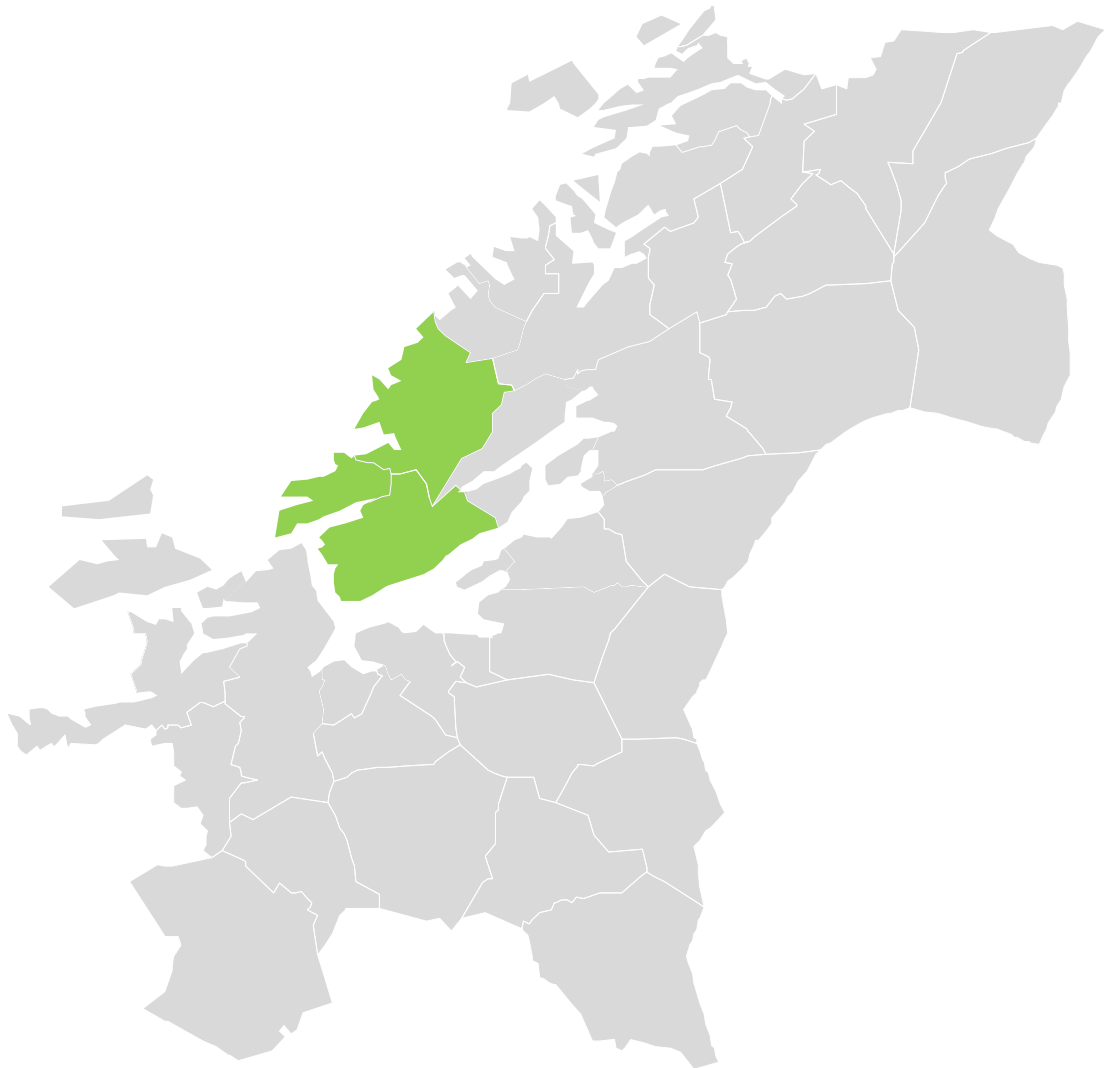




UTREDNING AV INTERKOMMUNAL LEGEVAKT OG LEGEVAKTSENTRAL PÅ FOSEN 2021

Utredning av interkommunal legevakt og legevaktsentral på Fosen

Tittel:

Utredning av interkommunal legevakt og legevaktsentral på fosen

Utgitt:

2021

Kontakt:

post@fosen-helse.no

Postadresse:

Postboks 43
7159 BJUGN

Deltagere arbeidsgruppe:

Eirik Aronsen	Leder strategiske satsninger	Fosen helse IKS
Kjersti Groven	Avdelingsleder	Fosen helse IKS
Andre Sagmo	Enhetsleder Helse og velferd	Indre Fosen kommune
Arnfinn Seim	Kommuneoverlege	Indre Fosen kommune
Karin Størseth	Enhetsleder Familiehelse	Ørland kommune
Siw-Lindia Leirbakk Ledsaak	Kommuneoverlege	Ørland kommune
Gunn Karlsaune	Enhetsleder Helse og familie	Åfjord kommune
Niels Stagegaard	Kommuneoverlege	Åfjord kommune
Geir Aune	Økonomisjef	Fosen helse IKS
Stein Ove Raanes	Fagutvikler fellesfunksjon for ambulansetjenesten i Midt-Norge	St. Olavs hospital

Sammendrag

Fosen-kommunene har i likhet med andre kommuner i Norge utfordringer med å rekruttere og beholde fastleger. Noe av forklaringen på dette er den totale arbeidsbelastningen mange leger i distriktene opplever, hvor man må håndtere fastlegejobben kombinert med en høy legevaktbelastning.

Initiativet til denne utredningen kom i forbindelse med arbeidet med Helse- og omsorgsplan 2020 – 2030 for Indre Fosen kommune, hvor det ble identifisert flere utfordringer knyttet til legevakt. I planen ble det foreslått å utrede en felles interkommunal legevakt i samarbeid med de andre kommunene på Fosen. Kommunestyret i Indre Fosen behandlet saken 14.10.2020 og det ble da vedtatt at både interkommunal legevakt og legevaktsentral skulle utredes i samarbeid med de andre Fosen-kommunene.

Ettersom en eventuell endring i organisering av legevakt på Fosen vil berøre alle involverte kommuner, har Indre Fosen bedt Fosen helse IKS stå for gjennomføringen av utredningen.

Situasjonen i dag er at Indre Fosen har legevakt i Vanvikan og Ørland og Åfjord har et interkommunalt samarbeid om legevakt lokalisert på Brekstad. Alle kommunene har avtale med legevaktsentralen i Orkanger.

Utredning av interkommunal legevakt og legevaktsentral på Fosen

Hensikten med denne utredningen er å vurdere ulike modeller for interkommunale legevakter på Fosen. Utredningen skal utforske ulike modeller for samarbeid og vise hvilke positive og negative effekter disse vil kunne ha. Dette inkluderer både interkommunale legevakt og legevaktsentral. Arbeidsgruppen skal følge Utredningsinstruksens krav til utredninger.

Arbeidsgruppen har hentet inspirasjon fra andre pågående prosjekter om legevakt som foregår andre steder i Norge. Både *Røros-prosjektet* i regi av St. Olavs hospital og Røros kommune og *Pilot legevakt* i regi av Helsedirektoratet har gitt ideer og inspirasjon. Begge disse prosjektene er i slutfasen, og det er forventet at det vil komme erfaringer fra disse i løpet av 2021 og 2022.

Målsetningen for utredningen er at arbeidsgruppens skal vurdere fremtidsrettede tiltak for legevakt som sikrer:

- gode tjenester til befolkningen
- understøtter god rekruttering av leger
- økonomisk bærekraftig løsning

Legevaktsentral

Alle kommuner skal etablere og drifte døgnbemannet legevaktsentral og etablere døgnbemannet telefonnummer. Det nasjonale legevaktsnummeret er 116 117. Akuttmedisinforskriften stiller en rekke krav til organisering, og bemanning av legevaktsentraler. I tillegg for forskriften er det utarbeidet en nasjonal veileder for legevakt og legevaktsentral. Det er også gjort studier som sier noe om hvor stort befolkningsgrunnlag en legevaktsentral som minimum bør dekke. Det er anbefalt at en legevaktsentral bør ha minimum 30.000 innbyggere i sitt nedslagsfelt.

Fosen-kommunene er i dag tilknyttet legevaktsentralen på Orkanger. Det er svært vanlig at mindre kommuner inngår i legevaktsentralsamarbeid med andre kommuner. Tall fra nasjonalt legevaktregister viser at det i 2018 var 177 legevakter i Norge og 97 legevaktsentraler.

Legevaktsentralen på Orkanger dekker totalt tolv kommuner og ca. 84.000 innbyggere. Fosen-kommunene står for 33 % av alle

henvendelsene til legevaktsentralen, og utgjør 29 % av innbyggerne. Indre Fosen og Ørland har flere henvendelser til legevaktsentralen per 1000 innbygger enn gjennomsnittet. Åfjord har færre henvendelser enn gjennomsnittet.

Legevaktsentralen på Orkdal er godt drevet og godt organisert med alt av nødvendig utstyr. Operatørene har samme opplæring som ansatte ved AMK-sentralen, og det er et godt etablert samarbeid mellom legevaktsentralen på Orkanger og AMK-sentralen. Operatørene på legevaktsentralen jobber også i akuttmottaket på Orkdal sykehus, noe som tilfører god og relevant erfaring. IKT-utstyr driftes og vedlikeholdes av Hemit, som er sykehusene i Helse Midt-Norge sin sentral for drift og forvaltning av felles IKT-systemer. Hemit drifter også teknisk infrastruktur for andre legevaktsentraler i Helse Midt-Norge som er underlagt sykehusenes virksomhet.

I dialogen med de tillitsvalgte legene i Fosen-kommunene har det vært påpekt at legevaktsentralen på Orkanger har noe manglende kunnskap om de lokale forholdene på Fosen.

I vurderingen om man bør etablere egen legevaktsentral for Fosen-kommunene er det tatt utgangspunkt i to ulike modeller. I tillegg til null-alternativet, som er å fortsette med dagens ordning, er det ett alternativ som ivaretar en absolutt minimumsbemanning, og ett alternativ som har økt bemanning i de perioder på døgnet hvor man ser at antall henvendelser er høyere.

Alternativ 1: Minimumsbemanning

Alternativet innebærer en døgnbemannet legevaktsentral hvor det er én operatør på vakt i ukedager, helg og helligdag. Vaktene rulleres i turnus

Alternativ 2: Økt bemanning helg og helligdag

Alternativet innebærer en døgnbemannet legevaktsentral hvor man i ukedagene har én operatør på vakt på dag og natt, mens det er to operatører på kveld. Ved helg og helligdag er det to operatører dag og kveld, og én operatør på natt. Vaktene rulleres i turnus.

Utredning av interkommunal legevakt og legevaktsentral på Fosen

Figuren nedenfor illustrerer bemanningen av alternativ 1 og 2.

Dag	Kveld	Natt	
			Alternativ 1: Døgnbemannet med en operatør (ukedag, helg, helligdag)
	 		Alternativ 2: En operatør dag, to operatører kveld og en operatør natt (ukedag)
 	 		To operatører dag, to operatører kveld, en operatør natt (helg og helligdag)

Alternative modeller for legevaktsentral

Både alternativ 1 og 2 vil være dyrere løsninger enn hva kommunene betaler i dag. Alle kommunene har i dag utfordringer med å rekruttere nok sykepleiere til lovpålagte og behandlingsrettede tjenester. Arbeidsgruppen ser det derfor som en dårlig utnyttelse av en allerede knapp ressurs i kommunene. I tillegg vil all risiko knyttet til oppetid og bemanning hvile på kommune.

Av hensyn til befolkningsgrunnlag, at drift av legevaktsentral på Fosen vil føre til en merkostnad, og at man allerede har utfordringer med å rekruttere sykepleiere til lovpålagte og behandlingsrettede tjenester, finner ikke arbeidsgruppen grunnlag for å anbefale etablering av legevaktsentral på Fosen.

Arbeidsgruppen ser det videre som krevende å få etablert en legevaktsentral som er av samme kvalitet og like robust som legevaktsentralen i Orkanger. Arbeidsgruppen oppfordrer kommunene til å initiere dialog med legevaktsentralen i Orkanger for å sørge for at de har nødvendig kunnskap om forholdene på Fosen.

