Helsekontorets kunnskapsgrunnlag
Utredning for legetjenesten 2022-2025

Innhold

Forord 5
Sammendrag 6
Innledning: 9
Mål for legetjenesten i Bodø kommune 9
Bakgrunn og formål med planen 9
Planen har flere formål: 9
Evaluering av "Plan for legetjenesten 2018 – 2021" 10
2. Rammevilkår for legetjenestene 12
Legetjenesten er regulert av: 12
Andre utredninger som legger føringer for planleggingen av legetjenesten: 12
3. Befolkningsutvikling og -endringer 13
I tabellen over framkommer: 13
4. Helsekontorets organisering og administrering av legetjenesten 15
Status 15
Utfordringer 16
ALIS-ordningen skal blant annet: 18
Identifiserte behov 18
5. Fastlegeordningen 20
Status 20
Plan for fornying og økning av antall fastlegehjemler 22
Utfordringer 24
Identifiserte behov 25
Fastlegene i Bodø ønsker følgende tiltak i planperioden: 27
6. Allmennmedisinske offentlige oppgaver 29
Legetjenester i institusjoner, rehabiliteringsavdeling og hjemmetjenester 30
Status legetjeneste i institusjoner og rehabiliteringsavdeling 30
Status legetjenester til personer som mottar hjemmetjenester 33
Utfordringer 36
Institusjoner og andre boliger med heldøgns omsorg 36
Offentlig statistikk underbygger denne tendensen: 36
Øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD)/Kommunale akutte døgnplasser –(KAD) senger 42
Status 42
Utfordringer og identifiserte behov 43
Helsestasjon og skolehelsetjeneste 43
Status 43

Utfordringer 45
Identifiserte behov 45
Migrasjonshelse - Asylsøkere / Flyktninger 46
Status 46
Utfordringer 46
Identifiserte behov 46
Fengselshelsetjenesten 47
Status 47
Utfordringer 47
Identifiserte behov 47
LIS1 (turnusleger), medisinstudenter og veiledning av leger 48
Status 48
Utfordringer 48
Legevakt 48
Status 48
Utfordringer 50
Identifiserte behov 52
Interkommunalt overgrepsmottak 53
Status 53
Utfordringer 54
Identifiserte behov 54
7. Samfunnsmedisinsk legearbeid 56
Status 57
Smittevern 57
Folkehelsearbeid og miljørettet helsevern 57
Akuttmedisin og beredskap 58
Allmennmedisin og geriatri 58
Rus - / psykiatri 58
Utfordringer 58
Behov for økt psykiatrisk kompetanse 59
Identifiserte behov 61
Andre behov i planperioden 61
Kvalitetsutvikling 61
Nytt Helsehus 62
Elektronisk pasientjournal (EPJ) i sykehjem og hjemmetjeneste 62
8. Konklusjoner og forslag til prioriterte tiltak 63

Forord

Helsekontoret legger med dette fram sin utredning til Plan for legetjenesten i Bodø for perioden 2022 – 2025. Her framgår Helsekontorets forslag til utviklingen av legetjenesten ved å angi status pr. i dag, utfordringer som vi ser i planperioden og identifiserte behov / anbefalinger om tiltak med budsjettmessige og organisatoriske konsekvenser.

Utredningen bygger på Plan for legetjenesten 2018- 2021.

Utredningen er ledet av pensjonert fastlege Karin Breckan og bygger på møter og drøftinger med kolleger og ulike personer i administrative stillinger på Helsekontoret:

- Stian Wik Rasmussen (helseleder)
- Tillitsvalgte for privat og kommunalt ansatte leger i denne perioden (fastlegene Marius Edvardsen og Hallgeir Mæsel Kolvik)
- Kine Kalstad (fastlege og prosjektmedarbeider ALIS -Nord)
- Svein Steinert (Leder ALIS-kontor Nord)
- Kaj Brynjar Hagen (Smittevernoverlege Bodø kommune)
- Jim Andre Dahl (kommuneoverlege samfunnsmedisin og ALIS-lege Bodø)
- Raymond Dokmo (kommuneoverlege akuttmedisin og beredskap og legevaktsjef Bodø kommune)
- Stefan Kjelling (kommuneoverlege allmennmedisin og geriatri Bodø)
- Tor Claudi (kommuneoverlege, drøftingspartner, korrekturleser og mye mer)
- Francis Odeh (kommuneoverlege Sølvsuper Helse -og velferdsenter)
- Arne Myrland (kommunaldirektør HO-avdeling Bodø)

Utredningen er også lagt fram i allmennlegeutvalget (ALU) og legenes samarbeidsutvalg (LSU) for drøfting, samt i eget møte med kommuneoverlegene. Nye synspunkter og uenighet er tatt hensyn til og søkt innbakt i den endelige versjonen som her foreligger.

Plan med utredningen har vært hos samtlige leger og kommuneoverleger i kommunen på høring. I siste LSU-møte før sommerferien 16. juni ble innkomne høringsuttalelser drøftet før saken sendes til politisk behandling i august 2021.

Sammendrag

En god allmennlegetjeneste, herunder fastlegetjenesten, representerer en form for grunnmur i det norske helsesystemet. Allmennlegetjenesten er utviklet for å sikre at flest mulig får behandling og oppfølging i sitt nærmiljø, med mål om at innbyggerne skal leve lange og gode liv med de helseutfordringene de har. Det er et mål at brukerne skal få opplæring og hjelp til å mestre mest mulig selv og at kvaliteten på tjenesten skal være lik uavhengig av hvem de er og hvor de bor.

Ved revisjon av plan for legetjenesten i Bodø kommune, må framheves de store helseutfordringene som inntraff da Covid-19-pandemien rammet Norge i mars 2020. I skrivende stund (april 2021) er landet inne i en tredje pandemibølge og utfordringene med delvis nedstengte kommuner og følgene av dette vedvarer.

Legeforeningen har nettopp (april 2021) utgitt Underveisrapport for Covid -19 med bl.a. følgende konklusjon:

- *Fastlegeordningen må styrkes for å kunne håndtere fremtidige kriser og beredskapshendelser. Ordningen er i dag underfinansiert og underbemannet.*
- *Et informasjonssystem som sikrer primærhelsetjenesten tilgang på relevant informasjon så tidlig som overhodet mulig ved nasjonale kriser og pandemier må etableres.*
- *Det må etableres rutiner for å sikre fastlegene lik tilgang på smittevernutstyr ved fremtidige pandemier.*
- *Den samfunnsmedisinske beredskapen og kommuneoverlegens kapasitet må styrkes i møte med fremtidige beredskapshendelser*

Dette understøtter hovedkonklusjonen i denne utredningen som samles i fem sentrale momenter:

1. Samhandlingsreformen i 2012 medførte nye og betydelig økte krav til den kommunale legetjenesten. Kommunene ble pålagt ansvar for langt flere pasienter fra spesialisthelsetjenesten enn tidligere, det gjaldt pasienter med komplekse helseutfordringer der den videre medisinske oppfølging etter sykehusopphold i stor grad ble pålagt primærhelsetjenesten i kommunen. Reformen forutsatte en større prosentvis økning av legestillinger i kommunene enn i sykehus. Det skjedde ikke. Dette har ført til at arbeidsbelastningen for mange fastleger, legevaktsleger og sykehjemsleger i dag er så stor at

unge leger ikke ønsker å arbeide i kommunene, og at stadig flere eldre fastleger velger å slutte før pensjonsalder. Dette har over tid utviklet seg til krisepregede tilstander i mange norske kommuner. Unge leger velger andre karriereveier enn å bli fastlege da dette yrkesvalget ikke lenger er attraktivt.
Også i Bodø merkes denne rekrutteringssvikten, spesielt til private fastlegehjemler. Det registreres økende interesse for kommunale fastlegestillinger blant unge leger.

Situasjonen krever rask innsetting av rekrutterende og stabiliserende økonomiske tiltak for fastlegetjenesten i Bodø.

2. Bodø kommune har stor sårbarhet ved fravær både hos fastlegene, i sykehjem, legevakt og i andre kommunale legetjenester. Grunnbemanningen av leger er lav, og det er svært krevende å skaffe legevikarer.
3. Bodø kommune ligger lavere enn ønsket på dekning av legetjenester ved helsestasjon- og skolehelsetjeneste.
4 Kommunen mangler kommuneoverlegeressurser i overordnet helseplanarbeid. Samfunnsmedisinsk kompetanse er nødvendig i folkehelsearbeidet, i helseovervåkning, i helsekonsekvensutredninger, prioriteringsvurderinger og analyse av helserelaterte årsakssammenhenger og muligheter for helsefremmende og forebyggende tiltak. Erfaringene gjennom pandemien har til fulle bekreftet dette.
5 Befolkningsutviklingen i kommunen tilsier at Bodø kommune i framtiden vil få ansvar for mange flere eldre pasienter med multidiagnoser og kroniske helseutfordringer. Medisinsk behandling til eldre pasienter skal i framtiden i større grad enn i dag gis i pasienten hjem uten bruk av sykehjemsplasser. Dette vil kreve betydelig økning av fastlegeressursene.

Helsekontoret vil foreslå følgende tiltak for å møte disse utfordringene:

1. Rekruttere fastleger til 8-10 nye fastlegehjemler de neste 4 år og samtidig vektlegge utvikling av en god utdanningspakke for spesialisering i allmennmedisin for å sikre framtidig rekruttering til fastlegeyrket.

   I tillegg er det nødvendig med raskt innsettende tiltak for å unngå at fastlegekrisen som gjør seg gjeldende over store deler av landet, rammer Bodø kommune for fullt. Økonomiske rekrutterings- og stabiliseringsmidler må settes inn raskt.

2. Legetjenesten ved sykehjem omorganiseres og ressursen økes med to hele legestillinger i tråd med befolkningsframskriving i kommunen som innebærer en betydelig økt andel eldre pasienter med sammensatte medisinske behov.
3. Ansette kommuneoverlege innen samfunnsmedisin 100% stilling. Denne vil kunne gi økt kvalitet og medvirkning i kommunens folkehelsearbeid, forebyggende helsearbeid og øvrig planarbeid som har behov for medisinskfaglig kompetanse. Denne ressursen kan ved kortvarige behov også brukes ved kommunens øvrige legetilbud. Det tillegges også stillingen å gjennomføre tiltak for å utvikle/sikre kvalitet i fastlegetjenesten
4. Beholde lønnsmidler til en kommunal allmennlege som kan arbeide som reservelege ved fravær o.l. i fastlegekorpset og ved kommunens øvrige legetilbud. Denne ressursen kan også brukes ved Legevakta slik at vaktbelastningen for fastlegene reduseres. Dette behovet vurderes å vedvare inntil antall fastleger i kommunen øker til et tilfredsstillende nivå, minimum ut aktuell planperiode.
5. Økning av legetjenesten ved helsestasjon og skolehelsetjenesten.
6. Etablere utrykningsteam med legebil ved Legevakta. Lege og sykepleier vil kunne rykke ut ved behov til sykehjem, hjemmetjeneste og hjemmeboende. Dette vil også være et tilbud til psykiatriske pasienter – psykebil. Utrykningsteamet bør være tilgjengelig utenom fastlegekontorenes åpningstider; ettermiddag/kveld på ukedager og i helgene.
7. Etablere et helsebygg som blant annet inneholder legevakta med observasjonssenger, øyeblikkelig hjelp døgnopphold/kommunale akutte døgnplasser (ØHD/ KAD), fastlegekontor og andre kommunale tjenester i planperioden. Her bør også helseteam, korttidsavdeling, rehabiliteringstjenester, psykologtjenester mv. vurderes tatt inn. Det samme gjelder evt. interkommunale samarbeidsenheter

Innledning:

Mål for legetjenesten i Bodø kommune

Bodø kommune skal ha en faglig god og lett tilgjengelig kommunal legetjeneste som tilfredsstiller befolkningen behov for legetjenester. Den skal sikre god forebygging, utredning og behandling, samt ivareta tverrfaglig samarbeid innad i kommunen, med spesialisthelsetjenesten og med øvrige relevante aktører.

Formålet med Plan for legetjenesten 2022 – 2025 er å sikre befolkningen i Bodø kommune gode allmennlegetjenester (fastlege, sykehjem, helsestasjon, skole, migrasjon, fengsel, og legevakt) og samfunnsmedisinsk kompetanse. Det er et mål å sikre nok kapasitet, stabilitet, og utdanning av fastleger.

Planen viser tiltak, ansvar, økonomi og tidsrom for arbeid med ulike satsingsområder for å nå planens mål

Bakgrunn og formål med planen

Kommunene har en lovpålagt plikt til å planlegge sin helsetjeneste, noe som følger av rammeavtalen mellom KS og DNLF (ASA 4310).

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

Denne planen er en videreføring av Plan for legetjenester 2018 – 2021, og gjelder ut 2025. Planen gir en oversikt over dagens organisering og utfordringer på kort sikt og viser behov for legeressurser de kommende fire år.

Planen har flere formål:

- Sikre en helhetlig oversikt over tjenesteområdene for legetjenestene i Bodø kommune.
- Danne grunnlag for dimensjonering av tjenestene for å sikre at disse er i samsvar med krav fastsatt i regelverk.

