunal institusjon og 1 år ved legevakt. Ved samarbeid med fastlegene, ville det kunne gis permisjon til fast ansatte leger, for å kunne gå inn som vikar i allmennpraksis dersom en fastlege ville være i behov av dette. Det vil også kunne gå i dialog med sykehuset om mulighet for å se på samarbeid om legestillinger, som ville kunne ta i mot leger fra allmennmedisin eller fast ansettelse, med henblikk på gjennomføring av obligatorisk sykehusår. Lege med ansettelsesforhold i kommunen, ville i den forbindelse også kunne få innvilget permisjon for dette. Slike tilretteleggingsstillinger bør da grundig informeres om også til LIS-stillinger i kommunen.

4. Offensivt arbeid inn mot sentrale myndigheter samt sykehus og godt kommunalt samarbeid

En velfungerende og stabil fastlegetjeneste er avgjørende for god kvalitet i primærhelsetjenesten. Solid dialog og godt samarbeid mellom de rene kommunale helsetjenestene og fastlegene er en vesentlig suksessfaktor for å komme i mål med dette. Arbeid lokalt, er like fullt ikke tilfredsstillende, og det vil være viktig at kommunen i løpet av planperioden jobber aktivt inn mot sentrale myndigheter og KS, for å tilstrebe påvirkning av de arbeidsforholdene som fastlegene jobber under dag. Det er i tillegg viktig at kommunen jobber aktivt inn mot sykehuset for å bidra til utforming av samarbeidsavtaler, som muliggjør en større grad av kontroll og føring av hvilke oppgaver som forskyves over til kommunen og til fastlegene.

2.2 Sykehjemslegeordningen

I Lovforankring og lokal norm

Rundskriv 1-4/2007 'Nasjonale standard for legetjenester i sykehjem' ble i 2007 sendt fra Helse- og omsorgsdepartementet til alle landets kommuner. Rundskrivets hensikt var presisering av krav til kommunene om å fastsette en lokal norm for legetjenester i sykehjem. En arbeidsgruppe utarbeidet et forslag til normering av legetjenester i sykehjemmene, og la til grunn en risiko- og behovsvurdering for legetjenestene og tallfestet antall legetimer som behov for å oppfylle lovkrav om forsvarlighet og

Plan for Legetjenester Larvik kommune 2018-2021
kvalitet på legetjenesten ved sykehjem. Lokal norm (antall uketimer lege per beboer ved sykehjem) for legetjenestene fulgte DNLF (Den norske legeforeningens) normtall, og ble vedtatt desember 2007 ved sak: KST -225/07. Lokal norm ble definert som 0,56 legetimer per uke per beboer, dog differensiert mellom korttids- og langtidspasienter, og grad av ubundet tid. Turnusleger var frem til vedtaket benyttet som selvstendige legeressurser ved sykehjem, dog ble det vedtatt at disse ikke skulle jobbe selvstendig.

II Bakgrunn

Sykehjemsmedisin som fagfelt har over de senere årene blitt gitt økt fokus, blant annet med bakgrunn i et endret behov. Samfunnet, der Larvik kommune heller ikke er et unntak, opplever en stadig større andel av eldre og flere som lever lengre med kompliserte og sammensatte sykdommer. Samhandlingsreformen trådte i kraft i 2012, og har blitt etterfulgt av en stadig økende grad av ansvar – og oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Kombinasjonen har utfordret - og utfordrer fortsatt kommunenes kapasitet innen helse- og omsorgssektoren, både med hensyn til antall årsverk av helsepersonell, men også til kompetansekrav, som stadig viser seg behov i form av å bli mer spesialisert. Sykehjemsmedisin som fagfelt, samt organisatorisk, både i Larvik kommune, som nasjonalt, er også blitt mer differensiert, og således spesialisert, der avdelinger har tydeligere definerte pasientgrupper, eksempelvis palliativ enhet, demensavdeling og rehabiliteringsavdeling. Sykehjemsmedisin stiller like store krav til fagpersonell ved sykehjemmene, som hos legene, og samspillet er avgjørende for god kvalitet av tjeneste. Etter samhandlingsreformen tilkom krav til kommunene om opprettelse av Kommunal Akutte Døgnplasser, såkalt KAD (nå øyeblikkelig hjelp døgnplasser, ØHD). Tilbudet hadde - og har til hensikt å kunne være et like godt – eller bedre tilbud for innleggelse, enn sykehus. Det ble gitt støtte til opprettelse av KAD- avdeling, og krav om avdelinger per januar 2016. Larvik kommune opprettet sin KAD- avdeling ved Byskogen sykehjem. KAD/ØHD, tross for tjeneste innunder sykehjem og sykehjemsleger, vil omtales under eget punkt i denne planen.

I tillegg til sentrale krav om opprettelse av definerte kommunale tilbud, ansvarsoverføring til primærhelsetjenesten og pasienter med krav om økt omfang av tjeneste, både i form og dimensjonering, har sentrale myndigheter endret spesialistregler og kompetansekrav til leger som utfører legearbeid. Allmenntidisin har nå anledning til å ha to av sine spesialiseringsår godkjent dersom arbeid utføres ved institusjon/sykehjem, hvilket hever interessen for at leger velger stillinger i kommunehelsetjenesten. Krav til turnustjenesten er nå også endret, og legene defineres nå som LIS-1 leger. Fra september 2018 foreligger endring av krav til definerte og utsjekkede læringsmål for hver LIS-1 lege, både i spesialisthelsetjenesten og kommune.

Sykehjemslegeordningen vil således måtte imøtekomme og favne de totale utfordringene og kravene som stilles, for å kunne. Plan for legetjenester revurderer tidligere vedtatte dimensjonerte normtall, sett opp mot ventet behovsbilde i et nåtids og et fremtidig perspektiv.

III Belyste utfordringer og strategiske tiltak utført i forrige planperiode

Plan for legetjenester 2013-2016 belyste utfordringene som allerede under planarbeidens tid avdekket tendens av konsekvensbildet etter innføring av samhandlingsreformen.

Sykehjemslegeordningen var tidligere organisert i større grad ved flere tilsynsleger i små stillinger, som kommunal tjeneste i tillegg til fastlegepraksis. Det ble vurdert at større legestillinger ved sykehjem ville være et behov, for å imøtekomme de nye utfordringene, da sykehjemmenes rolle i større utstrekning ville ha til hensikt å videreføre medisinsk behandling startet ved sykehus. Kontinuitet og tilgjengelighet ved større sykehjemslegestillinger var da vurdert som et behov, for å

Plan for Legetjenester Larvik kommune 2018-2021
imøtekomme endringer i sykehjemsmedisinens utfordringer. Turnusleger som bemannet langtidsavdelinger ble også vurdert som et sårbarhetselement, i og med utskifting av disse hvert halvår.

Elektronisk journalsystem uten anledning for oppkobling mot Norsk helsenett og latens i laboratoriesvar, ble også sett på som vesentlig utfordring.

Strategiske tiltak i planperioden, var å tilstrebe økte stillingsstørrelser for sykehjemsleger. Gradvis ble dette justert, frem til nåtidens situasjonsbilde. Faglig fokus i forbindelse med månedlige sykehjemslege forum, samt deltagelse i kursrekke i regi av Fylkesmannen innen Alders - og sykehjemsmedisin, ble også prioritert som kompetansehevingstiltak. Turnuslegene ble tilstrebet benyttet til arbeid ved sykehjem sammen med annen lege, og det elektroniske journalsystemet har utviklet seg innenfor mulighetsrom for journalformen.

Ikke anført i Planrapporten for forrige periode, har det dog blitt jobbet mye med utvikling av KAD- og avklaringsavdelinger ved Byskogen sykehjem. Ulike alternativer har vært utprøvd med tanke på optimalisert kompetanse og organisering til å møte de medisinske utfordringene til de sykeste pasientene i kommunen, med ivaretagelsesbehov innen heldøgns omsorg. Legedekning opp mot de spesialiserte avdelingene har vært debattert gjentagende, og det har vært vurdert vaktordninger med samarbeid mot tilgrensende kommune, Sandefjord, uten at man kom i mål med dette.