Legevakt

Alle kommuner er pålagt å ha en legevaktordning som gjennom hele døgnet skal vurdere henvendelser om øyeblikkelig hjelp og foreta den oppfølgingen som anses nødvendig.

Bemanningen av legevakt på Fosen består av fastleger i kommunene. Akuttmedisinforskriften fra 2015 stiller tydelige krav til kompetanse for leger i den kommunale legevaksordningen. Leger som skal arbeide alene og uten bakvakt må være spesialist i

Utredning av interkommunal legevakt og legevaktsentral på Fosen

allmennmedisin eller være godkjent allmennlege og ha arbeidet minimum ett år som allmennlege/fastlege i kommunal helse og omsorgstjeneste. Dersom legen ikke oppfyller kravene må det settes inn en bakvakt som oppfyller kravene. I tillegg er det krav om kurs i volds- og overgrepshåndtering.

Kommunene på Fosen har ulik organisering av legevakt i dag. I tillegg til daglegevakt som i hovedsak er åpent i legekantorenes åpningstider legevakt på kveld, natt, helg og helligdag organisering slik:

Indre Fosen

Legevakten i Indre Fosen er lokalisert i Vanvikan og har åpningstider utenfor legekantorets åpningstid. Vaktene fordeles likt mellom legehjemlene i kommunen. Det vil si 11 hjemler, hvorav tre er ubesatt. Kommunen har to KAD-senger som er plassert på sykehjemmet i Rissa. Ambulansetjenesten er plassert i Rissa og Leksvik.

Vaktene går i tidsrommet hverdager kl. 1600 - 2300 og helg kl. 0800-2300, og tilstedevakt alle dager kl. 2300 – 0800.

Ørland/Åfjord

Den interkommunale legevakten i Ørland og Åfjord er lokalisert på Brekstad; Fosen Legevaktsenter. Den er samlokalisert med ambulansetjenesten i Ørland/Bjugn og Fosen DMS. Legene har 12-delt vakt. Kommunene i legevaktsamarbeidet har til sammen tre KAD-senger som er plassert på Fosen DMS.

Legevakten har åpent på hverdager kl. 1600-0800, fredag kl. 1600 til mandag kl. 0800. Vaktene går i tidsrommet kl. 1600 - 0800 på hverdager og fra kl. 0800 – 0800 på helg og helligdag.

Fosen Legevaktsenter har vært interkommunal og samlokalisert siden høsten 2006. Det er ikke eget hjelpepersonell ved legevakten, men personalet ved DMS bistår ved behov om de har mulighet.

Ambulanseberedskap

Ambulansetjenesten ved St. Olavs hospital HF drifter fem ambulansestasjoner på Fosen. Disse er plassert i Roan, Åfjord, Brekstad, Rissa og Leksvik.

Utredning av interkommunal legevakt og legevaktsentral på Fosen

Stasjonen i Roan har en døgnbil og en dagbil (man-fre) og dekker primært gamle Roan og Osen kommune. Pasienter fra Roan forholder seg til legevakt Brekstad mens pasienter i Osen forholder seg legevakt i Namsos.

- Stasjon Åfjord har en døgnbil og legevakt Brekstad.
- Stasjon Brekstad har to døgnbiler og legevakt Brekstad
- Stasjon Rissa har en døgnbil og legevakt Vanvikan.
- Stasjon Leksvik har en døgnbil og legevakt Vanvikan.

I tillegg til bilambulanse, dekkes beredskapen på Fosen av luftambulanse stasjonert på Rosten og av SAR Queen stasjonert på Ørland.

Ambulanser tilhørende Fosen har også oppdrag andre steder, for eksempel i Trondheim. Dette skjer når de har levert pasient på St. Olav og ambulansen er nærmeste ledig ressurs til akutte oppdrag i Trondheim.

I vurderingen av ulike modeller for å organisere legevakt har man sett på ulike forhold på Fosen som har betydning for legevakt og akuttberedskapen. Dette gjelder innenfor områder som infrastruktur, befolkningssammensetning, bostedsstrøk, etc. Det er også sett på nasjonale tall for bruk av legevakt, og studier som viser hvordan avstand til legevakt har betydning for faktisk bruk.

Arbeidsgruppen har definert fire modeller for organisering av legevakt. Disse er vurdert opp mot dagens organisering.

Alternativ 1a – En samlokalisert legevakt på Brekstad

- Det etableres en felles legevakt for Fosen i eksisterende legevakt på Brekstad. Alle KAD-senger lokaliseres ved legevakten
- Det etableres video- /satellittløsninger ved sykehjemmet i Rissa og sykehjemmet i Åfjord for å dekke befolkningen innenfor rimelig tid. Videoløsninger vil typisk kunne være tilsvarende man ser i pilotprosjektet til Helsedirektoratet. På sykehjem er det sykepleiere som tar imot pasientene. Sykepleier og pasient kommuniserer med vakthavende lege via video. Sykepleier bistår lege med nødvendige undersøkelser

Utredning av interkommunal legevakt og legevaktsentral på Fosen

- Det må etableres en felles avtale mellom kommunene og fastlegene

Alternativ 1b – En samlokalisert legevakt i Rissa

- Det etableres en felles legevakt for Fosen ved sykehjemmet i Rissa. Alle KAD-senger lokaliseres ved legevakten
- Det etableres video- /satellittløsninger ved Fosen DMS på Brekstad og sykehjemmet i Åfjord for å dekke befolkningen innenfor rimelig tid. Videoløsninger vil typisk kunne være tilsvarende man ser i pilotprosjektet til Helsedirektoratet. På sykehjem er det sykepleiere som tar imot pasientene. Sykepleier og pasient kommuniserer med vakthavende lege via video. Sykepleier bistår lege med nødvendige undersøkelser.
- Det må etableres en felles avtale mellom kommunene og fastlegene

Alternativ 2 – Felles ledelse med to lokasjoner

- Beholder to lokasjoner for legevakt – Brekstad og Indre Fosen. Indre Fosen flytter legevakt fra Vanvikan til Rissa.
- KAD-senger samlokaliseres med legevakt på Brekstad og i Rissa
- Det etableres felles ledelse for legevaktene
- Legene fortsetter i samme legevaktdistrikt som i dag
- Det må etableres en felles avtale mellom kommunene og fastlegene
- Det etableres felles bakvaktløsning
- Det etableres felles rutiner og prosedyrer
- Det gjennomføres felles internundervisning

Alternativ 3 – Samlokalisering av KAD på Brekstad og Akuttbil i Indre Fosen

- Beholder to lokasjoner for legevakt – Brekstad og Vanvikan
- Alle KAD-senger samlokaliseres på Brekstad
- Det etableres akuttbil i Vanvikan for å avhjelpe legevakt. Akuttbil etableres tilsvarende som i Røros-modellen, men skal operere i legevaktens åpningstid. Modellen forutsetter økt bemanning av ambulansepersonell i Indre Fosen. Alle

ambulansepersonell i Indre Fosen går turnus i vanlig ambulanse og akuttbil. Fosen-kommunene kjøper fri nødvendige årsverk til å betjene akuttbil

- Det ansettes sykepleier ved Fosen DMS som hjelpepersonell til legevakt og KAD

For å vurdere de ulike modellene er det gjennomført ROS-analyser og SWOT-analyser. ROS-analysene er gjennomført hos den enkelte kommune og hos St. Olavs hospital for å tydeliggjøre hvilke risikoer alternativene har for den enkelte virksomhet. SWOT-analysen ble gjennomført som en workshop i arbeidsgruppen. SWOT-analysen ble brukt for å tydeliggjøre hvilke styrker og svakheter modellene har for legevakt og for fastlegeordningen på Fosen, og hvilke muligheter og trusler/hindringer modellene kan medføre for befolkningen, St. Olavs hospital, andre deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for andre eksterne.

Selv om alternativ 1 a & b og alternativ 3 har usikkerheter knyttet til seg, særlig knyttet til rekrutteringsutfordringer og , er det arbeidsgruppens vurdering at man bør forsøke å tenke mer helhetlig rundt utnyttelse av alt helsepersonell i kommunene knyttet til akuttberedskap. Det er mange deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten som kan bidra i å løse de utfordringene kommunene står overfor i dag, og i tiden som kommer. Det er derfor arbeidsgruppens vurdering at erfaringer fra Røros-prosjektet og Pilot legevakt er noe man bør se videre på, for å finne ut hva som er suksessfaktorene, og hvilke kriterier som må ligge til grunn for en vellykket gjennomføring. Man må også vurdere hvordan dette eventuelt kan tilpasses forholdene på Fosen slik at man opprettholder en god akuttberedskap.

Arbeidsgruppen mener det er for tidlig å gjøre de store grepene før man har fått høstet de erfaringene som er gjort. Det vil spare Fosen for mye merarbeid. Arbeidsgruppen er også av den oppfatning at man bør avvente store strukturelle endringer av legevakt til Helseplattformen er innført i kommunene. Dette er et omstillingsprosjekt om kommer til å kreve mye ressurser av hele helsetjenesten i kommunene i årene som kommer.

Anbefaling

Arbeidsgruppen anbefaler alternativ 2, uten felles ledelse. Man har valgt å ta bort dette med felles ledelse fordi det vil være et stort vaktdistrikt å lede, og det er at det kan være problematisk å rekruttere en lege som skal ha ansvar for to legevakter. Man mister også nærhet til leder ved to lokasjoner.

Anbefalingen innebærer derfor at legevakten i Indre Fosen flytter til Rissa, og at man utvikler et strukturert samarbeid mellom legevaktene på Fosen.

Innholdsfortegnelse

1	Bakgrunn	13
1.1	Nasjonal fastlegekrise	14
1.2	Tidligere gjennomførte utredninger	15
1.3	Andre pågående legevaktprosjekter	15
1.4	Mandat	18
1.5	Problemstilling	19
2	Legevaktsentral	21
2.1	Krav til legevaktsentral	22
2.2	Organisering av legevaktsentral i dag	23
2.3	Alternative modeller	25
2.4	Vurdering av modellene	26
2.5	Anbefaling	28
3	Legevakt	30
3.1	Krav til legevakt	31
3.2	Organisering av legevakt i dag	31
3.3	Ambulansedekning	33
3.4	Forhold på Fosen som er av betydning	35
3.5	Bruk av legevakt	39
3.6	Alternative modeller	40
3.7	Vurdering av alternative modeller	44
3.8	Anbefaling	49

1 Bakgrunn

Fosen-kommunene har i likhet med andre kommuner i Norge utfordringer med å rekruttere og beholde fastleger. Noe av forklaringen på dette er den totale arbeidsbelastningen mange leger i distriktene opplever, hvor man må håndtere fastlegejobben kombinert med en høy legevaktbelastning.

Stadig flere kommuner inngår i interkommunale legevakter i et forsøk på å sikre at vaktbelastningen på den enkelte lege holdes på et tålelig nivå.

Initiativet til denne utredningen kom i forbindelse med arbeidet med Helse- og omsorgsplan 2020 – 2030 for Indre Fosen kommune, hvor det ble identifisert flere utfordringer knyttet til legevakt. I planen ble det foreslått å utrede en felles interkommunal legevakt i samarbeid med de andre kommunene på Fosen. Kommunestyret i Indre Fosen behandlet saken 14.10.2020 og det ble da vedtatt at både interkommunal legevakt og legevaktsentral skulle utredes i samarbeid med de andre Fosen-kommunene.

Ettersom en eventuell endring i organisering av legevakt på Fosen vil berøre alle involverte kommuner, har Indre Fosen bedt Fosen helse IKS stå for gjennomføringen av utredningen.

Ørland kommune og Åfjord kommune har et etablert samarbeid om felles interkommunal legevakt lokalisert på Brekstad i tilknytning Fosen DMS. Det ble i 2020 fremforhandlet en ny avtale mellom Åfjord kommune, Ørland kommune og fastlegene om legevakt.

Indre Fosen har per i dag legevakt i Vanvikan. Både legevakt på Brekstad og i Vanvikan driftes utenfor legekantorenes kontortider.

