

Plan for legetenesta i Bømlo kommune



2018-2021

01.10.2017

Rådmannen

Saka vart handsama i kommunestyremøte 06.11.2017, sak PS 100/17.

Kommunestyret gjorde samrøystes slikt **vedtak**:

1. Kommunestyret godkjenner plan for legetenesta i Bømlo kommune
 - Viktig med full legedekning og at det i prosessen vert teke hensyn til dei lokal legekontora (Moster og Langevåg)
 - Det er spesielt viktig med kort veg til legen for dei eldre
2. Rådmannen får i oppgåve å følgje opp planen m.o.t. dei tiltak og prioriteringar som skal utførast i planperioden
3. Tiltak i planen som ikkje kan dekkast innan gjeldande økonomiske rammer må takast opp i den årlege budsjettprosessen
4. Kommunestyret føreset å få tilbakemelding i høve oppfølging av planen gjennom årsmelding eller på anna måte
5. Ved forandring av dagens organisasjon/struktur innanfor legetenester eller tenesteområder skal dette behandlast av utvalet og kommunestyret

Innhald:

1. Samandrag	7
2. Innleiing	9
2.1. Forkortingar og definisjonar	9
2.2. Lover	10
2.3. Sentrale forskrifter	10
2.4. Sentrale styringsdokument	10
2.5. Internkontroll	10
2.6. Avtaleverket for fastlegar	11
2.7. Relasjon til kommunalt planverk	11
2.8. Prosess	12
3. Helsetilstand i befolkninga	13
4. Fastlegetenesta	14
4.1. Mål	14
4.2. Status	14
4.3. Kompetanse	15
4.3.1. Status legar pr. 2017	15
4.3.2. Status bemanning ved legekantor i Bømlo pr. juli 2017	15
4.3.3. Krav til spesialisering i allmenmedisin	16
4.3.4. ALIS (allmenlege i spesialisering)	16
4.3.5. Resertifisering	16
4.3.6. Bemanning, kompetanse og oppgåver for medarbeidarar	17
4.4. Lokalisering og dimensjonering	17
4.5. Driftsform og finansiering	18
4.6. Rekruttering og vikarordningar	20
4.7. Vegleieing av turnuslege / LIS-1, studentar og lege i utdanningsstilling	20
4.8. Brukarmedverknad	20
4.9. Fastlegeordninga- utfordringar og tiltak	20
5. Offentleg allmenmedisinsk legearbeid	23
5.1. Mål	23
5.2. Nøkkeltal	23
5.3. Kommunale helseinstitusjonar	24

5.3.1.	Status	24
5.3.2.	Kompetanse	25
5.3.3.	Aktuelle problemstillingar	25
5.4.	Helsestasjon	26
5.4.1.	Status legebemannning	27
5.4.2.	Lokalisering av helsestasjonar	28
5.4.3.	Aktuelle problemstillingar	28
5.5.	Skulehelsetenesta og helsestasjon for ungdom	28
5.5.1.	Status	29
5.5.2.	Aktuelle problemstillingar	29
5.6.	Legeressurs for migrasjon og integrering	29
5.6.1.	Status	29
5.6.2.	Aktuelle problemstillingar	30
5.7.	Lege i rus- og psykisk helseteneste	30
5.8.	Legeteneste til personar i bufelleskap	30
5.9.	Friskliv og førebyggjande helsearbeid	30
5.10.	Gruppebaserte tilbod og primærhelseteam	31
5.11.	Oppfølgingsteam	31
5.12.	Offentleg allmenntedisinsk legearbeid- utfordringar og tiltak	32
6.	Samfunnsmedisinsk legeteneste	35
6.1.	Mål	35
6.2.	Status og kompetanse	35
6.3.	Kommuneoverlegen si rolle	35
6.3.1.	Lovpålagte	35
6.3.2.	Ikkje lovpålagte	36
6.4.	Stadfortredar og delegert mynde	36
6.5.	Smittevern og infeksjonsførebyggjande arbeid	36
6.6.	Beredskap	37
6.7.	Miljøretta helsevern	37
6.8.	Rådgjevarfunksjon	37
6.9.	Folkehelsearbeid	37
6.10.	Informasjon og førebyggjande arbeid mot ulukker	38
6.11.	Samfunnsmedisin- utfordringar og tiltak	38
7.	Anna legeteneste	40
7.1.	Kommunal	40
7.1.1.	Rådgjeving til inntaksteam	40
7.1.2.	Kommunalt utviklings- og kvalitetsarbeid	40

7.2.	<i>Ikkje-kommunal/interkommunal</i>	40
7.2.1.	Praksiskonsulent/praksiskoordinator	40
7.2.2.	Forsking	41
7.2.3.	Utviklingsarbeid og samhandling.....	41
7.2.4.	Kontrollkomisjonen	41
7.2.5.	Anna legeteneste- utfordringar og tiltak	41
8.	Legevakt og interkommunal døgnavdeling	42
8.1.	<i>Legevakt</i>	42
8.2.	<i>Daglegevakt</i>	42
8.3.	<i>Interkommunal døgnavdeling</i>	43
8.3.1.	Status.....	43
8.3.2.	Aktuelle problemstillingar	43
8.4.	<i>Kompetanse</i>	44
8.5.	<i>Øvingar</i>	44
8.6.	<i>Akuttmedisin- utfordringar og tiltak</i>	45
9.	Samhandling	46
9.1.	<i>Samhandlingsarenaer</i>	47
9.2.	<i>Informasjonskanal</i>	47
9.3.	<i>Elektronisk samhandling i kommunen</i>	47
9.3.1.	PLO-meldingar	47
9.3.2.	SAMPRO.....	47
9.3.3.	HS-pro.....	48
9.4.	<i>Samarbeidsmøte</i>	48
9.4.1.	Ansvarsgruppemøter	48
9.4.2.	Felleskonsultasjonar	48
9.5.	<i>Allmennlegeutvalet</i>	49
9.6.	<i>Samarbeidsutvalet</i>	49
9.7.	<i>Samhandling med helseføretaket</i>	50
9.7.1.	Samarbeidsavtalar	50
9.7.2.	Fellesmøte mellom Helse Fonna/Stord sjukehus og fastlegar.....	50
9.7.3.	Kollegamøter:	50
9.7.4.	Dialogmeldingar.....	50
9.8.	<i>Samhandling- utfordringar og tiltak</i>	51
10.	Organisering og leiing	52
10.1.	<i>Status</i>	52
10.2.	<i>Generelt om leiing og fagleg innverknad</i>	53
10.3.	<i>Overordna leiing og organisering av fastlegetenesta</i>	53

10.4. Medisinsk-fagleg rådgjeving i fastlegetenesta	53
10.5. Leiing av fastlegetenesta	54
10.6. Leiing av kommunale bistillingar	54
10.7. Leiing av fastlegekontor.....	54
10.8. Organisering og leiing- utfordringar og tiltak.....	55
11. Økonomi.....	57
11.1. Økonomi knytt til ulike driftsformer.....	57
11.2. Allmenntidlege deltidsstillingar.....	57
11.3. Rekruttering/stimuleringstiltak.....	58
12. Vedlegg	59
12.1. Vedlegg 1: Helsetilstand i befolkninga- statistikk og grafar	59
12.2. Vedlegg 2: Samarbeidsavtale.....	65

1. Samandrag

Alle innbyggjarar har rett til å stå på liste til ein fastlege som dei kan vende seg til ved trong for helsehjelp. Ei god fastlegeordning er avhengig av kompetanse, kapasitet og kontinuitet. Dei seinare åra har det vore vanskeleg å rekruttere legar til fastlegeordninga. Det skuldast mellom anna lange arbeidsdagar og usikker økonomi for nyutdanna legar om dei skal starte eigen næringsverksemd. I tillegg er det kome nye krav om kompetanse både for fastlegar og for legar i legevakt.

Den demografiske utviklinga tyder på at fleire vil ha trong for legetenester framover. Plan for legetenester skal gjere kommunen betre førebudd på dei utfordringane som kjem, og skissere moglege tiltak for å løyse desse. Planen viser status og lovkrav, og inneheld vurderingar av utfordringar og tiltak som kan sikre rekruttering og ei fagleg god fastlegeordning.

I planen er det peika på utfordringsområder og tiltak for å møte desse utfordringsområda. Tiltak som inneber kostnader må vurderast innarbeidd i årlege budsjett/langtidsbudsjett. Følgjande tiltak går fram av planen:

Fastlegeordninga: Gjere om einskilde driftsavtaler til fastlønstilling eller utdanningsstilling (ALIS) ved rekrutteringsvanskar. Sikre kontorkapasitet for fleire legar, i første omgang gjennom utviding av legekontoret på Moster i samband med planlagt ombygging. Arbeide for at det blir etablert stilling ved Stord sjukehus til obligatorisk sjukehuspraksis for ALIS. Vurdere samla kompetansebehov ved nye stillingar for medarbeidarar ved legekantor. Sikre utdanningslaup for ny-tilsette legar, også vikarar. Sikre arbeidet med leiing og kvalitetsutvikling, gjennom intern leiing ved kontora, samarbeid mellom legekantora og mellom legekantora og kommuneadministrasjonen. Kvalitetsgruppa i HSO skal ha eit medansvar i dette arbeidet.

Offentleg allmenntmedisinsk arbeid:

Vurdere behov og disponering av legeressursar til offentlege oppgåver, og ta stilling til endra samansetnad.

Helseinstitusjon: Sikre lege på BBH alle kvardagar, og på KOR 2 dagar i veka med fast lege. Legge til rette for at lege kan få godkjenning innan kompetanseområdet alders- og sjukeheimsmedisin. På lang sikt arbeide for interkommunal bakvaktordning for sjukeheimar.

Helsestasjon: Færre, men større stillingar for helsestasjonslege. Sikre at legen fungerer som medisinsk-fagleg rådgjevar, deltek på fagmøte, og er involvert i systemretta arbeid. Opprette/utvide stilling for skulelege, svarande til 1 dag pr. veke i skuleåret. Inkludere lege i det tverrfaglege førebyggjande helsearbeidet i skulen, og i det generelle førebyggjande arbeidet retta mot skule, elevar og foreldre.

Anna: Involvere engasjerte legar i utviklingsarbeid og frisklivsarbeid etter nærare avtale. Nytt legeressurs for migrasjonshelse som medisinsk-fagleg rådgjevar i samansette saker. Vurdere forsøksordning med primærhelseteam. Stimulere til fagutvikling retta mot offentlege oppgåver. Identifisere aktuelle tema for forskning i eigen kommune, og legge til rette for deltaking i forskingsprosjekt.

Samfunnsmedisinsk arbeid: Sikre at samfunnsmedisinsk kompetanse blir brukt i heile organisasjonen, i tråd med sentrale føringar. Kommuneoverlegen inngår i rådmannen sitt rådgjevarteam. Etablere team med naudsynt tverrfagleg kompetanse på områda folkehelse og miljøretta helsevern, og sikre leiarforankring for fagområda. Sikre medisinsk-fagleg kompetanse i kommunal beredskap.

Legevakt og akuttmedisinsk beredskap: Legge til rette for at fastlegar tek del i legevaktsarbeid lengst mogleg. Vurdere årshjul for gjennomføring av øvingar for personell med akuttmedisinsk beredskap.

Samhandling: Halde fram med, og evaluere, etablerte samarbeidsmøte mellom fastlegane og kommunale tenester. Oppretthalde og vidareutvikle informasjonsside for fastlegar. Nytte elektronisk kommunikasjon på rett indikasjon og til rett tid og evaluere bruken.

Organisering og leiing: Leiing av legetenesta skal ivaretakast gjennom tydlege leiarlinjer som er samanfalande med ansvar for tenesta. Kommunalsjef har overordna ansvar for tenesta og leiar for legetenesta har ansvar for dagleg drift. Kommuneoverlege si rolle som overordna medisinsk fagleg rådgjevar for tenesta skal gjerast tydleg. Leiing og medisinsk-fagleg rådgjevar skal stimulere til systematisk utviklingsarbeid: Kvalitet/ kontinuerleg forbetring, følgje opp nasjonale krav, effektiv drift og gode faglege tilbod og sørvis til brukarane. Samhandling med andre tenester internt og eksternt skal og ha fokus.

Det skal leggjast til rette for tettare integrasjon mellom leiing og fastlegar/anna personale i utvikling av tenesta gjennom ulike tiltak. I komande 2 års periode skal det vurderast om legetenesta skal samorganisert med andre tenester, samt evaluere og vurdere dagens organisering av kommunale bistillingar.

2. Innleiing

Kommunen har det overordna ansvaret for å tilby kommunen sine innbyggjarar naudsynte allmennlegetenester, jf. Lov om kommunale helse- og omsorgstenester mm § 3-2 og fastlegeforskrifta § 3. Kommunen skal organisere ei fastlegeordning, og syte for at personar med rett til og ønskje om det, får tilbod om plass på ein fastlegeliste. Kommunen har eit informasjonsansvar overfor innbyggjarane, og overfor fastlegane når det gjeld tilhøve som gjeld deira teneste.

Fleirtalet av norske fastlegar er sjølvstendig næringsdrivande, og økonomiske rammevilkår er regulert gjennom forskrift og avtaleverk. Fastlegeforskrifta pålegg kommunen eit ansvar for at dei allmennlegetenester den tilbyr er forsvarlege og av god kvalitet. I forskrifta er fastlegen sitt ansvar gjort tydeleg gjennom ei rekke funksjons- og kvalitetskrav til fastlegen si verksemd.

Det skal leggjast til rette for samhandling med andre kommunale tenester og med spesialisthelsetenesta.

Samhandling mellom kommunen og fastlegane er nærare spesifisert i rammeavtale mellom KS og den norske legeförening, ASA 4310. I pkt 6.2 står det: «*Kommunen skal utarbeide plan for legetjenesten i kommunen. Planen skal rulleres og forelegges samarbeidsutvalget til vurdering og uttalelse.*»

Lokalt og regionalt har ein sett aukande vanskar med å rekruttere fastlegar. Stabilitet i fastlegegruppa er viktig for å få ei kvalitativ god fastlegeordning. Fastlegen blir nytta av alle aldersgrupper, men mest av aldersgruppa 67-89 år. I tråd med den demografiske endringa i samfunnet med relativt fleire eldre, må ein forvente auke i etterspurnad etter legetenester i høve folketalet. Dei aller eldste er underforbrukarar av legetenester, og har i større grad trong for legetilsyn i heimen.

I løpet av dei neste ti åra vil mange av legane i Bømlo bli pensjonistar. Det er difor trong for ei langsiktig plan for å sikre rekruttering, kompetanse og kontinuitet.

2.1. Forkortingar og definisjonar

ALIS	Allmennlege i spesialisering
BFT	Barne- og familietenesta
FOUSAM	Forsking- og utviklingssamarbeidet (Helse Fonna/Høgskulen Vestlandet/kommunane)
Helfo	Helseforvaltninga
HSO	Seksjonen helse, sosial og omsorg
IDA	Interkommunal døgnavdeling (snøggjelpsplassar og observasjonsplassar)
KKL	Kommunal kriseleing
KPR	Kommunalt pasientregister
KUHR	Kontroll og utbetaling av helserefusjon (register basert på legane sine rekningskort til Helfo)
LIS	Lege i spesialisering
LIS-1	1.ledd i eit spesialiseringsløp for legar, planlagt innført i ny spesialiststruktur
OK	Seksjonen oppvekst, kultur og idrett
PKO	Praksiskonsulentordninga

2.2. Lover

Aktuelle lover – ikkje utfyllande:

Lov om kommunale helse og omsorgstjenester mm

Lov om pasient og brukerrettigheter

Lov om helsepersonell m.v.

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern

Lov om smittevern

Lov om helsemessig og sosial beredskap

2.3. Sentrale forskrifter

Forskrift om fastlegeordningen i kommunene

Forskrift om krav til organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste m.v. (akuttmedisinforskriften)

Forskrift om pasientjournal

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten

2.4. Sentrale styringsdokument

St. meld 16 (2011 - 2015) Nasjonal helse- og omsorgsplan

St. meld 47 (2008-2009) «Samhandlingsreformen»

St. meld. 26 (2014-15) «Framtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet»

St. meld. 19 (2014-15) «Folkehelsemeldingen – mestring og muligheter»

2.5. Internkontroll

Funksjons- og kvalitetskrava i fastlegeforskrifta set ei rekkje krav til fastlegen sitt virke, mellom anna at fastlegen skal drive i tråd med oppdatert kunnskap og nasjonale retningslinjer. Krava til oppfølging av listepopulasjonen er omfattande. Oppfylging av funksjons- og kvalitetskrava er og knytt til helsepersonellova sitt krav om forsvarleg verksemd.

Den som har det overordna ansvaret for verksemda, har og ansvar for at det blir etablert og gjennomført ei systematisk styring av verksemda sine aktivitetar, og at medarbeidarar i verksemda medverkar til dette, jf. «forskrift om leiging og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten». Ei privat verksemd som tilbyr helse- og omsorgstjenester er eit sjølvstendig rettssubjekt, og den ansvarlege for verksemda har det overordna ansvaret for styringssystemet. I kommunale verksemdar har administrasjonssjefen det overordna ansvaret for at styringssystema er på plass og fungerer.

Styringssystema skal sikre at verksemda sine aktivitetar blir planlagt, gjennomført, evaluert og korrigert i samsvar med krav i helse- og omsorgslovgivinga.

Helsedirektoratet har utarbeidd ein [vegleiar til forskrifta](#).

2.6. Avtaleverket for fastlegar

Sentrale avtaler

Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening om allmennpraksis i fastlegeordninga i kommunane ([ASA 4310](#))

Sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Den norske legeforening om leger og turnuslegar i kommunehelsetenesta ([SFS 2305](#))

Avtalene er ikkje juridisk bindande, og det er høve til å forhandle fram andre vilkår lokalt. Dersom det ikkje ligg føre lokale avtalar, vil dei sentrale avtalene gjelde.

Lokale avtaler

Kommunen inngår avtale med kvar einskild fastlege som startar i fastlegepraksis. For næringsdrivande legar regulerer ASA 4310 krav til avtalen. Avtalen kan om ønskjeleg reforhandlast årleg. For tilsette fastlegar skal det utarbeidast vanleg arbeidsavtale i samsvar med arbeidsmiljølova sine reglar. Uavhengig av driftsform er fastlegane styrt av helse- og omsorgstenestelova og fastlegeforskrifta. Avtalen skal innehalde opplysningar om listestorleik, opningstider, kollegial fråværsdekning og allmenmedisinske oppgåver/deltidsstilling, og vise til sentrale lover, forskrifter og rammeverk som fastlegen pliktar å rette seg etter. For næringsdrivande legar med kommunal deltidsstilling skal det i tillegg ligge føre arbeidsavtale som regulerer deltidsstillinga.

For legar som har inngått avtale om klinisk stilling etter 01.03.17 skal det i tillegg gå fram av avtalen at legen pliktar å gå inn i eit strukturert utdanningslaup for å bli spesialist i allmenmedisin.

2.7. Relasjon til kommunalt planverk

Plan for legetenesta i Bømlo kommune er ein fagplan under kommunedelplan helse-sosial-omsorg 2017-2027, og er sideordna med andre verksemdsplanar. Legetenesta er organisert under HSO- men sjølve tenesta er sektorovergripande, og planen har derfor relasjon også til andre kommunedelplanar og verksemdsplanar.

2.8. Prosess

Arbeidsgruppe :

Kommuneoverlege Kjersti Follesø (leiar)

Kommunalsjef Kjell Magnar Mellesdal

Kst. leiar av legetenesta Tove Britt Digernes

Arbeidsgruppa skal involvere legane og aktuelle samarbeidande instansar.

Utkast til plan er sendt til følgjande for uttale og innspel: leiargruppa i HSO, kommunalsjef OKI og leiar i barne- og familietenesta, allmennlegeutvalet i Bømlo og leiar for interkommunal legevakt, samt fagansvarleg lege ved legevakt og interkommunal døgnavdeling.

Dei ulike verksemdsleiarane er oppfordra til å drøfte samarbeid med legetenesta og behov for legeressurs, og gi tilbakemelding i tidleg fase av planarbeidet. Planarbeidet er drøfta i møte med representantar for fysioterapeutar med driftsavtale, og dei har hatt høve til å gje innspel.

Leiar for arbeidsgruppa har hatt møte med legane på kvart legekantor i kommunen og sikra innspel få legane i ei tidleg fase av planarbeidet. I tillegg har leiar hatt møte med påtroppande leiande helsesøster om planarbeidet og legane si rolle i helsestasjonsverksemda.