IV Situasjonsbilde sykehjemslegeordningen – normtall, rådende prinsipper og erfaringer

Normtall

Normtall for legetimer per beboer per uke, som defineres som forsvarlig, har sammenheng med flere forhold. Det er opp til hver kommune å definere sitt normtall, og det foreligger ingen statlig norm. Behovene i en kommune kan endres, relatert til kommunesammenslåing, endring i befolkningens sammensetning, organisering og struktur av tjenester, og ikke minst kompetanse innenfor andre samarbeidende profesjonsgrupper som også har til hensikt med å tilføre helsetjeneste til pasient, med samme formål.

Nasjonalt

Nasjonale normtall fra 2017, hentet fra Helsedirektoratet og Statistisk sentralbyrå viser et gjennomsnittlig normtall på 0,55 legetime per beboer per uke, hvilket var uten endring, sammenholdt med året før.

Lokalt

Som tidligere presisert, definerte Larvik kommune ved vedtak i kommunestyret i 2007, normtall i form av 0,56 legetime per beboer per uke. Differensieringen dog med 1,5 time per beboer per uke dersom korttidsplass og 0,33 time ved langtids plass. Normering den gang gitt i form av 60% tilstedeværelse og 40% ubunden tid, da dette ble sett som behov for de små legestillingene (tilsynslegestillinger for fastleger) De store stillingene skulle inneha redusert grad av ubunden tid, således normeringstall ved tilstedeværelse som tilsvarende.

Spesialiserte avdelinger i kommunen ble definert til å være avklaringsavdelingen, ØHD-avdelingen og lindrende enhet. De spesialiserte avdelingene ble gitt normtall 5 legetimer per beboer per uke. Dette var dog ikke et definert normtall gitt ved kommunestyrevedtak. I ØHD/KAD-veilederen var dette normtallet anbefalt for denne pasientgruppen.

Erfaringer og prinsipper

Organisering av sykehjemslegene har vært i endring, i og med flere mindre legestillinger har opphørt. Som nevnt ovenfor, har de små tilsynslegestillingene hatt en større grad av ubunden tid sett opp mot beboer, sammenholdt med stillinger som har vært større. Prinsipper som har vært for de større/store stillingene har ikke vært fullt ut klarert, og også her har det vært en differensiering av leger som til enhver tid jobber ved samme sykehjem og leger som har større stillinger, men er fordelt på flere. Telefontilgjengelighet og rammer for dette, har heller ikke vært fullt ut klart definert.

Normtall inn mot de spesialiserte avdelingene har tidvis fint dekket behovet, mens andre ganger vært særdeles utfordrende. Kontinuitet i legetjenesten ved disse avdelingene har dog vist seg avgjørende. Normtallet bør gjennomgås, opp mot behov, og differensieres, da samhandlingsreformen utvilsomt har endret de reelle behovene som fortsatt har terminologi innenfor 'langtid- og kortidspasient', samt 'spesialiserte plasser'.

LIS-1 lege (tidligere turnuslege) har gitt tilbakemelding om ønske om selvstendighet i arbeid for optimalisert læringsutbytte. Kommunens erfaring har avdekket at sykehjemsmedisin ved utfordrende avdelinger (demens-/skjermet avdelinger) klart er spesialiserte fagfelt, og forutsetter tett oppfølging av veileder, for å gi mulighet for å arbeide selvstendig for LIS-1 lege, som samtidig har sine kurative dager i allmenntidmedisin.

I og med normtall opp mot behov ofte er fluktuerende, da pasientgruppen stadig er i endring, i kombinasjon med ønsket fra LIS-1 leger om mulighet til å jobbe selvstendig som lege, vil det mest optimale, som vil kunne være et godt løp opp mot definerte læringsmål for LIS-1 legene, samt god styrke ved de spesialiserte avdelingene, at LIS-1 legene i hovedsak tillegges arbeid ved disse, slik at de kan være fleksible og bistå ved de ulike spesialiserte avdelingene ved behov.

Tydighet i prinsipper med hensyn til forventning som kan tillegges sykehjemslege, samt ubunden tid og kompensasjon, bør være lik, og sett opp mot stillingsprosent.

Andre erfaringer omhandler legevisitt og organisering, og at dette ofte gjøres ulikt ved ulike avdelinger. Forventningsavklaring fra både lege og avdeling bør være tydelig og predefinert, personell tilstede uavhengig.

V Status oversikt sykehjemsleger i Larvik kommune

Antall sykehjemsplasser

Larvik kommune har per juli 2018 414 sykehjemsplasser, fordelt på 296 langtids og 118 korttidsplasser. Flere korttidsplasser er tidvis belagt med pasienter i behov av langtids plass.

Organisering av sykehjemslegene

Sykehjemslegene er organisert innunder Kommuneoverlegen, både med henblikk på økonomi, personalansvar og koordineringsansvar. Ordningen var tidligere anført ved en sykehjemslege med både fag – og koordineringsansvar. Ansvar ble flyttet, med bakgrunn i endringsbehov.

Fagansvar er dog opprettholdt hos sykehjemslege.

Årsverk og sammensetning sykehjemsleger

Sykehjemsleger i Larvik kommune er organisert i store stillinger, blant noen, ansvar delt inn mot helsestasjonen eller mot administrativt anliggende.

Plan for Legetjenester Larvik kommune 2018-2021

Som i tråd med forrige periode sin Plan for legetjenester, er det tilstrebet større legestillinger, med tanke om økt kontinuitet og således totalt sett bedret kvalitet, samt mindre sårbarhet.

Legene har sine faste ansvar. Ved Byskogen sykehjem, er det 2 faste stillinger av 100%, som hver har ansvar for avklaringsavdelingen og for KAD-avdeling og korttid. Lindrende enhet har en hovedansvarlig lege, som har to faste visitt-dager, men kan kontaktes ellers i uken, ved behov, når denne har kliniske oppgaver ved andre sykehjem, samt arbeid med fag.

Det er kun 2 leger i Larvik kommune, som fortsatt har tilsynslegefunksjon ved kommunalt sykehjem, i tillegg til arbeid som fastlege. Dette er de to fastlegene som jobber ved legekantoret i Svarstad. Organiseringen av fastlegeordningen er for dem noe annerledes, og en løsning der fastlegene og deres LIS-1 lege også tilser pasientene ved sykehjemmet, vurderes mest formålstjenlig for tjenestemottak og ytende aktør.

1 av Larvik sine fastleger jobber som tilsynslege ved Sjømannshjemmet i Larvik, dog er dette driftet i regi av privat selskap.

Larvik kommune har 4 LIS-1 leger, som i en periode for 6 måneder har sin allmenntilleggsfunksjon ved konkrete legekantor i Larvik. Arbeidsfordelingen er 3 kurative allmenntilleggsfunksjoner dager og 2 dager ved sykehjem eller annen kommunal tjeneste. LIS-1 legene vil i hovedsak ha sine kommunale dager med base ved Byskogen, for å bistå ved de spesialiserte avdelingene. Dersom LIS-1 legene jobber selvstendig ved sykehjem, forutsetter det tilgjengelig veiledning.

VI Styringsmål

Sykehjemsmedisin er stadig i endring, og primærhelsetjenesten står ovenfor stadig flere utfordringer, både i omfang og i kompetanse. Sykehjemslegeordning bør ha som styringsmål å være en del av en helhetlig legetjeneste, med et solid faglig miljø med både sterk faglig forankring og utvikling, med fokus på områder av stor betydning for den aktuelle pasientgruppen. Det bør i tillegg til kontinuitet ansettelse hos sykehjemslegen, være et særskilt fokus på fagplan utviklingsområder. Helhetlig ledelse av legeordningen vil være en vesentlig fordel, i og med KAD-plasser og akuttmedisinske tjenester er tett knyttet.