Alle kommunene har per i dag avtale med legevaktsentralen i Orkdalsregionen.

1.1 Nasjonal fastlegekrise

Tilgangen til kvalifiserte allmennleger er en nasjonal utfordring, og gjør seg spesielt gjeldende i distriktet, selv om man i senere tid også har sett at de store byene sliter med å rekruttere fastleger. Mangel på fastleger vil gå utover legevaktstjenesten.

I tillegg til fastlegekrisen har kommunene store utfordringer med å rekruttere og beholde sykepleiere.

Det er økende behov for helsepersonell i den kommunale helse og omsorgstjenesten. I 2019 publiserte SSB en rapport hvor de så på arbeidsmarkedet for helsepersonell frem mot 2035. I rapporten kommer det frem at dersom man måler i årsverk er det anslått at

behovet for leger vil å øke med 11 000 årsverk frem mot 2035. Tallet for sykepleiere er hele 40 000 årsverk.

1.2 Tidligere gjennomførte utredninger

Spørsmålet om felles legevakt på Fosen er utredet flere ganger tidligere. I 2005 ble det satt ned en arbeidsgruppe med representanter fra Ørland kommune, Åfjord kommune, Rissa kommune og Roan kommune. Denne arbeidsgruppen foreslo én felles legevakt for Bjugn, Rissa, Roan, Ørland og Åfjord kommune lokalisert ved Ørland medisinske senter. Bjugn, Ørland og Åfjord gikk inn for samarbeidet, mens Rissa og Roan ønsket ikke å delta.

I 2011 ble det også gjennomført en utredning på Fosen om samarbeid mellom legevaktordningene på Fosen. Her var det representanter fra Bjugn kommune, Leksvik kommune, Rissa kommune, Ørland kommune og Åfjord kommune. I denne utredningen var det dissens i gruppen. Rissa og Leksvik kommune ønsket at legevakta i Vanvikan, mellom Rissa og Leksvik ble organisatorisk videreført som eget interkommunalt samarbeid ut 2015, men at det deretter så snart som mulig kunne utvikles et strukturert samarbeid mellom legevakta i Vanvikan og legevakta på Brekstad. Øvrige medlemmer så en mulighet for å etablere en felles legevakt på Fosen innen utgangen av 2015 dersom det var politisk og faglig enighet om dette mellom kommunene og innen Fosen helse IKS.

1.3 Andre pågående legevaktprosjekter

Utfordringer knyttet til legevakt er et nasjonalt problem, og det pågår i dag flere spennende prosjekter som omhandler legevakt. I denne utredningen har vi i hovedsak sett på to prosjekter; *Røros-prosjektet* og *Pilot legevakt*.

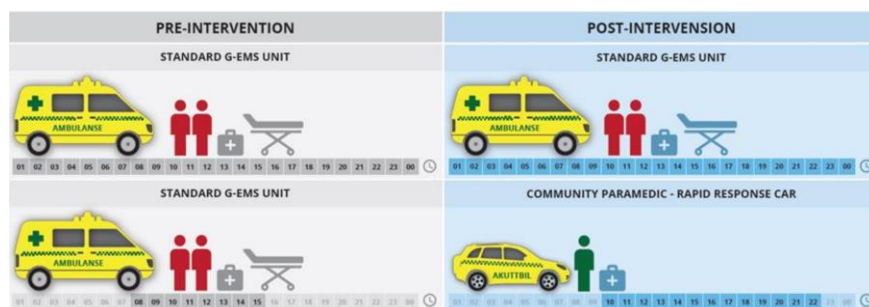
1.3.1 Røros-prosjektet

Rørosprosjektet er et prosjekt i regi av St. Olavs hospital og Røros kommune. Prosjektet skulle prøve ut konseptet *Mobil integrert helsetjeneste* i et gjensidig forpliktende samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten sin lokale ambulansetjeneste på Røros og den kommunale helsetjenesten i Røros kommune.

Ambulansetjenesten ved St. Olavs hospital hadde før prosjektets oppstart to ambulanser stasjonert på Røros, en døgnbil som var i tjeneste hele døgnet alle dager og en dagbil som var i tjeneste

Utredning av interkommunal legevakt og legevaktsentral på Fosen

hverdager fra kl. 0800 - 1500. Den totale oppdragsmengden var relativt liten.



Figur 1-1 Ambulanse på Røros før og etter prosjektet

Man valgte derfor å gjøre om dagbilen til en akuttbil uten bære. Bilen var ellers utstyrt med samme medisinsk utstyr som en vanlig ambulanse. Akuttbilen skulle videre bemannes med én person, noe som medførte at man kunne bemanne bilen fra kl. 1000 – 2200. Tanken var at ambulansepersonell som ikke var på oppdrag skulle kunne utføre oppdrag for og i samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Blant annet skulle ambulansepersonell som opererte akuttbilen være tilgjengelig for legevakt frem til kl. 2200 på kvelden. Legevakt skulle videre kunne bruke bilen til utrykninger etter at ambulansepersonellet var ferdig med sin vakt.

I motsetning til en vanlig ambulanse som flåtestyres via AMK-sentralen og dermed kan brukes i hele AMK sitt nedslagsfelt, skulle ikke akuttbilen forlate Røros-kommune.

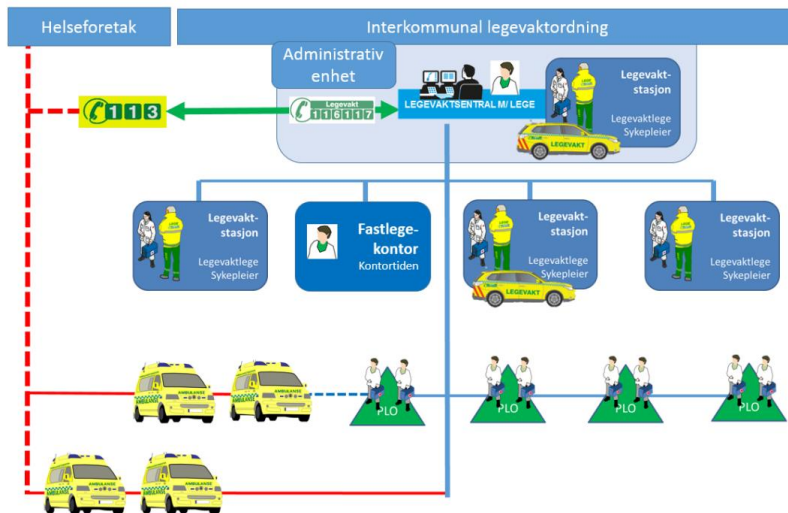
Rørosprosjektet innebærer at kommunen får utført, og tilført, tjenester uten at det samlede kostnadsbildet endrer seg.

Prosjektet er i sluttfasen og Røros kommune/St. Olavs hospital vil gjennomføre en erfaringskonferanse på Røros 6. - 7. januar 2022 med hovedtema mobilt integrert helsetjeneste.

1.3.2 Pilot legevakt

Dette er et prosjekt i regi av Helsedirektoratet hvor man prøver ut en ny måte å organisere legevakt i små- og mellomstore kommuner for å sikre en bærekraftig og forsvarlig lokal akuttmedisinsk tjeneste i områder som har utfordringer i tjenesten i dag.

Utredning av interkommunal legevakt og legevaktsentral på Fosen



Figur 1-2 Modell over Pilot legevakt

Modellen er delt inn i tre nivåer hvor nivå 1 består av en sentral legevaktstasjon med hovedlegevaktsentral der lege er tilgjengelig for avklaringer og kan være beslutningsstøtte for annet helsepersonell i kommunene som utfører oppdrag for legevakten. Legen kan ved behov være bakvakt for de andre legevaktsleger i distriktet.

Nivå 2 består av leger i vakt som har direkte pasientkontakt på ulike lokasjoner avhengig av geografi og demografi. Legene kan være tilknyttet legevaktstasjoner med helsepersonell, legevaktbil og/eller legeskyssebåt (ambulansebåt).

Nivå 3 består av legevaktsatellitt som opprettes der det er lang avstand til lege i vakt og hvor det samtidig anslås å være forholdsvis få henvendelser til legevakt på kveld og natt. Her er det helsepersonell, fortrinnsvis sykepleiere, som går i døgnvakt i kommunen, enten i hjemmesykepleien eller på sykehjem, eller ambulansepersonell som gjør definerte legevaktsoppgaver i samråd med lege på nivå 1 (evt. nivå 2). Her er det også tatt i bruk videolegevakt når det ikke er lokal lege på vakt. Da møter man opp ved sykehjem e.l. hvor man tatt imot av sykepleier som sørger for at man får snakket med lege via storskjerm. Sykepleier steller sår, gir medisiner og fungerer som legevaktsykepleier.

Prosjektet prøves ut i to geografiske områder med totalt befolkningsgrunnlag på mellom 30.000 – 100.000 innbyggere:

1. Sunnfjord og Ytre Sogn interkommunale legevakt som består av kommunene: Balestrand, Askvoll, Fjaler, Førde, Gaular, Hyllestad, Høyanger, Naustdal og Jølster
2. Molde interkommunale legevakt som består av kommunene: Aukra, Midsund, Sandøy, Molde, Fræna, Eide, Nesset, Sunndal og Rauma

Prosjektet er i avslutningsfasen og erfaringer herfra er forventet høsten 2021.

1.4 Mandat

Hensikten med denne utredningen er å vurdere ulike modeller for interkommunale legevakter på Fosen. Utredningen skal utforske ulike modeller for samarbeid og vise hvilke positive og negative effekter disse vil kunne ha. Dette inkluderer både interkommunale legevakt og legevaktsentral.

1.4.1 Føringer for utredningen

Utredningen skal følge Utredningsinstruksens krav til utredninger. Det betyr at man skal svar på de seks spørsmålene:

- Hva er problemet, og hva vil vi oppnå?
- Hvilke tiltak er relevante?
- Hvilke prinsipielle spørsmål reiser tiltakene?
- Hva er de positive og negative virkningene av tiltakene, hvor varige er de, og hvem blir berørt?
- Hvilket tiltak anbefales, og hvorfor?
- Hva er forutsetningene for en vellykket gjennomføring?

I dette ligger det at man skal gi en beskrivelse av dagens problemstilling og forventet fremtidig utvikling dersom man ikke gjør tiltak. Dette er *null-alternativet* og er sammenligningsgrunnlaget for å vurdere virkningen av alternative modeller. I tillegg til null-alternativet er arbeidsgruppen bedt om å beskrive minst to andre relevante modeller for interkommunal legevakt. De ulike modellene skal vurderes ut ifra kost/nytte og andre fastsatte kriterier.

Arbeidsgruppen er også bedt om å vurdere hvorvidt videokonsultasjon kan bidra til å avlaste trykket på legevakttjenesten.

For legevaktsentral har det vært ønskelig at arbeidsgruppen vurderer kost/nytte av dagens løsning sammenlignet med en felles legevaktsentral på Fosen. Arbeidsgruppen skulle vurdere hvilket utstyr, bemanning og lokaler som er nødvendige for å drifte en legevaktsentral i regionen.

Arbeidsgruppens sammensetning har vært stabil og har bestått av eierkommunenes kommuneoverleger, og enhetsledere med ansvar for legekontor. Fosen helse IKS har stilt med fagressurs, prosessledelse og økonomiressurs. St. Olavs hospital har deltatt med fagressurs. Arbeidsgruppen har møttes jevnlig, med to ukers intervaller.

Styringsgruppen har bestått av kommunenes øverste administrative helseleder, samt klinikksjef for akutt- og mottaksmedisin ved St. Olavs hospital.

I utredningen er det gjennomført åtte arbeidsgruppemøter via Teams. Kommunene og St. Olavs hospital har gjennomført ROS-analyser av modellene som arbeidsgruppen har definert. I tillegg er arbeidsgruppen gjennomført en SWOT-analyse av modellene. Prosessen og beskrivelse av modellene er diskutert med de tillitsvalgte legene i kommunene gjennom telefonsamtaler. De tillitsvalgte legene har også hatt anledning til å delta på ROS-analysen som er gjennomført av kommunene.