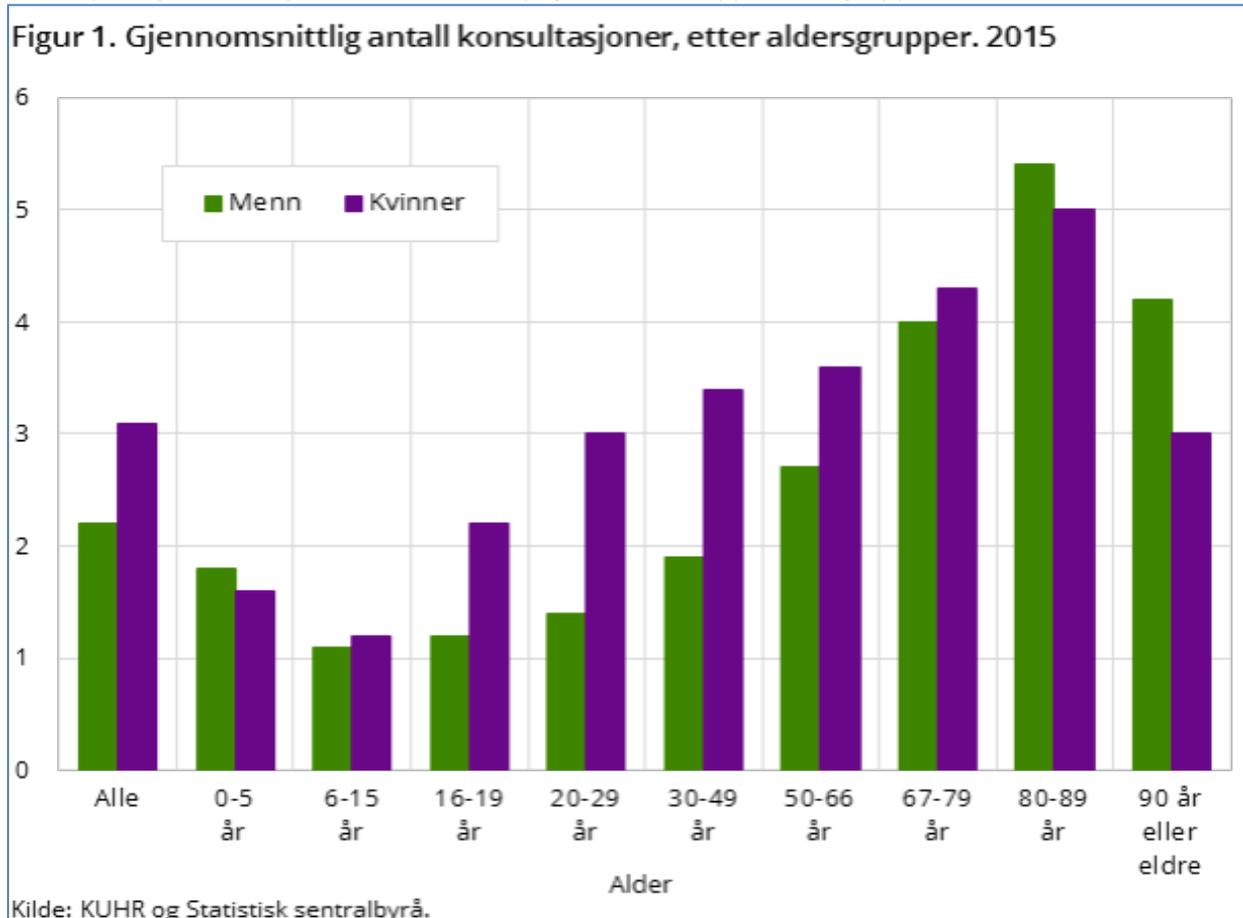
Strategisk leiing i kommunen er oppfordra til å drøfte bruk av samfunnsmedisinsk kompetanse, og elles å kome med innspel til plan.

Ferdig utkast til plan blei sendt på høyring til verksemdsleiarar i HSO, kommunalsjef OKI, leiar for BFT, leiande helsesøster, leiar for tilsette ved dei kommunale legekantora, allmennlegeutvalet, folkehelsekoordinator, leiar for Sunnhordland interkommunale legevakt SIL og til tillitsvalde. Det er kome tilbakemelding frå SIL og tillitsvald for legetenesta, men ingen endringsforslag.

3. Helsetilstand i befolkninga

Folkehelseinstituttet si statistikkbank inneheld data over ulike helseparametar i kommunar, fylka og landet, basert på tal frå ulike kjelder, mellom anna frå oppgjersrekning frå fastlegane til Helfo (KUHR-Kontroll og Utbetaling av HelseRefusjon). For meir detaljert informasjon om helsedata, sjå oversiktsdokumentet «Folkehelse i Bømlo, status pr. 2015/2016» med vedlegg.

Eldre nyttar generelt legetenesta meir enn yngre, med ei topp i aldersgruppa 80-89 år:



Data viser at Bømlo ligg høgt når det gjeld brukarar av legetenesta med diagnose hjarte-karsjukdom i høve landsgjennomsnittet. Når det gjeld psykiske symptom og muskel-skjelettlidingar ligg Bømlo totalt sett noko lågare enn landsgjennomsnittet, men det har vore ei svak aukande tendens i alle diagnosegruppene, og ei markert auke i unge med affektive og depressive lidingar siste åra. Statistikken er basert på oppgjerskort frå legekonsultasjonar i primærhelsetenesta, og seier ikkje noko sikkert om fordelinga av lidingar i befolkninga. Bømlo ligg lågare enn fylket og landet når det gjeld utskriving av vanedannande medisin som sterke smertestillande, sovemedisin og beroligande medisin frå fastlegar.

Bømlo har og over tid lege noko høgt når det gjeld forskreve antibiotika. Nasjonalt var forbruket av antibiotika i Norge på topp i 2012, og regjeringa har ei målsetjing om 30% reduksjon i høve toppnivået som tiltak i kampen mot antibiotikaresistens.

Statistikk/grafar over brukarar av primærhelsetenesta, uføretrygd, sjukmelding, samt utskriving av ulike typar medikament finn ein i **vedlegg 1**.

4. Fastlegetenesta

4.1. Mål

Fastlegeforskrifta § 1:

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

Hovudmål for legetenesta i Bømlo: Bømlo kommune har ei fagleg god, stabil og lett tilgjengeleg legeteneste for dei som har behov. Tenesta sikrar god førebygging, utredning og behandling. Tenesta samarbeider tverrfagleg med andre kommunale tenester, med 2.linetenesta og med andre relevante aktørar.



4.2. Status

Bømlo hadde pr. 01.07.17 12 fastlegar, med samla listekapasitet på 11100 personar. I tillegg er det ei liste utan lege som er gjort om til ei utdanningsstilling. Det er tilsett lege som startar opp 01.01.18. Denne lista har listetak på 700 plasser. Det er få ledige plasser hos dei etablerte legane, og vanskeleg å bytte fastlege.

Ledig stilling ved Kystlegane har vore lyst ut 3 gonger utan at ein har fått tilsett ny lege. Stillinga er difor gjort om til ei utdanningsstilling for fastlege med listetak på 700 pasientar. Det inneber ei reduksjon i listetak frå tidlegare liste med 400 pasientar. Det kan vere aktuelt med noko auke i listekapasitet framover for dei som startar med lågare liste.

Når lege er på plass i begge utdanningsstillingane vil Bømlo ha ei samla listekapasitet på 11400 pasientar. I tillegg har Bremnes legesenter turnuslege som ikkje har eiga liste. Pr. 01.09.17 hadde 11480 personar fastlege i Bømlo.

Bømlo hadde i 2016 netto overføring av basisgodtgjering (sjå pkt.4.5) til andre kommunar svarande til ca. 400 personar, dvs. at ca. 400 personar busett i Bømlo har fastlege i ein annan kommune. Innbyggjartalet i Bømlo pr. 01.07.17 er 11870.

Aldersfordeling fastlegar frå 01.09.17:

20-30 år: 1 lege

30-40 år: 4 legar + 1 ALIS frå 01.01.18

40-50 år: 1 lege

50-55 år: 1 lege

55-60 år: 2 legar

60-70 år: 3 legar

Legetenester- KOSTRA-tal:

Fastlegekonsultasjonar pr. person i pasienten sin bustadkommune (pasientar busett i Bømlo)

	2013	2014	2015	2016
Bømlo	2,86	2,95	2,91	3,01
Stord	2,73	2,68	2,65	2,80
Landet utan Oslo	2,66	2,68	2,68	2,68
Kostragruppe 11	2,86	2,86	2,85	2,83
Landet	2,64	2,66	2,66	2,68

Tabellen viser eit høgare forbruk av fastlege blant personar busett i Bømlo. I gjennomsnitt har kvar person i Bømlo 3,01 konsultasjonar med fastlege kvart år.

4.3. Kompetanse

4.3.1. Status legar pr. 2017

Frå 01.09.17 har Bømlo 7 fastlegar som er spesialist i allmenntillegmedisin. Fleire er i gang med spesialisering.

Frå 01.01.17 er det eit krav om at alle legar som blir tilsett som fastlege skal vere spesialistar i allmenntillegmedisin, eller vere under spesialisering. F.o.m.01.03.19 er det og eit krav at første del av spesialiseringa skal vere LIS 1-(Lege I Spesialisering 1), ei stilling som er sett saman av praksis ved sjukehus og i kommunehelsetenesta, svarande til turnuslegestilling i dag. Fram til 01.03.19 er det mogleg for legar med norsk autorisasjon å starte på eit spesialiseringsløp utan turnus i Norge.

4.3.2. Status bemanning ved legekontor i Bømlo pr. juli 2017*

Kontor	Stillingsstorleik medarbeidarar	Kompetanse	Reelt tal listepas 01.07	Samla listestorleik	Tal legar ved kontoret
Bremnes legesenter	3,01	0,8 bioingeniør 2,2 sjukepleiar	3131	3875	5 + turnus
Moster legekontor	1,54	Sjukepleiar	1949	1975	2 (kontoret stengt fred.)
Bømlo legekontor	1,0	Sjukepleiar	799	800	1 (60% stilling, 3 dgr/veke)
Kystlegane	3,2 stillingar delt på 5 stk. medarbeidarar	1 bioingeniør 2 sjukepleiarar 2 legesekretærer	5303	5150	5

*Ei liste blir opna når talet på pasientar fell med 20 under listetak, og reelt tal på listepasientar kan difor variere noko frå dag til dag. Lista blir stengt når listetaket er nådd.

Bremnes legesenter har ein del meirarbeid grunna mange framandspråklege pasientar (bestilling og bruk av tolk), ein del pasientar utan fastlege, tilrettelegging for utlevering av medisin til legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i helg, blodprøvetaking i tuberkuloseundersøking, mottak og vidaresending av blodprøver frå Bømlo bu- og helsesenter, m.m.

Legetenesta har i tillegg følgjande ressursar (lokalisert ved Bremnes legesenter):

- 0,5 leiar for legetenesta (Bioingeniør med vidareutdanning i leiing)
- 0,2 leiar for hjelpepersonellet ved dei kommunale legekantora
- 0,8 Merkantil (helsesekretær)

4.3.3. Krav til spesialisering i allmenntmedisin

For legar tilsett i klinisk stilling i kommunen fom 01.03.17 er det eit krav at legen startar i spesialiseringsprogram for å bli spesialist i allmenntmedisin. Kommunen skal stadfeste startdato for spesialisering overfor Helfo. For å bli **spesialist i allmenntmedisin** er det krav om 5 års teneste etter gjennomført turnus. 4 år skal vere i allmenntpraksis, der inntil 2 år kan erstattast av teneste i sjukeheim/bustad med heildøgns pleie, eller i kommunal snøghjelpsavdeling, eller inntil 1 år av forskning. Minimum 2 år må uansett vere i open uselektert praksis, privat eller offentleg. 1 år skal vere praksis ved klinisk sjukehusavdeling eller poliklinikk. I tillegg er det krav om kurs og deltaking i 2-årig strukturert gruppebasert vegleiing og besøk i praksis til kollega/ta i mot besøk i eigen praksis. Godkjenning som spesialist i allmenntmedisin gir tilleggsrefusjon frå Helfo ved pasientbehandling og møter.

4.3.4. ALIS (allmenntlege i spesialisering)

Frå 01.09.2017 blir det starta eit prosjekt med faste utdanningsstillingar for leger i spesialisering i allmenntmedisin (ALIS), som Bømlo tek del i (ALIS-VEST).

Føremålet er å få ei godt strukturert utdanning for ALIS, og å sikre rekruttering til fastlegeheimlane og andre allmenntmedisinske oppgåver i kommunane. Bergen kommune har ansvar for å leie prosjektet. Sjølv utdanningsløpet er over 5 år. Legen blir tilsett med fast løn og er med å utarbeide ein utdanningsplan for heile perioden. Legen skal i løpet av dei 5 åra vere innom ulike allmenntmedisinske oppgåver og ha eit år med klinisk arbeid i sjukehus.

4.3.5. Resertifisering

Det er krav om resertifisering kvart 5.år for å halde på retten til tilleggsrefusjon grunna spesialistkompetanse. Krav ved resertifisering er mellom anna praksisbesøk, kollegabasert smågruppeverksemd og kurs, i tillegg til teneste.

Spesialistreglane er under revisjon.

4.3.6. Bemanning, kompetanse og oppgåver for medarbeidarar

Personell ved legekantor har ulike oppgåver som skal ivaretaast og meistrast. Personell i resepsjonen og på telefon er pasientane sin første kontakt med kontoret, og er oftast dei som avgjer hastegrad. Det er viktig med god vurderingskompetanse og erfaring i bruk av støtteverktøy som telefonråd og medisinsk index for naudhjelp.

Laboratoriedrifta er ei viktig teneste. Både Kystlegane og Bremnes legesenter har i dag bioingeniør som har ansvar for laboratoriet. Bioingeniøren har ei grunnleggande fagkunnskap som er viktig for å kvalitetssikre prøvetaking, behandling av prøver og analysearbeidet.



I framtida vil det truleg bli økonomiske ordningar for å kunne nytte anna personell enn legar til pasientopplæring (enkeltvis eller i grupper), enkle kontroller, rådgjeving via telefon eller e-post osv. I tillegg er det ei rekke oppgåver som blir utført av anna personell enn legen i dag, som å ta EKG, spirometri, behandle sår med meir. Det vil likevel vere legane som har det faglege ansvaret. Felles for oppgåvene er at dei krev forståing med omsyn til feilkjelder, god opplæring, oppdatering av kunnskap og god samhandling med fastlege. Fleire yrkesgrupper kan arbeide i fastlegelokator. Det mest målretta utdanninga i høve oppgåvene er legesekretær, men mange kontor vel å ha sjukepleiefagleg kompetanse i tillegg. Kor mange medarbeidarstillingar ein treng vil mellom anna vere avhengig av kva oppgåver som blir delegert frå legane til anna personell. Større kontor kan nytte personell meir rasjonelt gjennom oppgåvedeling og rulling.



Tett samarbeid mellom legar og medarbeidarar er ei føresetnad for effektiv drift. Faste medarbeidarar og legar kan fordele oppgåver og ansvar mellom seg. Legar og medarbeidarar vil kunne fungere som eit team dersom alle veit kva deira rolle er. Ved akutte hendingar kan det vere avgjerande for riktig behandling, og det vil spare tid ved rutineoppgåver.

4.4. Lokalisering og dimensjonering

Bømlo kommune har i dag 4 legekantor.

Bremnes legesenter er lokalisert i Bømlo helsehus, Bremnes. Opningstid måndag til fredag.

Kystlegane er lokalisert sentralt på Bremnes. Opningstid måndag til fredag.

Moster legekantor er lokalisert sentralt i Mosterhamn. Opningstid måndag til torsdag.

Bømlo legekantor er lokalisert i Langevåg bygdatun. Opningstid måndag, onsdag og fredag.

Erfaring syner at små einingar er sårbart ved sjukdom, permisjonar eller når ein lege sluttar. Ein einlegepraksis vil mangle kollegial fagleg støtte. For at eit slikt kontor skal fungere, må legen vere erfaren, sjølvstendig, ha god breiddekunnskap og ha god kjennskap til kva ein fastlegepraksis krev. Også kontor med to til tre leger er sårbart dersom ein lege fell frå i kortare eller lengre periodar. Stadig skifte av leger fører til manglande kontinuitet i oppfølginga av sjuke, med stor fare for at det kan skje feil. Bruk av korttidsvikarar bør ein unngå så langt det er råd.

Fagleg sett er det best med større, robuste fagmiljø ved legekantora. Det gjer det mogleg å sikre kontinuitet, internkontroll og kvalitetsarbeid, naudsynt internundervisning samt kollegial støtte og supervisjon ved behov, både for legar og medarbeidarar. Eit moment som trekk i motsett retning er befolkninga sitt ønskje om lett tilgang til legetenesta, samtidig som det er til dels lange avstandar og dårleg utbygd offentleg kommunikasjon.

4.5. Driftsform og finansiering

Finansiering av fastlegepraksis er basert på tilskot knytt til listestorleik, eigenandelar betalt av pasientane og refusjonar frå Helfo. Fastlegane/kommunen får ei basisgodtgjering basert på tal innbyggjarar på den einskilde legen si liste. Storleiken på basisgodtgjeringa blir fastsett i statsavtalen. Godtgjeringa blir utbetalt av kommunen. Bømlo kommune har pr. 2017 tre ulike typar avtaler med sine fastlegar:

1. Næringsdrift der legane sjølve eig praksisen og har ansvar for drift og økonomi, og har arbeidsgjevaransvar for sine tilsette.
2. Næringsdrift der legane leigar kontor, utstyr og personell av kommunen. Legane betaler leige svarande til utgiftene, men kommunen er arbeidsgjevar for tilsette og har det administrative ansvaret for drifta.
3. Fastlønsavtaler. For legar på fastløn er det kommunen som beheld basistilskotet og får refusjonane frå helseforvaltninga (Helfo), dersom ikkje anna er avtalt.

For dei legane som driv næringsverksemd med leigeavtale er det etter gjeldande avtale ikkje fastsett tidsavgrensing, men den økonomiske avtalen kan likevel seiast opp av kommunen eller legen når avtalen har vart i minst 4 år, deretter er det minst 1 års frist for oppseiing. Legane kan seie opp si fastlegeavtale med oppseiingsfrist på 6 mnd.

Driftsform	Føremonar	Ulemper
Heilprivat næringsdrift	For legane: - Styring av eiga verksemd - Tilsetjing av eiga personale, - Styring med faglege prioriteringar, utstyr m.m. - Mogleik for større inntening ved høgare «produksjon» For kommunen: - Inga kostnad utover kommunale deltidsstillingar og basistilskot - Slepp arbeidsgjevaransvar for hjelpepersonell - Slepp driftsansvar - Høgare pasientlister og «produksjon» (men samansette grunnar for dette)	For legane: - Arbeidsgjevaransvar - Administrasjon av praksis - Dårlegare pensjonsordning - Red. sjukefråværsdekning For kommunen: - Avgrensa mogleik til å tilsette i større allmenmed. deltids stillingar - Mindre oversikt over kompetanse og kvalifikasjonar - Mindre mogleik for styring av ressursar mellom kommunale oppgåver/deltidsstillingar

Driftsform	Føremonar	Ulemper
Næringsdrift med leigeavtale	For legane: <ul style="list-style-type: none"> - Meir individuell styringsrett - Slepp arbeidsgjevaransvar for hjelpepersonell - Mindre administrasjonsarbeid - Faste utgifter For kommunen: <ul style="list-style-type: none"> - Slepp pensjonsutgifter til legane 	For legane: <ul style="list-style-type: none"> - Dårligare pensjonsordning - Red. sjukefråværsdekning - Mindre påverknad på drift og personellressursar For kommunen: <ul style="list-style-type: none"> - Kommunen må dekke uføresette utgifter - Arbeidsgjevaransvar for hjelpepersonell
Fastlønsavtale	For legane: <ul style="list-style-type: none"> - Kjent inntekt inkl. feriepengar - Permisjonsrettar - Pensjonsavtale - Gode ordningar ved eigen eller barns sjukdom - Meir ordna arbeidstid? For kommunen: <ul style="list-style-type: none"> - Lettare å rekruttere legar - Bete kontroll på kompetanse og utdanningslaup - Bete styring av kommunale allmennmedisinske oppgåver ved tilsetjing, vikarordning? 	For legane: <ul style="list-style-type: none"> - Forventning om å vere disponibel til andre oppgåver enn pasientarbeid? - Mindre styring over eigen arbeidstid For kommunen: <ul style="list-style-type: none"> - Pensjonskostnader - Mindre stabilitet? lettare å slutte enn dersom ein eig praksis - Færre listepasientar- trong for fleire legar dersom regulert arbeidstid?

Fastlegane er først og fremst forplikta overfor sin listepopulasjon. Det følgjer av fastlegeforskrifta at legen skal ha naudsynt kapasitet til å dekke alle allmennlegeoppgåver innan somatisk helse, psykisk helse og rus. I dette ligg og snøgghjelp i opningstida, heimebesøk, koordineringsansvar og deltaking i tverrfagleg samarbeid. Det vil seie at uansett tilsettingsforhold og driftsform, må legen yte den sørvis for sine listepasientar som forskrifta krev. Listelengde må difor vere tilpassa forventa arbeidstid og andre oppgåver som legen skal utføre. Legevakt har til no vore i tillegg til full jobb som fastlege, men det er grunn til å rekne med at dette vert vurdert implementert i ei normalarbeidsveke i framtida, og at dette vert teke opp på nasjonalt nivå. Legane har plikt til kollegial fråværsdekning.