VII Kvalitetsindikatorer

Kvalitetsindikator	Hensikt	Strategisk tiltak
Legetimer per beboer	Kvalitet	Revisjon av vedtatte normtall, regulert opp mot behov, og differensiert ved ulike avdelinger for ulike pasientgrupper
Legemiddelgjennomgang hos beboere på sykehjem	Kvalitet	Prosedyre om årlig legemiddelgjennomgang
Antall ALIS-stillinger/tilrettelagte stillinger	Rekruttering	Kommunale stillinger med tilrettelegging for spesialisering i allmenntilleggsfunksjon
Forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner i norske sykehjem	Kvalitet	Registrering og særskilt fokus på antibiotikabruk, smittevernprosedyrer, ernæring og behandlingsstrategier
Reinnleggelse blant eldre 30 dager etter utskrivning per	Kvalitet	Kontinuitet i behandling

kommune		
Beboere på sykehjem vurdert av lege siste 12 måneder	Kontroll og kvalitet	Prosedyre

IX Strategiske tiltak

De strategiske tiltakene kan sees i sammenheng med erfaringene vi har til sykehjemslegeordningen, og til legetjenestene totalt sett.

Ledelse og organisering

Kommunalt ansatte leger innebefatter leger ved sykehjem i større stillinger, fast ansatte leger ved legevakt, fengselslege og LIS-1 leger. I tillegg, er det leger som jobber ved familiesentrene, som utover en liten kommunal stilling, jobber som fastleger. LIS-1 leger, sykehjemsleger og helsestasjonsleger koordineres nå ved samme leder, ved kommuneoverlegen. Legevaktens bemanning håndteres ved legevaktoverlege og avdelingsleder ved legevakten.

De kommunalt ansatte legene bør med fordel ledes under en lege ansvarlig for koordinering og vaktplaner, i sin helhet. LIS- 1 legene har vakter ved legevakt, hvilket kan utløse fri påfølgende dag, og det står nå på trappene med utlysning av kombinasjonsstillinger, med leger som jobber ved både legevakt og ved sykehjem. Helhet tilfører en større grad av handlingsrom, oversikt, samt ressursutnyttelse.

Det bør i løpet av planperioden tilstrebes en ordning der legetjenesten i sin helhet med henblikk på organisering, blir tillagt en legeressurs, som jobber inn mot fagansvarlige for de ulike tjenesteområdene.

Ved enhetlig ledelse, vil det på sikt også kunne legges opp til et miljø blant de kommunalt ansatte legene. Et solid miljø, med målrettet tilnærming mht. spesialisering inn mot allmenntidmedisin som en tilrettelagt mulighet, er i seg selv både rekrutterende, bevarende og kvalitetshevende.

Tilrettelegging mot spesialisering mot allmenntidmedisin, som beskrevet under tematikk Allmenntidmedisin, gir en merverdi også ved at leger som først jobber som kommunalt ansatte både ved legevakt og sykehjem, har et interaktivt kunnskapsgrunnlag, som tas med ut i arbeidet som allmenntidmedisiner. Dette vil gi anledning for å heve kvalitet og kompetanse samt tilrettelegge for et optimalisert samarbeid mellom allmenntidleger og helse- og omsorgstjenesten for øvrig.

Normering av de ulike pasientgruppene bør gjennomgås, og vurderes opp mot endring av disse, etter samhandlingreformen.

Veiledning

Sykehjemsmedisin er et stadig mer spesialisert fagfelt. Leger som jobber innunder dette feltet, bør ha systematisk veiledning fra erfarne sykehjemsleger. Som tidligere anført, stilles det mer definerte krav til LIS-1 legene sin kommunehelsetjeneste, for å tilse imøtekommelse av konkrete læringsmål. Det bør i løpet av planperioden vektlegges veiledning i mer systematisk form, gitt at dette er formålstjenlig for måloppnåelse. LIS-1 veiledning vil også muliggjøre for selvstendig arbeid ved sykehjem, dog like fullt under faglige forsvarlige rammer.

Kompetanseheving

Veiledning er et naturlig og solid fundament for kompetanseheving. I tillegg til gitte base, bør det tilrettelegges for at sykehjemslegene kan delta på relevante kurs, som imøtekommer behov med

Plan for Legetjenester Larvik kommune 2018-2021
hensyn til kompetanseløft, og samtidig spesialisingsløp mot sykehjemsmedisin eller allmenntidrett, avhengig av hva som er ønskelig for den konkrete legen.

En fagplan for sykehjemslegene, som blant annet omhandler internundervisning, bør utarbeides og følges opp igjennom planperioden.

Likhet i tjenesteutøvelse

Da tidligere legetjeneste ved sykehjem i hovedsak var utført ved tilsynsleger i mindre stillinger, som også jobbet innen allmenntidrett, ble det utarbeidet ulike prosedyrer for rutiner som omhandler legevisitt og legearbeid tilknyttet beboere. Ulike systemer kan hver for seg være gode, men allikevel gi en sårbarhet med hensyn til kvalitet på levert tjeneste, eksempelvis ved vikarer eller nye leger som kommer inn ved avdelingen. Det bør i løpet av planperioden bestrebes utarbeidelse av en helhetlig og entydig tjenesteplan, som også innebefatter konkretiserte prosedyrer og bruk av like registreringsverktøy. De ulike avdelingene har ulike behov og muligheter, med utgangspunkt i pasientgruppe. Ulike behov vil derfor kunne kreve individuelle tilpasninger. Like fullt, bør arbeid som sykehjemslege vært tydelig definert fra kommunens side, å være uavhengig av person som gjennomfører visitt.

2.3 Legevakt

I Forskriftskrav - Akuttmedisinforskriften og Fastlegeforskriften

§1 Formål

Forskriften skal bidra til at befolkningen ved behov for øyeblikkelig hjelp mottar forsvarlige og koordinerte akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

§2 Virkeområde

Forskriften regulerer kommunenes og de regionale helseforetakenes akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Dette omfatter kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste og tjenester som ytes av andre etter avtale med kommunen eller regionalt helseforetak.

Faslegeforskriften stiller (med definerte unntak) krav til at fastlegen deltar i legevakt:

§13 Fastlegens plikt til deltakelse i legevakt

Fastlegen plikter å delta i:

Kommunal eller interkommunal legevakt utenfor ordinær åpningstid.

Kommunens organiserte øyeblikkelig hjelp-tjeneste i kontortid, herunder tilgjengelighet i helse radionettet/nødnettet og ivaretagelse av utrykningsplikten.

II Bakgrunn

Forskriftskrav

Akuttforskriften ble fastsatt mars 2015, med betydelige endringer, blant annet med tilspissede kompetansekrav innenfor profesjonsgruppene som utfører akuttmedisinske tjenester, der forskriften har sitt virkeområde. Forskriften hadde definerte tidskrav for innføring av nye pålegg, hvilket har utfordret i stor grad små kommuner rundt om i landet. Noen av kompetansekravene har blitt revurdert av sentrale myndigheter, og etter lukket høringsfrist januar 2018, er Akuttforskriften nå under behandling. Endringer vil påvirke organiseringsform blant annet for legevakter i Norge, med bakgrunn i eventuelle justerte kompetansekrav.

Larvik legevakt

Larvik legevakt driftes i deler av kjellerlokaler til Larvik sykehus; arealer, som frem til 2008, i tillegg til å virke som legevakt, var definert som Felles Akutt Mottak for Sykehuset i Vestfold. Driften ble videreført i regi av SiV, før kommunal driftsform fra 2013. Larvik og Lardal kommune inngikk da et interkommunalt samarbeid om legevaktsdrift, videre naturlig opprettholdt i forbindelse med kommunesammenslåing per 1. januar 2018. Legevakten er samlokalisert med migrasjonshelsetjeneste og vaksinasjonskontor, i tillegg til Ambulant team. Til tross for flere synergiske forhold ved samlokalisering av nevnte tjenester, foreligger utfordringer av samdrift, som har sammenheng med legevaktens arealer.

Med hensyn til lokalene, utgjør både størrelse, utforming og byggtekniske standard i seg selv en betydelig utfordring for forsvarlig drift, for legevakt alene. Dette affiserer blant annet områder som handler om ivaretagelse av sikkerhet for ansatte og pasienter, opprettholdelse av taushetsplikt, smittevern, samt mulighet for oversikt og pasientflyt. Akuttforskriftens tydelige krav til legevaktsdrift, kan ikke imøtekommes innenfor nåværende rammevilkår med hensyn til lokaler.