1.5 Problemstilling

Fosen-kommunene har og har hatt utfordringer med å rekruttere og beholde fastleger. Selv om det er stabil legedekning i Åfjord p.t, har det også her vært utfordringer tidligere. Alle kommunene har i dag en eller flere leger som har behov for bakvakt. Behovet og kostnadene til bakvakt vil til enhver tid variere ut ifra hvor stor andel av fastlegene og vikarene som ikke tilfredsstiller kompetansekravene.

Ørland og Åfjord har et godt etablert interkommunalt legevaktsamarbeid i dag, hvor det nylig er fremforhandlet en ny avtale mellom fastlegene og kommunene. Legene opplever at avtalen både ivaretar vaktbelastning og økonomi på en god måte. Legekontorets lokaler blir fremhevet og nærhet til KAD-senger, Fosen DMS og ambulansetjenesten anses som svært positivt.

I Indre Fosen opplever legene at vaktbelastningen er høy og at lokaliseringen av legevakta i Vanvikan er problematisk. Legene er alene på vakt, uten hjelpepersonell tilstede. Det er dokumentert trusler mot legevaktslegen. KAD-senger er lokalisert på sykehjemmet i Rissa. Ambulanse er lokalisert i Rissa og Leksvik. Plassering av legevakt i Vanvikan ligger som et prinsipp i intensjonsavtalen om kommunesammenslåing av Leksvik og Rissa fra 2015.

1.5.1 Mål

Arbeidsgruppens skal vurdere fremtidsrettede tiltak for legevakt som sikrer:

- gode tjenester til befolkningen
- understøtter god rekruttering av leger
- økonomisk bærekraftig løsning

2 Legevaktsentral

En del av oppdraget i denne utredningen er å vurdere om kommune på Fosen bør etablere en felles legevaktsentral på Fosen, eller om man bør fortsette å kjøpe tjenesten av Orkdal legevaktsentral.

2.1 Krav til legevaktsentral

Legevaktsentralen er en del av den nasjonale nødmeldingstjenesten og skal motta og behandle telefonhenvendelser til legevakt om akutthjelp. Kravet om legevaktsentral er lovregulert i *Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv.* av 2015 (akuttmedisinforskriften).

Forskriftens § 12 stiller krav til at kommunene skal etablere og drifte døgnbemannet legevaktsentral og etablere døgnbemannet telefonnummer. Det nasjonale legevaktsnummeret er 116 117.

Forskriftens § 13 stiller krav til organisering og bemanning av legevaktsentralen. Bokstavene a – c sier noe om hvile oppgaver legevaktsentralen skal ivareta. Her beskrives blant annet krav om å

- håndtere henvendelser om øyeblikkelig hjelp via legevaktsnummeret,
- kunne kommunisere og videreformidle henvendelser til AMK-sentral,
- gi medisinskfaglige råd og veiledning, prioritere, iverksette og følge opp henvendelser om øyeblikkelig hjelp ved blant annet å videreformidle henvendelser til riktig instans.

§ 13 bokstav d og e stiller krav til svartid og utstyr.

Legevaktsentralen skal innrettes på en slik måte at 80 % av henvendelsene normalt besvares innen to minutter. Bokstav f beskriver kvalifikasjonskrav for de som skal operere legevaktsentralen. Det stilles krav om relevant helsefaglig utdanning på bachelornivå, nødvendig klinisk praksis og gjennomført tilleggsopplæring for arbeid som operatør.

I tillegg til forskriftskravene er det utarbeidet en nasjonal veileder for legevakt og legevaktsentral.¹ Veilederen peker blant annet på at legevaktsentralen som minimum bør har to operatørplasser. Legevaktsentralen bør plasseres i et egnet rom, skjermet fra resten av legevakten og best mulig beskyttet mot støy. Tilgang til nødstrøm må sikres.

Hver arbeidsstasjon trenger plass til både IKT-utstyr og annet elektronisk verktøy, flere dataskjermer og ulike oppslagsverk. Det bør være god avstand mellom arbeidsstasjonene, slik at man demper støy. For å tilrettelegge for opplæring og

1

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/legevakt-og-legevaktsentral>

kvalitetsforbedring bør minst en av arbeidsstasjonene ha mulighet for medlytt.

Operatørene i legevaktsentralen bør ha inngående kjennskap til den kommunale beredskapen, herunder hjemmesykepleie, kriseteam, psykiatritjeneste og legevakten. Lokalkunnskap er et av de største fortrinnene til legevaktsentralen. Lav pågang kan imidlertid medføre at operatørene får lite klinisk erfaring, og dermed vanskeligheter med å opprettholde kvalitet og kompetanse.

Hverken forskriften eller veilederen stiller noen krav til minimumsbemanning på en legevaktsentral. Veilederen peker imidlertid på Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin som har utarbeidet en modell som kan brukes som redskap for å fastsette behov for bemanning av telefon i legevaktsentralen lørdager og søndager. Studien bak modellen er publisert i Tidsskriftet – Den norske legeforening.² I studien konkluderes det med at en legevaktsentral bør ha minimum 30.000 innbyggere i sitt nedslagsfelt. Fosen-kommunene er i underkant av 25 000 innbygger, og er dermed ikke langt unna å ha stort nok befolkningsgrunnlag.

2.2 Organisering av legevaktsentral i dag

Fosen-kommunene er i dag tilknyttet legevaktsentralen på Orkanger. Det er svært vanlig at mindre kommuner inngår i legevaktsentralsamarbeid med andre kommuner. Tall fra nasjonalt legevaktregister viser at det i 2018 var 177 legevakter i Norge og 97 legevaktsentraler.

Legevaktsentralen på Orkanger dekker totalt tolv kommuner og ca. 84.000 innbyggere. Fosen-kommunene står for 33 % av alle henvendelsene til legevaktsentralen, og utgjør 29 % av innbyggerne. Indre Fosen og Ørland har flere henvendelser til legevaktsentralen per 1000 innbygger enn gjennomsnittet. Åfjord har færre henvendelser enn gjennomsnittet. Oversikt over innbyggere, henvendelser og henvendelser per 1000 innbygger kommer frem i tabellen nedenfor. Tallene er fra 2020.

	Antall innbyggere	Antall henvendelser	Antall henvendelser per 1000 innbygger
Rindal	1993	484	242
Surnadal	5929	1893	319
Heim	5939	1711	288
Orkland	18250	9154	500
Hitra	5088	3196	628
Frøya	5166	2298	444
Rennebu	2475	1004	406
Oppdal	7001	3836	547
Skaun	8343	2646	317
Ørland	10323	5945	576
Åfjord	4288	1555	363
Indre Fosen	10084	5652	560
Sum totalt	84879	39374	

Tabell 2-1 Henvendelser til legevaktsentralen på Orkanger (2020). Fosen-kommunene er markert med rød skrift

Tall fra legevaktsentralen viser at Fosen-kommunene bruker legevakta mest lørdag og søndag, og hverdager etter kl. 16.00. Rundt 34 % av henvendelsene til legevaktsentralen avsluttes med råd og veiledning fra operatørene. Det kommer også henvendelser på dagtid i ukedagene i legekantorenes åpningstid. Dette skyldes blant annet at innbyggere ikke kommer gjennom på telefonen til legekantoret, eller at man ikke er godt nok kjent med delingen mellom daglegevakt og legevakt utenfor legekantorets åpningstid.

Legevaktsentralen på Orkdal er godt drevet og godt organisert med alt av nødvendig utstyr. Operatørene har samme opplæring som ansatte ved AMK-sentralen, og det er et godt etablert samarbeid mellom legevaktsentralen på Orkanger og AMK-sentralen. Operatørene på legevaktsentralen jobber også i akutt-mottaket på Orkdal sykehus, noe som tilfører god og relevant erfaring. IKT-utstyr driftes og vedlikeholdes av Hemit, som er sykehusene i Helse Midt-Norge sin sentral for drift og forvaltning av felles IKT-systemer. Hemit driver også teknisk infrastruktur for

andre legevaktsentraler i Helse Midt-Norge som er underlagt sykehusenes virksomhet.

2.2.1 Kostnader til legevaktsentral

Kostnadene kommunene har for å delta i legevaktsentralen i Orkanger er ca. 2 824 00,- årlig. Dette fordeles seg slik:

Indre Fosen	Kr 1 129 000
Ørland	Kr 1 215 000
Åfjord	Kr 480 000

Tabell 2-1 Kostnader legevaktsentral fordelt på kommunene

2.3 Alternative modeller

I vurderingen om man bør etablere egen legevaktsentral for Fosen-kommunene er det tatt utgangspunkt i to ulike modeller. I tillegg til null-alternativet, som er å fortsette med dagens ordning, er det ett alternativ som ivaretar en absolutt minimumsbemanning, og ett alternativ som har økt bemanning i de perioder på døgnet hvor man ser at antall henvendelser er høyere.

Alternativ 1: Minimumsbemanning

Alternativet innebærer en døgnbemannet legevaktsentral hvor det er én operatør på vakt i ukedager, helg og helligdag. Vaktene rulleres i turnus

Alternativ 2: Økt bemanning helg og helligdag

Alternativet innebærer en døgnbemannet legevaktsentral hvor man i ukedagene har én operatør på vakt på dag og natt, mens det er to operatører på kveld. Ved helg og helligdag er det to operatører dag og kveld, og én operatør på natt. Vaktene rulleres i turnus.

Figuren nedenfor illustrerer bemanningen av alternativ 1 og 2.

Dag	Kveld	Natt	
			Alternativ 1: Døgnbemannet med en operatør (ukedag, helg, helligdag)
			Alternativ 2: En operatør dag, to operatører kveld og en operatør natt (ukedag)
			To operatører dag, to operatører kveld, en operatør natt (helg og helligdag)

Figur 2-1 Alternative modeller for legevaktsentral

2.4 Vurdering av modellene

Nedenfor vurderes modellene ut ifra kost/nytte og andre kvalitative vurderinger.

2.4.1 Økonomiske beregninger av alternativene

Det er forsøkt å beregne kostnader for de ulike modellene.

Beregningene er nøkterne, særlig hva gjelder utstyr og lokaler, og service-avtaler. Det er forutsatt en årsverkskostnad for en sykepleier på 633 450,-. Årsverkskostnad inkluderer arbeidsgiveravgift og andre sosiale kostnader. Her er det tatt utgangspunkt i medianlønn for en sykepleier i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Påslaget fra årslønn til årsverkskostnad er omkring 25 % innenfor helsesektoren.

Alternativ 1 krever 4,7 årsverk, mens alternativ 2 krever 6,7 årsverk. I tillegg forutsettes det 0,2 årsverk til ledelse og administrering av legevaktsentralen. Kostnader til lokaler og utstyr er beregnet med utgangspunkt i faktiske kostnader ved Fosen LVS. Det samme gjelder kostnader til opplæring og kurs. Beregningene forutsetter at man finner et egnet lokale i en av kommunene. I tillegg må man påregne kostnader for ferievikarer, som også må ha samme opplæring som de som operer legevaktsentralen til vanlig. Ferievikarene må jobbe jevnlig for å sikre god kompetanse. Kostnader for ferievikarer er ikke medregnet. Kostnadsfordelingene følger 70/30-prinsippet.

Utredning av interkommunal legevakt og legevaktsentral på Fosen

	Alternativ 1	Alternativ 2	Kostnader i dag
Indre Fosen	kr 1 388 129	kr 1 912 730	kr 1 129 000
Ørland	kr 1 425 854	kr 1 964 713	kr 1 215 000
Åfjord	kr 802 922	kr 1 106 362	kr 480 000

Figur 2-2 Beregnede kostnader for alternative modeller for legevaktsentral vurdert opp mot faktiske kostnader i dag

For å være innenfor arbeidstidsbestemmelsene for sykepleiere er man avhengig av å dele årsverkene opp i flere små stillingsandeler.

2.4.2 Kvalitative vurderinger

I dialogen med de tillitsvalgte legene i Fosen-kommunene har det vært påpekt at legevaktsentralen på Orkanger har noe manglende kunnskap om de lokale forholdene på Fosen.