Pasientadministrativt arbeid kan utførast frå heimekontor etter nærare avtale om det er høveleg.

Mange yngre legar ønskjer seg meir normal arbeidsveke og tid til familie. Kommunen må vere førebudd på at det kan føre til behov for fleire legar enn i dag når dei eldste vel å gå av.

4.6. Rekruttering og vikarordningar

I samband med spesialisering i allmenmedisin er det krav om 1 års praksis på sjukehus. Det vil seie at alle leger som ikkje har praksis frå sjukehus frå før utover turnus/LIS1-stilling må ha eit års fråvær frå praksis for å oppfylle kravet i forskrift om å bli spesialist i allmenmedisin. Ein må difor rekne med at det vil vere trong for vikar i fastlegepraksis. I tillegg kjem vikarbehov ved fødselspermisjonar, sjukefråvær og ledige fastlegeheimlar.

4.7. Vegleiing av turnuslege / LIS-1, studentar og lege i utdanningsstilling

Kommunen har ansvaret for mottak av turnuslegar i kommunen. Kommune og lege kan inngå avtale om mottak og vegleiing av turnuslege. Vegleiing av turnuslege blir lønna med 3t/veke.

Leger kan ta imot medisinske studentar i sin praksis. Det påverkar ikkje avtala med kommunen.

Vegleiing av lege etter «Forskrift om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmenlege med rett til trygderefusjon» blir rekna som offentleg allmenmedisinsk arbeid og lønna som deltidstilling. Dette er ei overgangsordning. Dei nyttilsette legane som har krav om å spesialisere seg i allmenmedisin, skal ha vegleiing gjennom heile utdanningslaupet.

4.8. Brukarmedverknad

Brukarmedverknad har stort fokus frå sentrale mynde. Den viktigaste brukarmedverknaden i fastlegeordninga skjer i møtet mellom lege og pasient. I tillegg er det ei forventning at ein nyttar pasienterfaringar i kvalitets- og utviklingsarbeid, t.d. gjennom spørjeundersøkingar. Andre former for brukarmedverknad er systematisk handtering av tilbakemeldingar frå pasient eller pårørande, gjennomgang saman med pasient og evt. pårørande etter uheldige hendingar og handsaming av klager som utgangspunkt for forbetningsarbeid. Det er ønskeleg å vurdere modellar og system for måling av brukarmedverknad og brukar-tilfredshet som gjer at kommunen kan følgje utvikling i eige resultat på dette.

4.9. Fastlegeordninga- utfordringar og tiltak

Det må vurderast lokalisering og storleik på fastlegekontora i framtida, basert på demografisk utvikling, rekruttering, fagleg kvalitet og tilgjenge/kommunikasjon. Det må takast høgde for at overføring av oppgåver frå helseføretaka til kommunane vil krevje lågare listelengde og dermed fleire legar med same befolkningsstorleik. Det er viktig å sørge for nok kontorkapasitet, slik at det er plass til framtidige fastlegar, og til LIS-1 og medisinske studentar.

Plassering og storleik på fastlegekontor må sjåast i samanheng med andre tenester innan helse, sosial og omsorg med tanke på effektiv ressursutnytting og samhandling.

Legane ved dei ulike legekantora bør vere deltakarar i prosessen med val av utstyr til legekantor og inkluderast og informerast med omsyn til kompetansebehov ved legekantoret. Sjå elles kap. 10 (organisering og leiing) om faglege oppgåver, prioriteringar og ansvar ved det einskilde legekantor.

For tida er det lettare å rekruttere til fastlønnsstilling enn til næringsdrift. Ved rekrutteringsvanskar må det vurderast omgjerung av driftsform. Dersom legar ønskjer overgang frå fastlønnsstilling til næringsdrift, bør det vere opning for å drøfte det. Om legen overtar lista vederlagsfritt, må det gjerast avtale om at det ikkje kan krevjast kompensasjon for goodwill ved eventuelt sal av lista, då dette er til hinder for rekruttering. Dersom kommunen kjøper ut lege ved omgjerung til fastlønnsstilling må kommunen kunne selje for tilsvarande ved evt. omgjerung tilbake til privat praksis.

Område	Utfordringar	Tiltak	Prioritering
Rekruttering og kompetanse	<ul style="list-style-type: none"> - Krav om spesialisering. - Etablering av utdanningsstillingar krev avgrensa pasientliste, definerte rammevilkår og erfaren vegleiar. - Vanskeleg å rekruttere legar med gjennomgått turnus (LIS-1), krav om det frå 01.03.19. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gjere om driftsavtale ved Kystlegane til ALIS-stilling. - Vurdere ytterlegare ALIS-stillingar på sikt - Samarbeide med lokalsjukehus og nabokommunar om utdanningsstilling i sjukehus - Legge til rette for praksis for LIS-1 og medisinske studentar 	Haust 2017
Lokalisering og dimensjonering av legekantor	<ul style="list-style-type: none"> - Sårbart med små kontor. -Lite reservekapasitet. - Solopraksis ikkje framtidretta m.o.t. fagleg kvalitet og rekruttering. 	<ul style="list-style-type: none"> - Utviding til fleire legekantor ved ombygging eller flytting av Moster legekantor. - Utgreie alternative løysingar for Bømlo legekantor før noverande lege sluttar. - Sjå fastlegetenesta i samanheng med omsorgstenesta, mellom anna m.o.t. etablering av primærhelseteam og bustadar med heildøgns tilsyn 	Haust 2017 2018 Vår 2018, sjå i samanheng med HSO-plan
Driftsform og finansiering	Manglande rekruttering til næringsdrift.	<ul style="list-style-type: none"> - Omgjerung av driftsavtale til fastløn dersom ein ikkje får rekruttert nye legar. - Følgje med på utvikling nasjonalt som kan ha innverknad lokalt 	
Vikarbehov	<ul style="list-style-type: none"> - Spesialisering krev 1 år med praksis i sjukehus. - Rekrutteringsvanskar - Vikar ved sjukdom og fødselspermisjon 	<ul style="list-style-type: none"> - Sikre mogleik for spesialisering for vikarar - Samordne planlagt permisjon mellom ALIS-legar og andre for å rekruttere langtidsvikar. 	
Medarbeidarar	Tett samarbeid og fordeling av oppgåver viktig for effektivitet og kvalitet	- Mest mogleg stabile medarbeidarar	

Område	Utfordringar	Tiltak	Prioritering
		<ul style="list-style-type: none"> - Styrke modellar for samhandling internt ved det einskilde legekontor, jfr. kap. 10 - Vurdere samla kompetanse og kompetansebehov ved nye stillingar 	
Vegleiiing	<ul style="list-style-type: none"> - LIS-1 og ALIS-legar skal ha vegleiiing av godkjent vegleiar og oppfylle spesifikke mål for læring - Ekstratimer for vegleiiing dersom ALIS blir tilsett utan turnus 	<ul style="list-style-type: none"> - Gjere avtale med lege som vegleiar ved kontor som har lege i utdanningsstilling - Utarbeide omtale for vegleiiing som fyllar nasjonale krav 	Haust 2017 2018
Kvalitetsutvikling	Forskriftskrav «leiiing og kvalitetsutvikling»	<ul style="list-style-type: none"> - Systematikk i kvalitetskontrollsystemet - Samarbeid mellom legekontora - Kvalitetsgruppa HSO medansvarleg - Vurdere TrinnVis 	2017-19
Brukarmedverknad		Vurdere om det skal gjerast brukarundersøking	2018

5. Offentleg allmenntmedisinsk legearbeid

ASA 4310 pkt 12.1:

«Kommunen kan pålegge legen deltidsstilling innen allmenntmedisinsk legearbeid begrenset til 7,5 timer pr uke ved fulltids virksomhet. Pålegg kan bare skje med kommunen eller interkommunalt selskap (IKS) som arbeidsgiver, evt avtalemotpart, jf 12.4-5.»

Offentleg allmenntmedisinsk legearbeid er ein del av fastlegearbeidet. Kommunen og legane har ei felles interesse i at rekruttering til offentleg legearbeid skjer frivillig, med vekt på kompetanse og interesse for arbeidet. Dersom det er naudsynt med tilplikting, bør oppgåvene fordelast mest mogleg likt på fastlegane. Ved ledig offentleg legearbeid skal stillinga primært lysast ut internt. Dersom ingen søker på stillinga kan kommunen ta i bruk pålegg.

Fastlegane representerer ein viktig fagleg ressurs. Fastlegane som gruppe har brei kontaktflate i befolkninga, og har mykje kunnskap om dei utfordringane som pasientane deira møter i ulike samanhengar.

5.1. Mål

Bømlo har legar til offentlege oppgåver som yter gode tenester med grunnlag i faglege tilrådingar, og naudsynt kapasitet og kontinuitet som sikrar dette. Legane tek del i tverrfagleg arbeid og fagutvikling, og har høve til oppdatering av kunnskap innanfor sitt allmenntmedisinske arbeidsfelt.

5.2. Nøkkeltal

Fordeling av kommunale allmenntmedisinske oppgåver i Bømlo

Pr. mai 2017	Offentleg oppgåve	Delstilling %
Lege 1	Legearbeid institusjon	50
Lege 2	Legearbeid institusjon	54
Lege 3	Legearbeid institusjon	13,33
Lege 4	Legearbeid institusjon	20
Lege 5	Fagansvar akuttmed, vikar kom. overlege-smittevern	5
	Helsestasjon Moster	8
Lege 6	Helsestasjon Bremnes	8
Lege 7	Helsestasjon Bremnes	10,67
Lege 8	Helsestasjon Bremnes	4,5
	Vegleiring Turnuslege	8
Lege 9	Helsestasjon for ungdom	8
Lege 10	Helsestasjon Bømlo	4
Lege 11	Migrasjon/Flyktning-helse	20
Lege 12	Vegleiring	5,33 pr lege under vegleiring (p.t 5,33)
Lege 13	Vegleiring	5,33 pr lege under vegleiring (p.t 0)

5.3. Kommunale helseinstitusjonar

Lege ved kommunal helseinstitusjon har det medisinsk-faglege ansvaret for bebuarane under deira opphald ved institusjonen. Legen er del av det tverrfaglege teamet.

Alders- og sjukeheimsmedisin er fagleg og etisk krevjande, og er difor eit eige kompetanseområde innan medisinen. Utdanninga byggjer på spesialitet i allmenmedisin eller anna relevant spesialitet, alternativt praksis frå sjukeheim. I tillegg kjem minimum 2 år i minst 40% stilling i sjukeheim eller tilsvarande buform, til saman minst eit årsverk, program med smågruppeverksemd (kollegabasert vegleing), spesifiserte kurs, praktiske prosedyrar og praksisbesøk.

5.3.1. Status

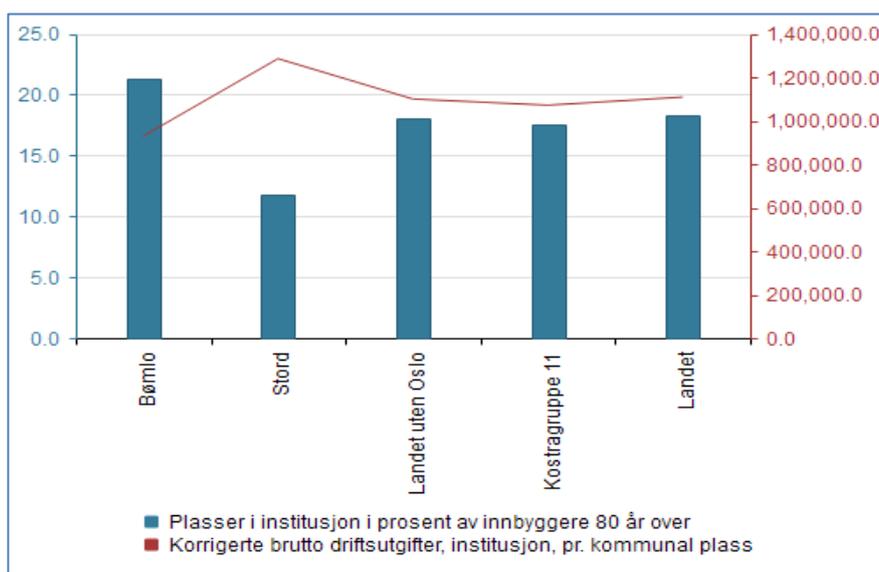
Legedekning ved kommunale institusjonar:

	Bømlo 2013	Bømlo 2015	Bømlo 2016	Stord	Landet utan Oslo	Kostra-gruppe 11	Landet
Legetimer pr. uke pr. beboer i sjukeheim	0,28	0,38	0,52	0,41	0,55	0,51	0,54

Bømlo kommune har samla 157,33% stilling i helseinstitusjon. Det har vore ei klar auke sidan 2013, og Bømlo ligg no om lag på landsgjennomsnittet. Med den samansettinga av plassar som er ved institusjonane i dag, svarer det omtrent til tilrådinga som den norske legeförening kom med i 2012, ved innføringa av samhandlingsreforma. Det finnes pr. i dag ingen sentral bemanningsnorm for kommunale helseinstitusjonar.

Institusjonsplassar og driftsutgifter:

****) Tallene er justert for ulikt utgiftsbehov*



Talet på plassar inkluderer plassar som ikkje er i bruk pr. 2017. Det er innrapportert 120 institusjonsplassar på Bømlo, av dette 8 i avlastningsbustad for unge.

Det er 112 plasser for eldre, dvs. 21,3% dekningsgrad for eldre over 80. Dekningsgrad av plasser i bruk er 19%.

Kostnaden for dei 120 plassane er i gjennomsnitt 928 450 kr. Dette speiler ikkje faktiske utgifter, då 12 plasser står tomme. Kostnad pr. brukt plass er på kr 1 031 611.

Omsorgstilbod som er definert som bustad med heildøgns tilsyn og pleie er ikkje med i statistikken (aktuelt i Stord kommune).

Verksemd		Legeressurs
Bømlo bu- og helsesenter (BBH) p1 Nord	(34 plasser)	
BBH p2 Sør	(25 plasser)	
BBH korttidsplasser	(7 plasser)	Samla ved BBH ca. 128% stilling
BBH rehab.plasser	(5 plasser)	
Teiglandshagen	(16 plasser)	20%
Bømlo omsorgstun	(12 plasser)	Ca 10%??

Legeressursane ved BBH blir nytta fleksibelt, og inkluderer mellom anna akutthjelp ved andre avdelingar enn der legen er fast, ferievikarordning, deltaking i leiarmøte ved institusjon, deltaking på inntaksmøter og tverrfaglege møter, fagutviklingsarbeid, vegleing av turnuslege og internundervisning. Lege ved Bømlo omsorgstun er og lege ved BBH og har høve til å vere fleksibel mellom institusjonane i noverande stilling.

Ferievikarbehov for lege ved Teiglandshagen blir teke i vare av fastlege utan deltidstilling i institusjon. Behov for legehjelp ved ferie for lege ved Bømlo omsorgstun blir løyst ved å nytte fastlegetenesta eller anna lege ved BBH når personalet vurderer det som naudsynt.

5.3.2. Kompetanse

Pr 01.09.17 er 3 av 4 legar spesialist i allmenmedisin, og 1 er snart ferdig med spesialisering.

Ingen av legane har godkjenning innan kompetanseområdet alders- og sjukeheimsmedisin, men to av legane har stillingsstorleik som gjer det mogleg å opparbeide slik kompetanse. I tillegg er turnuslege knytt til institusjon.

Frå 01.03.17 er det krav om at lege ved klinisk stilling i kommunehelsetenesta skal vere spesialist i allmenmedisin eller under spesialisering. Unntak er vikariat i institusjon kortare enn 1 år.

5.3.3. Aktuelle problemstillingar

Sjukdomsbiletet for pasientar i institusjon har endra seg etter innføring av samhandlingsreforma, med dårlegare pasientar og meir aktiv behandling. Det fører til trong for meir fagkompetanse og betre tilgang til legeressurs. Auka stillingsstorleik for leger ved BBH i institusjon har gitt betre kontinuitet i pasientbehandlinga og i kommunikasjonen mellom lege og sjukepleiarar og andre faggrupper. Fleire legar og større stillingar ved same institusjon gjer det mogleg å ha tilgang til lege dei fleste dagar i veka. Samtidig er det sårbart ved fråvær. Fastlegar har avgrensa mogleik for å vere fleksible i kvardagen. Små institusjonar gjer det vanskelegare å sikre kontinuitet i legetilsyn ved behov. Det kan vere ei fordel om legen sin praksis er i nærleiken av institusjonen. Institusjonane manglar bakvakt på ettermiddag/kveld. Dette blir teke i vare av legevakt, og av at legane har gjort seg disponible for spørsmål frå si avdeling, for å unngå unødig belastning for pasientane.



Dersom det skal leggjast til rette for større stillingar og mogleik for godkjenning innan kompetanseområdet alders- og sjukeheimsmedisin, krev det rekruttering av legar som ønskjer å satse på institusjonshelsetenesta (fastlegane kan ikkje tilpikastast meir enn 20% stilling). Store stillingar krev at ein sikrar eit system for fráværdeknning ved utdanningspermisjon eller langtidsfrávær av anna årsak, og det må sikrast adekvat legebemanning i ferier. Når ALIS-lege avsluttar si teneste ved institusjon, må det sikrast at annan lege tek over.

Ved trong for hastevurderingar utanom ordinær arbeidstid har legevakta ansvaret. Institusjonane har ikkje lege i vakt. Når helseinstitusjonane i Bømlo vender seg til legevakta, blir saka som regel løyst over telefon, eller pasienten blir frakta til legevakta. Det blir sjeldan sendt lege for å vurdere pasienten på institusjonen. Transport kan vere ei stor påkjenning for pasientane. Ei eiga interkommunal vaktordning for sjukeheimane hadde vore ei tenleg løysing på sikt.

Tilråding: ALIS-lege bør ha deltidstilling i institusjon i 10-20 % stilling i 2 år. KOR bør ha fast lege ved avdelinga 2 dagar pr. veke. Legen skal delta på

rehabiliteringsmøta og i utarbeiding av rehabiliteringsplan. BBH bør samla sett ha lege på dagtid alle kvardagar. Søre Bømlo omsorgstun har legedekning av legeressurs knytt til BBH kvar veke og elles etter nærare vurdert behov.

Legane skal gjensidig vikariere for kvarandre ved behov for snøgghjelp dei dagane posten ikkje har fast lege. Postlege kan likevel vere open for spørsmål på telefon på ettermiddag/kveld fram til kl. 22, dersom det ikkje er mogleg å vente til neste dag. Legen har ikkje plikt til å vere tilgjengeleg, og ein kan ikkje vente at legen rykker ut.

5.4. Helsestasjon

Hesledirektoratet lanserte våren 2017 ny nasjonal fagleg rettleiar for helsestasjonen. Der står det m.a. følgjande:

*«Helsestasjonen skal tilby helseundersøkingar med lege. Disse helseundersøkingane bør gjennomførast som en del av helsestasjonsprogrammet på konsultasjonene når barnet er **6 uker, 6 månader, 1 år og 2 år**.*

Rutinemessige undersøkingar skal bidra til å forebygge og identifisere risikofaktorer for utvikling av fysiske og psykiske helseproblemer.

At helsepersonell ved helsestasjonen med ulik kompetanse, erfaring og ulike oppgaver samarbeider om undersøkelsene, bidrar til økt faglig kvalitet og tverrfaglige drøftingar, refleksjon rundt barnet og løpende evaluering.»

Føremålet med å legge helseundersøking av barn til helsestasjonen og ikkje til fastlegen er å ha tverrfagleg kompetanse i møtet med den einkilde familie og det einkilde barnet. Helsestasjonslegen vil få breiare erfaring i å vurdere normalutvikling og moglege avvik frå denne. Det krev eit tett samarbeid mellom lege og helsesøster, med tid til å drøfte aktuelle problemstillingar når det er naudsynt. Legen skal fungere som medisinsk-fagleg rådgjevar for helsesøster.

I Bømlo har legane til no utført kontroll av syn ved 4-årskontrollen i tillegg til dei obligatoriske helseundersøkingane.

5.4.1. Status legebemanning

Dekningsgrad	Bømlo 2013	Bømlo 2015	Bømlo 2016	Stord	Landet utan Oslo	Kostrargruppe 11	Landet
Legeårsverk pr. 10 000 innbyggjarar kommunehelsetenesta	9,3	9,5	9,8	10,9	10,7	11,8	10,6
Årsverk av leger pr. 10 000 innbyggere 0-5 år. Funksjon 232*	5,7	6,2	4,9	5,7	6,1	7,2	5,8

*Funksjon 232: Førebygging, helsestasjons- og skulehelsetenesta

Bømlo kommune har samla sett 35,71% stilling for lege i helsestasjon og skulehelseteneste til saman, delt på 5 legar. I tillegg er det 8% legeressurs ved helsestasjon for ungdom.