Plan for legetjenester vil ikke gå nærmere i detalj på aktuell tematikk, da det allerede foreligger politisk vedtak (KST 012/17) med grundig underbygget sak, der vedtaket lyder utredning av alternative legevaktlokaler som del av lokal medisinsk senter. Utredning som omhandler lokal medisinsk senter er pågående, og vil videreføres når ny virksomhetsleder for helsehus/lokal medisinsk senter er plass.

III Belyste utfordringer og strategiske tiltak gjennomført i forrige planperiode

Også i forrige planperiode ble den stadig økende tilstrømmingen av pasienter til legevakten, belyst. Legevakten hadde den gang ikke daglegevakt, men opererte med en beredskapsordning ved fastlegekontorene på dagtid, med unntak av en periode på sommeren. Stabil døgntkontinuerlig bemanning av leger ved legevakten ble tematisert som en utfordring, i og med legevaktplikten for fastleger over 55 år bortfalt per januar 2013, hvilket i kombinasjon med nettopp høy alder blant fastlegene, reduserte antall vaktpliktige leger i vakt. Videre, ble det beskrevet tendens med fallende interesse for legevaktmedisin blant fastlegene samt lite fokus på akuttmedisin i kommunen. Flere forslag til løsning ble beskrevet, blant annet forslag om større legevaktdistrikt og samarbeid med Sandefjord, og ansettelse av fastleger med et stillingsforhold inn mot legevakt. Utredning av alternativ både som omhandlet felles legevakt med Sandefjord fullt og helt, eventuelt kun på natt, ble utredet og politisk løftet, dog med tydelighet om opprettholdelse av legevakt i Larvik. Med hensyn til utfordringen som omhandlet legebemanning, er tendensen med flere fastleger som har fritak fra legevakt, enten etter søknad eller gitt ved inneværende alder. Fast ansatte leger ble dog fra 2014 tilsatt ved legevakten, for å dekke deler av bemanningskravet. Daglegevakt ble også innført fra tilsvarende tidspunkt.

IV Situasjonsbildet Larvik legevakt

Legebemanning og pasientomfang

For å imøtekomme krav til akuttmedisinsk forskrift og sikre god kontinuitet i tjenesteleveranse ved akuttmedisinske tjenester, er Larvik kommunale legevakt sin legebemanning organisert ved en kombinasjon av kommunalt ansatte leger i store stillinger, i tillegg til at vakter også dekkes av vikarer, LIS-1 leger og fastleger i kommunen. Fast ansatte leger har vist seg å tilføre god kontinuitet i tjenesten, og et godt faglig miljø. Kombinasjonen av fast ansatte og fastleger som jobber som selvstendig næringsdrivende, har dog avdekket noen utfordringer i forbindelse med ferie og fravær, da legene jobber under ulike vilkår, og handlingsrom således følger ulikt på samme måte.

Stadig økning av henvendelser fra pasienter, er som ved forrige planperiode, en klar tendens. Legevakten har over år tilstrebet vaktordning med leger der det er en aktiv vaktlege, og der en lege har bakvakt. Dette innebærer at bakvakt kan kontaktes dersom det er behov for hjemmebesøk hos pasient eller dersom det økt behov for tilstedeværende lege inne ved legevakten. I og med stadig økning av pasienter, særskilt som omhandler hjemmebesøk, er funksjonen av bakvakt lite reell i praksis. Dette, i kombinasjon med avdekket sårbarhet og økt behov for tilsyn av pasienter ved spesialiserte avdelinger på Byskogen sykehjem, gav grunnlag for anbefaling om omlegging av legetjenesten ved legevakt, der flere leger blir kommunalt ansatt, og at bakvaktlege er aktiv, og med tydelige oppgaver i tjenestetiden. En endring i bemanning, er tiltenkt avlønning i form av fast honorar eller lønn. Omleggingen er i prosess, og effektueres i løpet av høsten 2018.

Akuttmedisinforskriften i praksis

Akuttmedisinforskriftens kompetansekrav ved legevakt, er betydelige også til sykepleierne. Innføring av bruk av nødnett og triagesystem, øker arbeidsbelastningen på hver av sykepleierne på vakt, i tillegg til økning av henvendelser til legevakt. Akuttforskriften stiller også krav til vurdering og utrykning av lege i forbindelse med definerte graderinger av henvendelser til AMK, hvilket også øker den totale belastningen både på lege og sykepleier, samtidig som det stiller krav til akuttmedisinsk kompetanse.

Flere fastleger opplever det som en vesentlig belastning med legevaktplikt i tillegg til ordinær arbeidshverdag som allmennlege, og gir uttrykk for utilfredsstillende grad av akuttmedisinsk kompetanse for å imøtekomme de kravene som nå stilles til tjenesten.

Lokaler

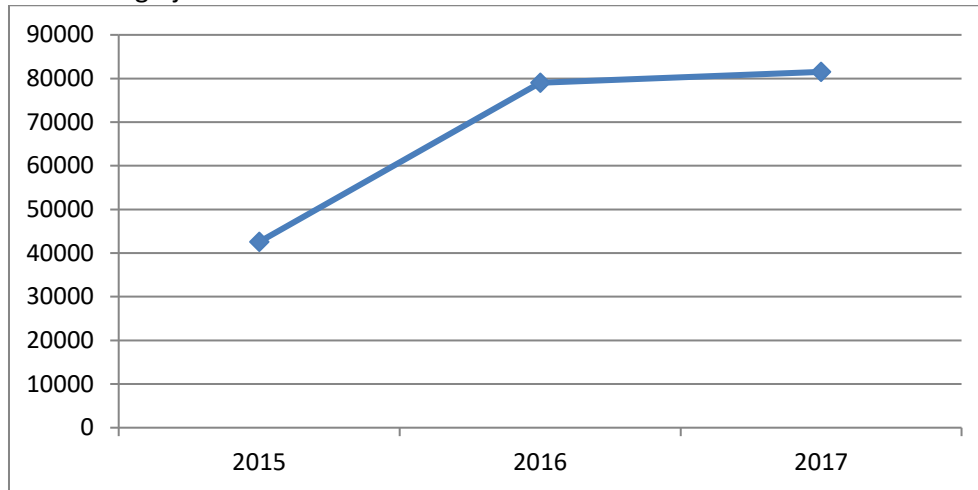
Akuttforskrift, som omhandler akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, trådte i kraft mai 2015, og tilfører enda tydeligere krav til drift av legevakt, hvilket nåværende rammevilkår med lokaler, ikke vil kunne tilfredsstillende. Nåværende driftsform føres samlokalisert med migrasjonshelsetjenesten og vaksinasjonskontoret, hvilket i større grad, tross flere synergiske forhold, utfordrer utnyttelse av arealene og legevaktdrift.

Nåværende legevaksarealer er vurdert uegnet for drift, som angitt. Ivaretagelse av smittevern både for ansatte og pasienter, overholdelse av taushetsplikt, og ikke minst sikkerhet for ansatte og pasienter er i stor grad ikke tilfredsstillende ivaretatt. Behovet for nye lokaler er anerkjent, og vil sees inn mot LMS. I om. LMS vil være et prosjekt som vil ta tid, er alternative legevakslokaler under vurdering, og vil reises som egen politisk sak..

V Status oversikt konsultasjonstall

TABELL NOTATER OPPRETTET I JOURNAL

Plan for Legetjenester Larvik kommune 2018-2021



VI Styringsmål

Larvik legevakt har til enhver tid betydelig fokus på kvalitet og utvikling, og bestreber innføring og implementering av systemer som muliggjør levering av best mulig akuttmedisinsk tjeneste levert i kommune. Det tilstrebes systemer som tilfører kvalitetssikring av faglige vurderinger, ved bruk av triageringsverktøy og klare prosedyrer, for å redusere eventuelle feilvurderinger. Konkret har legevakten de siste år innført triagesystemet Manchester Triage Scale som rutinemessig benyttes i alle vurderinger av pasienter. Det er sørget for gode opplæringsystemer av nyansatte, og alle følges regelmessig opp. Dette er et arbeid som er i startfasen, og som vil kreve betydelig tid og ressurser videre for kvalitetssikring.