- Sikre at legetjenestene i Bodø kommune fyller de behov befolkningen har for primærlegetjenester og samfunnsmedisinske legetjenester.
- Bidra til å sikre faglig gode helsetjenester for befolkningen.
- Sikre god kvalitet på offentlige allmennlege- og samfunnsmedisinske tjenester.
- Utvikle Bodø til en god og attraktiv utdanningskommune for unge leger som vil spesialisere seg i allmennmedisin.
- Utgjøre et beslutningsgrunnlag til bruk i politiske og administrative prosesser knyttet til utviklingen av legetjenestene i Bodø kommune.

Evaluering av "Plan for legetjenesten 2018 – 2021"

Helsekontoret har evaluert forrige plan for legetjenesten og funnet at den delvis er fulgt opp. Forrige plan konkluderte med sju prioriterte tiltak for inneværende periode, hvorav seks driftstiltak og ett investeringstiltak.

Disse er:

1. Rekruttere minst syv nye fastlegehjemler de neste 4 år.
    - Kun 5 nye er etablert hvorav 3 utdanningsstillinger (ALIS).
2. Ansette kommuneoverlege med spesialisering innen indremedisin, geriatri, nevrologi eller allmennmedisin. Stillingen etableres med faglig ansvar ved Sølvsuper Helse- og Velferdssenter.
    - Det er ansatt to kommuneoverleger med spesialisering innen nevrologi
3. Ansette en kommunal allmennlege som kan arbeide som «supervikar» ved fravær, etc.
    - Helseleder siste år brukt ledige lønnsmidler til slik stilling for ung nyutdannet lege
4. Ansette en kommuneoverlege i samfunnsmedisin og en kommuneoverlege i psykiatri
    - Deltidstilling (40%) har siste årene vært besatt av lege med interesse for samfunnsmedisin
    - Lønnsmidler til kommuneoverlege i psykiatri har vært brukt til stilling for kommunepsykolog for voksne
5. Etablere utrykningsteam ved legevakta
    - Arbeid pågår
6. Etablere helsebygg
    - Arbeid pågår

Legetjenesten har i stor grad utviklet seg i tråd med sentrale føringer, og kun delvis etter befolkningens behov. På flere områder er det behov for endring og utvikling, aller viktigst er rekruttering av leger samt økning og utvikling av sykehjemslegetjenesten, som gjør at kommunen har store utfordringer som vi tar med oss inn i neste planperiode.

2. Rammevilkår for legetjenestene

Legetjenesten er regulert av:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
- Helsepersonelloven
- Folkehelseloven
- Helseberedskapsloven
- Psykisk helsevernloven
- Smittevernloven
- Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning
- Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjeneste
- Forskrift om kommunens plikt til sørge for øyeblikkelig hjelp tilbud
- Akuttmedisinforskriften
- Forskrift om fastlegeordning i kommunen
- Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening om allmennpraksis i fastlegeordningen i kommunene (ASA 4310)
- Sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Den norske legeforening om leger og turnusleger i kommunehelsetjenesten (SFS 2305)
- Nasjonale mål og prioriteringer på helse- og omsorgsområdet 2018
- Pasient- og brukerrettighetsloven

Andre utredninger som legger føringer for planleggingen av legetjenesten:

- Samhandlingsreformen
- Framtidens primærhelsetjeneste
- Nasjonal helse- og sykehusplan
- Folkehelsemeldingen
- Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020 – 2024
- Rapport nr 10 -2021 fra Samfunnsøkonomisk Analyse AS (SØA)

3. Befolkningsutvikling og -endringer

Antall innbyggere i Bodø kommune er 52 560 per januar 2021. I tillegg har kommunen til enhver tid et betydelig antall studenter, turister, pendlere og andre tilreisende som har behov for legetjenester. Per januar 2021 utgjør dette 2 650 personer.

Prognose for endring av befolkningssammensetningen i Bodø kommune i årene 2022 – 2050. Hentet fra SSB, nærmere bestemt MMMM prognosen.

	Hovedalternativet (MMMM)				
	2022	**2025**	**2030**	**2035**	**2050**
1804 Bodø					
0-17 år	10 625	10 443	9 981	9 761	9 857
18-49 år	22 991	22 914	23 072	23 012	20 980
50-66 år	11 169	11 274	11 356	11 123	11 923
67-79 år	5 776	6 156	6 523	7 061	7 407
80-89 år	1 800	2 116	2 735	3 228	4 462
90 år og eldre	336	386	478	676	1 369

Det ligger inne en forventning om en samlet befolkningsøkning på kun 592 personer fra 2022 til 2026, gjennomsnittlig 148 personer per år i planperioden.

I tabellen over framkommer:

- Barn og unge (0 -17 år) vil ikke øke i antall i planperioden 2022 -26.
- Voksne i yrkesaktiv alder (18-66 år) vil øke ubetydelig (28 personer)
- Aldersgruppen 67 – 79 år vil øke 6.6 % (fra 5776 i 2022 til 6156 i 2025)
- Aldersgruppen 80 år – 89 år vil øke 17,6 % (fra 1800 i 2022 til 2116 i 2025)
- Aldergruppen 90 + vil øke 14,8 % (fra 336 i 2022 til 386 i 2025)

I SSB sine befolkningsframskrivinger fram til 2030, 2040 og 2050 forsterkes denne trenden, med økende antall gamle (65 +) og et synkende antall unge. Forventet økning frem til 2040 for de eldste aldersgruppene er meget stor. Dette vil stille store krav både i planperioden og på mellomlang sikt for innretning av legetjenesten og det øvrige tjenestetilbudet.

Som i eksisterende legetjenesteplan er prognosen for pasientpopulasjonen for neste 4-års-periode at Bodø kommunen vil få et hurtig økende antall eldre personer de neste årene.

Til tross for at mange eldre har god helse og kommunen satser aktivt på folkehelsearbeid, vil økningen i antall svært gamle medføre at vi får økende sykelighet blant eldre fremover. Folkehelsearbeid er svært viktig, men vil etter vår vurdering ikke medføre at vi får færre syke eldre i Bodø kommune fremover. Arbeidet kan imidlertid dempe veksten vi alternativt vil få.

Den kommunale legetjenesten vil fremover få ansvar for flere pasienter med flere og mer krevende diagnoser. Dette skjer blant annet som følge av den medisinske utviklingen og utviklingen i spesialisthelsetjenesten, med bl.a. redusert liggetid i sykehus, økt poliklinisk behandling, og økte muligheter for å tilby kronisk syke oppfølging utenfor sykehuset. Dette stiller nye og økte krav til behandling og oppfølgning i den kommunale legetjenesten, og behovene for medisinskfaglig kompetanse vil øke.

Omfanget av psykiske plager og sykdom i befolkningen øker. Dette stiller også kommunene overfor økte oppgaver og utfordringer. Å lykkes med gode overganger mellom Nordlandssykehuset Psykiatri, fastleger og kommunal oppfølgning er krevende og både kompleksiteten og antall pasienter/brukere vil øke i planperioden. Det er allerede krevende for fastlegene å følge opp denne pasientgruppen på en god måte.

De utfordringene som er skissert kan ikke over tid løses kun med økning av økonomiske ressurser. Legetjenesten vil i fremtiden også måtte omstille seg, løse oppgaver på en ny måte, bruke ny teknologi og samarbeide med andre faggrupper for å ivareta de fremtidige oppgavene på en forsvarlig måte.

4. Helsekontorets organisering og administrering av legetjenesten

Status

Kommunene har hovedansvaret for primærhelsetjenesten, og den kommunale legetjenesten er en vesentlig del av denne. Helsekontoret administrerer den kommunale legetjenesten.

Den kommunale legetjenesten består av:

- Kurativ allmennlegetjeneste (fastleger og deres støttepersonell)
- Allmennmedisinsk offentlig arbeid (legetjenester i sykehjem, helsestasjon, skolehelsetjeneste helsestasjon for ungdom, migrasjon/flyktningelege, fengselslege, lege for asylmottak)
- Akuttmedisinsk arbeid /Legevakt
- Samfunnsmedisinsk arbeid (Kommuneoverleger)

Fordeling årsverk leger tilknyttet Bodø kommune:

Kurativ allmennlegetjeneste (fastleger):	46,48 årsverk
Allmennmedisinsk offentlig arbeid	12,08 årsverk
Kommuneoverleger	1,60 årsverk
Fast ansatte leger dagtid Bodø Legevakt	1,0 årsverk
Andre bistillinger (universitet, kontrollkommisjon):	1,0 årsverk
Sum	**62,16 årsverk**

Helsekontoret administrerer fastlegeordningen og det offentlige allmennmedisinske arbeidet som fastlegene i Bodø er forpliktet til å utføre (Se kapittel 6, Allmennmedisinske offentlige oppgaver).

Kommuneoverlegene er organisert under Helsekontoret (Se kapittel 7, Samfunnsmedisinsk arbeid).

Helsekontoret har videre ansvar for kommunens to kommunale legekontor: Havna Legesenter og Rønvik Legesenter, med til sammen 12 leger, 3 turnuskandidater og øvrig helsepersonell.

Legevakten i Bodø er organisert i en egen enhet i Helsekontoret, og har ansatt kommuneoverlege/legevaktsjef i 50 % stilling med medisinskfaglig ansvar for legevakten og overgrepsmottaket. I tillegg har enheten daglig leder og fagkoordinatorer i delte stillinger som har administrative oppgaver. For tiden deltar 41 leger fast i vaktturnusen, hvorav 38 deltar i nattevaktordning. LIS1legene er også med i ordningen.

Helsekontoret har også ansvaret for fengselshelsetjenesten. Dette innebærer å gi innsatte i Bodø fengsel tilgang til kommunale helsetjenester likt med øvrige innbyggere i kommunen. Dette tilbys gjennom legetjenester og sykepleiertjenester i samarbeid med øvrige interne og eksterne aktører i fengselstjenesten (Se ellers Utredningens pkt. 6.5).

Helsekontoret har ansatt psykologspesialist for å forsterke vårt tilbud innen psykiskhelse for voksne. Psykologen samarbeider nært med fastlegene, og bistår øvrige aktører i den kommunale helsetjenesten.

Fra 1. mars 2019 er gjelder krav at alle nye fastleger skal være spesialiser i allmennmedisin eller under spesialisering. Kommunene ble samtidig pålagt nye oppgaver med tilrettelegging for leger som gjennomfører denne spesialistutdanningen. Det nye er at spesialiseringsløpet kan skje i kommunen dersom denne er godkjent som utdanningsenhet. Bodø kommune har søkt Helsedirektoratet og blitt registrert som utdanningsenhet for spesialisering i allmennmedisin per 28.oktober 2020, med tilbakevirkende kraft til 1. mars 2019.

ALIS-ordninger er et utdanningsprogram i regi av Helsedirektoratet kommet i stand som et resultat av rekrutterings- og stabiliseringssvikt i allmennlegetjenesten i Norge. Det ble etablert i 2017, som pilotprosjekt først i helseregion Vest, deretter i helseregion Nord der Bodø fikk et koordinerende ansvar for vår region.
Bodø kommune har ledet ALIS-Nord prosjektet siden 2018 (LIS3/ALIS = allmennlege i spesialisering) og ble på bakgrunn av dette forespurt om å være vertskommune for ALIS-kontor Nord da ALIS-kontoret ble bestemt opprettet våren 2020. Kontoret kom i drift i august 2020 og har det koordinerende ansvaret for de nasjonale ALIS-kontorene i perioden september 2020 – 2022.

Totalt er det opprettet 5 ALIS-kontorer i Norge. De er lokalisert i Bodø, Trondheim, Bergen, Kristiansand og Hamar. Kontorene skal rådgi kommunene i sine regioner om rekrutteringstiltak, som kan inngå i ALIS-avtaler, bistå med maler for ALIS-avtaler, innhente og formidle erfaringer med de ulike tiltakene og bistå for øvrig i spesialistutdanningen i allmennmedisin

I Bodø her det allerede etablert 3 ALIS-leger. Disse arbeider i sine utdanningsstillinger nå ved Fredensborgklinikken, Tverlandet legesenter og ved Mørkved legesenter

Utfordringer

De siste års landsomfattende svikt i rekruttering til allmennlegetjenesten, er også merkbar i Bodø kommune. Fastlegenes arbeidssituasjon er svært presset, hvilket lett går ut over legenes helse og trivsel. Det er viktig å minne om at alle fastleger < 60 år er tilpliktet gjennom fastlegeavtalen med

kommunen, å delta i legevakt kveld, natt og helg. Dette er et arbeid som kommer i tillegg til den ordinære arbeidsdagen på legekontoret. Slik legevirksomhet har unntak fra arbeidsmiljølovens bestemmelser om arbeidstid.

Fastlegene har møtt den økte arbeidsmengden ved å jobbe mer og dermed fått svært lange arbeidsdager. Nå ønsker legene en mulighet til å jobbe mindre og mange gjør dette ved å redusere sin listelengde. Dette medfører at Bodø kommunen har liten ledighet på legenes pasientlister. Dermed oppfylles ikke pasienters krav om å kunne bytte fastlege inntil to ganger per år, da det er for få leger å kunne bytte til.

En del av oppgavene for Helsekontoret er å håndtere det kommunale ansvaret for å skaffe og finansiere vikarer for fastlegene ved fravær over 8 uker (foreldrepermisjoner, lengre sykefravær og øvrige permisjoner). I Bodø medfører dette en mangel på til sammen ca. 1 fastlegeårsverk som kommunen må finansiere gjennom leie av vikarleger.