Helsedirektoratet ga i 2010 ut ein publikasjon, «Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skulehelsetjenesten», med vegleiande normer for bemanning. Med Bømlo si aldersfordeling blant barn pr. 2016, vil tilrådinga vere om lag som følgjer:

Helsestasjon: 35% stilling

Skulehelseteneste: 90% stilling (60% 1.-7.klasse, 20% i ungdomsskule og 10% i vidaregåande skule)

Tilrådd ressurs til saman: 125% stilling.



5.4.2. Lokalisering av helsestasjonar

Lokalisasjon	Lege til stade	Tal på barn 0-6	Legeressurs
Bremnes	Partallsveker: tysdag Oddetallsveker: tysdag føremiddag og alle onsdagar	590	23,17%
Moster	2.kvar onsdag	140	8%
Bømlo	2.kvar fredag ettermiddag	67	4%
Totalt:		797	35,71%

5.4.3. Aktuelle problemstillingar

Helsestasjonsarbeidet for lege er i dag delt på 6 legar i små stillingar, helsestasjon for ungdom inkludert. Det gir lite rom for samhandling med andre tilsette i tenesta, liten mogleik for å engasjere seg i kvalitetsarbeid og fagutvikling, og liten grunn til å prioritere å fordjupe seg i fagfeltet.

Det har til dels vore ei suboptimal bruk av legeressursen, og bruken av lege har ikkje vore godt koordinert når fleire helsesøstre har sett opp avtalar til same lege same dag. Det kan mellom anna skuldast at legane er organisert i ei anna eining slik at BFT verken har administrativt eller økonomisk ansvar for ressursen. Det har ikkje vore fagleg samarbeid mellom helsestasjonslegane, og lite fagleg samarbeid mellom helsesøster og helsestasjonslege.

Ved fråvær av lege, t.d. ved sjukefråvær, ferie eller anna, har leiar for legetenesta prøvd å finne erstattar, i samarbeid med leiande helsesøster. Det har ikkje vore faste rutinar for feriebemanning eller kollegial fråværsdekning. Større legestillingar vil kunne gjere tenesta enda meir sårbar ved fråvær, men styrke kontinuiteten i tenesta.

5.5. Skulehelsetenesta og helsestasjon for ungdom

Barn og unge er eit satsingsområde når det gjelder førebygging av helseplager og funksjonssvikt. Helse- direktoratet har nyleg lansert ei 10-årssatsing for folkehelse, der styrking av fysisk og psykisk helse og førebygging av rusproblem hos unge er sentrale område. NAV rapporterer om ei kraftig auke i unge som fell utanfor skule og arbeidsliv. Bømlo kommune arbeider etter modellen «betre tverrfagleg innsats» for å sette i verk riktige tiltak tidleg.

Det er mange unge som slit med psykiske vanskar. Fysisk og psykisk helse heng tett saman, og det er viktig med ei heilskapleg tilnærming. Med høg førekomst av ei tilstand er det viktig å ha gode førebyggjande tiltak retta mot heile populasjonen, ikkje berre der ein har identifisert ei ekstra risiko. Det gir effekt hos fleire, og med lågare kostnad.

Bømlo kommune har lenge hatt låg bemanning i skulehelsetenesta, men har auka stillingar til helsesøster dei siste åra. Framleis er det svært liten ressurs til lege i skulehelsetenesta, og langt under tilrådd normtal. Skulehelsetenesta skal vere ein ressurs som kan støtte og styrke skulen sin kunnskap om samheng mellom livserfaringar, helseåtferd og helseproblem, og bidra i undervisning og i einskildsaker der det er

behov for tidleg innsats. Det krev ei brei kompetanse i skulehelsetenesta, der legen har ei viktig rolle som medisinsk-fagleg rådgjevar for det tverrfaglege teamet.

5.5.1. Status

Lege ved helsestasjonane i Bømlo har i samarbeid med helsesøster hatt helsekontroll for 6-åringar i samband med skulestart. I [ny rettleiar](#) skal somatisk undersøking gjerast etter at barnet er starta på skulen, mellom anna for å skape kontakt mellom skulehelsetenesta, skulen og foreldra, og det er intensjon om at undersøkinga skal gå føre seg på skulane. Bømlo kommune har ingen legeressurs utover helsekontrollen, og lege er ikkje involvert i tverrfagleg arbeid eller i førebyggjande tiltak. Helsedirektoratet si norm frå 2010 for skulehelsetenesta tilseier samla sett 90% stilling for lege i barneskule, ungdomsskule og vidaregåande skule til saman.

5.5.2. Aktuelle problemstillingar

Bømlo kommune har i praksis ikkje lege knytt til skulehelsetenesta i dag. Skulehelsetenesta skal ha oversikt over elevane si helsetilstand, skal bidra i undervisning i samarbeid med skule, skal vere pådrivar for gode matvanar og fysisk aktivitet i skulen, følgje opp elevar med fråvær, og skal gi helseinformasjon til foreldre på foreldremøte. Legen skal vere ein viktig fagleg ressurs i dette arbeidet, i lag med andre fagpersonar.

5.6. *Legeressurs for migrasjon og integrering*

Personar frå andre land som blir busett på Bømlo eller skal opphalde seg i kommunen lenger enn 6 mndr. har rett på fastlege. Bømlo buset flyktningar, og har bufellesskap for einslege mindreårige flyktningar. Kommunen har og høg del arbeidsinnvandrarar, og nokre kjem som adoptivbarn eller som ledd i familiesameining. Fastlegane har den viktigaste rolla i oppfølginga av medisinske problem for desse personane. Det kan likevel vere særskilte utfordringar i forhold til språk, kultur, sjukdomsrisiko, sjukdomspanorama i opphavsland (t.d. smittesjukdommar som tuberkulose m.m.) og krigs- og traumeerfaringar. Dette er tilhøve som krev særskilt kompetanse, erfaring, og godt tverrfagleg samarbeid. Etter nedbygging av asylmottak kjem dei fleste flyktningar no direkte frå krigsområde eller nærområda, og har ofte samansette vanskar og helseproblem. Det er difor trong for ei lege med eit særskilt ansvar for migrasjonshelse.

5.6.1. Status

Bømlo kommune har pr. 2017 ein fastlege med 20% stilling knytt mot migrasjonshelse.

Legen skal gje tilbod om den første legeundersøkinga, i samarbeid med helsesøster, og følgje opp eventuelle helseproblem inntil fastlege er etablert, samt bidra i systemretta arbeid.

5.6.2. Aktuelle problemstillingar

Bømlo kommune har arbeidd med ein integreringsplan som enno ikkje er ferdigbehandla. I planprosessen kom det fram at det tverrfaglege samarbeidet ikkje fungerer godt, og at ulike yrkesgrupper kjenner seg aleine med vanskelege problemstillingar. Det er eit klart behov for eit tverrfagleg team som kan samarbeide tett i dei tilfella der det er samansette hjelpebehov. Legen vil vere ein viktig ressurs i eit slikt team. Tanken er at lege skal delta i tverrfagleg team på systemnivå og i samansette saker som krev ei heilskapleg tilnærming. Det vil bidra til at legen får ein større breiddekunnskap om migrasjon og kva tiltak som finns i kommunen. Legen kan bidra med medisinsk kunnskap. Legen vil på sikt få auka kompetansen på sjukdomstilstandar som er mindre vanlege i Noreg, og kan vere ei fagleg ressurs for fastlegekollegaer i så måte.

Helsesøster som arbeider i flyktninghelsetenesta vil vere ein viktig samarbeidspartnar. Legen skal ha høve til kurs og kompetanseheving.

5.7. *Lege i rus- og psykisk helseteneste*

Ruslidingar og psykiske lidingar rammar personar i alle aldersgrupper, og er ein hovudårsak til fråfall frå skule og arbeidsliv blant unge. Omfanget av personar som treng hjelp for psykiske lidingar aukar raskt. Det krev omstilling i tenestene. Fastlegane samhandlar tett med rus- og psykisk helseteneste i kommunen og med DPS i oppfølging av enkeltpersonar. Ein engasjert lege med lyst og kapasitet til å delta i fagutviklingsprosjekt og kvalitetsarbeid vil vere ein viktig ressurs. For tida er det store endringar innan heile fagfeltet, og fastlegane burde vore representert i det tverrfaglege arbeidet som går føre seg i kommunen. Det å knytte til seg ein fastlege i slike prosjekt kan la seg gjennomføre ved frikjøp av tid, dersom arbeidet blir lagt til rette slik at legen kan overhalde si opningstid for pasientane.

5.8. *Legeteneste til personar i bufellesskap*

Habiliteringstenesta melder at ein del av deira brukarar nyttar legetenesta på ei måte som ikkje alltid er tenleg, t.d. går oftare til lege enn det dei opplever som naudsynt. Ein stor del av brukargruppa har somatiske og/eller psykiske sjukdommar. Ofte har personale lite påverknad på helseåtfærd og helseproblem. Dei ønskjer eit tettare samarbeid med fastlegane. I nokre tilfelle kan det vere meir tenleg med t.d. eit heimebesøk i bustaden enn eit besøk på legekantoret. Habiliteringstenesta vil ta del i samhandlingsmøte med fastlege rundt einskildpasientar, sjå punkt 9.1.

5.9. *Friskliv og førebyggjande helsearbeid*

Fastlegane driv i dag både med primær-, sekundær- og tertiær-førebygging, i hovudsak på individnivå. Undersøkingar viser at fastlegen sine tilrådingar blir lagt vekt på. Fastlegar vil vere viktige aktørar for å hjelpe folk inn i helsefremjande og sjukdomsførebyggjande tiltak. Det er viktig at fastlegane har kjennskap til utfordringane i lokalsamfunnet, og at dei enkelt får tilgang til oppdatert kunnskap om kva førebyggjande tilbod som finns i kommunen.

Det er ønskeleg å stimulere og legge til rette for at fastlegar kan delta i undervisning for pasientgrupper, pårørande, foreldregrupper eller andre, i samarbeid med frisklivsordinator, helsestasjon/skulehelse-teneste, andre kommunale tenester eller frivillige. Godt tverrfagleg samarbeid i det førebyggjande frisk-livsarbeidet er avgjerande.

5.10. Gruppebaserte tilbod og primærhelseteam

Regjeringa har i primærhelsemeldinga (Meld. St. 26, 2014-2015) sagt at dei vil leggje til rette for etablering av primærhelseteam. Målet er å betre tenestetilbodet gjennom auka tilgjenge, større breidde i tilbodet, betre opplæring og oppfølging ved kronisk sjukdom, og ved å skape meir samanhengande og koordinerte tenester. Det vil vere mest aktuelt for grupper med behov for førebyggjande tilbod, opplæring i å meistre eigne helseproblem, eller ved behov for betre oppfølging i heimen.

Stortingsmeldinga skisserer to ulike modeller; a) at det blir etablert økonomiske ordningar som gjer at fastlegane kan tilsette og nytte anna helsepersonell til gruppebaserte tilbod, eller b) at kommunen tilsett personell som inngår avtaler med fastlegane (alternativt at fastlegane er tilsett på fast lønn).

Eit primærhelseteam skal vere ei «utvida allmennpraksis». Fastlegane skal vere teamleiarar og ha koordinatorrolla for sine listepasientar, men skal kunne delegerer delar av oppfølginga til anna helsepersonell. Regjeringa set i verk eit forsøksprosjekt frå 01.04.2018 som skal vare i 3 år. Teama skal vere sett saman av fastlege, sjukepleiar og helsesekretær. I forsøksordninga blir følgjande grupper nemnt særskilt som aktuelle målgrupper: a) brukarar med psykiske lidingar og rus, b) «skrøpelege» eldre og c) brukarar med utviklingshemming og funksjonsnedsetting.

Forsøksordninga skal evaluerast for å sjå om tilbodet blir betre når det gjeld

- Helsetilstand og meistringsevne
- Pasient- og brukartilfredsheit
- Koordinerte og samanhengande tenester
- Førekomst/utvikling av behov for omfattande helse- og omsorgstenester

Rammevilkåra for slike primærhelseteam vil truleg først bli klarlagt når forsøksordninga er evaluert.

5.11. Oppfølgingsteam

Oppfølgingsteam er knytt til oppfølging av pasientar og brukarar med store og samansette behov. Eit team har ei felles oppgåve, ei avhengighet internt i gruppa, og medlemmane utfyllar kvarandre gjennom si bakgrunn og kompetanse. Pasientar i målgruppa vil ha rett på individuell plan og koordinator. Oppfølgingsteam er omtala i primærhelsemeldinga, og helsedirektoratet har sendt på høyring ein ny vegleiar for kommunen si oppfølging av denne gruppa. Dette vil vere ei sær heterogen gruppe, der heilskaplege og koordinerte tenester på individnivå er avhengig av ei heilskapleg og overordna leiing på tvers av organisatoriske verksemder. Kva tenesteytarar som er del av teamet vil avhenge av problemstilling, og trongen for oppfølging er ofte ikkje tidsavgrensa. Fastlegen vil ha ei rolle i teamet i dei fleste tilfelle.

Eit oppfølgingsteam kan og vere knytt til meir avgrensa problemstillingar som krev tverrfagleg kompetanse, eller det kan vere team som blir etablert og seinare løyst opp rundt enkeltpasientar med særlege



utfordringar. Slike team eksisterer i praksis også i dag. Det kan vere oppfølging av ein alvorleg sjuk kreftpasient i heimen, der t.d. fastlege, kontaktsjukepleier, fysioterapeut, ergoterapeut, sosionom, og eventuelt kreftkoordinator og palliativt tema kan vere involvert. Når pasienten er død, blir teamet oppløyst. Liknande «team» har ein ved andre diagnosar og problemstillingar. Teama er ikkje statiske, men nokre personar kan vere nøkkelpersonell.

Heimerehabilitering er eit anna aktuelt område for oppfølgingsteam. Kommunen har allereie eit rehabiliteringsteam, og det er viktig at fastlegane blir knytt opp til teamet når det gjeld deira pasientar. Fastlegen har koordineringsansvaret for pasienten, og har hovudansvaret for medisinsk oppfølging og sekundærprofylakse ved t.d. hjerneslag, fallskader med meir. Gjennom varsling i god tid før utskrivning frå sjukehus, kan teamet planlegge vidare oppfølging og eventuelt gjennomføre felles heimebesøk.

5.12. Offentleg allmenntmedisinsk legearbeid- utfordringar og tiltak

Område	Utfordringar	Tiltak	Prioritet
Generelt	Kommunen bør syte for god fagleg kompetanse i allmenntmedisinske deltidstillingar, og nytte kompetansen til fagutvikling og kvalitetsarbeid	<ul style="list-style-type: none"> - Det skal utarbeidast stillingsomtale for dei kommunale delstillingane - Ein skal stimulere til og leggje praktisk/-økonomisk til rette for deltaking på kompetansetiltak innan allmenntmedisinsk område så langt råd er - Kommunen inngår avtale med legar som etter eige ønskje får fritak frå allmenntmedisinsk arbeid at dei kan tilpikta kortvarig fråværsdekning innanfor ei ramme på 7,5t/veke. 	Vår 2018 Vert vurdert fortløpande etter behov
Institusjon	<ul style="list-style-type: none"> - Kortare liggetid på sjukehus gir dårlegare pasientar til kommunane - Overføring av oppgåver frå HF til kommune - Fleire eldre og færre yrkesaktive i framtida - Kompetansebehov 	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeide for 40% storleik på legestillingar ved BBH med tanke på kontinuitet og kompetanse - ALIS-lege dekker 10-20% stilling ved helseinstitusjon fast. Ved skifte må det sikrast at annan lege tek over - BBH har lege alle kvardagar. - Legane er vikar for kvarandre på dagtid og i ferier - KOR skal ha lege 2 gonger i veka, knytt til avdelinga - Legen tek del i rehabiliteringsmøte og utarbeiding av rehabiliteringsplan 	2018 og framover

Område	Utfordringar	Tiltak	Prioritet
		<ul style="list-style-type: none"> - Geografisk nærleik til legepraksis bør vere med i vurderinga når det blir inngått avtale om institusjonsteneste eller anna offentleg teneste - Sjukepleiar skal primært nytte lege som er til stade ved institusjon ved tilstander som ikkje kan vente på postlege Legane kan kontaktast utanom arbeidstid fram til kl. 22 etter nærare avtale, men det kan ikkje forventast at dei er tilgjengeleg eller rykker ut - Lege ved institusjon må sikrast rett til naudsynt vidareutdanning for å bli spesialist i allmenntilleg eller oppnå godkjenning for kompetanseområde alders- og sjukeheimsmedisin - Det blir arbeid for interkommunal bakvakt for helseinstitusjonar på sikt 	
Helsestasjon	<ul style="list-style-type: none"> - Legetenesta ved helsestasjonen er fragmentert og lite effektivt nytta - Legane er ikkje del av det tverrfaglege arbeidet i tenesta 	<ul style="list-style-type: none"> - Færre, men større stillingsdeler for lege i helsestasjon - Helsesøster tek over synskontroll av 4-åringar - Etablere tverrfaglege fagmøte der legane tek del - Lege skal vere medisinsk-fagleg ressurs og rådgjevar i tenesta - Sikre kollegial fråværsdekning innanfor ei ramme på 7,5t/veke 	2018 2017-2018
Skulehelse-tenesta	<ul style="list-style-type: none"> - Bømlo kommune manglar legeressurs i skulehelse-tenesta - Førebyggjande og helsefremjande arbeid vil i stor grad skje i skulen i framtida 	<ul style="list-style-type: none"> - Etablere kommunal deltidsstilling for skulelege med stillingsstorleik svarande til 1 dag pr. veke i skuleåret - Inkludere lege i førebyggjande arbeid retta mot skule, elevar og foreldre - Lege som fagleg rådgjevar for helse-søster og skule - Lege som del av tverrfagleg team i skulehelsetenesta 	2018 og framover
Migrasjons-helse	<ul style="list-style-type: none"> - Migrasjon er i seg sjølv ei risiko for helseproblem, og personar som har flykta frå krig og katastrofar er i særleg risiko 	<ul style="list-style-type: none"> - Legen tek del i tverrfagleg team på systemnivå og i samansette saker som krev heilskapleg tilnærming - Legen får høve til kompetanseheving og nettverksbygging 	Fortløpande

Område	Utfordringar	Tiltak	Prioritet
	- Helseproblem knytt til flyktningar og migrasjon krev særskilt kunnskap	- Det skal lagast retningsliner for funksjonen når ein har fått meir erfaring og kunnskap	2018
Fagutvikling og kvalitet-sarbeid	- Fleire tenester har ønskje om og nytte av at legetenesta er med i kvalitets- og utviklingsarbeid - Medverknad frå fastlegar blir peika på som sentral i primærhelsemeldinga	- Bømlo kommune inngår avtale med fastlege som har interesse av å delta i kvalitets- og utviklingsarbeid - Legen si deltaking må tilpassast slik at det ikkje får ut over pasientpraksisen	Vår 2018
Friskliv	- Frisklivskoordinator eller dei ulike tenestene kan invitere engasjerte leger til å ta del i undervisning eller anna førebyggjande tiltak	- Det skal leggjast til rette for at legar med interesse for førebygging og frisklivsarbeid kan bidra	2018
Primærhelseteam	Forsøksordning frå 01.04.2018, søknadsfrist for deltaking 15.10.17. Rammevilkåra er førebels ikkje avklara	Vurdere utprøving av primærhelseteam i samarbeid med fastlegane	2017/2018
Oppfølgingsteam	- Fastlegen er ofte «på sida av» dei kommunale tenestene, og ikkje ein integrert del av eit heilskapleg tilbod - Fastlegen har ofte lite kjennskap til anna oppfølging i kommunen	- Samarbeid mellom fastlege og oppfølgingsteam bør formaliserast - Gode samarbeidsverktøy, som t.d. elektronisk kommunikasjon og oppdatert informasjonsside	2018 og framover

6. Samfunnsmedisinsk legeteneste

6.1. Mål

Bømlo kommune har kompetanse innan samfunnsmedisin, som vert nytta aktivt for å ha oversikt over helsetilstanden for Bømlo kommune sine innbyggjarar.

Samfunnsmedisinsk kunnskap og faktainformasjon bidrar til målretta arbeid for fremjing av det førebyggjande arbeide for god utvikling av helsetilstand for innbyggjarane . Gjennom samhandling med andre internt og eksternt, sikrar ein heilskapelege vurderingar som grunnlag for tiltak og prioriteringar..

6.2. Status og kompetanse

Bømlo kommune har pr. 2017 følgjande samfunnsmedisinske ressursar:

Kommuneoverlege i 50% stilling, som er spesialist i samfunnsmedisin og allmenntilleggsmedisin.

Kommunelege i 5% stilling, med særleg ansvar for akuttmedisinsk beredskap, i tillegg til å vere fast stadfortredar.