Akuttmedisinske tjenester ved Larvik legevakt har til målsetting å bli et knutepunkt for god flyt i pasientkjeden både innad i kommunen, samt mot spesialisthelsetjenesten.

VII Kvalitetsindikatorer

Legevakten benytter kvalitetssystemet Bliksund for oversikt av telefontilstrømningen og hvordan det håndteres. Vi har også lydlogg som gir mulighet for å gå tilbake i samtaler på nødnett for veiledning. Videre vil vi jobbe med årlige beredskapsøvelser og regelmessig faglig oppdatering hos den enkelte ansatt.

IX Strategiske tiltak

Bemanning

Det er som kjent allerede vedtatt midler for omlegging av deler av legetjenesten ved legevakten, der en større ande av vaktene tillegges fast ansatte leger. Stillingene vil inneha funksjon der de er ansatt kommunalt, og har legeroller både inn mot legevakt og institusjon. Bemanningen vil tilse større grad av robusthet ved lege som kan reise på hjemmebesøk samt være tilstede ved legevakten, og i tillegg tilse at tidsrom med sårbarhet ved ØHD og andre spesialiserte avdelinger ved Byskogen, har organisert og strukturert tilsyn av pasienter. Endring av legebemanning, fordrer også endring av sykepleiebemanningen, for å muliggjøre full ressursutnyttelse, og vil være en forutsetning for endring av legebemanningen.

Lokaler

Som allerede nevnt i aktuelle dokument, er nåværende legevaktslokaler vurdert utilfredsstillende og uegnet for legevaktsdrift. Ny legevakt er politisk vedtatt, og vil da inngå, og være en sentral del av et Lokal Medisinsk senter, som nå er under utredning. Midlertidige legevaktslokaler er også under utredning.

Rolle inn mot Lokal medisinsk senter

Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus utgjør en viktig del av pasientkjeden. Kommunens ansvar for forvaltning også av dette nivået, er utfordret i større grad ved samandlingsreformen, og tydeligere definert som lovkrav gitt ved akuttforskriften. Akuttmedisinske tjenester i kommunen, både ambulant og lokalt, og nært knyttet til spesialiserte avdelinger, blir en viktig del av utviklingsfeltet for nytt Lokal Medisinsk senter. Videre utredningsarbeid som omhandler legevaktens rolle i og inn mot et LMS, bør være klart definert, og det bør være stor grad av fokus på synergi av ulike tjenesteområder som er knyttet sammen eller inn mot hverandre.

2.4 Legetjenester for øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD)

I Bakgrunn

Kommunenes plikt til etablering av pasienttilbud om øyeblikkelig døgnopphold, trådte i kraft 1. januar 2016, og var i første omgang definert inn mot en somatisk pasientgruppe. Fra 1. januar 2017, trådte plikten for kommunene inn, for også å kunne tilby et tilsvarende tilbud for pasienter innenfor diagnosegruppene rus- og psykiatri. Rammen mht. plikt, ble definert ut i fra *de pasienter og brukere kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til*, jf. Helse og omsorgstjenesteloven, og tilbudet skal være *bedre enn eller like godt som et alternativt tilbud i spesialisthelsetjenesten*.

Innføring av det kommunale ØHD-tilbudet har vært gjentagende tema for diskusjon, nasjonalt og lokalt. Initial nasjonal veileder rettet oppmerksomhet mot konkretisert fagkompetanse døgkontinuerlig, samt definerte anbefalte legetimer per uke, dog uten pålegg om organisasjonsform. Inklusjon- og eksklusjonskriterier ble tydeliggjort, for å tilstrebe og nå den riktige pasientgruppen. Pasientene tiltenkt skulle være diagnostisk avklart, og innleggende lege var forventet å utarbeide en behandlingsplan for kommende døgn, som skulle videreføres av avdeling og ansvarlig lege. Ved innføring av krav om ØHD-tilbud også gjeldende psykiatriske lidelser, utfordret dette naturlig nok opprinnelig tanke om 'stabil og avklart pasient' som var grunnleggende inklusjonspunkt i opprinnelig pasientgruppe.

Nasjonalt, som lokalt, har det vært erfart utfordringer i forbindelse med ordningen. Dekningsgrad av riktig pasientgruppe har vist seg lav, tross veldimensjonerte tilbud. Kriterier for suksess har omhandlet flere faktorer, men avdelinger som har lyktes, har vist til tilstrekkelig grad av kompetanse, til å ta seg av aktuell pasient. En avgjørende faktor, er også at innleggende lege har tillit til tilbudet levert, hvilket igjen, omhandler kompetanse, og tilgjengelighet for innleggelse. En annen faktor som har vist seg å påvirke, er kravet om at innleggende lege skal utarbeide en behandlingsplan for neste 24 timer, som skal videreføres av mottakslege. I en svært presset hverdag i allmennpraksis, gir realisme ikke rom for å kunne bruke til for å utarbeide en slik behandlingsplan. Innleggelsesvinduet i tid har ofte vist seg for begrenset, sett opp mot behovet hos fastlegene, og mangel på tilgjengelige plasser, da korttidspasienter blokkerer ØHD-plassene for mottak har også vist seg som et utfordrende element. Avdelinger som har lyktes med tilbudet, har både hatt betydelig med legebemanning, for døgkontinuerlig mulighet for innleggelse, og ØHD-plasser utelukkende forbeholdt riktig pasientgruppe, slik at det har vært tilgjengelige plasser. Tilstrekkelig kompetanse innenfor andre faggrupper, har også vist seg avgjørende, for å kunne få effektivt nødvendige tiltak for pasient opp mot tiltenkt maksimalt 3 dager innleggelse, før hjemreise etter endt opphold.

Plan for Legetjenester Larvik kommune 2018-2021

Med henblikk på legebemanning, har vært høy normering vist seg å være et for kostbart tiltak. Larvik og Sandefjord kommune jobbet i 2015/2016 derfor i fellesskap for å tilstrebe et samarbeid om legebemanning som omhandlet tidspunkter utenom ordinær åpningstid. Samarbeidet strandet, med bakgrunn blant annet i kostnadsbildet.

II Situasjonsbeskrivelse ØHD i Larvik

Larvik kommune har 6 ØHD-plasser, lokalisert i Byskogen sykehjem, samlokalisert med korttidsplasser. Plassene dekker det somatiske behovet. Behovet for å dekke psykiatriske problemstillinger, imøtekommes ved akutt plasser ved avdeling Løkka, som også er lokalisert i Byskogen, og som del av kommunens psykiatriske avdeling.

Normering av legeressurser inn mot de nevnte ØHD-plassene er gitt iht. anbefalinger fra DNLF. Det er en fast ansatt lege som har ansvar for ØHD-avdelingen, for å sikre kontinuitet i pasientbehandling. Legen er tilgjengelig hver dag i perioden 08:00-15:30, og denne, eller annen lege, har i tillegg ØHD-vakt i perioden mandag- torsdag 15:30 -17:00, for å gi anledning for innleggelse i utvidet tidsrom. I periode kveld- og natt, samt i helger, er det lege ved legevakt som kalles inn ved behov for akutt tilsyn, på lik linje som andre sykehjemsavdelinger. Teoretisk sett, foreligger det anledning for døgnkontinuerlig innleggelse til ØHD-avdelingen, gitt tilgjengelige plasser. Dette har dog vist seg å være person – og pasientavhengig, da tilbudet er vurdert for sårbart blant annet relatert til fravær av strukturert legetilsyn i sårbare perioder og helg, i kombinasjon med fravær av tilfredsstillende fagkompetanse hos helsepersonell for øvrig, for å evne og imøtekomme forsvarlighetskrav opp mot mottak av ny pasient for behandling.