I kommunens helseinstitusjoner som krever legetjeneste er de aller fleste stillingsstørrelsene for legene små. Tjenestestedene er lokalisert i ulike bydeler. Den lave grunnbemanningen av leger spredt på ulike sykehjem øker sårbarheten ved fravær. Hver enkelt lege har som hovedregel ansvar for en spesifikk avdeling. Ved kortere fravær betyr det at denne avdelingen kan mangle lege i den aktuelle fraværsperioden. Slikt fravær svekker kvalitet i helsetjenestene til beboerne/pasientene. Det er svært krevende å få legevikarer for oppdrag på en eller flere enkeltdager, på kort tids varsel. Helsekontoret må bruke mye tid og ressurser på å forsøke å flytte leger mellom legevakt, og øvrige institusjoner gjennom året for å fordele og minimere negative konsekvenser ved legefravær.

Som følge av de nye spesialiseringsreglene er nå Bodø kommune definert som en utdanningsvirksomhet for spesialisering i allmennmedisin. Med dette følger krav til virksomheten: utarbeide utdanningsplaner, legge til rette for praksis, kurs og veiledning individuelt og i grupper for å oppnå definerte læringsmål. Utdanningsvirksomheten skal også følge opp leger i spesialisering med jevnlige evalueringer, slik at de har normal progresjon i utdanningsløpet sitt.

Helsekontoret ser nå en mulighet for å møte rekrutteringssvikten til fastlegeyrket med en plan for legetjenesten som kan bidra til å snu den negative utviklingen. ALIS-ordningen innebærer en slik mulighet.

Planene skal vektlegge utvikling av et faglig solid og godt fundamentert utdanningsløp for ALIS-kandidater.

ALIS-ordningen skal blant annet:

- Utvikle utdanningsmodeller for nordnorske forhold som passer for både fastlønn og næringsdrift

- Sikre at nye fastleger i Nord-Norge får et kvalitetssikret og effektivt spesialiseringsløp i allmennmedisin, herunder sikre tilrettelegging, forutsigbarhet og fleksibilitet knyttet til oppnåelse av læringsmål i spesialisthelsetjenesten («sykehusåret»)

- Utvikle kommunens rolle og kompetanse som tilrettelegger for legers spesialistutdanning i allmennmedisin, og gjøre kommunene mer attraktive som arbeidsgivere.

Identifiserte behov

Bodø kommunen ønsker å rekruttere nye leger inn i fastlegeordningen ved å etablere mellom åtte og ti nye legehjemler innenfor ALIS-ordningen i planperioden.

Kommunen har allerede gode forutsetninger for å tilby et helhetlig utdanningsløp i allmennmedisin ved de endringer som er gjort etter at spesialistforskriften påla kommunene å legge til rette for utdanning av spesialister.

Derfor foreslåes det å etablere en egen arbeidsgruppe som skal utvikle detaljert utdanningsplan for disse stillingene i tråd med vedlagte Utdanningsplan for allmennlegetjenesten i Bodø kommune v/Kine Kalstad.

Inntil effekt av økt antall fastlegehjemler i kommunen inntrer, vil det fortsatt være behov for å ansette en kommunalt ansatt lege (fleksibel lege) som kan dekke store deler av forventbart langtidsfravær hvor det ellers må leies inn leger fra vikarbyråer Å leie inn vikarleger er kostbart og gir en dårligere kvalitet på legetjenesten.

En fleksibel lege vil både redusere kostnadene for kommunen og samtidig bidra til økt kvalitet i fastlegetjenesten ved at vår egen ansatte kjenner rutiner og arbeidsmetodikk, kvalitetsnivå og øvrige leger. En styrking av legeressursene ved legevakta vil også kunne brukes som buffer ved korttidsfravær i de kommunale institusjoner.

I tillegg vil helsekontoret gå inn for flere strakstilskudd som både rekrutterings- og stabiliseringstiltak da arbeidssituasjonen blant fastlegene i kommunen oppleves å være på vei mot bristepunktet pga.

stor belastning. I vår har flere fastleger bedt om listereduksjon av denne grunn, hvilket har blitt avvist pga. at det ikke finnes nok ledige plasser i kommunen å flytte pasienter til.

Se neste kapitel for nærmere redegjørelse.

5. Fastlegeordningen

Status

Med fastlege menes lege som inngår avtale med en kommune om deltakelse i fastlegeordningen. Legen kan være ansatt i kommunen eller selvstendig næringsdrivende. I Bodø har vi ingen privatpraktiserende allmennleger utenom fastlegeordningen.

Helsekontoret administrerer fastlegeordningen for alle innbyggerne. Dette skjer hovedsakelig gjennom inngåelse av individuelle fastlegeavtaler og oppfølging av disse avtalene i samarbeid med legene. Fastlegeordningen gir den enkelte innbygger rett til å stå på en fastleges liste og rett til å skifte fastlege inntil to ganger i året.

Fastlegene og kommunen har formalisert sitt samarbeid gjennom et lokalt samarbeidsutvalg (LSU), et allmennlegeutvalg (ALU), og med fastlegenes tillitsvalgte.

Private legekontor utgjør hovedtyngden av tilbudet i Bodø, 39 leger har fastlegeavtale med kommunen. I tillegg er 12 fastleger tilsatt på 2 kommunale legekontor. 13 av fastlegene er per 31. mars 2021 ikke spesialister i allmennmedisin. Legene har i hovedsak organisert sin kurative virksomhet i gruppepraksiser/ legekontor, med unntak av to solopraksiser. De fleste fastleger har i tillegg pålagte kommunale deltidsstillinger innen allmennmedisinsk offentlig arbeid.

Fastlegene står selv ansvarlige for at virksomheten er drevet i tråd med lov og forskrift, oppdatert kunnskap og nasjonale retningslinjer. De er videre ansvarlig for å drive systematisk kvalitetsutvikling og internkontroll i sine tjenester, mens kommunen har ansvar for tilrettelegging og kontroll av legenes systematiske arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

	2020				
	Avtaleform i alt				
	3005 Drammen	**3804 Sandefjord**	**1507 Ålesund**	**1804 Bodø**	**5401 Tromsø**
Avtalte legeårsverk per 10 000 innbyggere (årsverk)	10,3	10,8	11,6	11,1	12,7

KOSTRA-tall for 2020 - tilgjengelige legeårsverk

Bodø kommune har en noe lavere legedekning enn sammenlignbare bykommuner.

Fastlegetjenesten foregår fra i alt 13 legekontor, fordelt slik på kommuneplansoner: [1]

Oppdatert april 2021

Geografisk område	Legekontor	Antall leger	Ledige listeplasser pr 01.10.17
Sentrum / Værran (ca 23 % av befolkningen)	Dr. Odinakas klinikk	2 avtaleleger	0
	Fredensborgklinikken	3 avtaleleger	0
	Havna legesenter	7 fastlønte leger 1 turnuslege	0
	Leger i Nord	4 avtaleleger	0
	Sentrumslegene	7 avtaleleger 1 turnuslege	0
	Tveraabak legekontor	1 avtalelege	68
	Bodø legevakt dagtid	1 avtalelege	
Rønvik / Saltvern / Nordsia (ca 28% av befolkningen)	Bodin legekontor	5 avtaleleger	0
	Rønvik legesenter	4 fastlønte leger 1 turnuslege	0
Alstad (ca 13% av befolkningen)	Alstad legesenter	5 avtaleleger	0
Hunstad / Mørkved (ca 24% av befolkningen)	Mørkved legesenter	4 avtaleleger	11
	Innstranda legesenter	5 avtaleleger	97
Tverlandet / Saltstraumen (ca 9% av befolkningen)	Tverlandet legesenter A/S	3 avtaleleger	76
Misvær (ca 1,5 % av befolkningen)	Misvær legekontor	1 avtalelege	631

Totalt ledige listeplasser pr 11. april 2021: 883

- Fordelt på 6 fastleger,
- hvorav 252 er tilgjengelig sentralt i Bodø (Sentrum – Mørkved).

[1] Kommuneplansonene er identisk med sonene i "Befolkningsprognose for Bodø kommune 2006-2025"

Tallgrunnlaget tilsvarer byens befolkning med tillegg av ca. 3000 "gjestepasienter" bosatt i andre kommuner. Gjestepasienter består i hovedsak av tilflyttede studenter, gjestearbeidere og ungdom i videregående skole, som ikke har meldt innflytting til Bodø og ikke står på fastlegenes lister.

Ved utlysning av ledige stillinger / hjemler har Bodø kommune lagt til grunn at en normal arbeidsuke for en fastlege med 4 dagers kurativ praksis og 1 dag offentlige oppgaver tilsier en listestørrelse på minst 1200 personer. (basert på normer for legedagsverk for ca. 30 år siden). Fastlegene kan selv bestemme listelengde, men ikke høyere enn 2500 plasser. De siste årene har de fleste fastlegene i Bodø (gjelder også nasjonalt) ønsket å redusere sin listelengde pga. økt arbeidspress.

Når legen ber om at listelengden reduseres, meldes dette til helsekontoret i kommunen som videreformidler dette til sentrale helsemyndigheter. Det blir da gjort et tilfeldig utplukk fra pasientlisten og de aktuelle pasientene får brev fra Helfo om at de må skifte til annen fastlege.

Pasienter har krav på å kunne skifte fastlege inntil to ganger per år med minimum 6 mndr intervall etter eget ønske.

Helsekontoret sammen med LSU tar utgangspunkt i at vi har en tilstrekkelig fastlegedekning dersom minst 10 fastleger har ledige plasser til enhver tid. Det er viktig at det til enhver tid finnes både kvinnelige og mannlige leger å velge mellom.

Kommunen har i samarbeid med LSU et uttalt ønske om at det ikke opprettes flere solopraksiser i Bodø. Fordi disse kontorene har vist seg svært sårbare, og i en situasjon med legemangel i kommunen har dette kommet til uttrykk som problemer med kollegial fraværsdekning ved ordinære ferier.

Kommunen beslutter selv når nye hjemler skal lyses ut. Erstatning av oppsagte hjemler blir lyst ledig umiddelbart. Kommunen er da avhengig av at den fratredende lege og interessert lege blir enige om kjøpet av praksisen før avtale om overdragelse av hjemmel kan inngås. Detter gjelder for næringsdrivende leger. For kommunale leger gjelder helt ordinære regler med oppsigelse og utlysning av stilling.

Plan for fornying og økning av antall fastlegehjemler

Tidligere legeplaner for Bodø kommune har beregnet en befolkningsøkning på ca. 500 personer /år og vurdert behovet for nye legehjemler ut fra en slik prognose. Prognosen for kommunens befolkningsutvikling har de siste årene endret seg markert til en betydelig lavere total vekst (150-200 /år) og en betydelig økt andel eldre personer.

Forskyvningen til økende andel eldre personer øker behovet for fastleger mer enn befolkningsøkningen skulle tilsi.

Gjennomsnittlig listelengde pr lege i dag (april 2021) er 1080 pasienter. Ut fra prognosen med sterkt redusert økning av folketallet i Bodø kommunen, vil økningen innebære behov for en ny legehjemmel ca hvert 5. år. Dette forutsetter imidlertid uendret listelengde for dagens fastleger og uendret befolkningssammensetning

I Bodø kommune er det i dag (april 2021) 51 fastleger totalt. Av disse er 10 eldre enn 60 år, og 2 av disse vil fylle 67 år i løpet av planperioden. Fastlegeavtalen opphører uten oppsigelse når legen fyller 70 år. Samtidig kan kommunen og legen inngå en tidsbegrenset avtale om fastlegevirksomhet ut over fylte 70 år, likevel ikke etter at legen er fylt 75 år.

Estimert behov for nye fastlegestillinger neste 9 år.

Antall praksisoverdragelser pga. pensjonering er beregnet ut fra at fastlegene pensjonerer seg ved 67 års alder.

	2020	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**Totalt**
Nye hjemler pga befolkningsøkning	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2
Erstatning for naturlig avgang	2	4	1	0	0	1	1	2	1	12
Nye ALIS-stilinger	1	0	2	3	2	3	0	1	1	8
TOTALT	**4**	**4**	**3**	**3**	**2**	**5**	**1**	**3**	**2**	**27**

I aktuelle planperiode 2022 – 2025 ønsker helsekontoret å etablere til sammen 10 - 13 legehjemler, hvorav 3 er erstatning for naturlig avgang. 8-10 nye ALIS-stillinger vurderes som behov for å dekke fastlegenes økte arbeidsmengde som følge av en raskt økende eldre del av befolkningen og økte krav til legetjenesten generelt.

Utfordringer

De senere årene har flere faktorer presset fastlegeordningen. Styresmakter, pasienter, og samarbeidspartnere i kommune- og spesialisthelsetjenesten har tydelig økte forventninger og krav til fastlegene.

Forskrift om fastlegeordning i kommunene spesifiserer kommunens ansvar, fastlegenes ansvar, funksjons- og kvalitetskrav og tiltak ved legemangel. Det nye med forskriften var spesielt funksjons- og kvalitetskravene. Disse kravene har medført betydelig økt ansvar og arbeidsmengde. Det står blant annet at fastlegen skal ha oversikt over de listeinnbyggerne som trenger oppfølging og koordinering, at det skal tilbys hjemmebesøk og at en skal oppsøke dem som ikke oppsøker legen selv, at fastlegen må oppfylle gitte tilgjengelighetskrav, at fastlegen skal jobbe mer tverrfaglig, delta mer i planarbeid, og at fastlegen må avgi data til styrings- og kvalitetsformål.

Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten fra 2017, og sier at alle fastleger skal være spesialist i allmennmedisin eller under spesialisering. Spesialiseringsløpet for allmennmedisin innebærer bl.a. deltakelse i veiledningsgruppe, obligatoriske kurs, valgfrie kurs, andre obligatoriske aktiviteter, og et års sykehustjeneste. Det skal nevnes at de aller fleste fastleger ansatt før forskriften trådte i kraft oppfyller kravene allerede. Spesialisering innebærer et betydelig fravær fra praksis, legene må selv skaffe vikar i periodene, og får kun delvis finansiert utdanningen fra legeforeningen.

Samhandlingsreformen i 2012 satte fokus på forebygging og bedre samhandling, men en grunntanke i reformen var også det at for mange som får behandling i sykehus. Som følge av reformen har kommunene måttet overta oppfølgingen av mange pasienter som tidligere fikk sykehusbehandling, noe som i praksis har gitt mer ansvar til fastleger, sykehjemsleger, og kommunehelsetjenesten som helhet

Fastlegens samhandling med andre aktører har også økt. Sykemeldingsarbeidet har blitt mer omfattende, og NAV forventer økt deltakelse i møter, samtidig som legeerklæringer etterspørres hyppigere. Fastlegen forventes videre å være stadig mer tilgjengelig for omsorgstjenesten.

Helsekontoret registrerer at mange fastleger i de siste årene reduserer antall pasienter på sine lister. Begrunnelsen er arbeidsmengden er blitt for stor. Fastleger i Norge jobber i snitt 56 timer/uke. Gjennomsnittlig arbeidstimer pr uke for fastleger som går legevakt er 68,3 timer (dette gjelder for de yngste legene med bl.a. omsorg for små barn og friske leger under 60 år). Unger leger velger derfor bort fastlegeyrket til fordel for andre legestillinger med bedre arbeidsbetingelser. Det forventes i planperioden et fortsatt økende press på fastlegetjenesten og derigjennom flere fastleger som

reduserer antall pasienter på sine lister. Et lavere gjennomsnittlig antall pasienter pr. fastlege vil derfor medføre et økt behov for fastleger.

Stabiliteten i fastlegekorpset har i Bodø vært god, men helsekontoret opplever de siste årene store problemer med å få kvalifiserte søkere til ledige fastlegestillinger.

Helsekontoret har iht. regelverket plikt til å sørge for innleie av vikarleger ved fravær hos fastlegene over 8 uker. Fravær kan skyldes, permisjoner, sykdom mv. Pr. i dag løses dette ved at vi leier inn leger fra vikarbyråer. Dette har vi dårlige erfaringer med, og det vil etter Helsekontorets vurdering være både lønnsomt og gi økt kvalitet dersom en fast ansatt lege kan gå inn i slike fraværsperioder.

Fastlegene brukes og skal iht. lovverk brukes, i både primær, sekundær og tertiær forebygging. Gjennom samhandlingsreformen forventer vi en fortsatt økt satsing på helsefremmende og forebyggende legevirksomhet. Det er ønskelig at fastlegene prioriterer forebyggende og helsefremmende arbeid i større grad enn det de har kapasitet til i dag. Det er også et økende behov for å involvere fastlegene i det forebyggende planarbeid og i tverrfaglig samarbeid innen folkehelse. Det er derfor nødvendig at Bodø kommune gir fastlegene bedre kjennskap til utfordringsbildet i Bodø, planverk og de praktiske muligheter som Bodø tilbyr. Helsekontoret vil presisere at manglende involvering ikke skyldes uvilje fra fastlegekorpset, men heller et gap mellom tilgjengelige fastlegeressurser og kommunale ønsker.

Identifiserte behov

Bodø kommune har et klart behov for å rekruttere mellom åtte og ti nye fastleger (ALIS) i planperioden. I tillegg er tre nye fastleger nødvendig for å dekke behovet grunnet naturlig avgang. De nye legestillingene vil dekke opp for både ønskene fra fastlegene om å redusere sine lister, og det økende behov for legetjenesten innen kommunehelsetjenesten som både forebyggingsperspektivet og fremtidens pasienter med stadig større andel av gamle mennesker med mer komplekse sykdomsbilder vil kreve.

Rekrutteringsutfordringene kan møtes på flere måter. Disse har fordeler og ulemper, og også forskjellige kostnadssider. Det rimeligste for kommunen er å sikre rekruttering til private fastlegehjemler. Dette har imidlertid vist seg å være stadig mer krevende. De private fastlegene står for ¾ deler av fastlegekorpset i Bodø, og de leverer en god tjeneste til en rimelig pris for kommunen. Helsekontoret ønsker derfor å arbeide for å øke attraktiviteten til å etablere seg som private fastleger i Bodø.

Helsekontoret ønsker å oppnå dette ved å etablere flere nye ALIS-stillinger. Bodø kommune har påtatt seg nasjonalt ansvar for ALIS-ordningen i Norge i perioden 2020 -2022. Man kan derfor påregne at de løsninger Bodø utarbeider for denne nye ordningen for rekruttering av unge leger i landet, vil kunne få ekstra oppmerksomhet.

Det foreslåes å nedsette en arbeidsgruppe som får i mandat å utarbeide detaljert plan for utdanningsløp for ALIS-kandidatene. Dette inkluderer:

Beskrive behov for fysiske kontorer og lokalisering, laboratorium, behov for hjelpepersonell, behov for individuelle veiledere (som må være spesialister i allmennmedisin og inneha veilederkompetanse) , praksistjeneste ved Nordlandssykehuset eller Sølvsuper.

Dette bør være en ordning der ALIS-kandidatene får sin første utdanningstid i kommunal stilling. Kandidaten vil i løpet av denne tiden og etter maksimum to år gis anledning til å velge mellom videre kommunal stilling eller overgang til næringsdrift.

Dersom næringsdrift velges, må kommunen på forhånd ha utarbeidet og avklart en samarbeidsmodell med aktuelle eksisterende private legekontor, som kandidaten kan søke seg til dersom ikke det er et alternativ for kandidaten å starte egen gruppepraksis fra bunnen av.

Bodø kommune har i liten grad opplevd at fastleger har sluttet i jobben før pensjonsalder eller søkt seg bort, slik man ser i store deler av landet ellers pga. de forverrede arbeidsforholdene. Fastlegene i Bodø gir uttrykk for at de tross alt opplever at kommunen har lyttet til dem i diskusjonen rundt økt frustrasjon som følge av stadig økende arbeidspress og vist en viss vilje til å komme dem i møte med kompensatoriske tiltak. Som eksempel nevnes økonomisk støtte til inntil 5 kursdager per år, forsterket praksiskompensasjon ved fri etter nattevakt, økte lønnssatser ved legevakt på helligdager og ved beordrede vakter.
Videre har utfordringer med pandemien vært møtt godt av kommunen med tidlig etablering av luftveislegevakt, økonomisk støtte i akuttfasen til næringsdrivende fastleger, perioder med fastlønn på legevakt samt anerkjennelse av praksiskompensasjon ved smittekarantene.

Fastlegene i Bodø opplever likevel sin arbeidssituasjon stadig mer belastende og i vår har for første gang fastleges ønske om reduksjon av listelengde (egen listelengde er den faktoren fastlegen selv kan bestemme) blitt avvist av kommunen fordi det ikke er andre legelister å flytte disse pasientene til.

Fastlegene i Bodø ønsker følgende tiltak i planperioden:

Rekruttering:

- Økning av antall fastleger via ALIS-ordningen som skissert med mellom åtte og ti nye legehjemler.
- etableringstilskudd ved oppkjøp av etablert hjemmel på kr 300 000 og kr 150 00 til oppstart av 0-hjemmel
- kommunale vilkår ved egen eller barns sykdom tilsvarende 60 % av praksiskompensasjon i inntil 10 dager for næringsdrivende leger

  Rekrutteringstiltakene skal gjelder fra 1. januar 2022 til 31. desember 2025. Evaluering gjøres i januar 2023 og 2025.

Stabilisering:

- Fastlegene ønsker at de gjennomførte stabiliseringstiltakene videreføres i planperioden (forsterket beordringstillegg, praksiskompensasjon etter nattevakt samt helligdagstillegg)

- Forsterket basistilskudd med kommunal andel på 60% økning per pasient for de første 1000 pasientene på legelisten. Det kommunale tilskuddet reguleres i takt med det nasjonale tilskuddet slik at det reduseres tilsvarende økningen av det nasjonale. For å sikre at listestørrelsen reduseres i takt med økningen av nye hjemler, vil det legges en klausul i avtalen som beskriver hvordan dette skal gjøres.

  Disse stabiliseringstiltakene gjelder fra 1. januar 2022 til 31. desember 2025. Evaluering gjøres i januar 2023 og 2025

- I tillegg er det fra fastlegekorpset et ønske om flere kommuneoverlegestillinger i kommunen samt fast lege på natt i 100 % stilling, fordelt på en eller flere leger.

Noen av fastlegene har videre et ønske om å redusere den tilpliktede stillingsstørrelsen for kommunale oppgaver fra 20 % til 10%. Større stillingsandeler enn 10% skal baseres på frivillighet. Flere fastleger ønsker også avlastning fra «andre kommunale legeoppgaver» for de som ønsker det

gjennom opprettelse av egne legestillinger ved sykehjem, rehabiliteringsavdelingen, delvis også legevakten og helsestasjon.
Det er et ønske om at hovedtillitsvalgte kompenseres med 10% kommunal bistilling samt fritak fra annen kommunal bistilling. Varatillitsvalgt kompenseres med 10% provisjonskompensasjon og tilsvarende reduksjon fra annen kommunal bistilling.

6. Allmennmedisinske offentlige oppgaver

Som en del av fastlegeavtalen kan fastlegene bli pålagt å yte offentlige allmennmedisinske legeoppgaver.

Helsekontoret administrerer fastlegeordningen og pålegger og administrerer også dette offentlige allmennmedisinske arbeidet som fastlegene i Bodø er forpliktet til å utføre. Dette er blant annet deltakelse i legevakt, lege ved helsestasjon og skolehelsetjeneste, lege ved institusjoner og hjemmetjeneste, fengsel og flyktningetjenesten.

Kommunen kan tilplikte fastlegene inntil 7,5 timer allmennmedisinske oppgaver pr. uke. Det er i tillegg mulig å avtale større kommunale stillinger. Helsekontoret ønsker å få til avtaler om allmennmedisinske oppgaver basert på interessefelt hos fastlegene fremfor å gi pålegg, da det erfaringsmessig gir best kvalitet når det er motivert personell som utfører legeoppgavene. Evt. nye oppgaver lyses normalt ut blant fastlegekorpset før Helsekontoret avtaler/beslutter hvem av legene som tilpliktes oppgaven. Deltidsstilling i allmennmedisinsk kommunalt arbeid gir fastlegene rett til reduksjon i listelengde. Fastleger i kommunal deltidsstilling har rett på praksiskompensasjon som skal kompensere for det tap legen har ved fravær fra sin praksis.

De fleste fastlegene i kommunen har 7,5 timer med kommunale allmennoppgaver i uka, og har da ordinære arbeidsavtaler med kommunen med ordinære arbeidsvilkår. Noen av fastlegene er fritatt for kommunale allmennoppgaver av forskjellige grunner (helse, alder mv.).

Fordeling av Allmennmedisinsk offentlig arbeid:

▪ Sykehjemsleger og rehabilitering	5,94 årsverk	(222,75 t/uke)
▪ Helsestasjon	1,19 årsverk	(44,5 t/uke)
▪ Skolehelsetjeneste	0,30 årsverk	(11,25 t/uke)
▪ Helsestasjon for ungdom	0,00 årsverk	(0 t/u)
▪ Migrasjon/Flyktningelege	0,06 årsverk	(4 t./uke)
▪ Fengselslege	0,40 årsverk	(15t/uke)
▪ Lege for asylmottak	0,20 årsverk	(7,5t/uke)
Sum årsverk totalt	**8,082 årsverk**	

Selv om det er Helsekontoret som administrerer ordningen har legene sine oppgaver tilknyttet forskjellige deler av kommunens tjenesteenheter. Dette medfører noen utfordringer knyttet til forankring, ledelse og personaloppfølgning, da legene følges opp av en enhet, men utfører sine oppgaver i andre. Samtidig gir små stillingsstørrelser mindre muligheter for kompetanseheving innenfor arbeidstiden, og mindre muligheter for å utvikle tverrfaglig samarbeid rundt pasientene/brukerne. Det skal imidlertid understrekes at legene selv ikke gir uttrykk for at disse ordningene er problematiske; dette skyldes nok at de har sitt hovedvirke som fastleger. Etter Helsekontorets vurdering er dette en god ordning bygget på tillit og autonome, motiverte leger.

Allikevel er det grunn til å trekke frem utfordringer knyttet til ferieavvikling, permisjoner, sykefravær mv. Med så små stillingsstørrelser er ordningen sårbar ved fravær. Takket være stor fleksibilitet og samarbeidsvilje i fastlegekorpset samt i kommunens enheter, lykkes vi i stor grad med å begrense de negative konsekvensene knyttet til fravær.

Legetjenester i institusjoner, rehabiliteringsavdeling og hjemmetjenester

Status legetjeneste i institusjoner og rehabiliteringsavdeling

Institusjonshelsetjenestene i Bodø kommune leverer tjenester i form av langtidsplasser, korttidsplasser, rehabiliteringsplasser og avlastning for hjemmeboende. Pr. 1.1.2021 har kommunen til sammen 344 institusjonsplasser, fordelt på 8 bygg. Disse institusjonene er i praksis sykehjem og andre boformer for heldøgns omsorg og pleie.