6.3. Kommuneoverlegen si rolle

Kommuneoverlegefunksjonen er lovpålagt. Kommuneoverlegen bør vere spesialist i samfunnsmedisin. Storleiken på stillinga bør vere minimum 50%, som er eit krav i forhold til spesialistreglane. Fleire kommunar kan samarbeide om felles kommuneoverlege. Fylkesmannen i Hordaland har følgjande forventning til rolla:

«Alle kommunar skal ha ein eller fleire kommunelegar som medisinskfagleg rådgjevar for kommunen etter [helse- og omsorgstenestelova § 5-5](#) og [folkehelselova § 27](#).

Kommunelegen skal gi samfunnsmedisinske råd i folkehelsearbeidet, delta i planarbeidet til kommunen og ivareta oppgåver som miljøretta helsevern, smittevern og helseberedskap.

Kravet om at alle kommunar skal ha kommunelege er meint å sikre samfunnsmedisinsk kompetanse og rådgjeving på alle ansvarsområda til kommunen.»

6.3.1. Lovpålagte

Medisinsk-fagleg rådgjevar (Helse- og omsorgstenestelova)

Mynde ved tvungen legeundersøking (Psykisk helsevernlova)

Mynde, plikter og oppgåver i samband med smittevern (Smittevernlova og tuberkuloseforskrifta)

Hastekompetanse og rådgjevar (Folkehelselova/forskrift om miljøretta helsevern)

Helsemessig lokal beredskap (Helseberedskapslova/Akuttmedisinforskrifta)

Plikter m.v. (Dødsårsaksregisterforskrifta)

Oversikt over helsetilstand og påverknadsfaktorar (Folkehelselova)

6.3.2. Ikkje lovpålagte

Plikter etter avtaleverk (ASA 4310 og SFS 2305)

Delegasjonsfullmakt

Ekstern rådgjeving

Folkehelsearbeid

Uluke-førebyggjande arbeid

Andre oppgåver (folkehelse- og helseomsyn i planarbeid, samordning mellom kommunale tenester, kvalitetskontroll og tilsyn, bindeledd mellom kommune og fastlegar, rådgjeving for fastlegar, samarbeid med Mattilsynet, BVA, bedriftshelsetenesta, samhandling med helseføretak, fagleg rådgjevar for kommunal helseteneste i samhandling med spesialisthelsetenesta).

6.4. Stadfortredar og delegert mynde

Kommuneoverlegen har delegert mynde frå rådmann på visse område, jfr. delegasjonsfullmakt. Kommuneoverlegen har fast stadfortredar. Stadfortredar har same mynde som kommuneoverlegen når ho/han er borte. Dersom verken kommuneoverlege eller fast stadfortredar er tilgjengeleg, skal det utnemnast ansvarleg vikar i høve smittevernberedskap. Kommuneoverlegen har delegert mynde til namngjevne fastlegar om å kunne påleggje tvungen legeundersøking etter lov om psykisk helsevern når kommuneoverlegen ikkje er tilgjengeleg. Nokre oppgåver innan tuberkulosekontroll er delegert til leiande helsesøster/Bremnes helsestasjon.

6.5. Smittevern og infeksjonsførebyggjande arbeid

Smittevernlova § 7-2:

«Kommunelegen skal

- a) Utarbeide forslag til plan for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vern mot smittsomme sykdommer, herunder beredskapsplaner og –tiltak, og organisere og lede dette arbeidet,*
- b) Ha løpende oversikt over de infeksjonsepidemiologiske forholdene i kommunen,*
- c) Utarbeide forslag til forbyggende tiltak for kommunen,*
- d) Bistå kommunen, helsepersonell og andre i kommunen som har oppgaver i arbeidet med vern mot smittsomme sykdommer,*
- e) Gi informasjon, opplysninger og råd til befolkningen om vern mot smittsomme sykdommer,*
- f) Utføre alle andre oppgaver som følger av loven eller bestemmelser i medhold av loven, og medvirke til effektive tiltak for å forebygge smittsomme sykdommer og motvirke at de blir overført.»*

Kommuneoverlegen har hastekompetanse med heimel i lovverk og i kommunal delegasjonsfullmakt. Kommuneoverlegen skal samarbeide med Mattilsynet, fylkesmannen, folkehelseinstituttet og helseføretak, og med kommunale tenester og fastlegar i smittevernsaker. Kommuneoverlegen har ansvar for kontrollrutinar og tiltak etter tuberkuloseforskrifta. Ansvar for praktisk gjennomføring er delegert til helsesøster, i samarbeid med smittevernlege.

6.6. Beredskap

Det er krav om at det til ei kvar tid skal vere ein lege med definert ansvar for smittevern i kommunen. Når smittevernlegen er borte, blir funksjonen teken i vare av fast stadfortredar. Utanom kontortid er legevakta kontaktadresse. I samband med pandemiberedskap kan det bli krav om døgnberedskap for smittevernlege, og at nærliggjande kommunar samarbeider om dette. Anna beredskap blir og dekt av legevakta utanom kontortid, eller kommuneoverlege blir kontakta dersom ho/han er tilgjengeleg.

SFS 2305: «For å sikre en definert arbeidstid for kommuneoverlegen, og for å definere kommunens ansvar for samfunnsmedisinske beredskapsoppgaver i forhold til akuttmedisinske katastrofer, alvorlige forurensninger, arbeid med tvungent psykisk helsevern og akutt smittevern, kan det etableres kommunal eller interkommunal beredskapsordning».

6.7. Miljøretta helsevern

Kommunen har plikt til å ha tilsyn med faktorar og tilhøve i miljøet som til ei kvar tid kan ha direkte eller indirekte innverknad på helsa. Oppgåva kan delegerast, t.d. til interkommunalt selskap. Kommuneoverlegen har hastekompetanse på vegne av kommunen dersom det er naudsynt (Folkehelselova § 9). Plikter og tilsynsobjekt er omtala i forskrifter med heimel i Folkehelselova. I Bømlo har kommuneoverlegen delegasjonsfullmakt som gjeld miljøretta helsevern.

6.8. Rådgjevarfunksjon

Kommuneoverlegen er øvste medisinsk-faglege rådgjevar i kommunen. Lege med samfunnsmedisinsk kompetanse skal sørge for at helsemessige tilhøve blir teke omsyn til i all kommunal sakshandsaming, og skal peike på moglege risikomoment. Ho/han skal bidra til oversikt og analyse over positive og negative faktorar som kan påverke helsetilstanden til befolkninga. Dette er særleg viktig på andre saksområde enn helsetenesta, da helse- og omsorgsområdet berre utgjør ein liten del av det som påverkar folk si helse. Kommuneoverlegen/samfunnsmedisinararen bør difor vere administrativt nært knytt til rådmann og ha ei viktig rådgjevande rolle i rådmannen sin stab.

6.9. Folkehelsearbeid

Folkehelsearbeid er definert i Folkehelselova § 3 b: «samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.»

Folkehelsearbeid er eit vidt omgrep, og samfunnsmedisinsk spesialitet er særskilt retta mot å ha brei kunnskap, oversikt og å sjå heilskapen i samfunnet si påverknad på folket si helse. Denne oversikta skal vere skriftleg og kontinuerleg og vere basis for all kommunal planlegging. Kommuneoverlegen har difor ei viktig rolle i folkehelsearbeidet.

6.10. Informasjon og førebyggjande arbeid mot ulukker

Folkehelselova §4, 3.ledd: «Kommunen skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre myndigheter og virksomheter. Medvirkning skal skje blant annet gjennom råd, uttalelser, samarbeid og deltagelse i planlegging. Kommunen skal legge til rette for samarbeid med frivillig sektor.»

Folkehelselova § 7: « ...Kommunen skal gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom».

Folkeopplysning, aktuelle helseråd, førebygging av skader og ulukker, informasjon om aktuelle tema og helsekampanjar er også kommunen sitt ansvar, og kommuneoverlegen bør vere sentral i dette arbeidet.

6.11. Samfunnsmedisin- utfordringar og tiltak

Område	Utfordringar	Tiltak	Prioritering
Smittevern	<ul style="list-style-type: none"> - Krav om døgnberedskap i gitte situasjonar, t.d. pandemi. Krev fagkunnskap og kan ikkje løysast innanfor eigen organisasjon. - Tverrfagleg samarbeid kring smittevern og tuberkulosekontroll manglar tydeleg leiarforankring (tverrsektorielt) 	<ul style="list-style-type: none"> - Vurdere intensjonsavtale om interkommunal døgn-beredskap ved visse høve - Sikre leiarforankring av smittevernarbeidet og tuberkulosekontrollprogram 	2018 og framover
Rådgeving	<ul style="list-style-type: none"> - Kommuneoverlege er organisert under HSO, og har lite samarbeid med strategisk leiargruppa og dei andre kommunale områda på leiarnivå 	<ul style="list-style-type: none"> - Kommuneoverlege inngår i rådmannen sitt rådgjevar-team - Kommuneoverlege organisert i stab til rådmann 	2018
Miljøretta helsevern	<ul style="list-style-type: none"> - Fagområdet krev tverrfagleg kompetanse og teamarbeid 	<ul style="list-style-type: none"> - Opprette tverrfagleg gruppe med ansvar for miljøretta helsevern, der kommuneoverlegen er sentralt medlem, evt. leiar - Sikre leiarforankring - Utarbeide plan for miljøretta helsevern - Vurdere interkommunalt samarbeid 	2018-2019
Folkehelsearbeid	<ul style="list-style-type: none"> - Fagområdet krev tverrfagleg kompetanse og teamarbeid 	<ul style="list-style-type: none"> - Opprette tverrfagleg gruppe med ansvar for folkehelsearbeidet 	

Område	Utfordringar	Tiltak	Prioritering
Uluke- førebygging	Kommunen manglar systematisk og samordna satsing på førebygging av ulukker	- Vurdere tverrfagleg gruppe med ansvar for systematisk ulukke-førebyggjande arbeid, jfr pkt over	
Helseberedskap	<ul style="list-style-type: none">- Lege med ansvar for helseberedskap lite involvert i planlegging- KKL utan fast helsefagleg kompetanse	<ul style="list-style-type: none">- Halvårleg treffpunkt mellom leiar HSO, lege med ansvar for beredskap og kommuneoverlege- Årshjul for beredskapsøving- Kommuneovlege er rådgjevar for rådmannen. I beredskapsarbeid skal kommuneoverlege bidra på strategisk nivå med sin samfunnsmedisinske kompetanse. Rådmannen gjer vurdering av korleis dette til ei kvar tid skal organiserast. Konkret organisering går fram av det til ei kvar tid gjeldande planverk.	

7. Anna legeteneste

7.1. Kommunal

7.1.1. Rådgjeving til inntaksteam

Sjukeheimslege tek del i tenestekontoret sine tildelingsmøter, som medisinsk-fagleg rådgjevar for tenestekontoret ved vurdering av tenestebehov og ved prioritering.

Samhandlingsreforma har ført til nye og meir komplekse oppgåver for dei kommunale institusjonane. Sjukeheimslegene er sjeldan involvert i dialogen mellom kommune og spesialisthelseteneste omkring ansvarsfordeling, kompetanse- og ressursnivå. Ved overordna drøftingar og ved usemje kan sjukeheimslegar bidra til å utjamne skilnadene i medisinsk kompetanse, sikre rett behandlingsnivå for enkelt-pasientar, og styrke samarbeidet med fastlegane om medisinsk oppfølging.

7.1.2. Kommunalt utviklings- og kvalitetsarbeid

Samhandlingsreforma har overført ansvar for pasientar med kroniske sjukdommar og/eller samansette helseproblem til kommunane. Den nye primærhelsetenesta vil krevje legeressursar som kan bidra i utforminga og evalueringa av tenestesystemet i kommunane slik at innbyggjarane opplever samanhengande tenester av god fagleg standard.

7.2. Ikkje-kommunal/interkommunal

7.2.1. Praksiskonsulent/praksiskoordinator.

Praksiskonsulentordninga (PKO) er ei systematisk bruk av allmennlegar i helseføretaka. Målsettinga med ordninga er god samhandling mellom leger i klinisk arbeid, knytt til diagnostikk, behandling og oppfølging av sjukdom. Men praksiskonsulentar samhandlar og nært med helsepersonell som har pleie, omsorg og ivaretaking som sitt hovudansvar. Ordninga skal bidra til at pasient og pårørande opplever trygge, effektive og koordinerte helse- og omsorgstenester. Det er helseføretaket som etablerer PKO og tek avgjerd om kva avdelingar som skal ha knytt til seg ein praksiskonsulent. Praksiskonsulentane er leia av ein praksiskoordinator, og er knytt til samhandlingsavdelinga ved helseføretaket.

Bømlo har i 2017 ein lege som har stilling som praksiskonsulent. Det har vore tradisjon regionalt at oppgåve som PKO gir fritak frå andre allmennterapeutiske oppgåver, dersom det er ønske om og ligg til rette for det.

7.2.2. Forsking

Gjennom tenesteavtaler med helseføretaka har kommunane forplikta seg til å bidra til forskning. Det finnes ei rekke allmenmedisinske og samfunnsmedisinske forskingsmiljø, knytt til universitet og høgskular. FOUSAM er eit samarbeidsprosjekt for forskning og fagutvikling mellom Helse Fonna, Høgskulen på Vestlandet (HVL) og kommunane i Fonna-regionen. Bømlo kommune er knytt til eit av prosjekta i FOUSAM, og tek del i forskingsprosjekt om nærmiljøutvikling i samarbeid med HVL.

Fleire legar i Bømlo har forskingskompetanse og kontakt mot robuste forskingsmiljø.

Forsking i kommunane og i primærhelsetenesta er eit satsingsområde. Det er mogleg å søke økonomiske støtte og å etablere kontakt med forskingsnettverk for dei som ønskjer å gjennomføre eit forskingsprosjekt. Det er eit ønskje at engasjerte legar kan bidra med forskning lokalt, og at kompetansen og kunnskapen frå lokale prosjekt skal kunne nyttast i kommunen. Det har vore vanleg at deltidsstilling som forskar har gitt fritak frå andre allmenmedisinske oppgåver. Ved mindre, tidsavgrensa prosjekt må dette vurderast i kvart enkelt tilfelle.

7.2.3. Utviklingsarbeid og samhandling

Legar i kommunane blir frå tid til anna oppmoda til å delta i utviklingsprosjekt og samhandlingsprosjekt mellom 1. og 2.linetenesta, i samarbeid med helseføretaket. Det vil som regel vere midlertidige prosjekt, og så langt det er mogleg bør det leggjast til rette for deltaking.

7.2.4. Kontrollkommisjonen

Kontrollkommisjonen skal sikre rettstryggleiken for pasientar som er under tvang etter lov om psykisk helsevern. Kommisjonen har 4 medlemmar, og ein skal vere lege. Kvart medlem har personleg vararepresentant. Medlemmer og varamedlemmer blir utnemnt av fylkesmannen. For 2017-20 er kommuneoverlege i Bømlo oppnemnd som varamedlem i kontrollkommisjonen.

7.2.5. Anna legeteneste- utfordringar og tiltak

Område	Utfordringar	Tiltak	Prioritering
Kommunalt utviklingsarbeid	Vanskar med å rekruttere fastlegar til utviklings- og kvalitetsarbeid	Vurdere slikt arbeid som kommunalt deltidsarbeid etter nærare avtale	
Samhandling med helseføretak	Fastlegerepresentasjon blir rekruttert frå ulike kommunar, bidrag frå Bømlo vil variere	Tidsavgrensa engasjement vil ikkje automatisk kunne gi fritak frå andre oppgåver	
Forsking	- Samarbeidsavtale FOUSAM/HF - Trong for forskning i eigen kommune	- Identifisere aktuelle tema for forskning i eigen kommune - Leggje til rette for deltaking i forskingsprosjekt	2018 og framover

8. Legevakt og interkommunal døgnavdeling

Legevakt og interkommunale døgnseger blir drive av eit interkommunalt selskap, Sunnhordland interkommunale legevakt (SIL), som er eigd av kommunane Bømlo, Fitjar og Stord. Selskapet har eiga leiing og styre. Legevakta og døgnavdelinga for snøgghjelp held til i nybygg (Legevaktbygget) like ved Stord sjukehus.

8.1. Legevakt

Legevakt utanom kontortid 8-15 på kvardagar er drifta av SIL. Legevakta har døgnbemanning med sjukepleiar, har uniformert bil for utrykking, og sjukepleiar ved legevakta opererer naudnettsentralen. Legevakta har medisinsk-fagleg ansvarleg lege i 30% stilling.

Lege har vakt på staden kveld, natt og helg/høgtid. Det er bakvakt for lege på dagtid helg/høgtid og i tillegg bakvakt for legar som ikkje oppfyller krava til sjølvstendig vakt etter akuttforskrifta. Legane har fast timeløn som gjev rett til feriepengar og pensjon.

Deltaking i legevakt er obligatorisk for fastlegar dersom ikkje særlege grunner gjev rett til fritak. Ved søknad om fritak skal det særleg leggjast vekt på alder > 55 år. Alder > 60 år gjev rett til fritak. Det er pr. mai 2017 20 fastlegar, 5 vikarlegar og 2 turnuslegar som tek del i legevakt til ei kvar tid. Av dei 20 fastlegane er det pr. mai 2017 4 legar frå Bømlo som deltek i vaktordninga, og 1 lege som tek nokre bakvaktar inntil vidare.



8.2. Daglegevakt

Beredskap for medisinske akutt-tilfelle blir på kvardagar 8-15 dekkja av fastlege i Bømlo med utrykkingsvakt. Legen har plikt til å vere tilgjengeleg på naudnettradio, og skal kunne rykke ut straks om naudsynt. Alle fastlegar skal i tillegg ha ledige timar for snøgghjelp kvar dag. Ved vanleg fråvær frå praksis blir dette dekkja gjennom kollegial fråværsdekning.

Legevakttelefonen 116 117 er bemanna med sjukepleiar. Dei har følgjande prosedyre når telefonen blir nytta på dagtid: Sjukepleiar triagerer (vurderer hastegrad) pr. telefon i følge Index for medisinsk naudhjelp, som på kveld og natt.

- Raud respons: Koplar inn AMK, som kallar opp daglegevakt via naudnettet.
- Gul respons: Sjukepleiar ringjer fastlege på hemmeleg nummer (dette skal ikkje delast med publikum).
- Grøn respons: Ber innringjar kontakte fastlegekontoret sitt, evt sjekke at dei har korrekt nummer dersom dei ikkje har kome igjennom på telefonen. Personar utan fastlege (turistar, besøkjande), kan og be om snøgghjelp-time hos fastlegane i kommunane – her kan ein opplyse om nummer til dei ulike kontora.

8.3. Interkommunal døgnavdeling

F.o.m. 01.01.2016 har det vore eit lovkrav at kommunane har snøggghjelp-senger for pasientar som treng innlegging, men ikkje sjukehusbehandling. SIL si interkommunale døgnavdeling IDA blei opna 20.03.17. Avdelinga har 4 snøggghjelp-senger og 5 observasjonssenger. Avdelinga har lege på dagtid alle kvardagar. Frå 15.30 til 22.00 er det eigen bakvakt for IDA, og i helg og høgtidsdagar er det bakvakt frå 08.00-22.00, med aktiv vakt og visitt frå 10-13. Legevakta dekker beredskap på natt.

Stilling eller bakvakt ved IDA er å rekne som offentleg allmenmedisinsk arbeid. Dei tre deltakar-kommunane har ei plikt til å bidra til å sikre adekvat bemanning, kompetanse og beredskap. Legar som tek stilling ved IDA blir tilsett i det interkommunale selskapet.

8.3.1. Status

IDA har overlege i 47 % stilling og LIS i 60% prosent stilling. Bakvakt og helgevakt er del av dei faste stillingane. I tillegg er det tilsett 4 legar i deltidsstilling som dekker bakvakt og helgevakter som ledd i 6-delt turnus. Pr. 2017 er det 2 legar frå Bømlo som tek del i vaktordninga. Stilling som bakvakt er kveld- og helgearbeid, som ikkje kan påleggjast slik reglane er i dag.

8.3.2. Aktuelle problemstillingar

Deltaking i legevakt kjem i tillegg til full fastlegestilling for legane. Gjennomsnittleg arbeidstid for fastlegar på landsbasis er på knapt 50 timar pr. veke før legevakt. Legevakta er travel, og lege rykker sjeldan ut om ikkje det er akutte hendingar.

Kommunale ø.hj.-døgnsenger er lovpålagt, og skal ha tilgang til lege kvar dag. Stilling på dagtid er bemanna med 2 legar i deltidsstilling. Det gjer det sårbart ved sjukdom eller anna fråvær. På landsbasis har det vore lågt belegg i kommunale ø.hj.-døgnsenger. IDA har foreløpig kort observasjonstid, men belegget på ø.hj.-sengane har vore bra i starten. Bruken av observasjonsengene har vore variabel, og det har vore utfordringar ved høgt belegg og tunge pasientar pga. få tilsette som skal handtere mange oppgåver.

Det vert ført statistikk over all aktivitet, og gjort evalueringar etter kvart.