Leger ved legevakt har ved dagens organisering av legevakten ikke kapasitet for systematisk tilsyn i sårbare perioder.

Avdekket sårbarhet er således bakgrunn for strategisk tiltak med endring av lege- og sykepleierressursene tilgjengelige ved legevakt. Vedtak for midler gitt mot disse er bevilget, og for inneværende år, med halvårseffekt av dette.

III Strategiske tiltak

Som omtalt i avsnittet om Legevakt, er tiltaket som omhandler legebemanning tydelig beskrevet, og det henvises derfor til disse. En endret strategi som omhandler legebemanning, utgjør kun deler av strategien for ØHD-tilbudet. Dette omtales dog ikke i detalj i den aktuelle planen, da denne handler om leger.

2.5 LIS-1 lege ordningen

LIS- 1 lege i kommunen vil være tilsvarende en tidligere kommunal turnuslege.

I Lovforankring

Spesialistforskriften trådte i kraft 1. mars 2017 og har sitt virkeområde som følger:

§1 Saklig virkeområde

Forskriften gjelder spesialistutdanning og spesialistgodkjenning av leger innen avgrensede deler av de medisinske fagområdene.

§2 Spesialistutdanning for leger

Spesialistutdanningen for leger omfatter praktisk tjeneste, teoretisk undervisning og andre læringsaktiviteter i minst seks og et halvt år etter tildelt autorisasjon eller lisens. Utdanningens første del består av klinisk praksis i tolv måneder i spesialisthelsetjenesten og deretter seks måneder i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Spesialistforskriften stiller definerte krav til den kommunale helse- og omsorgstjenesten, mht. vilkår for gjennomføring.

II Historisk forankring

Turnustjeneste for leger, nå kalt LIS-1 tjeneste, ble etablert i 1955, med hovedformål å sikre faglig kvalifisering av nyutdannede leger. En LIS-1 stilling har varighet i 18 måneder, hvorav 12 måneder av tjenesten utøves ved sykehus og 6 måneder i kommunehelsetjenesten.

Turnustjenesten var tidligere trekningsbasert, men Helse- og omsorgsdepartementet vedtok i 2012 nye forskrifter som innførte søknadsbasert turnusordning (endring innført i 2016), hvilket samtidig opphevet vilkåret som gjennomført turnustjeneste for rett til å få autorisasjon som lege i Norge. Dette innebærer at en lege har anledning til å søke om autorisasjon etter gjennomført og bestått medisinsk profesjonsstudium, dog foreligger samtidig et påkrav om obligatorisk LIS1 for alle legespesialitetene. Frem til 2019 er det en overgangsordning for godkjenning av turnus, i henhold til den gamle spesialistgodkjenningsforskriften og over til nyere definerte læringsmål for en LIS- 1 stilling.

III LIS- 1 leger i Larvik kommune

Larvik kommune har fra 2002 hatt 2 turnuslegestillinger/LIS-1 stillinger, og etter sentralt pålegg om økning, har Larvik fra 2011 hatt 3. Lardal legekontor har hatt 1 turnuslege ved sitt kontor. Etter kommunesammenslåing, har Larvik kommune samlet 4 LIS-1 stillinger i kommunen, som er plassert ved 3 ulike legekontor. LIS-1 legene har kombinert tjeneste ved legekantorene og ved kommunale institusjoner eller helsestasjon. Det ble i 2007/2008 i kommunen vedtatt at turnusleger ikke skal kunne jobbe selvstendig ved sykehjem, til tross for gjennomført tjeneste ved sykehus der de har jobbet selvstendig med alvorlig syke pasienter, blant annet i mottak. LIS-1 leger deltar også i jobb ved legevakt. LIS- 1 leger har tydelig gitt tilbakemelding med ønske om selvstendig arbeid, dog med veiledning, med hensikt å oppnå størst mulig læringsverdi i forbindelse med den kommunale tjenesten.

IV Målsetting

LIS-1 tjenesten har som hovedmål å tilse *'at turnuslegen gjennom arbeid som lege under særskilt veiledning , opplæring og supervisjon skal få nødvendig grunnleggende erfaring og praktisk rutine for å kunne utføre sin legevirksomhet på en forsvarlig måte'*

Spesialistforskriften definerer med enda større tydelighet hvilke krav som stilles til gjennomføring av LIS-1 tjeneste i kommune, som ved sykehus.

Målsetting for LIS-1 tjeneste i Larvik kommune bør tydeliggjøres i et plan for LIS-1 legene, der læringsmål er definert, og som tilstreber at LIS-1 legen oppnår hva som er kravene iht. spesialistforskriften.

Det bør også være en målsetting for Larvik kommune å være en attraktiv rekrutteringsarena, for nye leger.

V Strategiske tiltak for Planperiode

LIS-1 tjeneste/turnustjeneste har vært definert gjennom tilbudet gitt, og der legen, med god veiledning, har fått innsyn i, og anledning til å jobbe med, de helserelaterte tilbudene, som kommunen har. Det har i tillegg vært tilrettelagt for hospiteringsdager hos avtalespesialister i Larvik kommune.

Spesialistforskriften stiller større krav til definerte læringsmål for den individuelle LIS- 1 legen. Det bør i planperioden utarbeides en individuell læringsplan, som kan benyttes som et verktøy for tjenesten.

Strategiske tiltak bør også innebære tilrettelegging for mulighet for stillinger som har til hensikt å gi mulighet for spesialisering inn mot allmennmedisin.

2.6 Helsestasjonslegetjenesten

I Forankring og bakgrunn

Helsedirektoratet har nasjonale faglige retningslinjer for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, herunder svangerskaps- og barselomsorgen, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom. Veilederen vektlegger tettere samarbeid med kommunelege og fastlegene. Nasjonale retningslinjer for oppfølging i svangerskap og barselomsorgen av jordmor krever økende oppgaver og oppfølging av gravide, som også vektlegger samarbeid mellom fastlege og jordmor.

Helsestasjonstilbudet med familiesentre har vært stabilt over tid, og har hatt leger i små stillinger til å utøve tjenesten. Legetjenesten i skolehelsetjeneste i grunnskole og videregående ble dog avviklet i 2009, hvilket i forrige plan for legetjenester ble vektlagt som et område med ønsket repriorisert fokus.

II Situasjonsbildet helsestasjonen

Helsestasjonstilbudets legetjeneste, er utarbeidet i samarbeid med helsesøstertjenesten. Leger ved helsestasjonene i Larvik kommune er leger som er fastleger med en kommunal bistilling, kommunalt fast ansatte leger i kommunen, også med andre ansvarsområder, og LIS-1 leger med veiledning. Kontinuitet i tjenesten er vurdert som en verdi, og det er også vurdert som positivt med fastleger som jobber ved helsestasjonen, da disse ofte rekrutterer og følger familiene som fastlege enten allerede eller videre. Helsetilbudet for barnet blir da i forlenget og mer helhetlig form, enn kun de isolerte undersøkelsene ved helsestasjonen.

Helsestasjonen for Ungdom er et eksisterende tilbud, som er lokalisert ved Thor Heyerdahl videregående skole, og har ansatt allmennlege i en liten, fast stilling, i tillegg til en LIS-1 lege. Tilbudet er godt benyttet, og stabilt.

III Utfordringer helsetjeneste for barn og strategiske tiltak

Forrige plan for legetjenester etterlyste en vurdering av strategiske tiltak som omhandler legetjeneste både i grunnskole og videregående. Helsedirektoratet fremmer nå en sterk anbefaling i deres retningslinje, om en skolehelseundersøkelse for barn på 1. trinn, både med lege og helsesøster. Hensikten er tiltenkt å etablere kontakt med barnet for å tilse eventuelle behov for særskilt samarbeid mellom skole og barnet, fange opp barn som har flyttet til, og oppnå kontakt med foreldre.

Dimensjonering av legetjeneste ved familiesentrene er stabilt, og er blant annet sett opp mot en stabil fødselsrate i tilhørende område.

Videreføring av helsestasjonsleger vil tilstrebes enten i form av fastleger i mindre stillinger, slik som er gjeldende ordning, og/eller faste stillinger der kommunalt ansatte leger, som også jobber ved institusjon, har en del av stillingen sin ved et eller flere familiesentre.