Helse og omsorgsdepartementet har i et eget rundskriv presisert at legetjenesten i sykehjem og bolig for heldøgns omsorg og pleie skal sørge for at det utføres:

1. God medisinsk behandling ved akutt og langvarig sykdom.
2. God utreding og observasjon av beboerne på kort- og langtidsopphold.
3. Forsvarlig medisinering.
4. Godt samarbeid med fastlegen, hjemmetjenesten og spesialisthelsetjenesten (avklare ansvarsforhold med andrelinjen både i enkeltsaker og på systemnivå).
5. God oppfølging etter opphold i spesialisthelsetjenesten.
6. God kommunikasjon med pårørende og det øvrige personalet.

Sykehjemslegen har det medisinskfaglige ansvar for pasientene så lenge de er innlagt. Regulære

arbeidsoppgaver for sykehjemsleger er å yte den legehjelp han/hun finner nødvendig og forsvarlig eller sørge for at pasienten får nødvendig medisinsk hjelp annet sted dersom slik hjelp ikke kan ytes på sykehjemmet. Sykehjemslegen skal sette av tid til samtaler med pasienter og pårørende som ber om det. Legen skal besøke institusjonen etter avtalt plan og til faste ukedager og tidspunkt, innenfor de tildelte timer for offentlig legearbeid.

Organiseringen i Bodø Kommune

Det er i hovedsak fastlegene som står for legebemanningen på sykehjemmene og rehabiliteringsavdelingen, da som offentlig kommunal allmennlegeoppgave i deltidsstilling. Stillingsstørrelsene varierer ut fra hvor omfattende legebehovet er på den enkelte avdeling, og det er nasjonale føringer for hvor stor legedekningen bør være.

KOSTRA-tall for 2020 legetimer pr. uke pr. beboer i sykehjem.

	2020				
	3005 Drammen	**3804 Sandefjord**	**1507 Ålesund**	**1804 Bodø**	**5401 Tromsø**
Legetimer per uke per beboer i sykehjem (timer)	0,56	0,84	0,70	0,65	1,01

KOSTRA-tallene viser at vi i Bodø kommune ligger ca «midt på treet» i forhold til bykommuner det er naturlig å sammenligne med.

Sykehjem	Plasser	Årsverk lege	Legetimer / uke	Legetimer pr uke pr pasient
Stadiontunet Sykehjem	56	0,60	22,5	0,4
Mørkved Sykehjem	50	0,40	15	0,3
Furumoen	22	0,186	7	0,31
Hovdejordet	36	0,30	11,25	0,31
Vollsletta Sykehjem	24	0,32	12	0,5
Sentrum Sykehjem	60	0,573	21,5	0,358
Rehabiliteringsavdelingen	15	0,80	30	2
Sølvsuper Bølgen	11	1,1		
Sølvsuper Mellombølgen	21	1,0		
Sølvsuper Kortbølgen	21	1,0		
Sølvsuper Langbølgen	21	0,20		
Totalt	**338**	**6,5**		

Ved Rehabiliteringsavdelingen har det i mange år vært god legedekning, og avdelingen kan vise til gode behandlingsresultater. Dette er i tråd med ønsket satsning på forebygging innen Helse- omsorg og sosial tjenestene.

I 2020 ble det bestemt at denne avdelingen skal flyttes til Sølvsuper Helse- og Velferdssenter og reduseres med 5 plasser; dette er gjort som et rent økonomisk innsparingstiltak.

Sølvsuper har en høy legedekning sammenlignet med snittet. Der er korttidsplasser som inneholder palliativ enhet, KAD og korttidsplasser for utskrivningsklare pasienter fra sykehuset. Disse pasientene krever mer legeressurser pga. kompleksiteten i sykdomsbildet.

Sykehjemslegearbeidet ved øvrige institusjoner utføres i dag av 20 fastleger i deltidsstillinger fordelt på de ulike sykehjem. Ved flere sykehjem er flere leger engasjert med f. eks en lege i hver av tre etasjer (avdelinger).
De fleste legene gjennomfører arbeidet ved å gå visitt på sykehjemmet ca. 1/ 2 arbeidsdag per uke. De øvrige tilpliktede timene tas ut som beredskap per telefon.

Antall timer legedekning per uke per pasient er ulike på de ulike sykehjem. Dette avspeiler ulike krav til bemanning avhengig av kategorien sykehjemsavdeling: avdeling for langtidsplass, korttidsplass, rehabiliteringsplass, plass på spesialavdeling for demente med adferdsproblemer, plass for palliativ behandling eller ØHD/KAD- plass.

Bodø kommune ser behov for en omlegging av legetjenesten på institusjonene, fra mange små deltidsstillinger til få og større. I tillegg ønskes en netto økning av legetjenestetilbudet ved utlysning av to nye 100 % stillinger ved sykehjemmene. Det vises til nærmere redegjørelse i under overskrift «Identifiserte behov» i dette kapitlet.

Status legetjenester til personer som mottar hjemmetjenester

Det er fastlegene på dagtid og legevakta på ettermiddag/kveld/natt/helg som står for legetjenester til personer med vedtak om hjemmetjenester. I praksis rykker legevaktslegen sjeldent ut på hjemmebesøk. Det er ambulansetjenesten ved Nordlandssykehuset prehospital klinikk som håndterer akutte hendelser hos hjemmeboende pr i dag, og om nødvendig tar pasientene til sykehus eller legevakt.

Miljøtjenestens målgruppe er personer med medfødt eller tidlig ervervet funksjonsnedsettelse og som har behov for langvarige og koordinerte tjenester og habilitering. Miljøtjenesten yter alle typer pleie og omsorgstjenester til målgruppen, herunder helsetjenester i hjemmet – privateid eller kommunal bolig, praktisk bistand, avlastning, aktivitetstilbud, støttekontakt eller brukerstyrt personlig assistanse.

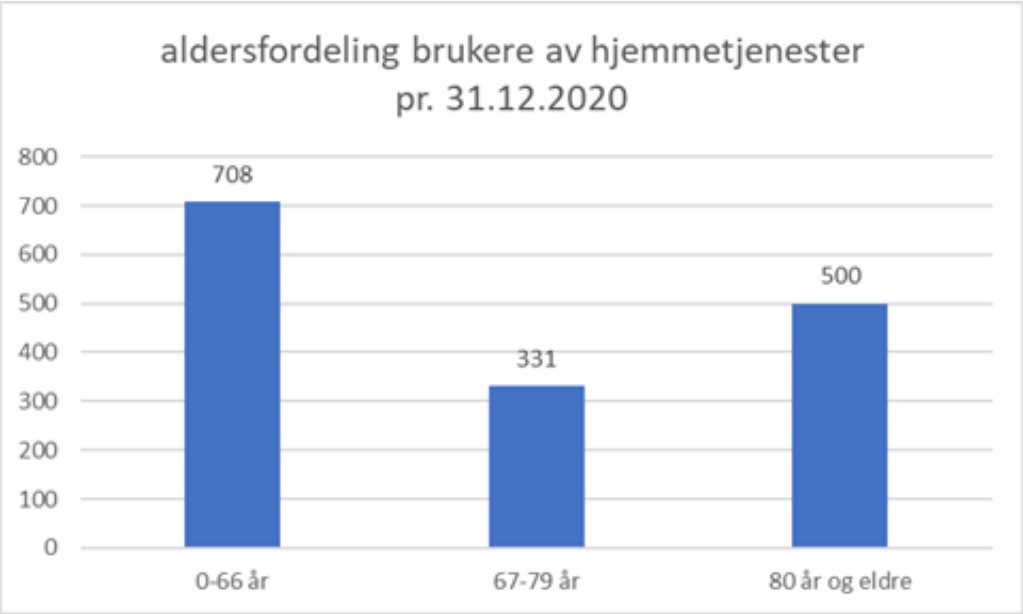
Personene i målgruppa har som ofte har større behov for legetjenester enn de øvrige innbyggerne i byen. Levealderen til personer med utviklingshemming øker stadig og dette medfører at flere får aldersbetingede diagnoser, herunder demens. Kompetansemiljøene på feltet understreker at det er en utfordring med oppfølging av somatisk og psykisk helse for personer med utviklingshemming.

Det er fastlegene som har det primære ansvaret for legetjenester til disse innbyggerne i Bodø.

Psykisk utviklingshemmede er utsatt for flere somatiske og psykiske lidelser enn den gjennomsnittlige befolkningen. I tillegg kan det dreie seg om sjeldne syndromer som det finnes lite kunnskap om både lokalt og nasjonalt. En av de største utfordringene er at mange psykisk utviklingshemmede har redusert evne til å meddele symptomer og plager. Fastlegene som ivaretar

også disse pasientenes helsetjenestebehov, er avhengig av god informasjon fra de som kjenner pasientene godt; pårørende og ansatte i miljøtjenesten.

Hjemmetjenestene omfatter ordinære hjemmetjenester (helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand), oppfølgingstjenester psykisk helse og rus, kreftomsorg og tjenester i døgnbemannede boliger til eldre), har ved årsskiftet (2020/2021) 1539 brukere. Aldersfordeling viser at 46% av brukerne er 66 år eller yngre og 36 % over 80 år.



Dagens bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester i Bodø kommune framskrevet til 2040, prosentvis endring fra 2017

	2017	2020	2025	2030	2035	2040
Unike brukere kommunens tjenester	3 576	6 %	19 %	33 %	49 %	66 %
Avlastning i institusjon, plasser	91	7 %	24 %	44 %	63 %	79 %
Dagopphold, plasser	227	9 %	32 %	61 %	93 %	127 %
Langtidsopphold institusjon, brukere	393	2 %	26 %	54 %	89 %	128 %
Rehabilitering utenfor institusjon, brukere	1 437	6 %	20 %	35 %	52 %	69 %
Tidsavgrenset opphold utgreiing/behandling, brukere	518	9 %	30 %	56 %	84 %	114 %
Tidsavgrenset opphold habilitering /rehabilitering, brukere	122	8 %	24 %	39 %	53 %	66 %
Annet bosted, brukere	168	6 %	16 %	27 %	39 %	52 %
Hjemmetjenester i alt, brukere	2 043	6 %	19 %	33 %	49 %	66 %
Hjemmetjenester, daglige gjøremål, brukere	846	7 %	26 %	47 %	73 %	100 %
Kommunale akuttsenger, brukere (2015)	180	9 %	31 %	57 %	88 %	121 %

I pågående utarbeidelse «Prosjekt- rapport Smart Helse mot 2035 «beskrives en utvikling av helsetjenesten til Bodø kommunes økende andel eldre personer, der hjemmebasert omsorg må ta større andel av helsetjenesten. Utbygging av sykehjem i takt med økning av antall personer som trenger slike tjenester ut fra dagens behandlingstradisjoner vurderes som for kostbart. Sykehjemsplasser angis å koste 1.1 million per stk.

Utbygging av tilrettelagte boliger i beskrives, der moderne (økt bruk av velferdsteknologiske hjelpemidler) og mer effektiv (e-helse samhandlingsløsninger) levering av helsetjenester skisseres som en mulig løsning for framtiden. Klyngebebyggelse skal legges til grunn for boligstrategien for å imøtekomme krav til effektiv arealutnyttelse og effektive samdriftsløsninger.

Utfordringer

Institusjoner og andre boliger med heldøgns omsorg

Sykehjemsmedisin vil bli en økende del av kommunens helsetjenester i planperioden på grunn av en stadig eldre befolkning. Dette forsterkes gjennom samhandlingsreformen som har skjøvet ansvar for medisinsk behandling som før ble gitt i spesialisthelsetjenesten over til primærhelsetjenesten.

Pasienter skal nå føres tilbake fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten tidligere enn før, og de skal tas imot umiddelbart etter at sykehuset definerer pasientene som utskrivningsklare og overføringsklare. Pasientene er ofte ikke kommet over i stabil fase ved utskrivning til sykehjem, noe som krever mer overvåking og observasjon av medisinsk personell i tillegg til medisinsk behandling Hos slike pasienter kan tilstanden ofte endre seg brått og kreve rask legevurdering . Dette krever tilstedeværelse av lege hos pasienten, telefonisk vurdering fra sykepleier til sykehjemslegen er ikke tilstrekkelig.

Offentlig statistikk underbygger denne tendensen:

Gjennomsnittlig liggetid i norske somatiske sykehus har sunket fra 6,0 døgn i 2010 til 4,6 døgn i 2020 (Kilde: norsk pasientregister). Pasientene skrives ut fra sykehuset med mer alvorlige, mer behandlingskrevende og/eller mer komplekse sykdomstilstander (kilde: Rapport IRIS - 2014/382).

Et sykehusopphold har etter hvert blitt den vanligste måten et sykehjemsopphold starter på. Pasienter som innvilges fast plass i sykehjem, har i snitt 5-6 aktive diagnoser. Kognitiv svikt er som regel en sterkt medvirkende årsak til at det blir innvilget fast plass.

Sykehjemmene får dermed ansvar for langt sykere pas enn tidligere og ansvar for behandling som tidligere kun var forbeholdt sykehus: intravenøs behandling med væske og medisiner, sentralvenekateter, store operasjonssår, blodkulturer og avansert antibiotikabehandling , cellegiftbehandling , smertepumpe , blodoverføringer, kunstige ernæringsformer....osv.