Det har også blitt diskutert om en legevaktsentral på Fosen kan ha en ordning hvor operatør på legevaktsentralen gjør kliniske oppgaver på legevakta, og dermed fungerer som hjelpepersonell. Det er imidlertid vesentlige at slike oppgaver ikke går utover hovedoppgaven, som er å besvare telefonen. Til sammenligning har Helsedirektoratet foreslått at sentralene for mottak av trygghetsalarmer og velferdsteknologiske meldinger alltid skal ha en minimumsbemanning på to sykepleiere, og at disse ikke skal ha andre oppgaver.³ Også nasjonal veileder for legevakt og legevaktsentral viser til at legevaktsentralen skal sitte skjermet fra legevakten. Videre står det at operatøren i legevaktsentralen bør kunne konsentrere seg om arbeidet i sentralen. Det legges likevel opp til at operatørene kan gjøre andre oppgaver dersom forhold som befolkningsgrunnlaget legger til rette for det. Legeforeningens forslag til nasjonal veileder for legevakt går noe lengre i å fraråde flere oppgaver. I sin anbefaling sier de at dersom operatørene skal ha oppgaver i legevakten bør man ha minst to ansatte på vakt slik at det alltid er en operatør som er dedikert til å betjene legevaktsentralen.

2.4.2.1 Bemanning

Kompleksiteten og bredden i oppgavene som kommunene skal ivareta er i endring, og mengden øker. Denne utviklingen fører til endret kompetansebehov i kommunene og kommunene må evne

Regelverket knyttet til arbeidstid for sykepleiere sier at man ikke skal jobbe mer enn annenhver søndag/helligdag i snitt. Det betyr blant annet at ved helligdager skal ikke sykepleiere jobbe mer en halvparten av søndager og helligdager.

3

Anbefalinger og responstjenester for trygghetsskapende teknologier – Helsedirektoratet - 2016

å rekruttere, videreutdanne og beholde godt kvalifiserte helsepersonell. Behovet for sykepleiere, leger og helsefagarbeidere forventes å øke kraftig de neste årene. På Fosen alene vil man ut fra de som går av med årlig alderspensjon ha behov for 25 nye sykepleiere hvert femte år frem mot 2035. Legger man til de demografiske endringene og større oppgaveportefølje i kommunene, vil behovet trolig være enda større. Som vist innledningsvis viser også tall fra SSB at behovet for sykepleiere kommer til å være stort i årene som kommer.

Fosen-kommunene har i dag utfordringer med å rekruttere nok sykepleiere til å ivareta behandlingsrettede og lovpålagte oppgaver. Stipendstillinger og desentralisert sykepleierutdanning er tiltak som er startet for å sikre tilstrekkelig rekruttering i årene som kommer.

Rekruttering av sykepleiere til å betjene en legevaktsentral på Fosen kan bli en utfordring. Ettersom stillingene må deles opp i små stillingsandeler for å unngå brudd på arbeidstidsbestemmelsene for sykepleiere, må stillingene kunne kombineres med andre relevante oppgaver i kommunene.

2.4.2.2 Robusthet og risiko

Etablering og drift av egen legevaktsentral på Fosen stiller krav til blant annet lokaler, opplæring, oppetid, bemanning, samt avtaler og rutiner for omruting av legevaktsentralen til andre legevaktsentraler ved eksempelvis strømbrudd. Det krever også tilstrekkelig IKT-utstyr til å understøtte arbeidsflyt og krav til rapportering. Lokal IKT-kompetanse er nødvendig.

Det vil være arbeidskrevende å få etablert en legevaktsentral på Fosen som har samme kvalitet som legevaktsentralen på Orkanger. Operatørene bør ha lang erfaring og må ha høy kompetanse innen akutthjelp. I tillegg vil all risiko knyttet å oppfylle lovkravene om oppetid, bemanning og responstid hvile på kommunene.

2.5 Anbefaling

Etter arbeidsgruppens vurdering er det ikke grunnlag for å anbefale å etablere en legevaktsentral på Fosen. Dette handler både om et lavt befolkningsgrunnlag, at drift av legevaktsentral på Fosen vil føre til en merkostnad, og at man allerede har

utfordringer med å rekruttere sykepleiere til lovpålagte og behandlingsrettede tjenester. Arbeidsgruppen ser det videre som krevende å få etablert en legevaktsentral som er av samme kvalitet og like robust som legevaktsentralen i Orkanger.

Arbeidsgruppen anbefaler at kommunene tar initiativ overfor legevaktsentralen på Orkanger for å sikre at legevaktsentralen får bedre kunnskap om de lokale forholdene på Fosen.

3 Legevakt

Alle kommuner er pålagt å ha en legevaktordning som gjennom hele døgnet skal vurdere henvendelser om øyeblikkelig hjelp og foreta den oppfølgingen som anses nødvendig

3.1 Krav til legevakt

Alle kommuner er pålagt å ha en legevaktordning som gjennom hele døgnet skal vurdere henvendelser om øyeblikkelig hjelp og foreta den oppfølgingen som anses nødvendig.

Bemanningen av legevakt på Fosen består av fastleger i kommunene. Akuttmedisinforskriften fra 2015 stiller tydelige krav til kompetanse for leger i den kommunale legevaktsordningen. Leger som skal arbeide alene og uten bakvakt må være spesialist i allmennmedisin eller være godkjent allmennlege og ha arbeidet minimum ett år som allmennlege/fastlege i kommunal helse og omsorgstjeneste. Dersom legen ikke oppfyller kravene må det settes inn en bakvakt som oppfyller kravene. I tillegg er det krav om kurs i volds- og overgrepshåndtering.

3.2 Organisering av legevakt i dag

Nedenfor gis en oversikt over hvordan daglegevakt og legevakt utenfor legekontorets åpningstid er organisert i de ulike kommunene.

3.2.1 Daglegevakt

Indre Fosen

Det enkelte legekantor, henholdsvis i Rissa og Leksvik har daglegevakter, hvor det er en lege som har daglegevakt på hvert legekantor på hverdager. Daglegevakten fordeles mellom åtte leger + en LIS1 i Rissa og tre leger + en LIS1 i Leksvik. Åpningstid er kl. 0800-1600.

Ørland

Det enkelte legekantor, henholdsvis i Bjugn og på Brekstad har daglegevakter, hvor det er en lege som har daglegevakt på hvert legekantor på hverdager. Daglegevakten fordeles mellom fem legehjemler + en LIS1 i Bjugn og syv leger (åtte fra september) + en LIS1 på Brekstad. Åpningstid er kl. 0800 – 1600.

Åfjord

Åfjord legekantor har åpent fra 0800 – 1600 på hverdager hvor det er en lege på vakt. Om sommeren er åpningstiden på legekantoret begrenset til kl. 15.00, mens daglegevakten er åpen til 16.00. Roan legekantor har lege på vakt onsdager kl. 0800 – 15. Det er totalt fire legehjemler i Åfjord. (+ 1 LIS1)

3.2.2 Legevakt utenfor legekantorenes åpningstid

Indre Fosen

Legevakten i Indre Fosen er lokalisert i Vanvikan og har åpningstider utenfor legekantorets åpningstid. Vaktene fordeles likt mellom legehjemlene i kommunen. Det vil si 11 hjemler, hvorav tre er ubesatt. Kommunen har to KAD-senger som er plassert på sykehjemmet i Rissa. Ambulansetjenesten er plassert i Rissa og Leksvik.

Vaktene går i tidsrommet hverdager kl. 1600 - 2300 og helg kl. 0800-2300, og tilstedevakt alle dager kl. 2300 – 0800.

Indre Fosen er en kommune som preges av store geografiske avstander og varierende pågang av pasienter. Samtidskonflikter er vanlig.

Ørland/Åfjord

Den interkommunale legevakten i Ørland og Åfjord er lokalisert på Brekstad; Fosen Legevaktsenter. Den er samlokalisert med ambulansetjenesten i Ørland/Bjugn og Fosen DMS. Legene har 12-delt vakt. Kommunene i legevaktsamarbeidet har til sammen tre KAD-senger som er plassert på Fosen DMS.

Legevakten har åpent på hverdager kl. 1600-0800, fredag kl. 1600 til mandag kl. 0800. Vaktene går i tidsrommet kl. 1600 - 0800 på hverdager og fra kl. 0800 – 0800 på helg og helligdag.

Fosen Legevaktsenter er godt organisert, og har vært interkommunal og samlokalisert siden høsten 2006. Det er ikke eget hjelpepersonell ved legevakten, men personalet ved DMS bistår ved behov om de har mulighet.

3.2.3 Kommunal øyeblikkelig hjelp døgnoophold

Kommunen skal sørge for tilbud om døgnoophold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Fosen har i dag totalt fem KAD-senger. To er lokalisert ved sykehjemmet i Rissa og tre er lokalisert ved Fosen DMS på Brekstad. Sengene disponeres av fastlegene og legevaktslegene, døgkontinuerlig. Pasienter legges inn for observasjon, diagnostisering og initiering av behandling. Selv om det er en økning i bruk av KAD-senger er det jevnt over lavt belegg på disse sengene. Ved Fosen DMS var det i 2020 ca. 40 % belegg.

3.2.4 330-skvadronen

330-skvadronen har, siden oppstarten av interkommunal legevakt mellom Ørland og Åfjord, bistått med akuttmedisinsk støtte og medisinske råd. Dette ble nedtegnet i en avtale i 2006. Avtalen er ikke evaluert siden oppstart, og bør revideres. 330-skvadronen har en egen legebil som raskt rykker ut ved akutte hendelser ved Fosen Legevaktsenter og Fosen DMS.

Det er felles internundervisning hver fjortende dag hvor ansatte fra legekontor, ambulanse, 330, DMS er med. Det oppleves som en trygghet at 330-skvadronen er lokalisert så nære legevakten og DMS. Samarbeidet er godt, og det er gjennomført flere store helseøvelser sammen.

3.3 Ambulansedekning

Ambulansetjenesten ved St. Olavs hospital HF drifter fem ambulansestasjoner på Fosen. Disse er plassert i Roan, Åfjord, Brekstad, Rissa og Leksvik.

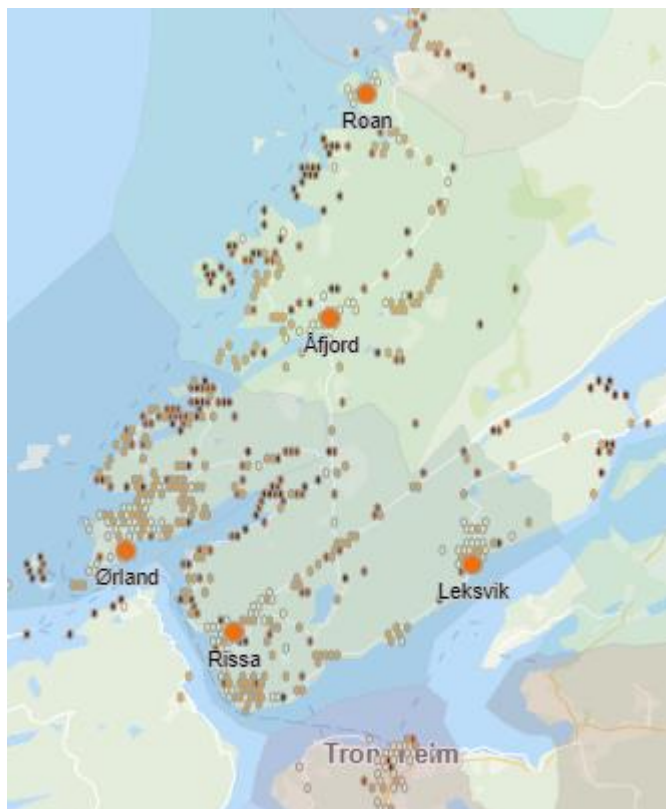
Stasjonen i Roan har en døgnbil og en dagbil (man-fre) og dekker primært gamle Roan og Osen kommune. Pasienter fra Roan forholder seg til legevakt Brekstad mens pasienter i Osen forholder seg legevakt i Namsos.

- Stasjon Åfjord har en døgnbil og legevakt Brekstad.
- Stasjon Brekstad har to døgnbiler og legevakt Brekstad
- Stasjon Rissa har en døgnbil og legevakt Vanvikan.
- Stasjon Leksvik har en døgnbil og legevakt Vanvikan.