Ettersom legevakt og interkommunal døgnavdeling er organisert som interkommunalt selskap krev det god samhandling med fastlegar, kommunale pleie- og omsorgstenester og tenestekontor.

Tilråding: Unge legar ønskjer i større grad normal arbeidsbelastning. I særlege tilfelle kan det vurderast kombinasjon av stilling ved legevakt og fastlegestilling. Stilling som bakvakt og helgevakt ved IDA er i hovudsak beredskap, og gjev ikkje rett til fritak frå andre allmenmedisinske oppgåver. Ved ønskje om fritak må det vurderast individuelt ut frå behov og tilgjengelege ressursar.

8.4. Kompetanse

Legevakt: Akuttmedisinforskrifta § 7 «Kompetansekrav til lege i vakt mv.:

«En lege kan ha legevakt alene, uten kvalifisert bakvakt, når vilkårene i bokstav a eller bokstav b er oppfylt:

a) Legen har godkjenning som spesialist i allmennmedisin og har gjennomført kurs i volds- og overgrepshåndtering.

b) Legen har godkjenning som allmennlege. Legen må ha gjennomført 40 legevakter, eller ha arbeidet ett år som allmennlege i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Legen må i tillegg ha gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering.

Kommunen plikter å etablere bakvaktordninger for leger i vakt som ikke oppfyller kravene i første ledd. Kompetansekravene i første ledd gjelder tilsvarende for leger som skal ha bakvakt. Bakvaktlege må kunne rykke ut når det er nødvendig.»

Unntak frå kompetansekrava kan gjevast på særskilte vilkår, og berre for korte vikariat.

Interkommunal døgnavdeling: Overlege ved interkommunal døgnavdeling bør vere spesialist i allmennmedisin. Lege som har autorisasjon i Norge kan arbeide som lege ved avdelinga, men for legar tilsett etter 01.03.17 er det krav om å starte i eit spesialiseringslaup. Frå 01.03.19 vil det vere eit krav å ha gjennomført LIS-1-stilling for å kunne starte i spesialisering.

8.5. Øvingar

Akuttmedisinforskrifta § 4:

«Kommunene og de regionale helseforetakene skal sikre en hensiktsmessig og koordinert innsats i de ulike tjenestene i den akuttmedisinske kjeden, og sørge for at innholdet i disse tjenestene er samordnet med de øvrige nødetatene, hovedredningsentralene og andre myndigheter.

Virksomheter som yter akuttmedisinske tjenester skal sikre at personellet som utfører tjenestene får nødvendig opplæring og trening i å utføre egne arbeidsoppgaver og trening i samhandling og samarbeid mellom alle leddene i den akuttmedisinske kjeden.

Alle deler av helse- og omsorgstjenesten som er en del av den akuttmedisinske beredskapen, skal kunne kommunisere internt og på tvers av etablerte kommune- og regiongrenser i et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett.»

I Bømlo kommune si «Helse- og sosial beredskapsplan» står det følgjande:

«Bømlo kommune må planleggje og gjennomføra opplæringstiltak som sikrar at alle som tek del i øvingar og aksjonar har rett kompetanse i høve til dei oppgåvene dei er sette til å løysa.

Kommunen har ei øvingsplan og prosedyrar for å kontrollera at opplæringstiltaka er tilstrekkelege. Oversikt over gjennomførte øvingar vil liggja i Kvalitetsstyringssystemet (KSS) .

Gjennom øvingar skal Bømlo kommune sikra seg:

- at dei tilsette kjenner planen*
- lærer seg å bruka den*
- avdekka svikt og avvik og få retta dette opp»*

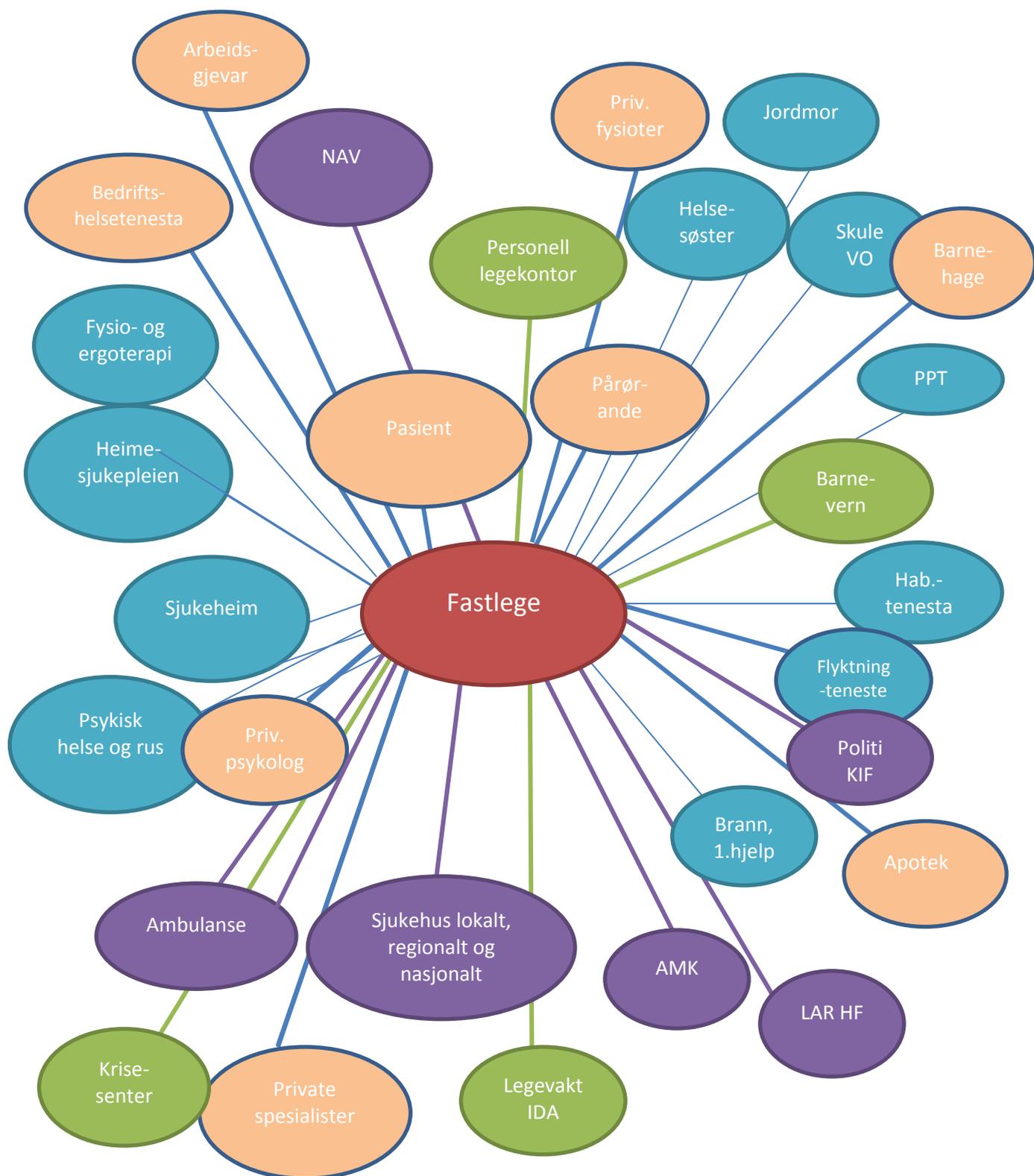
Legevakta har krav om å organisere opplæring og øvingar for sine tilsette. Bømlo har mange legar som ikkje er tilsett ved legevakta, men som har akuttberedskap på dagtid. Det kan vere naturleg å samordne øvingar med legevakta og med ambulansetenesta i Helse Fonna.

Eit alternativ kan vere å leige eksterne instruktørar. Stiftelsen BEST (BEtre og Systematisk Teamtrening), som m.a. er støtta av Nasjonalt senter for distriktsmedisin, er eit teamtreningsnettverk med eit treningsopplegg som er mykje nytta i sjukehus. Det er utvikla eit eiga konsept, Kommune-BEST, for teamtrening t.d. ved legekontor, med kombinasjon av teori og praktisk trening.

8.6. Akuttmedisin- utfordringar og tiltak

Område	Utfordringar	Tiltak	Prioritering
Legevakt	<ul style="list-style-type: none">- Få legar tek del i legevakt, mange får tidleg fritak- Legevakt kjem på toppen av lang arbeidsveke- Låg frekvens av utrykking frå legevakt	<ul style="list-style-type: none">- Avgrensa fritak/ tilrettelegging ved helseutfordringar- Nytte bakvakt ved trong for utrykking til gamle/sjuka	
Øvingar	<ul style="list-style-type: none">- Kostbart og tidkrevjande å arrangere øvingar- Samtrening naudsynt for effektiv samhandling i naudsituasjonar	<ul style="list-style-type: none">- Vurdere ekstern hjelp, t.d. Kommune-BEST- Gjennomføre øvingar av ulik omfang etter årshjul- Samarbeid med ambulansetenesta	2018

9. Samhandling



9.1. Samhandlingsarenaer

Fastlegane og dei kommunale heimetenestene har faste møter mellom ansvarleg personell knytt til einskildpasientar der samhandling er vesentleg, og der vedkommande har gitt samtykke til det. Dette gjeld og innanfor rus- og psykisk helse og habiliteringstenesta. Fastlegane deltek på dialogmøte i regi av NAV, og på ansvarsgruppemøter for personar med samansette problemstillingar der det er tenleg å ha med medisinsk kompetanse.

Det er utarbeidd retningsliner for samhandlingsmøta. Tenestekontoret har ansvar for koordinering. Retningslinjene finn ein under vedlegg 2.

9.2. Informasjonskanal

Fastlegane er avhengig av oppdatert og lett tilgjengeleg informasjon om kontaktpersonar i kommunale tenester, organisering, prosjekter og ulike tilbod til pasientar og pårørande. Det er lagd ei eiga fane på Bømlo kommune si internettside der slik informasjon skal vere tilgjengeleg. Det krev at alle tenester syter for å halde informasjonen oppdatert til ei kvar tid, og at fastlegane nyttar denne informasjonskanalen og melder tilbake ved feil eller manglar.

9.3. Elektronisk samhandling i kommunen

Norsk helsevesenet opererer med mange ulike journalsystem som ikkje alltid kommuniserer. Sentrale mynde arbeider mot visjonen «ein innbyggjar-ein journal», og det vil stegvis komme bruk av felles databasar der ein finn opplysningar om pasientar som er tilgjengeleg frå ulike system. Til no er det oppretta «kjernejournal», og det blir arbeidd mot eit system for felles legemiddelliste, «pasientens legemiddelliste» som vil vere tilgjengeleg for pasient og ulike helsearbeidarar via reseptformidlaren.

9.3.1. PLO-meldingar

Elektroniske pasientjournalar har lagt til rette for enklare og betre samhandling mellom samarbeidande helsepersonell. Dei kommunale tenestene som nyttar journalsystemet Profil kan sende meldingar til fastlegane (PLO-meldingar) og få svar tilbake, eller omvendt. Bruk av elektroniske meldingar er avgrensa til naudsynt kommunikasjon med enkle spørsmål og svar. Legane skal svare innan 3 virkedøgn, og ved fråvær frå praksis må det sikrast fråværsvikar som følger opp meldingane. Alle meldingar blir automatisk del av pasientjournal. PLO-melding skal ikkje nyttast i hastesaker, og kan ikkje erstatte telefonkontakt ved samansette problemstillingar.

9.3.2. SAMPRO

I samband med oppretting av ansvarsgrupper og individuell plan blir det nytta SAMPRO, eit system der både brukar/pårørande, andre aktørar og lege kan ha tilgang og kan legge inn oppdateringar. Systemet kan nyttast til møteinnkallingar og referat, oppdatering av individuell plan med meir. Systemet krev særskilt pålogging. Nytteverdien er avhengig av at brukar har eit aktivt forhold til systemet, og kan

formidle sine opplysningar. Med meir utstrekt bruk av oppfølgingsteam i framtida, i tråd med nasjonale føringar, kan SAMPRO fungere som eit nyttig reiskap for dei som er vant til å nytte data.

9.3.3. HS-pro

Helsestasjonen, skulehelsetenesta, flyktninghelsetenesta og smittevern/vaksinasjon nyttar datasystemet HS-pro. Systemet har førebels ikkje elektronisk kommunikasjon mot legane sine journalsystem. Kommunikasjonen må inntil vidare skje gjennom skriftleg tilvising/ tilbakemelding eller telefonkontakt med journalføring av kontakten. På sikt vil det truleg komme løysingar for elektronisk kommunikasjon.

9.4. Samarbeidsmøte

Det skal haldast faste samarbeidsmøte mellom fastlegane og dei aktuelle kommunale tenestene minst ein gang årleg, der overordna samarbeidsrutinar og saker kan drøftast på systemnivå. I tillegg skal legane i tråd med fastlegeforskrifta delta i samarbeidsmøte rundt einskildpasientar der dette er naudsynt.

Leiar for BFT har ansvar for å kalle inn til møte mellom helsestasjon og fastlegar. Kommunalsjef HSO har ansvaret for å kalle inn til samarbeidsmøte med verksemdene i HSO, i samarbeid med verksemdsleiarar.

Ved innkalling til samarbeidsmøte skal det gjerast tydeleg om møtet gir rett til økonomisk kompensasjon for deltakande legar etter gjeldande avtale mellom legane og kommunen.

Både kommunen og legane kan be om ekstra samarbeidsmøte ved særleg viktige saker, utanom dei faste møta. Det er ikkje møteplikt ved samarbeidsmøta, men partane blir oppmoda om å prioritere desse.

9.4.1. Ansvarsgruppemøter

Ansvarsgrupper er aktuelt for personar som treng oppfølging frå mange ulike tenester. Ordninga med ansvarsgrupper skal sikre naudsynt tverrfagleg og tverretatleg samarbeid for barn og vaksne med langvarige og samansette funksjonsvanskar. Ein person i gruppa skal ha rolla som koordinator. Fastlegen vil formelt vere ein del av gruppa, men treng ikkje alltid å kallast inn til alle møter. Fastlegen si rolle i gruppa vil vere avhengig av problemstilling og i kva grad medisinske forhold spelar inn. Personar som har ansvarsgruppe kan ha rett på individuell plan.

9.4.2. Felleskonsultasjonar

I vanskelege saker kan det vere aktuelt med felleskonsultasjonar, der ulike behandlarar møter pasienten saman. Det kan vere t.d. fastlege og heimesjukepleier i samband med heimebesøk, eller det kan vere med psykisk helsearbeidar, fysioterapeut (også private), spesialisthelsetenesta (til dømes akutt ambulant team frå DPS) med fleire. Felleskonsultasjonar kan gi ei betre forståing saman med pasienten om korleis ein skal kome vidare i utredning eller behandling, og klare opp i misforståingar.

9.5. Allmennlegeutvalet

Formål:

«Samarbeidsutvalget skal legge til rette for at driften av allmennlegetjenesten skjer på en hensiktsmessig måte gjennom samarbeid mellom kommunen og allmennlegene. Allmennlegene skal sikres innflytelse over drift og organisering av egen praksis og eget listeansvar.» (ASA 4310)

«Allmennlegeutvalget skal bidra til nødvendig samarbeid mellom legene i kommunene for å ivareta legenes oppgaver i fastlegeordningen».

Allmennlegeutvalet skal ha møte minst ein gong pr. halvår, og fastlegane har møteplikt.

«Allmennlegeutvalget representerer allmennlegene overfor kommunen. Utvalget har fullmakt til å:

- *velge representanter for legene til samarbeidsutvalget*
- *fremme saker overfor samarbeidsutvalget*
- *bistå legenes representanter i samarbeidsutvalget med rådgivning*
- *forberede saker som skal opp i samarbeidsutvalget*
- *drøfte retningslinjer for håndtering av truende og voldelige pasienter*
- *drøfte konkrete kasus i anonymisert form. Vurderingene skal ved behov forelegges samarbeidsutvalget.*

Det kan nedsettes et arbeidsutvalg for 2 år som gis tilsvarende fullmakt.»

9.6. Samarbeidsutvalet

Kommunen har ansvar for å opprette samarbeidsutval. Utvalet si virketid er 2 år. Det skal haldast møter minst halvårleg og elles etter behov. Utvalet konstituerer seg sjølv, og vel leiar. Utvalet skal etter ASA 4310 ha minst 2 representantar frå kvar av partane med vara. Kommuneoverlege eller stadfortredar har møteplikt og plikt til å førebu og følgje opp saker. Representant for andre tenester kan kallast inn ved behov. Kommunen betalar møtegodtgjersle til legane.

I ASA 4310 pkt 4.2.3 er det gitt tilråding om at samarbeidsutvalet bør gi råd i saker som gjeld:

- *fastlegeordningen slik den er beskrevet i lov, forskrift og avtaleverk*
- *planlegging av kommunens allmennlegetjeneste mht kapasitet og lokalisering*
- *drøfte kommunens forhandling med helseforetak om samarbeidsavtaler*
- *allmennlegenes rolle ved oppfølging av kommunens forpliktelser, herunder løpende vurdere kapasiteten i helseinstitusjonene, tiltak for oppfølging og viderehenvisning av pasienter mv.*
- *serviceerklæringer for legekantorene i kommunen*
- *retningslinjer for håndtering av truende og voldelige pasienter, herunder vurdere behov for lokale tilpasninger av retningslinjene*
- *oppretting av legehjemler*
- *flytting av praksis*
- *midlertidig legemangel*
- *kollegial fraværdekning og vikarordninger*
- *fordeling og tilplikting av offentlige legeoppgaver*

- *kvalitetsarbeid/kvalitetsindikatorer mht. ventetid, telefontilgjengelighet, sykebesøk til egne pasienter m.v.*
- *forslag til elektronisk rapporteringssystem og -rutiner*
- *generelt om listelengde og listereduksjon*
- *organisering av legevakt*
- *fordeling av legevakt etter kontortid og øyeblikkelig hjelp på dagtid, herunder vaktfritak*
- *suspensjon av ordningen*

Samarbeidsutvalget skal påse at legene sørger for tilstrekkelig fraværdeknning i forbindelse med ferier, slik at feriefraværet samordnes, og at det sendes kommunen en skriftlig oversikt over legekantorenes beredskap i god tid før ferien.

9.7. Samhandling med helseføretaket

9.7.1. Samarbeidsavtalar

Samhandling mellom helseføretaket og Bømlo kommune er regulert i 11 samhandlingsavtalar. Avtale 3, 5 og 8 er særleg aktuelt for fastlegetenesta. Avtalene omhandlar mellom anna samhandlingsrutinar og handtering og melding av avvik.

9.7.2. Fellesmøte mellom Helse Fonna/Stord sjukehus og fastlegar.

Helse Fonna inviterer regelmessig til samarbeidsmøte med fastlegane i distriktet, i samarbeid med PKO.

9.7.3. Kollegamøter:

Styres av PKO. Samhandlingsmøter mellom sjukehusleger og leger ved kommunale institusjonar.

Mål:

1. finne flaskehalsar og systemsvikt
2. diskutere vanskelege pasientlaup på lågast mogleg nivå
3. avklare oppgåvefordeling mellom sjukehus og kommunar
4. bygge relasjonar mellom leger ute og inne og bidra til god kollegial samhandling
5. betre pasientlaup og auke pasienttryggleik.

Kollegamøter er førebels ikkje etablert mellom Stord sjukehus og kommunane i opptaksområdet, men har vore drøfta.

9.7.4. Dialogmeldingar

Vanleg samhandling mellom fastlegar og spesialist i sjukehus går via EPJ-systema i form av tilvising og epikrise. Nytt frå mai 2017 er dialogmeldingar. Dialogmeldingar er utforma som førespurnad og svar, og

kan rettast mot namngjevne behandlarar i sjukehus eller mot fastlegar. Dei kan og nyttast til å sende tilleggsinformasjon ved tilvisingar, men er mindre egna ved trong for rådgjeving og drøfting av problemstillingar. Dialogmeldingar blir automatisk ein del av pasientjournalen.