Dette medfører stadig mer krevende oppgaver både i kompetanse og tidsbruk, for sykehjemslegene de få timene de er der.
Tiden som er meget knapp, blir nødvendigvis prioritert til direkte pasientrettet arbeid.
Det blir ingen tid til lovpålagte kvalitetshevende tiltak som tverrfaglige møter, veiledning av personalet, undervisning eller faglig utviklingsarbeid.
Virksomhetslederne ved flere av sykehjemmene uttrykker ønske om sykehjemsleger i større stillinger for både å få bedre kontinuitet i pasientbehandlingen, oppnå tettere samarbeid med legene pga komplekse medisinske problemstillinger. De ønsker også mer samarbeid med legene om internt kvalitetsarbeid og pårørendearbeid.

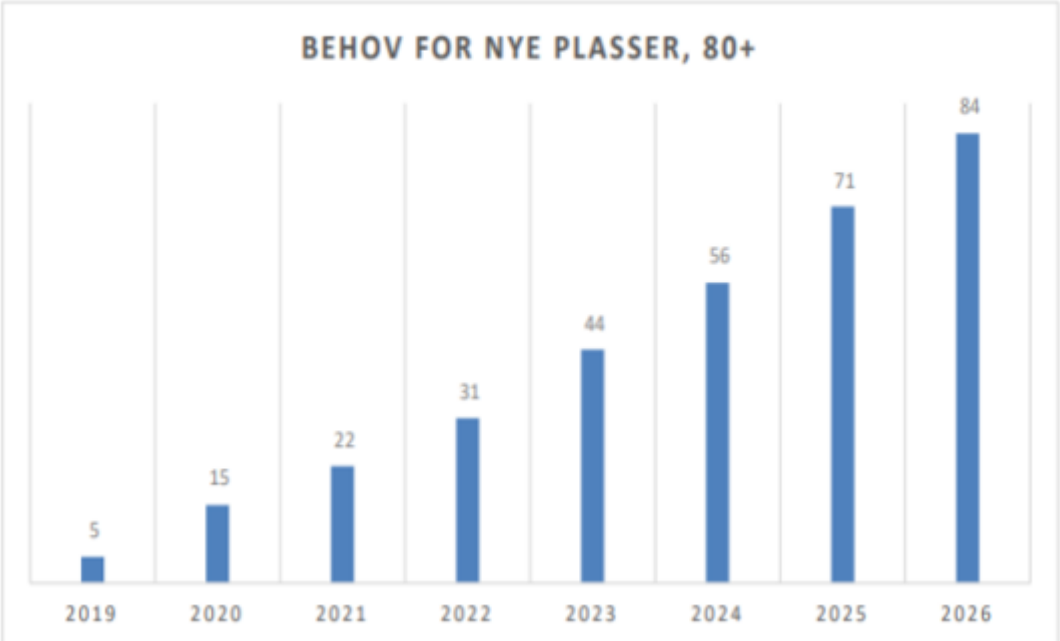
Denne utviklingen gjør at dagens ordning med legetjeneste ved sykehjem noen få timer en dag per uke ikke lenger er tilstrekkelig for å yte beboerne en medisinsk god behandling. Legedekningen har ikke holdt tritt med endringene i helsetilstanden hos sykehjemsbeboerne som har funnet sted etter samhandlingsreformen.

Ved Sølvsuper har det lyktes kommunen å få tilsatt to spesialister i nevrologi, hvorav den ene etter hvert har gått over i delvis administrativ stilling. Institusjonen har etter dette gjort betydelige driftsmessige endringer intern med bl.a. tettere fagsamarbeid mellom de ulik avdelinger og samarbeid med palliativ avd ved Nordlandssykehuset og St Olavs Hospital i Trondheim:

Sølvsuper kan ved behov omgjøre fra ØHD/KAD til avdeling for SARS Covid-19 smittede pasienter i kommunen og etter avtale med nabokommuner. Det er tatt i bruk digital avstandsoppfølging av Covidsyke pasienter (både innlagte og hjemme), etablering av rutiner for intern undervisning, undervisning av 6.års legestudenter ved UNN, etablering av tett samarbeid med palliativ enhet ved NLSH og etablering av ukentlig digital undervisning i regi av Kompetansesenter i lindrende behandling St Olavs Hospital, deltakelse i prosjekt RASK (Riktigere Antibiotikabruk i Sykehjem i Kommunene). Implementering av proACT først i Sølvsuper som pilot der etter i resten av tjenesten. Etablering av fagsykepleier som har delt stilling mellom Sølvsuper og øvrige institusjoner.

Det må påregnes et økt behov for langtidsplasser ved sykehjem de neste årene.
Figuren under viser behovet for nye institusjonsplasser til personer over 80 år for å imøtekomme befolkningsveksten.

Rådmannens forslag 2019-2022



sten.

Kilde: Sintef Rapport om helse- og omsorgstjenesten i Bodø

Beregninger viser behov for økning av langtidsplasser i størrelsesorden 53 nye plasser i planperioden. 2022 -2025. Dette er et estimert behov som forutsetter videreføring av tjenestenivå og-profil som i dag. Dersom denne utviklingen realiseres, vil det medføre et økt behov for legetjenester i institusjonene.

Mange faktorer påvirker hvordan det fremtidige tjenestetilbudet vil komme til å se ut. Legetjenesten i sykehjem er kun en del av en samlet primærhelsetjeneste. Helse – omsorg og sosialplanen vil trekke opp strategier for å møte disse fremtidige utfordringene.

Hjemmetjenester

Bodø kommunes mål om og faktisk utvikling i retning av at flere eldre bor hjemme lengre, vil fremtvinge økt behov for medisinsk kompetanse og tilsyn til syke eldre i hjemmet.

Det vil også kreve en økt satsing på kommunale helse- og omsorgstjenester hjemme hos befolkningen, særlig hos de eldre, og behovet for en medisinsk og tverrfaglig oppfølging av hjemmetjenestemottakere vil øke. Dette vil spesielt gjelde for mennesker med kroniske og sammensatte lidelser, demens, psykiske problemer og andre med behov for koordinerte tjenestetilbud fra både spesialisthelsetjenesten, og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Vi viser her særlig til Meld. St. 26 (2014 – 2015) Fremtidens primærhelsetjeneste, hvor det heter:

> *"brukere av hjemmetjenester i dag har mer krevende tilstander enn tidligere. De har derfor behov for mer helsetjenester og mer avanserte helsetjenester enn før. Det er ikke lenger tilstrekkelig med hjemmesykepleie for mange av brukerne. De har behov for mer legetjenester, mer fysioterapi og ofte også annen helse- og sosialfaglig kompetanse i tillegg til sykepleie."*

Dette vil medføre et behov for å vurdere en styrking av de kommunale legeressursene i hjemmetjenesten.

Denne utviklingen bekrefter behov for flere fastleger i kommunen.

Rehabilitering

I forbindelse med samhandlingsreformen ble mange rehabiliteringsoppgaver overført fra spesialisthelsetjenesten og til kommunene. Samtidig tilsier folkehelseprioriteringer at det er viktig med et økt fokus på mestringsevnen til enkeltpersoner og familier, også i sammenheng med sykdom og funksjonsnedsettelser. Dette krever stadig økende tverrfaglig samarbeid i kommunen, både i og utenfor institusjoner. Fastlegene vil også ha en viktig rolle i dette arbeidet. Det er i planperioden

nødvendig å arbeide med kontinuerlig kvalitetsheving i samarbeidet mellom fastleger, rehabiliteringstjenesten, hjemmetjenesten mv.

Det er også et økende behov for å sikre høy faglighet og god kvalitet i tjenestetilbudet. I dag er legetilbudet for fragmentert og med en manglende grad av samhandling/kvalitetsutvikling i og mellom institusjonene. Institusjonslegene melder i tillegg om fravær av tid til kvalitetssikring, personalveiledning, faglig oppdatering og undervisning. Videre skaper mangelfulle journalsystemer/ikt-løsninger problemer som går utover tid til direkte pasientkontakt. Journalsystemet som kommunen bruker, GERICA, er i hovedsak et system designet for sykepleiere, og som ikke gir en fullgod løsning for legene ved sykehjem. GERICA er også et lite velegnet verktøy i en kontinuerlig kvalitetssikring av tjenesten.

Identifiserte behov

Skal vi lykkes med en utvikling som er tilpasset samhandlingsreformens intensjoner er det et klart behov for å styrke antall legeårsverk i institusjoner og hjemmetjenesten i planperioden.

Helsekontoret ønsker å omlegge legetjenesten i sykehjemmene fra mange spredte små stillinger til fulle stillinger og foreslår:

- de fleste av de små stillingene komprimeres til 100 % stillinger
- de av nåværende sykehjemsleger som ønsker det, fritas fra dette arbeidet og tilbys annet kommunalt legearbeid (individuelle veileder for ALIS, kommunal representant i Helsefellesskap, deltaking i utviklings- og/eller forskningsprosjekt som berører legetjenesten, deltakelse i kvalitetsutvikling av legetjenesten med mer).
- det utlyses to ekstra 100 % sykehjemslegestillinger med faglig forankring på primærhelsetjenestenivå.
- samtlige sykehjemslegestillinger innlemmes i et samarbeidsnettverk der man vil utforske nye måter å utvikle fagsamarbeid på
- sykehjemsleger tilpliktes å ta etterutdanning til kompetanseområdet alders- og sykehjemsmedisin, ev også kompetanseområdene palliativ medisin og smertemedisin. Kommunen vil legge til rette for slik etterutdanning.
- sykehjemslegestillinger med unge leger vil søkes knyttet mot adgang til å inngå introduksjonsavtale med fastlege dersom legen ønsker dette.
- forum for institusjons leger i kommunen bør etableres
- undervisning og veiledning av ALIS-kandidater vektlegges spesielt

- det etableres en arbeidsgruppe med mandat å beskrive en god arbeidsmodell for sykehjemsleger (i ulike stillingsstørrelser) der fagsamarbeid i nettverk og arbeid med utvikling av kvalitet i tjenesten tillegges stor vekt.

Sølvsuper utmerker seg i dag som et naturlig faglig senter for sykehjemslegemiljøet som ønskes etablert i kommunen. Kommuneoverlegen der er spesialist i nevrologi og har allerede bidratt til driftsendringer av institusjonen som kan vurderes som forberedelser for den omlegging av tjenesten som her skisseres.

Det foreslåes at den administrative kommuneoverlegestillingen ved Sølvsuper tillegges det administrative ansvar for de øvrige sykehjemslegestillingene. I dette ligger også ansvar for å legge til rette for å etablere og utvikle et godt og samarbeidende fagmiljø både for legene og andre faggrupper. Dette er spesielt viktig i en oppstartfase med nyorganisering av legetjenesten. Et viktig moment blir å utforme tjenesten slik at den vekker interesse hos unge leger. Kommuneoverlegen skal lede det systematiske kvalitetsarbeidet for legetjenesten ved sykehjemmene og ha det formelle ansvaret for å videreutvikle samarbeidet med spesialisthelsetjenesten.

Det er store utfordringer med å dekke opp legestillingene ved uforutsett fravær, permisjoner og ferier. En netto økning av stillingsressursene for tjenesten vil gi en nødvendig buffer ved fravær.

I tabellen om fremtidig behov nye plasser for 80 +, estimeres ett behov for 47 nye langtidsplasser i planperioden. Dette tilsvarer 14 legetimer pr uke på sykehjem.

Dette bør inkluderes som en del av en fulltidsstilling. Eventuelle endringer i tjenestenivå fremover vil kunne påvirke denne beregningen.

I neste planperiode er det sannsynlig at fremtidens 80+ pasienter har mer kompliserte helseutfordringer og følgelig et større behov for legefaglig oppfølgning (til korttidsplasser) enn i dag.

Helsekontoret vil på denne bakgrunn mene at kommunen vil ha behov for å ta to klare grep:

- Vurdere om det vil bli endrede behov for institusjonsleger sammenlignet med det beregningen for langtidsplassene indikerer.
- Parallelt med at stadig mer kompliserte diagnoser og helseutfordringer overføres fra spesialisthelsetjenesten, blir det viktig å opprettholde en høy faglig bevissthet omkring grenseoverskridende ansvarsoverføring. Helsekontoret ønsker IKKE at pasienter som det klart er en oppgave for spesialisthelsetjenesten å inneha det medisinske ansvaret for, blir

overført til kommunehelsetjenesten. Drøftinger omkring riktig anvarsnivå er ofte krevende og fordrer klare avtaler med beskrivelse av ulike tiltak ved ulike sykdomsforløp.

Det er ved samtlige institusjoner behov for bedre løsninger for journal/ikt- systemer.

Når flere eldre skal få sine helsetjenester i sine hjem, vil det medføre et økt behov for å tilby legetjenester som kan nå disse eldre utenfor fastlegenes kontortid. Her må kommunen se nærmere på muligheten for å styrke de kommunale legeressursene i hjemmetjenesten. Situasjonen i dag og i planperioden peker samtidig på et behov for å styrke samarbeidet og samhandlingen mellom sykepleierne i hjemmetjenesten og fastlegene.