I tillegg til bilambulanse, dekkes beredskapen på Fosen av luftambulanse stasjonert på Rosten og av SAR Queen stasjonert på Ørland.

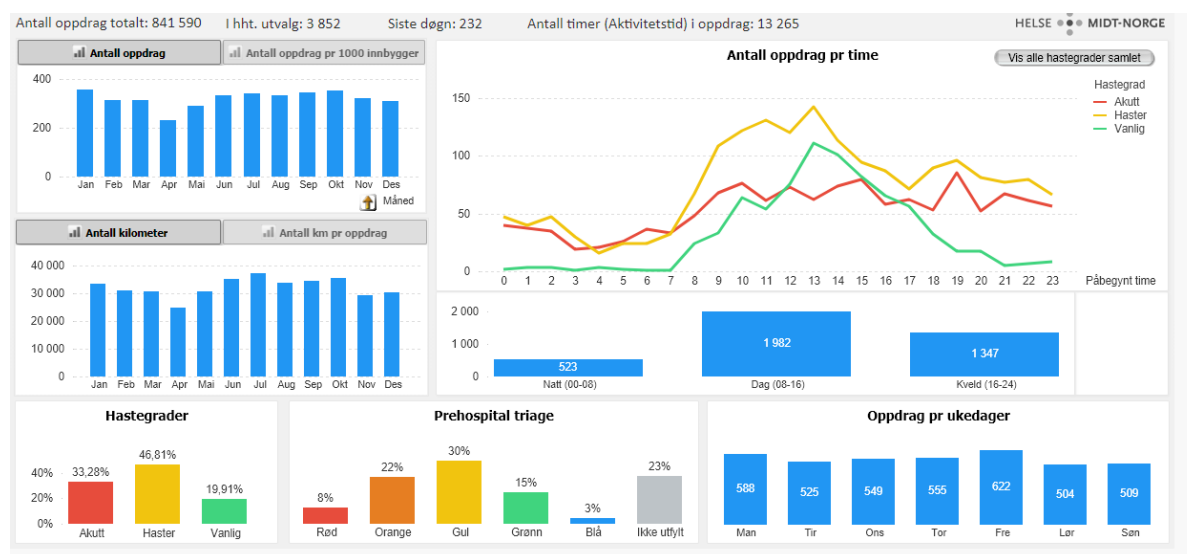
Plassering av stasjoner vises i kart under. Små prikker i kart viser punkter for oppdrag i 2020. Her ser man også at tjenesten på Fosen blir brukt til oppdrag for eksempel i Trondheim. Dette skjer når de har levert pasient på St. Olav og ambulansen er nærmeste ledig ressurs til akutte oppdrag i Trondheim.

Utredning av interkommunal legevakt og legevaktsentral på Fosen



Figur 3-5 Oversikt over oppdrag for ambulanser stasjonert på Fosen- QlikView ambulansetjenesten 2020

De fem ambulansestasjonene utførte i 2020 til sammen 3852 oppdrag. Ca. 2300 oppdrag av den totale oppdragsmengden ble utført i åpningstiden til legevakt. Fra 2015 og fram til i dag ser man en betydelig økning i antall oppdrag for tjenesten på Fosen.



Figur 3-6 Totalt antall oppdrag 2020 - QlikView ambulansetjenesten 2020



Figur 3-7 Utvikling antall oppdrag fra 2015- QlikView ambulansetjenesten 2020

Ambulansetjenesten flåtestyres av AMK ved St. Olavs hospital. Alle oppdrag meldes til ambulanse fra AMK, og alle ambulanser kan brukes på tvers av områder. Koordinering av dette skjer fra AMK og gjøres ut fra beredskapsmessige prinsipper. Målet er hele tiden å ha best mulig ambulansedekning til enhver tid ut fra tilgjengelige ressurser og oppdragsmengde. Dette innebærer at ambulanser i kortere perioder flyttes til sentrale punkter på Fosen for å opprettholde best mulig beredskap når aktiviteten er stor. Krinsvatn er et slik punkt.

3.4 Forhold på Fosen som er av betydning

Nedenfor beskrives noen sentrale forhold på Fosen som har betydning for akuttberedskapen. Dette gjelder innenfor områder som infrastruktur, befolkningssammensetning, bostedsstrøk, etc.

3.4.1 Infrastruktur

Vei

Den eneste veiforbindelsen som knytter kommunene sammen er krysset ved Krinsvatnet. Fosenbrua AS jobber med broforbindelse over Stjørnfjorden. Dersom broen realiseres vil det ha stor betydning for akuttberedskapen på Fosen.

Mobildatadekning

Dekningskartene til Telenor og Telia viser at det i hovedsak er god mobildatadekning i områder hvor befolkningstettheten er høy. Det er imidlertid dekningshull både langs enkelte fylkesveistreknings og kommunale veistreknings. I tillegg er det dekningshull på flere høydedrag og turområder.

Ferge

Fergestrekningen Flakk-Rørvik har beredskap.

Det er i dag i underkant av 200 personer som er avhengig av ferge for å komme seg til legevakt på Fosen. Dette er innbyggere på øyene Kråkvåg, Storfosna og Tarva.

3.4.2 Demografi

Ved inngangen til 2021 var det 24496 innbyggere i kommunene Indre Fosen, Ørland og Åfjord. Går man dypere inn i tallene viser de at Fosen-kommunene er helt i startfasen av den kommende eldrebølgen. Ser man videre på SSB sin befolkningsframskriving for personer over 80 år blant Fosenkommunene ser man at antallet vil øke med ca. 300 personer hvert femte år frem mot 2040. Det ble født 208 barn på Fosen i 2020.

Utviklingen av antall eldre på Fosen følger samme trend som resten av landet. I «Meld. St. 26 2014 – 2015 Fremtidens primærhelsetjeneste – Nærhet og helhet» pekes det på at på landsbasis vil antall personer over 80 år sannsynligvis øke med 6 % – 7 % årlig mellom 2025-2029. Videre skrives det at man forventer en dobling av antall av 80 – 89-åringer innen utgangen av dette århundre, og at antallet av de over 90 år vil øke spesielt raskt.

3.4.3 Bostedsstrøk

Kommunene skiller seg noe når det gjelder hvordan innbyggerne er bosatt. Ser man på hvor mange som bor i tettbygde strøk og spredtbygd viser oversikten at 37 % av innbyggerne i Indre Fosen bor i tettbygde strøk, mens 63 % bor i spredtbygde strøk. I Ørland bor ca. halvparten i tettbygde strøk, og halvparten spredtbygd. I Åfjord bor 30 % i tettbygde strøk og 70 % i spredtbygde strøk.⁴ Fosen har således store geografiske områder og en relativt spredt befolkning.

Tettbygde strøk er de områdene som omfattes av tettsteder, og spredtbygde strøk er alle områder utenfor.

En hussamling skal registreres som tettsted dersom det bor minst 200 personer der. Avstanden mellom husene skal normalt ikke overstige 50 meter, men for noen arealkrevende bygningstyper – som boligblokker, industribygg, kontor/forretningsbygg, skoler, sykehus osv. – kan avstanden økes til 200 meter.



Figur 3-1 Andel av befolkningen fordelt etter bostedsstrøk (SSB tabell: 05212)

I tillegg til fastboende har kommunene på Fosen et høyt antall tilreisende fritidsturister. Tall fra SSB viser at kommunene på Fosen har rett under 5000 fritidsbygninger. Indre Fosen har flest med i overkant av 1900, Åfjord har i overkant av 1700, mens Ørland har i overkant av 1300.

3.4.4 Reisetid til legevakt

Det er i dag ingen lovkrav til maksimal reisetid til legevakt. Akuttutvalget anbefalte i 2015 at det innføres et nasjonalt krav i forskrift om at 90 prosent av befolkningen i hvert legevaktdistrikt skal ha maksimalt 40 minutters reisetid til nærmeste legevaktstasjon og 95 prosent av befolkningen skal ha maksimum reisetid på 60 minutter. Det var ikke politisk flertall for Akuttutvalgets forslag.

Med dagens organisering av legevakt har 100 % av innbyggerne i Indre Fosen maksimalt 60 minutter til legevakt, og 95 % har maksimalt 40 minutter. For legevaktsamarbeidet mellom Ørland og Åfjord har 83 % maksimalt 60 minutter til legevakt, og 69 % har maksimalt 40 minutter. 17 % har mer enn 60 minutter til legevakt. Figuren nedenfor illustrerer reiseavstand til legevakt.

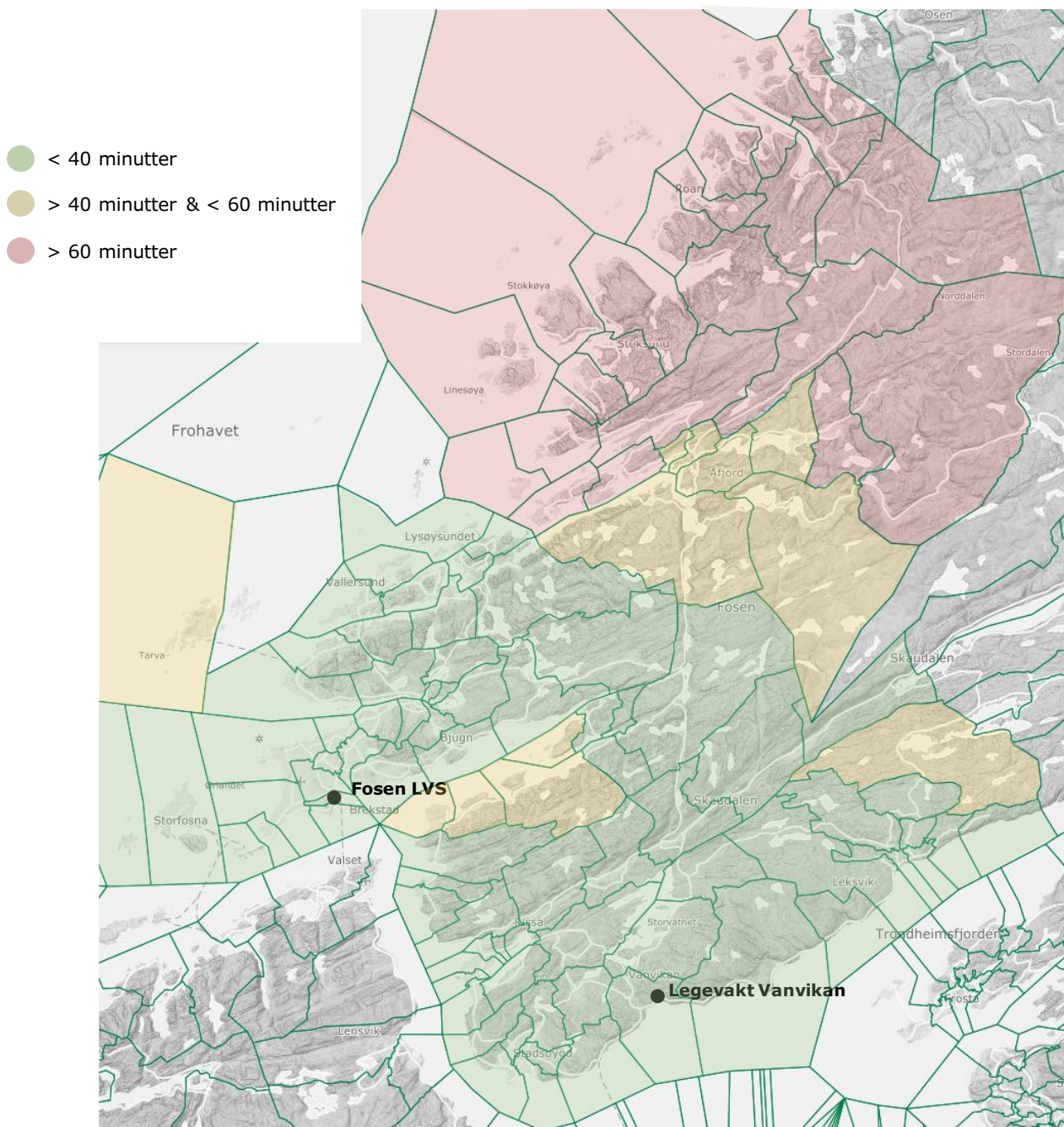
Fritidsbygg defineres som alle bygg under kategorien «Fritidsbolig» i bygningsregisteret til Matrikkelen. Det vil si:

- Hytter, sommerhus og fritidsbygg
- Helårsbolig benyttet som fritidsbolig
- Våningshus benyttet som fritidsbolig

Reisetid er beregnet med utgangspunkt i avstand fra grunnkretsene i kommunene til legevakten som kommunene tilhører. For innbyggere som bor på øyene hvor det er behov for ferge for å komme til legevakt vil reisetid være avhengig av fergeavganger.