9.8. Samhandling- utfordringar og tiltak

Område	Utfordringar	Tiltak	Prioritering
Kommunale samarbeidsmøte	Nyleg etablert, og må innarbeidast som eit effektivt verktøy for god pasientbehandling	Evaluering årleg	1.gang haust 2017
Informasjonsside	<ul style="list-style-type: none"> - Må oppdaterast - Alle tenester må legge ut aktuell informasjon 	Påminning på leiarmøte i HSO og OKI	Halvårleg
Elektronisk samhandling	<ul style="list-style-type: none"> - HS-pro samhandlar ikkje med dei andre systema - Fare for feil eller ukritisk bruk av elektroniske meldingar 	<ul style="list-style-type: none"> - Melde avvik ved feil bruk - Evaluere bruk på samarbeidsmøta 	
Allmennlegeutvalet	<ul style="list-style-type: none"> - Møteplikt for fastlegar, ingen vekedag som passer for alle - Lite melding av saker frå AU til SU - Leiar av AU pr. 2017 er ikkje fastlege 	Årleg møteplan?	
Samarbeidsutvalet SU (mellom legar og kommune)	<ul style="list-style-type: none"> - SU blir ikkje nytta systematisk i tråd med sentral avtale - Legane meldar sjeldan saker til SU 	<ul style="list-style-type: none"> - Møte min. 2 gonger i året - Nytt SU meir i tråd med avtaleverk 	
Samhandling med HF	<ul style="list-style-type: none"> - Legane lite involvert i utforming av avtaler 	<ul style="list-style-type: none"> - Involvere legane ved revisjon av samarbeidsavtaler - Nytt avvikssystemet 	

10. Organisering og leiing

Agenda Kaupang ga ut ein rapport i 2016, på oppdrag frå KS: «*Kommunal legetjeneste- kan den ledes?*» Rapporten konkluderer med at leiing av legetenesta ikkje blir prioritert av kommunane på same måte som andre deler av helse- og omsorgstenesta, og at det er store skilnader mellom kommunar når det gjeld organisering, oversikt over styringsdata og oppfølging av fastlegane.

Ei kvalitativ studie («*Shepar I, Sjøvik H, Karevold KI et al. General practitioners' views on leadership roles and challenges in primary health care: a qualitative study*» (2017)) indikerer at fastlegar i liten grad opplever at dei er involvert i planlegging av kommunen sine helsetilbod.

I Bømlo kommune er legetenesta pr. i dag samla under ei felles leiing som omfattar dei kommunale legesentera og dei kommunale deltidsstillingane for legar. Den vanlegaste organiseringa på landsbasis er at kommunale deltidsstillingar er organisert under den tenesta den høyrer til, t.d. sjukeheim eller helsestasjon/ skulehelseteneste. Kommunane står fritt til å organisere dette slik det er mest høveleg. Det vil vere ulike føremoner og ulemper ved begge modellane (sjå tabell).

Pr i dag gjeld dette legar i kommunale institusjonar og i helsestasjon og skulehelseteneste.

	Organisert i eigen legeeing	Organisert i linje i tenesta
Føremonar	<ul style="list-style-type: none"> - Betre forståing for heilskapen i legejobben - Sikre rett til naudsynte kurs/ vidare- og etterutdanning - Alternere mellom ulike delstillingar som ledd i utdanning/spesialisering 	<ul style="list-style-type: none"> - Betre integrert i tenesta - Tettare samarbeid med leiing i tenesta - Meir effektiv drift??- synleggjere samband mellom ressurs og kostnader - Instruksjonsmynde - Del av tverrfagleg fagmiljø
Ulemper	<ul style="list-style-type: none"> - Lite synleg ressurs-blir gløymt i planlegging og budsjettprosess - Manglande leiarforankring for legerolla i tenesta - Ineffektiv bruk av ressurs - Ikkje involvert i fagutvikling og på systemnivå - Krev tett samarbeid mellom leiar for legetenesta og leiarar av dei aktuelle verksemder 	<ul style="list-style-type: none"> - Manglande innsikt i fastlegeverksemda og prioriteringsbehov - Meir sårbart ved fråvær, særleg ved små stillingar - Ved midlertidige stillingar eller ved alternerande oppgåver er det ikkje naturleg å legge ansvaret på ulike tenester (t.d. LIS-1, ALIS).

10.1. Status

Pr 2017 er det i Bømlo 50% stilling til leiing og administrasjon av legeteneste og 20% stilling til leiing og administrasjon av tilsette medarbeidarar i den kommunale legetenesta. Legetenesta har vore del av ei omorganisering, og noverande leiar er konstituert i begge stillingane. Leiar for legetenesta rapporterer til kommunalsjef, og kommuneoverlege er fagleg rådgjevar i høve rekruttering og faglege val og prioriteringar som gjeld legetenesta. Det er etablert samarbeidsutval (SU) og allmennlegeutval (AU) som er avtalefesta utval for m.a. å ivareta samhandlinga mellom kommunen og legar i kommunen.

10.2. Generelt om leiing og fagleg innverknad

Føremål med val av modell for leiing og organisering skal vere å yte gode og tidsmessige tenester, med godt fagleg nivå og god service. Leiing av legetenesta må ivaretaast gjennom tydelege leiarlinjer, som er samanfallande med ansvar for tenesta. Ei problemstilling innan helsetenesta vil vere at person/ar i leiarfunksjon ikkje innehar den fagspesifikke detaljkunnskapen i området ein er leiar for.

Det er undersøkingar som viser at legar opplever liten innverknad på viktige val og prioriteringar innan tenesta, og det er grunn til å rekne med at det også kan gjelde Bømlo kommune. Dette kan ivaretaast gjennom aktiv bruk av AU og SU, og andre samhandlingsmøter som vert gjennomført/etablert.

Ved val av modell skal det takast omsyn til at den medisinsk faglege kompetansen vert integrert ved utøving av leiing, men og at andre faglege perspektiv blir teke i vare (helsesekretær, sjukepleiar, bioingeniør mv). Legen på individnivå er sjølvstendig i sine val og prioriteringar i utøving av legetenesta. Ytre rammer for dette vil vere krav fastsett i lover og forskrifter samt relevante faglege vegleiingar.

10.3. Overordna leiing og organisering av fastlegetenesta

Rådmannen avgjer organisering av tenestene i kommunen. Leiingslinjer skal gå frå rådmann, kommunalsjef og til leiar for legetenesta. Leiar skal leggje til rette for kvalitetsutvikling og kontinuerleg forbettingsarbeid samt sikre effektiv drift og service i tenestene. Kommuneoverlege og medisinsk-faglege rådgjevarar ved dei einskilde legekantar (jfr. nedanfor) samt personalavdeling skal vere aktive samarbeidspartnarar for leiar for legetenesta, der funksjonar og ansvar må klargjerast nærare. Fastlegetenesta er sektorovergripande, samhandlar med dei fleste tenestene i kommunen, og med spesialisthelsetenesta. Tenesta har i så måte likskap med fysioterapitenesta, ergoterapitenesta og tannhelsetenesta (fylkeskommunal). Ein kan i framtida tenke ei liknande rolle for psykologar og ernæringsfysiolog i kommunen på systemnivå. Administrativ plassering er ikkje avgjerande for samarbeid, men gjer ofte samarbeidet lettare. Ei administrativ tilknytning i ei felles eining for desse yrkesgruppene vil kunne bidra til betre tverrfagleg innsats og teamarbeid, både i behandling og i førebygging, og bør vurderast som ei mogleg løysing.

10.4. Medisinsk-fagleg rådgjeving i fastlegetenesta

Leiinga skal generelt syte for innsikt og integrering av faglege vurderingar som grunnlag for val og prioriteringar. Fastlegane må sikrast naudsynt autonomi, og leiar må understøtte legane sitt sjølvstendige ansvar for pasientbehandlinga. Samtidig må leiar vere ein pådrivar og fasilitator for kontinuerleg forbettingsarbeid, og for utarbeiding av effektive og verksame samarbeidsverkty. Leiar må bidrege til gode relasjonar mellom legetenesta, andre tenesteytarar i kommunen og spesialisthelsetenesta, og kunne fungere som eit bindeledd på overordna nivå. Leiar må kunne formidle statlege og kommunale byråkratiske og juridiske endringar som er viktige for fastlegane å kjenne til frå sentrale mynde til fastlegane, og kunne formidle fastlegane sine behov og utfordringar inn mot kommuneadministrasjonen. Leiar må kunne samarbeide med fastlegane om viktige kunnskapsparameter, og sikre at fastlegetenesta er del av eit heilskapleg arbeid for betring av helsetilstanden i befolkninga.

Kommunalsjef har overordna ansvar for å sikre utvikling på desse områda, men ein ser det som tenleg og rett at kommuneoverlege vert tillagt oppgåver og mynde på dette området. Kommuneoverlege inngår i

overordna funksjon som medisinsk fagleg rådgjevar for legetenesta. Kommuneoverlegen skal innan nærare fastsette rammer utøve fagleg leiing/utvikling av tenestene innan områder som omhandlar overordna fagleg kvalitets- og systemarbeid.

10.5. Leiing av fastlegetenesta

Leiar for legetenesta vil få ansvar og oppgåver knytt til m.a. utvikling, drift, økonomi, personal/kompetanse og HMS som skal ivaretakast av kommunen. Vidare skal leiar involverast i utarbeiding av, og oppfølging av fastlegeavtalar. Leiar, evt. den som er tillagt ansvar for det, skal leggje til rette for medarbeidarar ved legetenesta, samt vere pådrivar for utvikling av god sørvis for pasientar som oppsøker verksemda.

Leiar av fastlegetenesta skal ha hovudansvar retta mot dagleg drift, men skal også vere ein aktiv medspelar og initiativtakar i høve utvikling av tenesta saman med kommunalsjef, medisinsk-faglege rådgjevarar og medarbeidarar i tenesta.

Nærare om ressurs for å ivareta leiinga og intern organisering av dette må vurderast.

10.6. Leiing av kommunale bistillingar

Etter innføring av samhandlingsreforma har mange kommunar satsa på større stillingsprosentar i helseinstitusjonar enn dei 20%-stillingane som til vanleg er knytt til fastlegepraksis. Dette har vore naudsynt pga. at sjukare pasientar krev meir kontinuitet i oppfølginga. I større kommunar er det vanleg med sjukeheimslegar i 100% stillingar. Slike stillingar er naturleg ein del av institusjonen og organisatorisk underlagt leiinga i institusjonen, men har medisinsk-fagleg ansvar. Ofte vil det vere ein overlege som har det overordna medisinsk-faglege ansvaret for heile institusjonsdrifta i kommunen.

I tillegg til faste tilsette legar vil turnuslegar og ALIS-leger gjere teneste i institusjon som del av utdanninga. Dei vil vere der midlertidig, og ikkje like naturleg administrativt under institusjonsleiar.

Tilsvarande vil gjelde førebyggjande helsetenester, både i helsestasjon, skulehelseteneste og frisklivsarbeid. Kva som er naturleg organisatorisk plassering vil vere avhengig av storleik på stillingar, kontinuitet, og type verksemd stillinga er knytt til. Nokre legestillingar er ikkje naturleg knytt til ei større eining, som t.d. migrasjonshelse. Talet på legar knytt til ei verksemd er òg viktig samt storleiken på kommunen. Organiseringa må sikre vikarordning i ferier og ved anna fråvær. Fleire legar i same eining må ha høve til fagleg samarbeid.

10.7. Leiing av fastlegekontor

Det medisinske fagfeltet blir meir og meir spesialisert. Allmennlegene er forventa å ivareta breiddekompetansen. Vi må framover rekne med auke i krav til dokumentasjon av kvalitet, og brukarmedverknad på individ- og systemnivå, mellom anna gjennom journalsystem som er tilgjengelege for pasienten. Innføring av kommunalt pasientregister KPR og elektronisk samhandling vil ha fokus på kvalitetsparameter og datainnsamling. Det krev ei medvite haldning til leiing av legekontora i framtida. «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten» inneber eit skjerpa krav om heilskapleg og fagleg leiing og utvikling av tenestene.

Leiing av legekantor inneber mellom anna følgjande oppgåver:

- Utarbeiding og oppfølging av internkontrollsystem
- Personalansvar
- Administrative oppgåver
- Oppfølging av nasjonale føringar og faglege retningslinjer
- Informasjonsarbeid og pasientmedverknad
- Mottak og integrasjon av nye legar og medarbeidarar
- Strategisk planlegging
- Samhandling med andre aktørar

Jfr. punkt 4.5 om driftsformer ved legekantora. Legekantor som har full privat drift, må ha ein organisering som tek i vare heilskapleg leiing i tråd med lover og forskrifter. Selskapet vel sjølv modell for leiing, drift og organisering.

Ved legekantor som har modell med kommunal drift og privat praksis der leiar for legetenesta utøver leiing, er det pr. i dag ikkje utpeika funksjon som sikrar medisinsk-fagleg rådgjevar ved det einskilde kontor. Det er ønskeleg å etablere ei ordning som tek i vare dette ved alle legekantor.

10.8. Organisering og leiing- utfordringar og tiltak

Legetenesta/fastlegane i Bømlo har ulik organisatorisk tilknytning til kommunen. Det juridiske ansvaret for drift av kontoret vil difor variere. Kvant legekantor må likevel sikre at dei driv i tråd med regelverk og god fagleg standard, og at drifta er tilpassa den faglege utviklinga og krav i lov og forskrift. Kommunen har ansvar for at sjølve fastlegeordninga er forsvarleg og å gi innbyggjarane dei tenestene dei har krav på. Kommuneoverlegen har eit særskilt ansvar for å sjå til at fastlegeordninga held ein god fagleg standard.

Val og prioriteringar innan tenesta skal gjerast innan dei formelle, faglege og økonomiske rammer som til ei kvar tid er gjeldande.

Tiltak: Det skal i eit 2 års perspektiv (innan 31.12.19) gjennomførast ei utgreiing av om det vil vere hensiktsmessig å samorganisere legetenesta med andre tenestemråde.

Pr. i dag er det mest tenleg å vidareføre dagens organisering med offentlege allmenntedisinske deltidsstillingar under same leiing som fastlegetenesta. Dette må også vurderast igjen i komande to års perspektiv. Det skal på kort sikt gjerast ei detaljert gjennomgang av dei offentlege allmenntedisinske oppgåvene i høve disponering av ressurs og legar i deltidsstillingar (haust 2017).

Område	Utfordringar	Tiltak	Prioritering
Leiing av legeverksemda	- Det er pr. i dag mellombels ordning for leiinga av legeverksemda - Ny modell for leiing og organisering må fastsetjast	Rådmannen fastset modell for overordna leiing og organisering av legeverksemda, basert på føringar i plan for legetenesta	2017

Område	Utfordringar	Tiltak	Prioritering
Leiing av fastlegeordninga	Fagleg leiing krev god innsikt i fastlegearbeidet, legitimitet i fastlegegruppa og samarbeid med kommunale helse- og omsorgstenester og lokalt HF	<ul style="list-style-type: none"> - Kommuneoverlegen vert tillagt funksjon som overordna medisinsk rådgjevar for legetenesta - Kommuneoverlegen skal formidle viktig informasjon frå lokale og sentrale mynde til fastlegane og frå fastlegane til kommunen 	2017-vår 2018
Leiing av legekantor	<ul style="list-style-type: none"> - Treng tydeleg leiing og medisinsk-fagleg integrasjon til leiing - Trong for klargjering av leiing tilpassa kvart kontor - Ressurs? 	Det må fastsetjast tydeleg modell for leiing, og integrasjon leiing og fagleg ansvar/medverknad ved det einskilde legekantor	2017-vår 2018
Allmenmedisinske deltidsstillingar for fastlegar	Dårleg forankring i tenestene	<ul style="list-style-type: none"> - Framleis knytt til eining for legetenester - Tenestene ansvar for betre integrering - Delta i faglege forum - Vurdere organisering innan komande 2 år 	Ny vurdering innan 2 år
Allmenmedisinske stillingar utan fastlegeavtale	Knytt til institusjon. Fagleg og organisatorisk leiing?	<ul style="list-style-type: none"> - Framleis knytt til eining for legetenester - Delta på leiarmøte - Delta på faglege og sosiale arrangement 	
Framtidig overordna organisering av legetenesta	Eiga eining vs. del av større verksemd?	Det skal vurderast om det er føremålstenleg at legetenesta vert organiserast som eiga verksemd saman med andre relevante tenester i Bømlo kommune for å oppnå gode synergjar	Innan 2 år

11. Økonomi

Plan for legetenesta synleggjer utfordringsområder og framlegg til tiltak. Planen har ikkje tiltak som krev vesentleg tilføring av økonomiske ressursar. Å ha personale med god, oppdatert kompetanse og mål om å ha godkjente spesialistar i alle stillingar er truleg det viktigaste økonomiske tiltaket. Planen synleggjer denne målsetjinga og tiltak for dette. Tiltak som krev styrka økonomi må fremjast gjennom ordinære budsjettprosessar i årsbudsjett og langtidsbudsjett.

11.1. Økonomi knytt til ulike driftsformer

Legestillingar skil seg frå dei fleste andre kommunale stillingar ved at legane også genererer inntekter direkte. Inntekta er avhengig av listestorleik og talet på konsultasjonar som legen har, profilen på praksisen og om legen er godkjent spesialist.

For næringsdrivande legar som driv sitt eige kontor, vil inntekta auke med aukande listestorleik og pasientkontakt, noko som gir eit økonomisk insitament for å jobbe mykje. For kommunen vil kostnaden vere lik tilskotet per pasient som er fastsett i sentrale avtalar, og som ligg i rammetilskotet til kommunen. Ved lovfesta permisjonar vil det i første rekke vere legen som skal rekruttere vikar, men dersom det ikkje lukkast, har kommunen ansvar for å sikre lege i fastlegeheimelen.

For legane fører næringsdrift med ansvar for praksisen til arbeidsgjevaransvar, driftsansvar, økonomiske forpliktingar og sterkt avgrensa rett til sjukepengar ved eigen eller barns sjukdom. For nyutdanna i etableringsfase kan det vere krevjande, og er truleg ein vesentleg grunn til at det er vanskeleg å rekruttere legar til næringsdrift. I tillegg kjem at ein som regel må kjøpe seg inn i praksisen.

For kommunen vil det føre til høge kostnader dersom ein ikkje får tilsett lege, og kommunen må dekke vikarutgifter og driftskostnader.

Ved kommunal leigeavtale for næringsdrivande legar får kommunen i prinsippet dekka kostnadene gjennom ei månadleg leige frå legen, dersom det ikkje er naudsynt å subsidiere drifta av rekrutteringsomsyn. Legen slepp administrative oppgåver knytt til drift av kontoret og arbeidsgjevaransvar. Inntekta vil auke med auka listelengde og tal på konsultasjonar, noko som kan vere eit insentiv for å ta på seg ansvar for ei større liste. Legen vil ha avgrensa rett til sjukepengar og pensjon.

For fastlønna legestillingar gjeld arbeidsmiljølova. Legane skal arbeide ei normalarbeidsveke, og har rett på sjukepengar, pensjonsinnbetaling og feriepengar som andre tilsette. Kommunen vil ha inntekter knytt til listestorleik og tal på konsultasjonar. Det ligg ingen økonomiske insentiv for legane i å ha stor liste, og dei kan ikkje påleggast større liste enn det som gir forsvarlege tenester innanfor normal arbeidstid.

11.2. Allmenmedisinske deltidstillingar

Allmenmedisinske deltidstillingar er lønna som andre kommunale stillingar med fast løn. I tillegg får næringsdrivande legar kompensasjon for fråvær frå praksis (praksiskompensasjon) på grunn av at dei har driftsutgifter også når dei er borte frå kontoret. Bruk av legar i ulike verksemder må vurderast på bakgrunn av krav i lov og forskrift, trong for legeressurs i tenesta og nytteverdi. Finansiering av legeressurs må sjåast i samanheng med den totale ressursbruken i tenesta, og legeressursen må nyttast kostnadseffektivt, sjølv

om budsjettansvar ligg i ei anna teneste. Bømlo har tradisjonelt nytta lite legeressursar i deltidstillingar. Det er viktig for kvaliteten i tenestene at ein rekrutterer engasjerte legar. Ein må arbeide for vilkår som gjer at det å ta på seg offentlege allmenmedisinske oppgåver står fram som attraktivt.

ALIS-stillingane skal i utgangspunktet ha 20% kommunalt allmenmedisinsk arbeid.

11.3. Rekruttering/stimuleringstiltak

Økonomiske hinder for å rekruttere til driftsavgifter er kjøpesum (pris for praksisen) og driftskostnader. Driftsinntekt er avhengig av listestørleik, tal på konsultasjonar og eventuell spesialistgodkjenning som gjev rett til eiga takst i normaltariffen. Unge legar i etableringsfasen vil normalt trenge noko lengre tid pr. pasient i starten, har gjerne omsorgsoppgåver som gjer at dei ikkje kan jobbe lange dagar, og har ikkje spesialistgodkjenning. Samla sett gir det vesentleg lågare inntektspotensiale.