Det vil etter helsekontorets vurdering være riktig å satse på å utvikle et ambulant helsetilbud, utrykningsteam, bestående av leger og sykepleiere som kan oppsøke eldre hjemme og i institusjoner ved behov. Tilbudet bør være tilgjengelig utenfor fastlegekontorenes åpningstider; ettermiddager og helger. Et slikt ambulant tilbud vil også kunne bidra til økt rekruttering av sykepleiere inn i hjemmetjenesten ved at de har et større fagnettverk å forholde seg til i sin yrkesutøvelse. Behovet for økte legeressurser i hjemmetjenesten og institusjoner utenfor ordinær dagarbeidstid vil etter vår vurdering best imøtekommes ved å bygge opp kapasitet ved Legevakta gjennom oppstart av et utrykningsteam som kan gi støttende legetilsyn i institusjoner og hjemmetjenesten. Se for øvrig Utredningens pkt. 7.7.3.

For å sikre felles kvalitet og faglig utvikling på tvers av institusjonene er det nødvendig å få reetablert et felles faglig samarbeid, fortrinnsvis gjennom at en frigir tid og mulighet til faglige møter i et eget forum for alle institusjonsleger.

Øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD)/Kommunale akutte døgnplasser –(KAD) senger

Status

Etter samhandlingsreformen ble kommunene i 2016 pålagt å opprette Kommunale akutte døgnplasser (KAD). Formålet med disse er primært at pasienter med kjent sykdom skal utredes og behandles lokalt og dermed hindre sykehusinnleggelse. Dette var et nytt tilbud som krevde sykepleier- og legeressurs tilknyttet på døgnbasis. I Bodø kommune er det ved Sølvsuper Helse- og Velferdssenter etablert 7 KAD -senger for både somatiske og psykiatriske pasienter.

Det er utarbeidet en nasjonal veileder for KAD-senger, som stiller krav om at KAD pasienter skal ha tilgang til lege, og som påpeker at:

"Gjennomføring av faglig forsvarlig observasjon og behandling i øyeblikkelig hjelp døgnopphold forutsetter blant annet tilstedeværelse av sykepleier 24 timer døgnet."

Dette stiller krav til hvilke fysiske lokaliteter vi kan benytte i dette tilbudet, sengepostene må være knyttet til institusjoner med heldøgns sykepleiertilgang. Det finnes ingen mal som beskriver legebemanningen for KAD. Helsedirektoratets veileder nøyer seg med å beskrive at virksomheten må sørge for forsvarlig bemanning og at personalet må ha nødvendige kvalifikasjoner for å utføre de oppgaver de blir tildelt. Kravene vil altså kunne variere ift. hvilke pasienttyper som er innlagt i KAD-senger.

Utfordringer og identifiserte behov

KAD plassene har i dag gode legetjenester på dagtid og egen beredskap for helg og helligdager. På kveld/natt har vi ikke egen legeressurs tilgjengelig for disse plassene. Fremover vil evt. økt bruk og pasienter med mer kompliserte diagnoser / uavklarte symptomer kunne medføre behov for å tilby legetjenester på døgnbasis. Dette bør på litt lengre sikt sees i sammenheng med nytt helsehus. På kort sikt bør dette vurderes løst gjennom etablering av utrykningsteam fra legevakta på ettermiddag/kveld.

Under pandemien har samtlige KAD-plasser i perioder vært forbeholdt COVID-syke med behov for institusjonsplass, slik at det ordinære tilbudet ikke har vært til stede.

Helsestasjon og skolehelsetjeneste

Kommunen skal tilby svangerskaps- og barselomsorg ved helsestasjonen, og helsestasjons- og skolehelsetjeneste til barn og ungdom 0-20 år.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal ha et tverrfaglig tilbud og bidra til kommunens tverr-sektorielle folkehelsearbeid med oversikt over helsetilstanden og de faktorer som kan virke inn på helsen til gravide, nyfødte, barselkvinner og deres partnere, samt barn og ungdom 0-20 år.

Kommunelegen skal være medisinsk faglig rådgiver og bidra i utformingen av tjenestens planverk og prioriteringer.

Leger i helsestasjoner og skolehelsetjenesten utgjør den nest største ressursen av allmennmedisinsk offentlig arbeid som legene fast forpliktes til.

Status

Leger i helsestasjoner og i skolehelsetjenesten utgjør den nest største ressursen av allmennmedisinsk offentlig arbeid som legene fast forpliktes til. Legeoppgavene ved helsestasjoner og skolehelsetjenesten er av forebyggende karakter, og skiller seg derfor i noen grad fra det ordinære kurative arbeidet.

Hovedfunksjonene i det forebyggende legearbeidet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten er å foreta vurdering av helsetilstand og risiko hos barn og unge i form av screening og målrettede undersøkelser etter nasjonale retningslinjer. I tillegg vil helsesykepleier eller foreldre etter behov, etterspørre legens vurdering og eventuell behandling innenfor tidsrammene som er gitt. Henvisninger til andre instanser, helseopplysning og deltakelse i tverrfaglig samarbeid er en del av legens oppgaver.

Legeressursene er fordelt slik på kommunens helsestasjoner og skoler.

Familiesenter	**Årsverk**	**Timer pr uke**
Helsestasjon for ungdom	-	-
Sentrum	0,20	7,50
	0,20	7,50
Rønvik	0,10	3,75
	0,10	3,75
	0,10	3,75

Mørkved	0,10	3,75
	0,10	3,75
	0,10	3,75
Tverlandet	0,10	3,75
Misvær	0,00	0,00
Kjerringøy		
Totalt	**1,10**	**41,25**

Skole	Årsverk	Timer pr uke
Hunstad / Mørkved / Støver	0,08	3,00
Alstad / Grønnåsen / Bodøsjøen / Aspåsen /Østbyen / St.Øystein	0,12	4,50
Saltvern / Rønvik / Løpsmark / Skaug	0,1	3,75
Totalt	**0,3**	**11,25**

Helse - og omsorgstjenesteloven fastslår at alle deler av helse- og omsorgstjenesten har ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Bodø kommune har et klart fokus på forebyggende og helsefremmende innsats, og Oppvekstplanen understøtter denne prioriteringen.

Utfordringer

Dagens organisering av legeressursen i helsestasjons- og skolehelsetjenesten er svært utfordrende. Dette er først og fremst knyttet til små stillingshjemler som gir store administrative og logistikk-messige utfordringer. Bl.a. må kontorfasiliteter være tilgjengelige på permanent basis, til tross for at de kun benyttes enkelte dager i måneden.

Ordningen er også sårbar med tanke på fravær (sykefravær, kurs, veiledning o.l.) hos legen, da det ikke er tilgang på vikar til disse tjenestene. F.eks. ved Tverlandet familiesenter er lege kun tilgjengelig hver 14. dag. Dersom denne tiden utgår pga. fravær må avtaler utsettes og det blir vanskelig å følge opp helseundersøkelsene innenfor gjeldende frister.

Høsten – 21 settes det i gang et utviklingsarbeid der man skal vurdere å slå sammen fire familiesenter til to. I dette arbeidet vil det også være en klar fordel med færre leger i større stillingshjemler og der man også organiserer tjenesten med en «backup» ved fravær.

Alle kommuner skal ha et helsestasjonstilbud for ungdom (HfU) opp til 20 år, jf. forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og i forskriften framkommer også kravet om legeressurs tilknyttet tjenesten.

Bodø kommune har et slikt tilbud på plass der ungdom bl.a. tilbys oppfølging i forhold til seksuell og psykisk helse. Tilgang på legeressurs er løst ved bruk av 5. års studenter, da det så langt ikke er vurdert at fastlegeforskriften kan brukes til å pålegge arbeid i HfU som en offentlig oppgave.

Identifiserte behov

Bodø kommune har svak legedekning innen helsestasjons – og skolehelsetjenesten og det er behov for å styrke denne tjenesten, både i det kliniske arbeidet og på kommunelegenivå.

Organisering av tjenesten, kvaliteten, fleksibiliteten og utviklingen av tilbudet kan forbedres ved å øke stillingsbrøkene fra 10% til 20% stillinger.

Det bør vurderes å opprette et faglig forum for leger i helsestasjon- og skolehelsetjenesten samt et samarbeidsforum med aktuelle fagmiljø i Nordlandssykehuset, både somatikk og psykiatri, spesielt når det kommer til god henvisningspraksis.

En økning i antall fastlegehjemler utover det som trengs for å dekke opp den generelle utviklingen vil være en effektiv måte å styrke legetjenesten innen helsestasjoner og skolehelsetjenesten. Et annet alternativ er å samle disse arbeidsoppgavene i en større kommunal stillingsprosent.

Migrasjonshelse - Asylsøkere / Flyktninger

Det er ikke lengre en egen migrasjonshelsetjeneste i OK-avdelingen, pga. at asylmottaket er lagt ned og flyktningstrømmen avtatt. De årsverkene med helsesykepleiere som jobbet her er redusert til 1,5 årsverk og integrert i den ordinære helsestasjon og skolehelsetjenesten.

Status

Det er organisert en egen helsetjeneste for flyktninger og asylsøkere bestående av helsesøster, 0,06 årsverk allmennlege disponert til flyktningkontoret, og 0,2 årsverk allmennlege disponert til Tverlandet Mottak. Legetjenestene består av forebyggende kontroll / screening, og akutt helsehjelp.

Utfordringer

Dette er en mangefasettert gruppe mennesker med til dels store behov for avansert medisinsk oppfølgning, både somatisk og psykisk. Det er et stadig økende behov for legens arbeid i

flyktningspørsmål, både på rent klinisk individuelt nivå, i informasjonsarbeid og i arbeid med utredning og dokumentasjon ifm. søknader.

De nasjonale reglene for fastlegeordningen medfører at bosatte flyktninger ikke har tilgang til fastleger før de har fått personnummer. Da de avsatte legeressurser er små medfører dette at daglegevakta brukes ved behov utover det som avsatt legeressurs kan håndtere. Dette er lite tilfredsstillende både for flyktningene og legevakta. Det er også enkelte problemstillinger legevakta ikke er ment å håndtere, eksempelvis utredning av kroniske plager. Legevakten bruker av sine knappe akuttressurser til denne gruppen pasienter.

Helsekontoret får tilbakemeldinger fra migrasjonshelsetjenesten i Bodø kommune om at legetjenesten for flyktninger oppleves som en lite fleksibel og dårlig utnyttet ressurs.

Identifiserte behov

Pr. i dag vurderes tilbudet som forsvarlig, men flyktningenes behov for kommunale lege- / helsetjenester er større enn tilbudet, og det er behov for å styrke både det kurative og forebyggende arbeidet på gruppe og individnivå.

Fengselshelsetjenesten

Status

Innsatte i fengsel har samme rettigheter til et likeverdig tilbud om helse- og omsorgstjenester som befolkningen for øvrig. Innsatte skal gis et helsetilbud tilpasset den enkeltes behov etter en individuell vurdering. Kommuner med fengsel er ansvarlige for primærhelsetjenesten i fengslene. Ansvaret er hjemlet i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester §§ 3-1 og 3-9. Tjenesten finansieres delvis av Justisdepartementet.

Fengselshelsetjenesten i Bodø består av 3 sykepleiere, og 0,4 årsverk legestilling fordelt på to fastleger som er tilgjengelig i fengselet en dag hver, pr. uke. I tillegg har fengselet avtale med NLSH Psykiatri om tilgang til psykolog etter henvisning. Bemanningen og kompetansen hos legene oppleves å være god. Det er ikke psykiatrisk spesialistkompetanse tilknyttet tjenesten.

Utfordringer

Legetjenesten i fengselet har spesielt utfordringer knyttet til de sykdommer som korrelerer med en kriminell bakgrunn. Det dreier seg ofte om personlighetsforstyrrelser og atferdsproblemer, rusproblemer og psykiske lidelser. Innsatte i fengsel har større problemer med rus og psykiske lidelser enn den øvrige befolkningen jf. Cramer 2014 og Innsattes levekår 2014 (SSB). Ved fengsling dukker det ofte opp utfordringer med abstinens og økt symptomtrykk fra angst og andre psykiske lidelser. Det åpenbarer seg ofte et behov for utredning og behandling av sykdom, som de innsatte ikke har prioritert å ta tak i tidligere. Eksempler på dette er ADHD-utredning, somatiske plager, og stabilisering av opiatmisbruk gjennom LAR.

Identifiserte behov

Vi mener å ha en tilstrekkelig fastlegetjeneste i planperioden hva gjelder antall timer avsatt til de innsatte.

En stor andel innsatte har kjent rus/psykiatri-problematikk. Spesialisthelsetjenesten stiller tilgjengelig en psykolog i samsvar med veiledningsplikten for spesialisthelsetjenesten. Psykologtilbudet tilbudet vurderes som et meget bra tilbud i seg selv, men det er et vedvarende behov for psykiatrisk spesialistkompetanse innen medisinering og behandling av psykiske lidelser for å støtte fengselslegene, og for å gi et bedre faglig tilbud til en gruppe med store og komplekse medisinske behov. Psykologer kan ikke gi faglige råd knyttet til medisinering eller somatisk utredning

LIS1 (turnusleger), medisinstudenter og veiledning av leger

Status

Enhver kommune plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell iht. Kommunehelsetjenesteloven. Helsetilsynet ved Fylkeslegen kan pålegge kommuner å opprette LIS1-stillinger ut fra dette hensyn. Bodø kommune har til sammen tre LIS1-stillinger, en ved hver av de kommunale legesentrene, en ved privat legesenter.

Fastlegekontorene tar hvert år imot studenter fra medisinutdanningen i Tromsø / Bodø. Universitetet kompenserer kontorene for dette, og helsekontoret har ikke hatt en rolle i denne utplasseringen.