Vær og føreforhold vil ha betydning for reisetid.

Utredning av interkommunal legevakt og legevaktsentral på Fosen

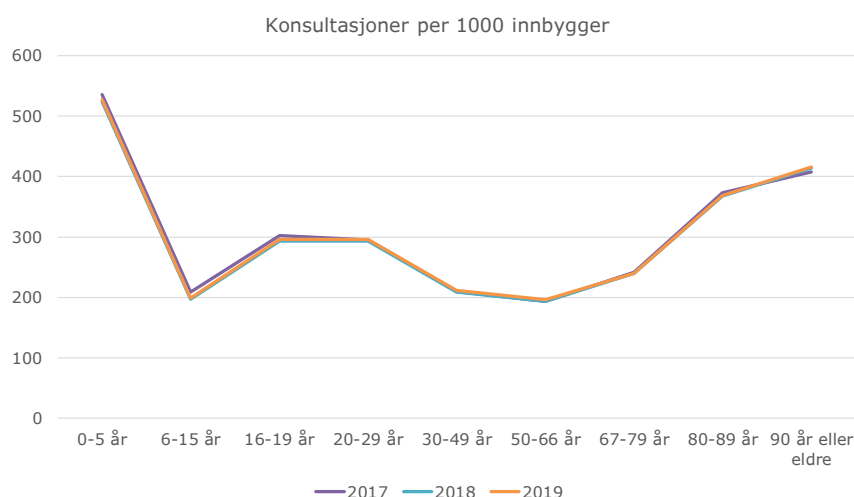


Figur 3-2 Reisetid til legevakt

Vi har også sett på andelen av innbyggerne over 80 år sin reiseavstand til legevakt. I 2020 var det ca. 170 innbyggere over 80 år på Fosen som hadde mer enn 60 minutter reisevei til legevakt. Andelen som hadde mellom 40 og 60 minutter var ca. 175. I overkant av 1070 innbyggere over 80 år hadde kortere enn 40 minutter til legevakt.⁵

3.5 Bruk av legevakt

Dagens journalsystemer i Fosen-kommunene gjør at det er svært tidkrevende å innhente data på bruk av legevakt. Vi har derfor basert oss på nasjonale tall hentet fra SSB. Oversikten nedenfor viser at det er de aller yngste og de aller eldste som bruker legevakten mest. Kvinner ser ut til å bruke legevakt mer enn menn i alderen 15 – 40, mens blant de eldste er menn overrepresentert.

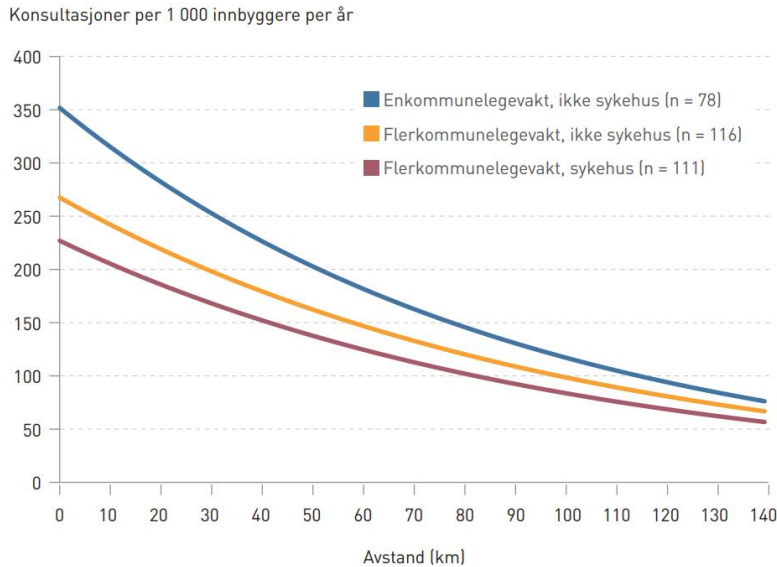


Figur 3-3 Konsultasjoner legevakt nasjonalt (SSB tabell: 10903)

En studie fra 2014 viser at avstand til legevakt og hvorvidt legevakten er en enkommunelegevakt (slik som i Indre Fosen), flerkommunelegevakt (slik som Ørland og Åfjord) eller flerekommunelegevakt lokalisert på sykehus har stor betydning for bruk av legevakt.

Studien viser at kommuner som var tilknyttet legevakter lokalisert på sykehus, hadde lavere konsultasjonsrater enn kommuner med legevakter utenfor sykehus ved justering for avstand. Tilsvarende hadde kommuner som tilhørte enkommunelegevakt høyere konsultasjonsrater på legevakt enn kommuner som tilhørte flerkommunelegevakter. Forskjellene er illustrert i figuren nedenfor.

Utredning av interkommunal legevakt og legevaktsentral på Fosen



Figur 3-4 Reiseavstand og bruk av legevakt – nasjonalt (NORCE : Reiseavstand og bruk av legevakt 2151 – 5)

3.6 Alternative modeller

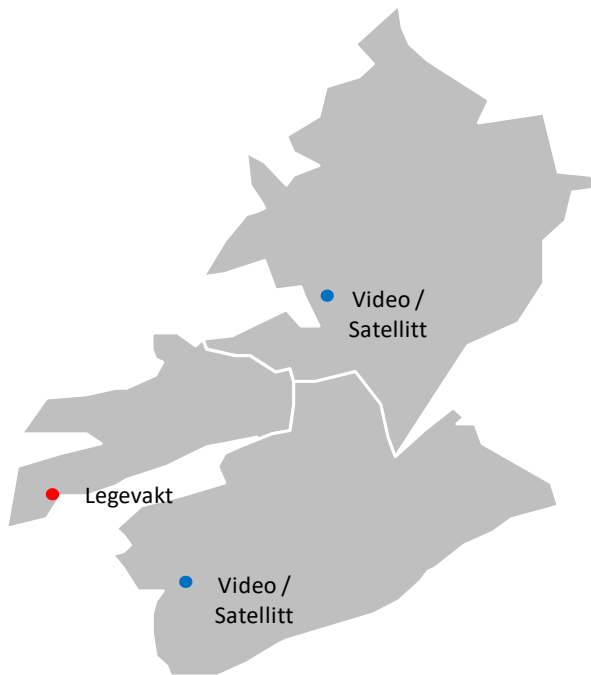
Nedenfor presenteres de ulike modellene arbeidsgruppen har vurdert som relevante. Alle modellene legger til rette for samlokalisering av KAD-senger, ambulanse og legevakt. Modellene legger også til grunn at kommunene selv har ansvar for fastlegetilbudet på dagtid og daglegevakt. Det innebærer blant annet at kommunene selv definerer hvordan de ønsker å dekke opp legevakt. Det kan gjøres med faste legevaktsleger eller at fastlegene ruller på denne oppgaven.

3.6.1 Alternativ 1a - En samlokalisert legevakt på Brekstad

- Det etableres en felles legevakt for Fosen i eksisterende legevakt på Brekstad. Alle KAD-senger lokaliseres ved legevakten
- Det etableres video- /satellittløsninger ved sykehjemmet i Rissa og sykehjemmet i Åfjord for å dekke befolkningen innenfor rimelig tid. Videoløsninger vil typisk kunne være tilsvarende man ser i pilotprosjektet til Helsedirektoratet. På sykehjem er det sykepleiere som tar imot pasientene. Sykepleier og pasient kommuniserer med vakthavende lege via video. Sykepleier bistår lege med nødvendige undersøkelser

Utredning av interkommunal legevakt og legevaktsentral på Fosen

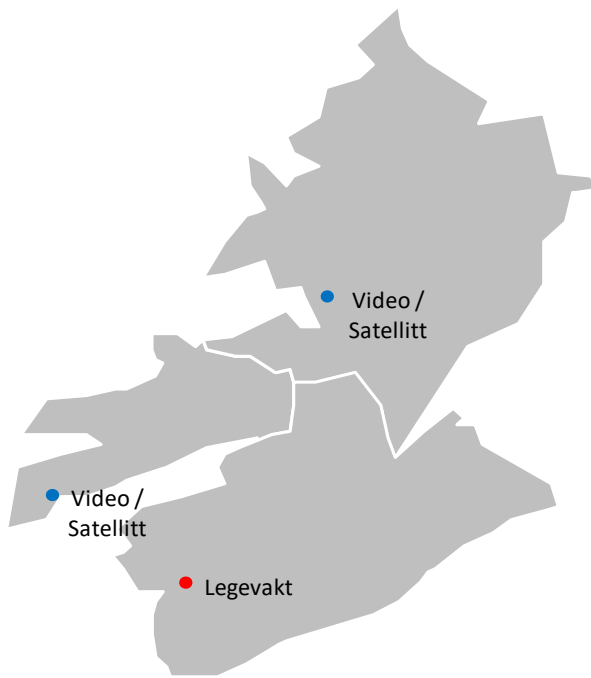
- Det må etableres en felles avtale mellom kommunene og fastlegene



Figur 3-8 Alternativ 1a – En samlokalisert legevakt på Brekstad

3.6.2 Alternativ 1b - En samlokalisert legevakt i Rissa

- Det etableres en felles legevakt for Fosen ved sykehjemmet i Rissa. Alle KAD-senger lokaliseres ved legevakten
- Det etableres video- /satellittløsninger ved Fosen DMS på Brekstad og sykehjemmet i Åfjord for å dekke befolkningen innenfor rimelig tid. Videoløsninger vil typisk kunne være tilsvarende man ser i pilotprosjektet til Helsedirektoratet. På sykehjem er det sykepleiere som tar imot pasientene. Sykepleier og pasient kommuniserer med vakthavende lege via video. Sykepleier bistår lege med nødvendige undersøkelser.
- Det må etableres en felles avtale mellom kommunene og fastlegene



Figur 3-9 Alternativ 1b – En samlokalisert legevakt i Rissa

3.6.3 Alternativ 2 - Felles ledelse med to lokasjoner

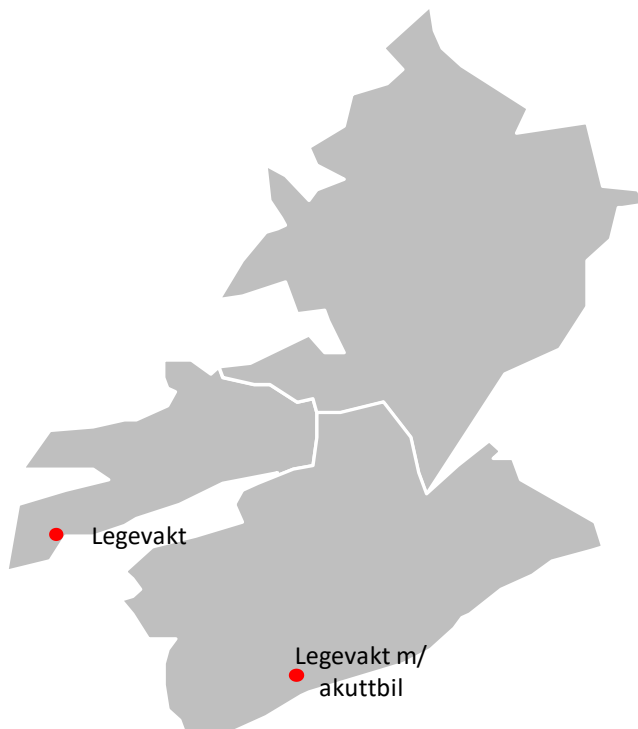
- Beholder to lokasjoner for legevakt – Brekstad og Indre Fosen. Indre Fosen flytter legevakt fra Vanvikan til Rissa.
- KAD-senger samlokaliseres med legevakt på Brekstad og i Rissa
- Det etableres felles ledelse for legevaktene
- Legene fortsetter i samme legevaktdistrikt som i dag
- Det må etableres en felles avtale mellom kommunene og fastlegene
- Det etableres felles bakvaktløsning
- Det etableres felles rutiner og prosedyrer
- Det gjennomføres felles internundervisning



Figur 3-9 Alternativ 2 – Felles ledelse og to lokasjoner

3.6.4 Alternativ 3 - Samlokalisering av KAD på Brekstad og Akuttbil i Indre Fosen

- Beholder to lokasjoner for legevakt – Brekstad og Vanvikan
- Alle KAD-senger samlokaliseres på Brekstad
- Det etableres akuttbil i Vanvikan for å avhjelpe legevakt. Akuttbil etableres tilsvarende som i Røros-modellen, men skal operere i legevaktens åpningstid. Modellen forutsetter økt bemanning av ambulanspersonell i Indre Fosen. Alle ambulanspersonell i Indre Fosen går turnus i vanlig ambulanse og akuttbil. Fosen-kommunene kjøper fri nødvendige årsverk til å betjene akuttbil
- Det ansettes sykepleier ved Fosen DMS som hjelpepersonell til legevakt og KAD



Figur 3-10 Alternativ 3 – Samlokalisering av KAD på Brekstad og Akuttbil i Indre Fosen

3.6.5 Modeller som er forkastet

Arbeidsgruppen har også vurdert alternative modeller som ikke anses som realistiske.