Moglege stimuleringstiltak kan vere:

- Fast løn i staden for næringsdrift, eventuelt for ei avgrensa periode
- Subsidiering av driftskostnader for ei avgrensa periode
- Overtaking av liste utan å måtte betale inngangssum. I så fall må det gjerast avtale om at ein heller ikkje kan krevje betaling ved sal av lista, då det vil hindre rekruttering i neste omgang
- Rett til løn under kurs og dekning av kursutgifter i samband med spesialistutdanning
- Legen beheld ei viss prosent av innteninga, for å stimulere til auka aktivitet og auka listestørleik

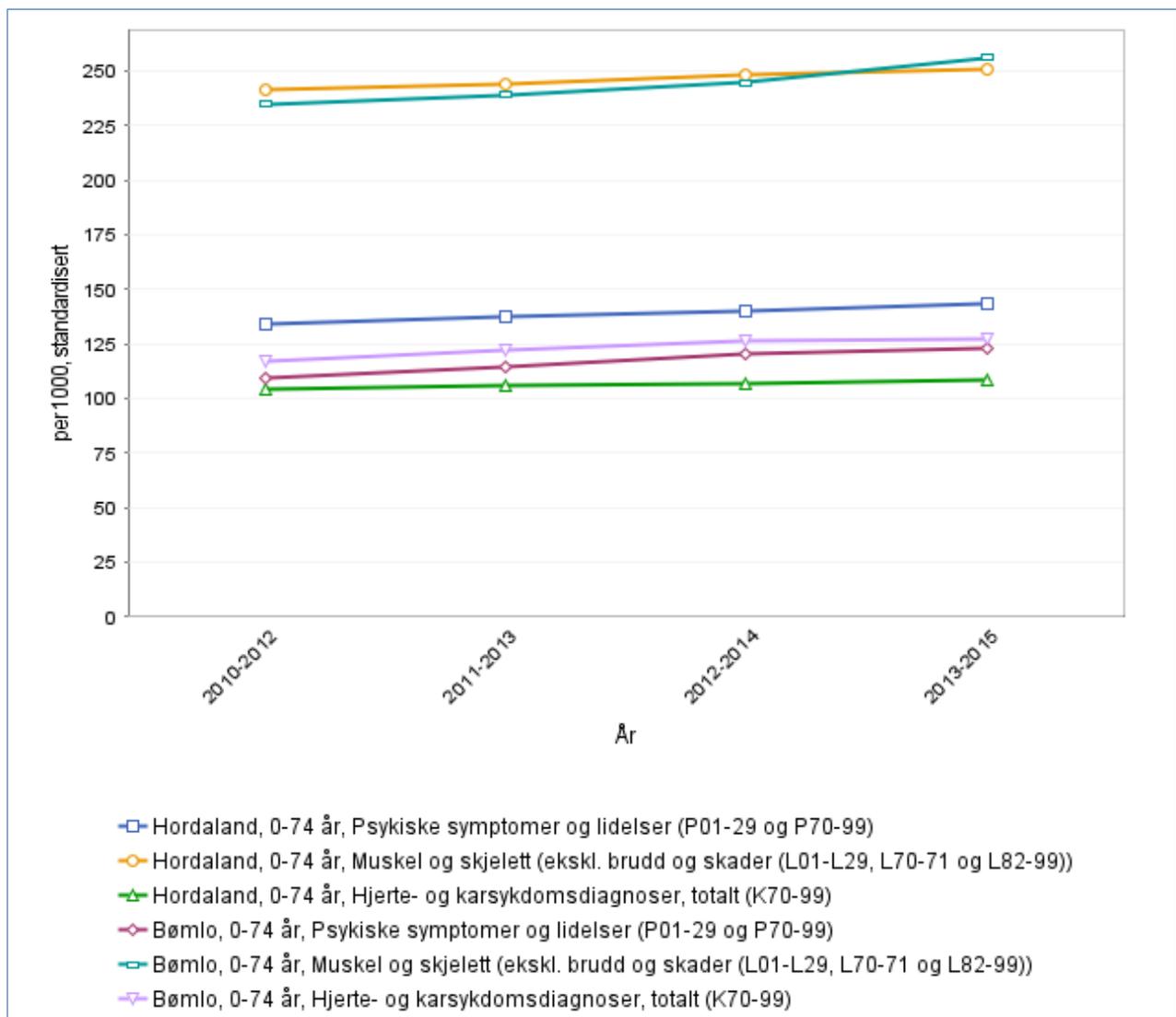
12. Vedlegg

12.1. Vedlegg 1: Helsetilstand i befolkninga- statistikk og grafar

(Definisjon: «Antall unike personer, 0-74 år og 15-29 år, i kontakt med fastlege eller legevakt per 1000 innbyggere per år. Dersom en person har vært i kontakt med fastlege eller legevakt flere ganger i løpet av kalenderåret med samme sykdom/ lidelse, telles vedkommende kun én gang. Statistikken viser 3 års gjennomsnitt (dvs. gjennomsnitt for 3-årsperioder)»)

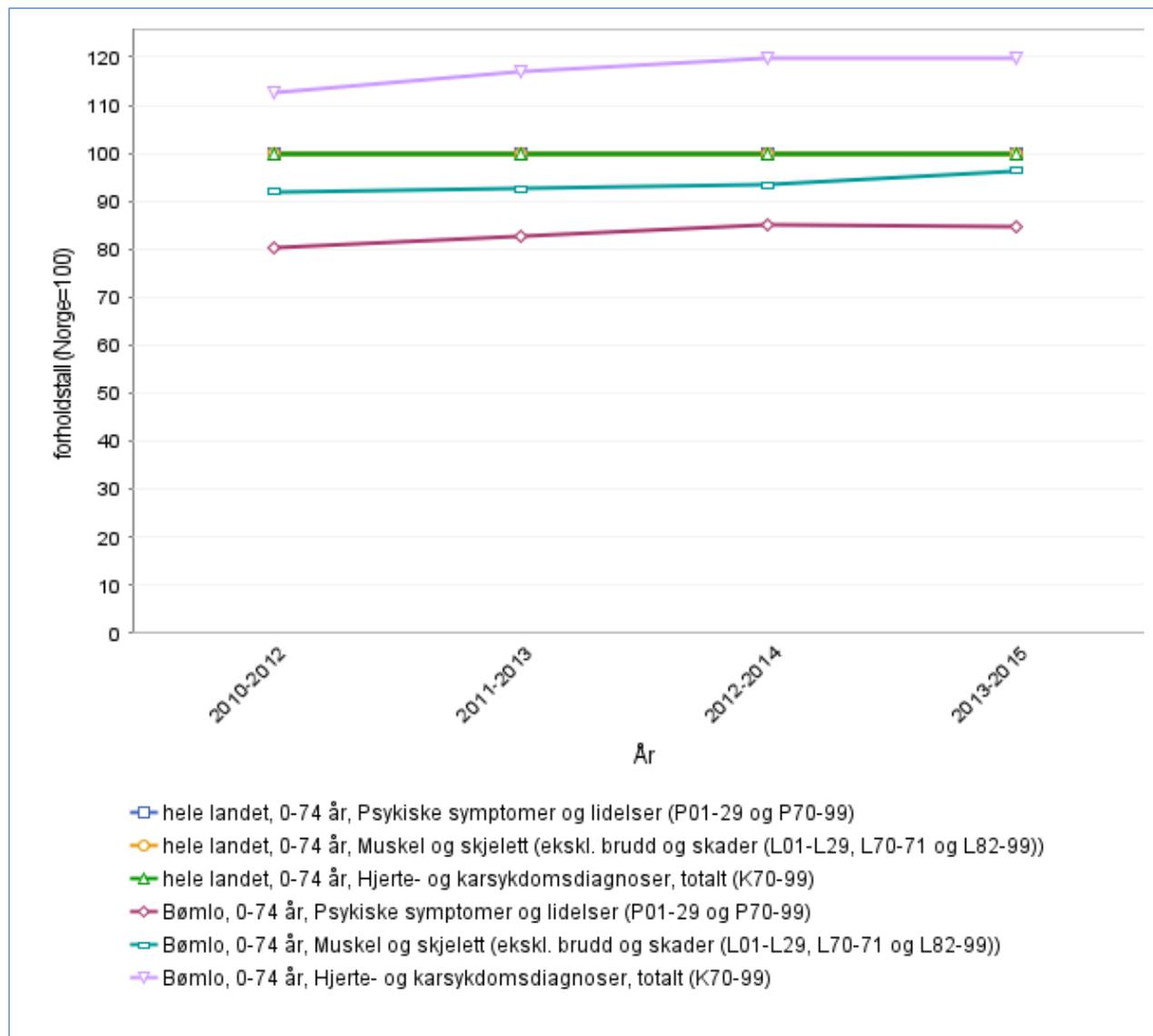
Primærhelsetenesta, brukarar, kjønn samla pr. 1000, standardisert, fordelt på diagnosegrupper.

Samanlikna med Hordaland



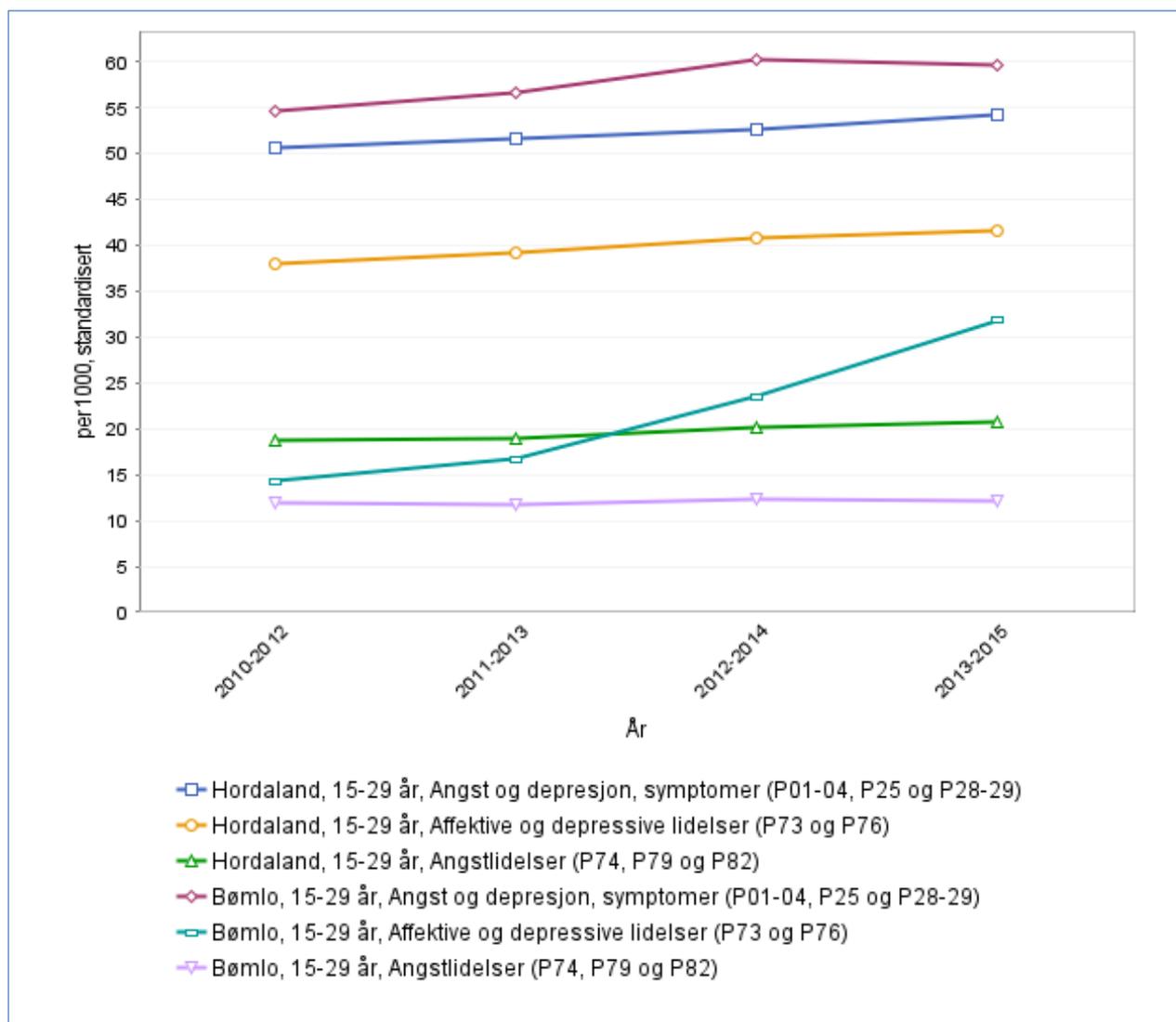
Primærhelsetenesta, brukarar, kjønn samla pr. 1000, standardisert, fordelt på diagnosegrupper.

Samanlikna med Norge



Diagrammet under viser utviklinga i primærlegekontaktar (fastlege og legevakt) når det gjeld psykiske vanskar hos unge 15-29 år.

Primærhelsetenesta, brukarar alder 15-29 år, kjønn samla pr. 1000, standardisert



Leveår						
	År	1997-2011	1998-2012	1999-2013	2000-2014	2001-2015
Geografi	Kjønn					
Norge	menn	77,3	77,6	77,9	78,2	78,5
	kvinner	82,3	82,4	82,6	82,8	83
Hordaland	menn	77,9	78,2	78,4	78,7	79
	kvinner	83,3	83,4	83,4	83,6	83,8
Bømlo	menn	78	78,2	78,5	78,9	79,3
	kvinner	84,3	84,5	84,4	84,4	84,5

Uføretrygda (B)						
Kjønn samla, alder, 18-44 år						
Yting, varig uførepensjon del (prosent), standardisert						
	År	2009-2011	2010-2012	2011-2013	2012-2014	2013-2015
Geografi						
heile landet		2,3	2,4	2,5	2,6	2,6
Hordaland		2,2	2,2	2,3	2,4	2,4
Bømlo		2,3	2,4	2,5	2,5	2,6

Sjukmeldingsstatistikk frå NAV:

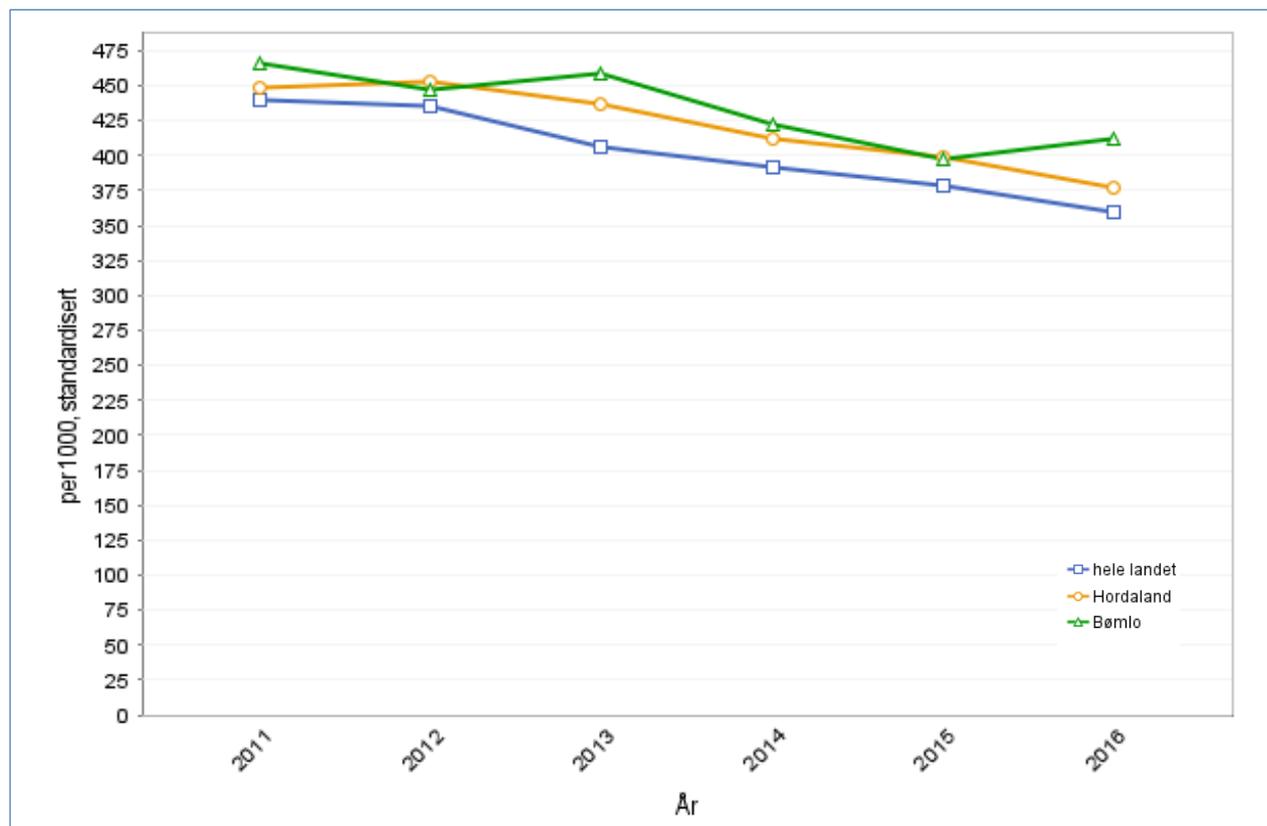
Sjukmeldingar 4.kvartal 2016 i Bømlo kommune

Varighet på sjukefråværstilfelle etter diagnosegruppe:

Tabell over lengde på sjukefråværstilfelle grupper på diagnose							
	Tal tilfelle	Del tilfelle (%)	Gj.snittleg varighet (dagar)	Del sjukefråværstilfelle etter varighet (%)			
				Under 17 dagar	17 dagar til 8 veker	8 veker til 26 veker	26 veker og over
Sum	683	100	80	41,9	17,3	26,1	14,8
Allmenne plager	33	4,8	72	36,4	21,2	30,3	12,1
Andre diagnosar	166	24,3	87	44	13,9	25,9	16,3
Luftveier	108	15,8	16	87	8,3	2,8	1,9
Muskel og skjelett	241	35,3	97	32,4	17,8	30,3	19,5
Psykiske lidingar	106	15,5	102	21,7	27,4	32,1	18,9
Svangerskapsrelaterte	29	4,2	68	20,7	24,1	51,7	3,4

Tabellen viser at sjukdom i luftvegane dominerer når det gjeld korte sjukmeldingar. Det er i stor grad representert ved avgrensa luftvegsinfeksjonar. Når det gjeld langtids-sjukemelding er det psykiske lidingar og muskel-skjelettlidingar som dominerer. Det er desse to sjukdomsgruppene som fører til størst tap av gode leveår, og som utgjer den største kostnaden for samfunnet.

Antibiotikareseptar- kjønn samla 0-79 år pr. 1000 innbyggjarar



Legemiddelbrukarar								
Kjønn samla								
Alder, 0-74 år								
			År	2010-2012	2011-2013	2012-2014	2013-2015	2014-2016
Geografi	Legemiddelgruppe	Måltall						
Hordaland	Diabetesmedikament (A10)	forholdstall (Norge=100),	93	94	94	95	96	
	Midler mot hjerte- og karsykdommer (utan C10)	forholdstall (Norge=100),	97	97	97	98	98	
	Kolesterolsenkande middel (C10)	forholdstall (Norge=100),	96	96	96	97	97	
	Smertestillande, opioider (N02A)	forholdstall (Norge=100),	104	103	102	101	100	
	Midler ved psykiske lidelser (N05A,N06A)	forholdstall (Norge=100),	102	102	101	101	101	
	Sovemiddel og beroligende midler (N05B,N05C)	forholdstall (Norge=100),	92	92	93	93	93	
	ADHD-middel (N06BA ekskl. N06BA07)	forholdstall (Norge=100),	82	85	88	90	92	
Bømlo	Diabetesmedikament (A10)	forholdstall (Norge=100),	79	80	81	81	84	
	Midler mot hjerte- og karsykdommer (utan C10)	forholdstall (Norge=100),	102	103	104	104	105	
	Kolesterolsenkande middel (C10)	forholdstall (Norge=100),	92	94	97	100	103	
	Smertestillande, opioider (N02A)	forholdstall (Norge=100),	85	86	89	92	92	
	Middel ved psykiske lidelser (N05A,N06A)	forholdstall (Norge=100),	97	98	99	99	97	
	Sovemiddel og beroligende midler (N05B,N05C)	forholdstall (Norge=100),	82	82	81	81	82	
	ADHD-middel (N06BA ekskl. N06BA07)	forholdstall (Norge=100),	60	60	63	67	64	

12.2. Vedlegg 2: Samarbeidsavtale

Samhandlingsmøte mellom legetenesta og andre tenester innan helse, sosial og omsorg i Bømlo kommune.

Samhandlingsmøte vert halde annakvar tysdag, og vert leia av Tenestekontoret.

Stad: Tenestekontoret.

Tidspunkt: kl. 07.30 – 09.30.

Deltakarar: aktuell lege, aktuelle tenester og tenestekontoret.

Disse kan melda inn saker til møte: Fastlegane, avdelingsleiar/koordinator frå heimetenestene, tenestekontoret, avdelingsleiarar habiliteringstenesta, avdelingsleiar/tilsynslege ved KOR, og avdelingsleiar fysio/ergo.

Tenestekontoret forbereder møte veka før. Sender ut agenda til aktuell fastlege, og tenester som er/vil bli involvert i sak.

Aktuelle brukarsaker i samhandlingsmøte:

- Godkjente søkjarar til fast plass
- Brukarar med akutt forverring, og vesentleg endring av hjelpebehov
- Brukarar med langvarige og samansatte hjelpebehov
- Nye brukarar
- Brukarar med behov for tverrfagleg legemiddelgjennomgang
- Opplysningar om kor pasienten er: Opphald på sjukehus/institusjon, korttid, rehabilitering