Skolehelseundersøkelse på 1. trinn med helsesøster og lege, bør i planperioden vurderes som et tilbud som bør innføres.

En faglig ansvarlig lege som jobber med fag og prosedyrer, og som har klinisk forankring i tjenesten vil være hensiktsmessig og viktig å tilstrebe ila. kommende planperiode. Organiseringen og koordineringen bør tillegges en lege, som tidligere nevnt, innehar koordineringsansvar for samtlige leger ansatt i kommunen, med unntak av fastlegene.

2.7 Fengselshelsetjeneste

I Lovgrunnlag

Hesledirektoratets veileder 'Helse og omsorgstjenester til innsatte i fengsel' er førende for helsetjenesten som tilbys til innsatte i Norge. Kommunene er ansvarlige for organiseringen av tilbudet, og for å tilse ta tilbudet er tilsvarende som for befolkningen i Norge, for øvrig.

Fengselshelsetjenesten er en fullrefundert tjeneste, og kommunen søker og får tilført midler, gitt ut i fra definert behov.

II Særskilte behov for fengselshelsetjenesten

Det er en utfordrende oppgave for kommunene å tilby tilstrekkelig tilfredsstillende helsetjeneste til innsatte i fengsel. Sammenholdt med generell befolkning, har innsatte en høyere andel som har utfordringer med rus og/eller psykiske lidelser. Helseutfordringene hos de innsatte er ofte komplekse og sammensatte. Det kulturelle aspektet som relateres til å ha flere utenlandske sonere, gir et tilleggselement i lys av helseutfordring, og tilbudet som skal gis. Det er ikke ukjent at innsatte har psykiske lidelser som av spesialisthelsetjenesten har vurdert som behandlingsrefraktære og kronifiserte. Fengselshelsetjenesten har like fullt ansvar for å møte vedlikeholdsbehandling av et symptombilde, og de utfordringer de medfører.

Søndre Vestfold Fengsel avdeling Larvik er et mindre fengsel, med 16 soningsplasser. Plassene er forbeholdt mannlige sonere og aldersgruppen er jevnt over yngre. Soningspopulasjonen har over de siste årene blitt mere krevende, sett i et helseperspektiv, og flere har få eller ingen behandlingstilbud heller på nasjonalt nivå. Yngre sedelighetsforbrytere, samt innsatte med betydelig personlighetsproblematikk, krever spesialisert kompetanse fra hjelpeapparatet, hvilket ordinært sett ville vært forbeholdt spesialisthelsetjenesten.

For kommunen å tilby en optimalisert fengselshelsetjeneste, forutsettes tett samarbeid med kriminalomsorgen, med andre involverte i de innsattes helse –og skolesituasjon, samt med spesialisthelsetjenesten.

III Helseressurser i Larvik fengsel

Fengselshelsetjenesten er underlagt ansvar hos kommuneoverlege, dog med fagansvar ved fengselslege. Helsetjenesten utøves i kontorer i Larvik fengsel. Tjenesten tilbys med lege fast en dag hver uke, samt sykepleier og fysioterapeut gitt ut i fra avtale og behov. Det bestrebes nært samarbeid med kriminalomsorgen, og Larvik fengsel sin leder, og partene innehar en samarbeidsavtale, som skal imøtekomme behov.

III Strategiske tiltak

Stadig økning av utfordrende medisinske problemstillinger hos de innsatte, forutsetter et opprettholdt kontinuerlig høyt fokus på kompetanse hos både helsepersonell og ansatte, samt god samhandling med spesialisthelsetjeneste, eller annet relevant personell.

2.8 Samfunnsmedisin

I Generelt om samfunnsmedisin

Samfunnsmedisin er et bredt felt, og innebærer både et felt for utvikling og forskning, samt forvaltning. Gitt av navnet, omhandler fagfeltet medisinske problemstillinger i et samfunnsperspektiv. Samfunnsmedisin har stor variasjon i hvordan arbeidet er organisert i ulike kommuner, men ansvarsområder som ofte inngår er miljørettet helsevern, smittevern,

Plan for Legetjenester Larvik kommune 2018-2021

folkehelseoppfølging, epidemiologi, helseplanlegging og forebyggende medisin. Samfunnsmedisin kan utøves av ulike profesjonsgrupper, dog er særskilte områder forbeholdt profesjonsgruppen lege.

II Bakgrunn, samfunnsmedisin i Larvik kommune

Larvik og Lardal kommune hadde ulik samfunnsmedisinsk organisering før sammenslåing.

Lardal kommune hadde to kommuneoverleger, med fordelt fagfelt, og for støttende ressurs for fagområdet Miljørettet helsevern, inngikk Lardal kommune en samarbeidsavtale med Miljørettet helsevern i Re, sammen med flere andre Vestfold-kommuner.

Ressursene som kommuneoverlege, ble omgjort til stillingsprosjenter innen institusjon og helsestasjon, i forbindelse med kommunesammenslåing, for å imøtekomme tilfredsstillende normering av disse tjenestene, tidligere omtalt, som var politisk forankret i Larvik.

Tidligere Larvik kommune hadde sin samfunnsmedisinske kompetanse også fordelt på to kommuneoverleger, som hver var innehaver av en fastlegehjemmel. De hadde hver 40% stilling, dog 20% tilstedeværelse, og hadde områdefordeling med hovedfokus mot allmennlegetjenesten, helsestasjon og smittevern. I tillegg til kommuneoverlegene, var det en stillingsressurs med fagansvar mot legevakt og sykehjemsmedisin.

Forrige plan for legetjenester etterlyste en enhetlig samfunnsmedisinsk rolle, med mulighet for strukturert medvirkning av kommunens samfunnsmedisinske funksjoner i plan – og tjenestesammenheng, samt også dialog mot og med sentrale myndigheter, og inter- og ekstern dialog, for øvrig. Ikke minst, ble det belyst utfordring som omhandlet beredskapssituasjonen. Det ble fremmet et klart ønske om en full stillingsressurs som kommuneoverlege, som ble imøtekommet i 2015/2016. Stillingsressurs ved legevakt med fagansvar, ble opprettholdt av annen lege, og samme lege fikk rolle som assisterende smittevernlege. Fagansvar ved institusjon var opprettholdt institusjonslege.

III Erfaringer og oppgaver

Kommuneoverlegestilling i full stilling har vist seg positivt med henblikk på å imøtekomme noen av utfordringene belyst i forrige planperiode, omhandlende helhetlig tilnærming og ansvar. I og med stillingen dog var ny, og det fra innføringsperioden har vært flere strukturelle organisasjonsendringer innenfor kommunalsjefsområdet helse og omsorg, har stillingen som kommuneoverlege blitt tilført et for omfattende innhold. Stillingsinnholdet har vært følgende: Miljørettet helsevern, Folkehelse, Beredskap, Leder for Psykososialt kriseteam, leder for allmennlegetjenesten, koordinering- personal og budsjettansvar for legetjenester ved helsestasjon og institusjon, fagansvar for helsestasjon og helsestasjon for ungdom, virksomhetslederrolle for Larvik legevakt, smittevernansvar, ansvar OKG (operativ koordineringsgruppe med politi og kommunens radikaliseringskoordinator), prosjektlederansvar for Lokal medisinsk senter, ansvar for laboratorietjenester levert til institusjoner og fengsel, legemiddelhåndtering i Larvik kommune, samt tilsynssaker, bekymringsmeldinger og dødsmeldinger. Oppgavene har vist seg for omfattende, slik at rollen som overordnet medisinsk faglig i kommunen ved kommuneoverlege har blitt forringet, sett opp mot intensjon.