3.6.5.1 En samlokalisert legevakt ved Krinsvatnet

Arbeidsgruppen har vurdert og forkastet muligheten for å opprette en felles legevakt ved Krinsvatnet. Dette vil være et svært kostnadskrevende alternativ. Det er også et alternativ som vil ha negativ effekt på målsetningene for denne utredningen.

3.7 Vurdering av alternative modeller

For å vurdere de ulike alternative modellene er det gjennomført ROS-analyser og SWOT-analyser. ROS-analysene er gjennomført hos den enkelte kommune og hos St. Olavs hospital for å tydeliggjøre hvilke risikoer alternativene har for den enkelte virksomhet. SWOT-analysen ble gjennomført som en workshop i arbeidsgruppen. SWOT-analysen ble brukt for å tydeliggjøre hvilke styrker og svakheter modellene har for legevakt og for fastlegeordningen på Fosen, og hvilke muligheter og trusler/hindringer modellene kan medføre for befolkningen, St. Olavs hospital, andre deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for andre eksterne.

3.7.1 Alternativ 1a og 1b - Samlokalisert legevakt på Brekstad eller i Rissa

Alternativene 1a og 1b er vurdert hver for seg, men ettersom resultatene av dem er sammenfallende presenteres der her samlet.

Modellenes styrker er at det vil være et stort fagmiljø og flere leger å rullere vakter på. Modellene er fremtidsrettede ved at man tar i bruk teknologi for å redusere reiseavstand.

Det er likevel usikkert om den totale vaktbelastningen for legene vil gå ned. Modellene vil føre til at vaktdistrikt blir stort, og vil ha en infrastruktur som medfører lang reisevei for mange som må oppsøke lege. Dette kan medføre at det ikke er tilstrekkelig med kun en lege på vakt. Det vil også kunne være behov for å dele vakta i to, eksempelvis at vaktene går fra 16.00 – 23.00 og fra 23.00 – 08.00.

Arbeidsgruppen har vurdert at rekruttering av fastleger vil kunne slå ut forskjellig i kommunene. Dersom legevakten legges til Rissa er det trolig at det vil være enklere å rekruttere fastleger til Indre Fosen enn til Ørland, og visa versa. Det vil også trolig bli mer utfordrende å rekruttere vikarleger som følge av at man får ansvar for et stort vaktdistrikt.

For ambulansetjenesten vil modellene føre til økt oppdragsmengde som følge av å transportere pasienter til KAD-senger. Samtidig forventer vi økt oppdragsmengde for ambulanse, og SAR Queen, fordi reiseveien til lege blir lengre for befolkningen. Dette vil være med å svekke den totale akuttberedskapen på Fosen, fordi det er lite sannsynlig at det blir satt inn ekstra ambulanser på Fosen.

For legevaktsentralen i Orkanger vil det også medføre en større arbeidsbelastning, fordi operatørene må sile ut hvilke pasienter som trenger å oppsøke lege, og hvilke pasienter som kan møte opp på sykehjem for videokonsultasjon. Modellen vil trolig også medføre flere unødvendige innleggelser på sykehus.

Befolkningen vil kunne oppleve at modellene gjør legevakta mindre tilgjengelig enn i dag. Mange flere enn i dag vil ha reisevei til legevakt på over en time, noe som med stor sannsynlighet vil

medføre en følelse av tap av trygghet. Trolig vil det føre til lavere bruk av legevakt for de som bor lengst unna, i tråd med nasjonale studier om reisevei til legevakt.

Bemanningen av video/satellitt-løsningen vil gå utover den kommunale helsetjenesten i de kommunene som ikke har legevakt. Enten ved at man må bemanne opp med sykepleiere eller at man får større arbeidspress på de ansatte som er på vakt. Hvorvidt bruk av videokonsultasjoner vil være tidsbesparende og gi like god kvalitet som fysiske konsultasjoner er usikkert. Arbeidsgruppen mener derfor man bør avvente erfaringer fra prosjektet *Pilot legevakt* før man eventuelt velger en slik løsning på Fosen.

Dersom legevakten legges til Brekstad vil pasienter fra Indre Fosen, Åfjord og nord-østlige deler av Ørland kommune ha feil reisevei dersom man må videre til St. Olavs hospital. På en annen side vil en legevakt i Rissa medføre en svekkelse av Fosen DMS.

Et annet poeng som er kommet frem i vurderingen er dersom legevakten skal operere legevakt alene og må på utrykning til ytterkantene av Fosen, vil resten av Fosen være uten legevakt i potensielt tre til fire timer.

Arbeidsgruppen vurderer at man ikke går videre med disse modellene, og begrunner det med at de ikke bidrar til å nå målsetningen om

- gode tjenester til befolkningen
- understøtter god rekruttering av leger

Man ønsker også å avvente erfaringer fra pilotprosjektet til Helsedirektoratet. Først da vet man mer sikkert hvordan dette fungere i praksis.

3.7.2 Alternativ 2 - Felles ledelse med to lokasjoner

Alternativ to bidrar til å redusere noen av utfordringene kommunene og legene opplever i dag. Blant annet vil problematikken med at legene i Indre Fosen sitter alene på vakt opphøre. Dette vil trolig gjøre det enklere å rekruttere fastleger til kommunene, og vikarer til å ta legevakter. Modellen vil også redusere kostnadene kommunene har til bakvakt i dag.

Vurderingen av modellen viser imidlertid at felles ledelse for legevaktene kan være vanskelig å gjennomføre i praksis. Det vil være et stort vakttdistrikt å lede, og det er at det kan være problematisk å rekruttere en lege som skal ha ansvar for to legevakter. Man mister også nærhet til leder ved to lokasjoner. De fleste innvendingene mot denne modellen handler om organisering knyttet til felles ledelse. Fordi modellen likevel har mange positive sider har vi derfor valgt å ta bort det som omhandler felles ledelse, og heller sett på hvordan legevaktene kan jobber tettere sammen for å avhjelpe hverandre med felles bakvakt, samtidskonflikter etc. Dette vil kreve at ledelsen for legevaktene jobber tettere sammen og finner felles løsninger. Man kan også tenke seg at det er mulig at legene kan ta vakter i hverandres distrikter, men at dette da vil være på frivillig basis.

Modellen opprettholder i stor grad nærhet til befolkningen. Innbyggere i gamle Leksvik kommune vil få noe lengre reisevei til legevakt, men er likevel godt innenfor anbefalingene om maksimal reisevei. Indre Fosen vil videre sikre at legevakten er tilgjengelig for KAD-sengene på en bedre måte enn i dag, til pasienten, legen og sykehjemmets beste. Modellen vil likevel ikke redusere vaktbelastningen for legene i Indre Fosen uten at man får rekruttert flere fastleger som kan gå legevakt.

Dersom man lykkes med å få til et godt samarbeid mellom legevaktene vil man også kunne ta unna samtidskonflikter på en bedre måte, samtidig som pasienter fra Åfjord og nord-østlige deler av Ørland kan dra innom legevakt i Rissa for en vurdering før eventuell videre reise til St. Olavs hospital.

Modellen opprettholder akuttberedskapen på Fosen på mer eller mindre samme nivå som i dag ved at man ikke forventer at ambulanse og SAR Queen får økt oppdragsmengde.

Denne modellen vil ta unna en del lavt hengende frukter og svarer ut målsetningene for utredningen. Samtidig er det usikkerhet knyttet til om modellen er bærekraftig over tid uten å gjøre ytterligere tiltak. Dette skyldes blant annet den nasjonale fastlegekrisen man står overfor, samtidig som vi får flere eldre og presset på helsetjenesten i kommunen øker.

3.7.3 Alternativ 3 - Samlokalisering av KAD på Brekstad og akuttbil i Indre Fosen

Den tredje modellen sikrer befolkningen den samme nærheten til legevakttjenesten som man har i dag. Modellen sikrer også at leger på vakt i Indre Fosen har annet helsepersonell tilstede, både på legevaktkontoret, men også i forbindelse med uttrykninger. Legevakta på Brekstad vil også nyte godt av dedikerte hjelpepersonell. Man vil også kunne sikre at KAD-sengene i kommunene utnyttes bedre, fordi man får samlet dem, og redusert med en seng.

Dette er imidlertid den modellen som er mest kostnadskrevende. Kostnader til hjelpepersonell på begge legevakter, og en egen akuttbil i Indre Fosen vil være betydelige. Man er også avhengig av en avtale med St. Olavs hospital for å få rulling mellom personellet som skal operere akuttbilen og ambulansetjenesten i kommunen.

Både legene og administrasjonen i kommunene ser utfordringer med modellen slik den foreligger, blant annet vil dette føre til at ambulansen får økte transportoppdrag ved å kjøre pasienter til KAD-sengene på Brekstad. Dette vil føre til en svekket ambulanseberedskap på Fosen. Det er også et ønske om å beholde KAD-senger i Indre Fosen, fordi det er med på å øke og opprettholde kompetanse som er ønskelig for helsepersonell i kommunen. Modellen vurderes også å kunne føre til flere unødvendige innleggelser på St. Olavs hospital.

3.7.4 Samlet vurdering

Selv om alternativ 1 a & b og alternativ 3 har usikkerheter knyttet til seg, er det arbeidsgruppens vurdering at man bør forsøke å tenke mer helhetlig rundt utnyttelse av alt helsepersonell i kommunene knyttet til akuttberedskap. Det er mange deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten som kan bidra i å løse de utfordringene kommunene står overfor i dag, og i tiden som kommer. Det er derfor arbeidsgruppens vurdering at erfaringer fra Røros-prosjektet og Pilot legevakt er noe man bør se videre på, for å finne ut hva som er suksessfaktorene, og hvilke kriterier som må ligge til grunn for en vellykket gjennomføring. Man må også vurdere hvordan dette eventuelt kan tilpasses forholdene på Fosen slik at man opprettholder en god akuttberedskap.

Arbeidsgruppen mener det er for tidlig å gjøre de store grepene før man har fått høstet de erfaringene som er gjort. Det vil spare Fosen for mye merarbeid. Arbeidsgruppen er også av den oppfatning at man bør avvente store strukturelle endringer av legevakt til Helseplattformen er innført i kommunene. Dette er et omstillingsprosjekt som kommer til å kreve mye ressurser av hele helsetjenesten i kommunene i årene som kommer.

3.8 Anbefaling

Arbeidsgruppen anbefaler alternativ 2, uten felles ledelse. Det innebærer at legevakten i Indre Fosen flytter til Rissa, og at man utvikler et strukturert samarbeid mellom legevaktene på Fosen.