IV Endringer og status

Leder for psykososialt kriseteam blir høsten 2018 lagt over til annen lege, som innehar stor kompetanse på området. Fra inneværende høst, er det også innsatt en midlertidig legeressurs som vil tilse administrativt ansvar for leger ved institusjon og helsestasjon, samt LIS-1 legene. Fagansvar for legevakt og for institusjon opprettholdes ved samme roller, dog vil assisterende smittevernansvar

Plan for Legetjenester Larvik kommune 2018-2021
tillegges annen lege, ansatt ved institusjon. Videre prosjektarbeid med Lokal Medisinsk senter vil tillegges kommende leder for dette. Endringene vil tilføre mulighetsrom for større tydelighet i samfunnsmedisinsk utøvelse innenfor felt som omhandler de bredere linjene, samt tydeligere oppfølging og utviklingsfokus med hensyn til fastlegeordningen, som nå er kjent inne i en utfordrende tid.

Kommuneoverlegen som ressurs vil således kunne forvaltes på riktigere vis, der det i hovedsak vil være fagansvar tilknyttet rollen, og ikke resultat – og enhetsansvar.

V Strategiske tiltak

Samfunnsmedisin har et viktig og bredt nedslagsfelt, og utøvelse med tydelighet, har anledning til stor grad av påvirkning i samfunnet.

Det vurderes at Larvik kommune i forbindelse med kommende planperiode, anfører en klar strategi om hvordan de samfunnsmedisinske ressursene skal forvaltes. Det anbefales at de kurative kommunalt ansatte legeressursene i kommunen, samordnes med hensyn til koordinering og organisering hos en lege, og at fagansvar mot de respektive områdene er forvaltet særskilt, av lege som har klinisk tilknytning til tjenesten. Kommuneoverlegens rolle bør i hovedsak forvaltes til å inneha overordnet fagansvar for kommunen i sin helhet, og med hensyn til legetjenesten, opprettholde ansvar for fastlegeordningen. Det bør tilrettelegges for spesialisering i samfunnsmedisin, der det er relevant og ønsket.

2.9 IKT

I Bakgrunn

Helselovgivning stiller sine lovkrav for journalføring i forbindelse med utøvelse av helsehjelp, og forvaltning av helseopplysninger krever i stadig større grad fokus på sikkerhet. Helsehjelp utøvet av flere aktører, retter også oppmerksomhet mot et stadig større krav til elektronisk samhandling mellom tjenesteutøvere.

II Status og strategiske tiltak

Fastleger

Fastleger har selvstendig ansvar for valg av tjenesteleverandør for journalsystem ved sine legekontor. Det stilles dog krav til mulighet for elektronisk samhandling både med øvrige kommunale helse – og omsorgstjenester og med spesialisthelsetjenesten.

Fastlegene utgjør en stor og viktig del av primærhelsetjenesten, og deres rolle og funksjon, gir dog ikke hensiktsmessig tilgang til intranettet i Larvik kommune. Dette innebærer at kvalitetsprosedyrer og avvikshåndtering, ikke er direkte tilgjengelig for fastlegene.

Det har allerede vært nedlagt betydelig arbeid for å se på muligheten for en sikret webside for allmennlegene, og på hvordan informasjon kun omhandlende dem, samt annen relevant informasjon, vil kunne bli lagt på en egen lukket side.

Det bør i planperioden prioriteres å få etablert en felles plattform, både med henblikk på informasjon, kvalitetsinformasjon og anledning for elektronisk sending av søknader eller lignende, på predefinerte skjemaer gitt ved mal. Dette vil være et viktig ledd som del av samhandlingen og informasjonsflyt for fastlegene.

Plan for Legetjenester Larvik kommune 2018-2021

Institusjon

Helse- og omsorgstjenesten ved institusjon benytter journalsystemet Profil som sin hovedjournal. Med bakgrunn i funksjonelle mangler, ble det opprettet infodoc Plenario som en tilleggsjournal for legene. Formålet var å inneha en tilleggsjournal som gav mulighet for god og enkel oversikt, samt enkel registrering av medisiner og sending av henvisninger. Infodoc har funksjon som tilleggsjournal, og informasjon nedfelt i denne er pliktig å kopiere inn i hovedjournal. Det er utelukkende legene som har lese – og skrivetilgang i infodoc.

Det har i løpet av planperioden dog blitt avdekket hendelser, der det av ulike årsaker ikke har blitt kopiert inn innhold fra tilleggsjournal til hovedjournal, der dette har hatt alvorlig konsekvenser for pasientbehandling. To systemer vurderes å øke sannsynlighet for feil, samt inneha økt grad av sårbarhet.

Fagprogrammet Profil har fått oppkobling til Norsk helsenett og utviklet funksjonell laboriemodul og legemiddelmodul, men fyller fortsatt ikke kravene til en oversiktlig og faglig forsvarlig fagsystem til medisinske formål. Samhandlingsreformen med stor pasientflyt og mye akuttmedisinsk behandling i våre institusjoner har ytterligere tydeliggjort denne utfordringen.

Det bør i løpet av første periode av planperioden jobbes med eventuelle muligheter for å kunne tilstrebe bruk kun av hovedjournal, og således utvikling av dette, eventuelt finne alternativt journalsystem for tjenesten.

Helsestasjon

Familiesentrene og helsestasjon for ungdom benytter HSPRO. Systemet kommuniserer kun til dels elektronisk, hvilket gir utfordring for fastlegene.

Det bør tilstrebet enda større fokus på elektronisk samhandling i løpet av kommende planperiode, for å tilse sikret informasjonstilgang til ansvarlig lege ved allmennlegekontorene.

Sammendrag av Plan for legetjenester

Plan for legetjenester for perioden 2018-2021 fremmer følgende tiltak

Fastlegene

- Innlemme strategiske tiltak i forhold til fastlegeordningen, som omhandler økt grad av robusthet, og innebærer god ivaretagelse av allerede etablerte fastleger i Larvik som samtidig fokuserer på rekruttering.
- Tilrettelegge for utvidelse av legepraksiser og flere legehjemler i kommunen.
- Innføre og forsterke endringstiltak som avlaster fastlegene fra tilpliktede oppgaver utover forvaltning av egen pasientliste.
- Tilføre definerte rekrutteringstilskudd for nye fastleger i kommunen.
- Tilrettelegge for deler av spesialisering i allmenntidrett i kommunal stilling.

Sykehjemslegene

- Tilse felles organisering og koordinering av kommunalt ansatte leger, samt definere tydelighet i fagforankring og ansvar.
- Gjennomgå tidligere vedtatte normeringstall for pasienter i institusjon, med klarere differensiering opp mot pasientgruppe.

Legevakt

- Effektuere eksisterende vedtak om omlegging av legetjeneste ved legevakt til faste stillinger og fast honorar, med større grad av interaktivt samarbeid og ansvarsforankring ved de spesialiserte plassene ved Byskogen sykehjem.
- Tilse legevaktslokaler for optimalisert drift og tjeneste, og med riktig forankring inn mot LMS.

ØHD

- Tilse tilfredsstillende dimensjonering av legetjeneste i ny utvidet og definert form, særs inn mot legevakten, samt kompetanseheving og samarbeid innenfor andre profesjonsgrupper.

LIS-1 legene

- Utarbeide mal for individuell plan, for å tilse oppnåelse av læringsmål i løpet av tjenesten.

Helsestasjonstjenesten

- Tilstrebe klinisk forankring hos fagansvarlig lege, samt arbeid mot større grad av samarbeid mellom fastleger og helsestasjonene/jordmortjeneste.
- Revurdere tilbudet om skolehelsetjeneste, sett opp mot anbefaling fra HDir om legeundersøkelse hos alle 1. klassebarn.

Fengselshelsetjeneste

- Tilstrebe økt samarbeid og kompetanseheving hos ansatte både i kriminalomsorgen og ansatte som del av den kommunale helsetjenesten, for å jobbe mot økte utfordringer hos de innsatte, ofte forbeholdt fagfelt definert hos spesialisthelsetjenesten.

Samfunnsmedisin

- Tilse tydeligere definert strategi for det samfunnsmedisinske arbeidet og ressursforvaltning av samfunnsmedisinsk kompetanse i kommunen.

IKT

- Prioritere særskilt gjennomgang av journalsystem i bruk ved institusjon, med brukergrensesnitt optimalisert for den differensierte profesjonsgruppen.