Unge leger i utdanningsstillinger (LIS1 -leger) og gode veiledere i kommunehelsetjenesten er viktig. Ordningene gir et gjensidig kunnskapsløft og en rekrutteringsmulighet. Vi har erfart flere positive sider ved å ha LIS1-leger. De har vist seg å være en god avlastning for legekontorene der de jobber og å være rekrutterende da flere av dem har fortsatt i ledige vikariater ved de kommunale legesentrene. Deres deltagelse som sykehjemsleger under ferieavviklingen har vært en uvurderlig hjelp.

Utfordringer

Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020 – 2024 beskriver en økning av antall LIS1-stillinger i landet. Bodø vil få to nye LIS-1-leger allerede høsten 2021. I planperioden vil derfor Bodø ha til sammen fem LIS1-leger. Dette vil kunne lette presset på fastlegene noe..

Legevakt

Status

Legevakten er kommunens akutte legetilbud og skal gi øyeblikkelig hjelp utenom fastlegekontorenes åpningstid. Legevakten skal gi øyeblikkelig hjelp til alle som oppholder seg i Bodø kommune ved akutt sykdom eller skade som ikke kan vente til første hverdag. Bodø legevakt er døgnåpen med lege til stede hele døgnet. Den kommunale legevaktordningen skal kunne yte akuttmedisinsk hjelp ved så vel somatiske som psykiske og rusrelaterte sykdommer/lidelser.

Legevakten i Bodø er organisert i en egen enhet i Helsekontoret, og har ansatt legevaktsjef i 50 % stilling med medisinskfaglig ansvar for legevakten og overgrepsmottaket. I tillegg har enheten en daglig leder og fagkoordinatorer i delt stilling som har administrative oppgaver.

Alle fastleger plikter å delta i arbeid ved legevakten. Etter bestemmelsene i særavtale SFS 2305 § 7.2 kan leger kreve seg fritatt etter fylte 60 år. Særavtalen sier videre at "det skal tas særlig hensyn til leger over 55 år", som etter søknad kan fritas for eksempel av helsemessige grunner. Alle fastlegene over 60 år i Bodø er fritatt legevakt på grunn av alder. Noen av de øvrige legene er fritatt av helsemessige grunner. 41 leger deltar fast, hvorav 38 deltar i nattevaktordning. LIS 1 legene er også med i legevaktsordningen. I tillegg har vi cirka 10 leger som ikke har fastlegeavtale, men som tar vakter etter eget ønske. Fastlegen i Misvær inngår i en vaktordning sammen med Beiarn kommune.

Fastlegene har ansvar for å gi akuttmedisinsk behandling for alle personer på sin liste i kontortiden jf. fastlegeforskriften. For personer som oppholder seg i Bodø, men ikke har fastlege her, og i den

tiden fastlegene er opptatt med offentlige allmennmedisinske oppgaver, har kommunen organisert en *akutt legetjeneste også på dagtid.* Det er egen daglegevaktslege i fast stilling på Bodø legevakt. For tiden er det to leger som deler en full stilling. I sjeldne tilfeller er det ikke lege tilgjengelig på legevakten på dagtid, da vil øyeblikkelig hjelps-pasientene bli fordelt rundt på kontorene. Legevakten bistår også fastlegene på dagtid når uforutsette hendelser gjør at fastlegene har behov for avlastning. I tillegg har legevakten enkelte andre helseoppdrag på dagtid, eksempelvis å understøtte KAD, Rehab og Sølvsuper ved fravær, medikamentell infusjonsbehandling, og prøvetaking av LAR-pasienter.

Legevaktslegen har ansvar for *akutt legetjeneste når fastlegekontorene er stengt.* Legevakten tar da imot alle personer som oppholder seg i Bodø. I tillegg håndteres da henvendelser fra byens sykehjem, fengselstjeneste, KAD-plasser og botilbud for eldre og hjelpetrengende.

Interkommunal legevaktsformidling

Bodø legevakt er vertskommune for *legevaktsformidling* for kommunene Fauske, Saltdal, Sørfold, Hamarøy, Gildeskål, Steigen, Meløy, Røst, Værøy. samt back up for Rana kommune ved sykdom/fravær. Dette innebærer at sykepleier tar imot telefoner fra distriktet på legevakttelefonnummeret 116117 og setter disse i kontakt med vakthavende lege i distrikt. Denne ordningen gjelder hele døgnet.

Akuttmedisin og beredskap.

Kommunen har lovpålagt ansvar for heldøgns medisinsk akuttberedskap ved ulykker og andre akutte situasjoner (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2), inkludert kommunal legevaktordning som skal yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner (akuttmedisinforskriften § 6 c). Kommuneoverlegens ansvar innenfor dette feltet er bl.a. følgende:

- medisinsk faglig ansvar for legevakt og dagberedskap
- medisinsk faglig rådgiver for kommunens beredskapsstab

Utfordringer

Økt antall konsultasjoner og oppgaver

På nasjonalt nivå øker antallet konsultasjoner på både legevakt (ni prosent korrigert for befolkningsveksten) og hos fastleger (fire prosent). Økningen gjelder særlig de eldste pasientene (80 år og oppover).

(kildehttps://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1300/Samdata%20kommune%20IS-2575.pdfkapittel 5.) Dette er en utvikling som vi også erfarer ved Legevakten i Bodø.

Legevakten er kommunens viktigste helsehjelp til befolkningen. Legevaktslegene yter også tjenester til byens sykehjem, fengsel og KAD senger i tillegg til hjemmebesøk. Med befolkningsvekst, stadig flere eldre som ofte er hjemmeboende og multisyke, gir dette høy sannsynlighet for stadig *økende arbeidsmengde utenfor legevaktslokalene* i planperioden.

Legevakten er – og må være – en *siste buffer ved uforutsette hendelser/fravær av leger*, det være seg i allmennpraksis eller i kommunale oppdrag ved våre institusjoner. Konkret gjelder dette ofte sykefravær ved sykehjem, hvor legene ikke har en grunnbemanning som er tilstrekkelig robust til å håndtere dette godt selv. Legevaktslegene strekker seg langt for å bistå, men dette går utover kapasiteten til å håndtere egne prioriterte oppgaver. Det gir også økt risiko for samtidighetskonflikter hvor legevaktslegen kan være i et oppdrag ute på et sykehjem samtidig som det kommer inn en pasient med øyeblikkelig hjelp-behov på Legevakten. Dette er ikke håndterbart annet enn i unntakstilfeller.

Legevakten bør i fremtiden ha en bedre kapasitet til sin rolle som *buffer ved uforutsette problemer*, dette vil gi økt kvalitet for byens innbyggere. Imidlertid vil dette kreve økt bemanning. En slik bemanning vil imidlertid bidra til å redusere kostnadene ved å leie inn leger fra vikarbyråer.

Nye krav til leger

Akuttmedisinforskriften har som formål å bidra til at befolkningen ved behov for øyeblikkelig hjelp mottar forsvarlige og koordinerte akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

Forskriften stiller *krav til spesialistkompetanse* hos leger i vakt. Fra 1. mai 2018 er det krav til at samtlige leger i kommunal legevaktordning skal ha godkjenning som spesialist i allmennmedisin eller ha godkjenning som allmennlege. Kravet gjelder også bakvakter. I tillegg har det kommet krav om at fra 1. mai 2021 skal alle leger ha gjennomført akuttmedisinkurs og kurs i håndtering av vold og overgrep på legevakten. Dette vil stille nye krav til organisering og kompetanseutvikling ved legevakten i planperioden. På grunn av nåværende koronapandemi er akuttmedisinforskriften på høring med tanke på forlengelse av fristen. Forslaget er 1. mai 2022.

Helsekontoret vil sørge for at forskriftskravene er oppfylte før fristen, men dette vil kreve økte ressurser til gjennomføringen av spesialiseringsløp for de kommunalt ansatte fastlegene som ikke er spesialister.

Krav til utstyr for håndtering av CBRNE-ulykker (kjemiske, biologiske, radioaktive, nukleære og eksplosive hendelser)

Den nasjonale faglig retningslinjen for håndtering av CBRNE-hendelser (side. 36) krever at følgende utstyr er til stede ved Legevakten:

- Personlig beskyttelsesutstyr for biologiske agens og støv (operasjonsfrakk, plastforkle, hansker, FFP3 åndedrettsvern, briller og heldekkende visir).
- Tilgang på CBRNE-drakt, maske med kull- og partikkelfilter (fra ambulansebase, ev. fra eget lager).
- Tilgang på temperert vann til utendørs dekontaminering av minst en pasient av gangen.
- Tralle med rene håndklær, pledd, O2-kolber, åndedrettsvern og mobilt akuttmedisinsk utstyr.
- Plan for nødvendig opplæring og øvelse i bruk av personlig beskyttelsesutstyr.
- Plan for innendørs oppsamling av sanerte pasienter (for å unngå hypotermi).

I Bodø kommunes helseberedskapsplan pkt. 3.2.2 er det krav om at legevakten skal:

- Sørge for beredskapsplan for legevakten.
- Legevakten skal ha en plan for nødvendig opplæring og øvelse i bruk av personlig beskyttelsesutstyr
- Legevakten skal ha en plan for oppsamling av sanerte pasienter

Pr i dag er dette ikke fullgodt til stede, men vil bli arbeidet inn i den nye planperioden.

Plikt til utrykning

Akuttmedisinforskriften § 6 litra c) pålegger kommunen videre et ansvar som blant annet innebærer å sørge for at lege og/eller annet helsepersonell *umiddelbart er i stand til å rykke ut* når det er nødvendig for å yte forsvarlig/øyeblikkelig hjelp. Kommunen må her sørge for en forsvarlig transportordning og legedekning. Per i dag er dette ikke praktisk gjennomførbart unntatt i krisetilfeller, da vi ikke har legevaktbil med nødvendig utstyr, og det kun er en lege på vakt det meste av døgnet. Samtidig er det slik at Helse- og omsorgsloven § 3-5 tillater at kommunene ikke rykker ut dersom kommunen vet "at nødvendig hjelp blir gitt av andre ...". I dag løses utrykningsbehovet i stor grad gjennom at Nordlandssykehusets prehospitalklinikk / ambulansetjenester plassert i Bodø.

Helsekontoret sørger for at dimensjonering av legevakttjenesten sikrer befolkningen et helhetlig og forsvarlig akuttilbud, men vi har en klar utfordring knyttet til utrykningsplikten. Å sikre økte legevaktressurser og legevaktbil vil understøtte vridningen av ressurser og oppgaver bort fra institusjoner og over til hjemmetjenesten slik at byens befolkning – særlig eldre og uføre – *kan få*

legetilsyn hjemme uten å måtte forlate hjemmet sitt. For mange er det krevende å skulle dra til legevakten for å få tilsyn. En mulighet for å rykke ut med lege og sykepleier til både institusjoner og i hjem, vil gi en klar økning i kvaliteten i tjenestetilbudet til hjemmeboende med behov for legetjenester.

Legevaktens lokaler er i dag for små og uhensiktsmessige. Disse er ikke tilfredsstillende for hverken pasienter eller ansatte. Det er nødvendig å få etablert en ny legevakt i mer hensiktsmessige lokaler. Her viser vi til behovet for et nytt helsehus som er under planlegging, med plass til legevakten, KAD-senger og observasjonssenger.

Identifiserte behov

Øke bemanning

Det kan være *behov for å øke bemanning, heve kompetanse og tilordne vaktturnus slik at det er flere leger på vakt,* særlig på ettermiddag og kveld. Dette vil få ned ventetider på legevakten, gjøre legene i vakt tryggere og mere kompetente og det vil også da være mulig å ha egen uttrykningslege med legevaktbil som kan gjøre hjemmebesøk, visitt på sykehjem, fengsel og KAD-senger.

Dette krever flere leger som kan dele på vakter slik at total vaktbelastning ikke blir for stor på fastlegene. Det bør vurderes å ansette legevaktsleger i kombinerte stillinger som for eksempel tilsynsleger på sykehjem.

Utrykningsteam på legevakten – Legevaktbil – psykiatrisk sykebil

Det er ønskelig å utrede opprettelse av kommunale stillinger med fastlønnet lege i vaktturnus på legevakten. Dette vil kunne organiseres som en egen vaktordning der de fastlønnete legene er stasjonert på utrykningsbil slik det gjøres i mange andre kommuner. Legevaktbil med et minimum av utstyr vil gjøre det mulig for legevaktslege å rykke ut på røde responser slik akuttmedisinforskriften krever. En legevaktbil vil også få ned antall oppmøtte på legevakten fordi det vil være mulig å gjøre hjemmebesøk og sykebesøk på sykehjem, KAD - plasser og fengsel. Dette vil avlaste legevakten, ambulanse og sykehjem og bidra til å tilrettelegge for et økt helsetilbud hjemme hos befolkningen, med en mulig effekt i redusert behov for institusjonsplass. I tillegg vil byens befolkning få et bedre tilbud ved at lege kan foreta hjemmebesøk.

Dette utrykningsteamet og legevaktbil kan også brukes som ledsagerordning for transport av psykiatriske pasienter i kommunen (psykiatrisk sykebil).

Fastlønnete legevaktsleger

Per i dag er legevaktslegen fastlønnet på dagtid mellom 0800 og 1530 og på natt mellom 2300 og 0800. Resten av døgnet jobber legen som selvstendig næringsdrivende. Det anses som nødvendig å

vurdere fast lønn på legevakt for å gjøre det mere attraktivt å gå legevakt spesielt dersom tjenesten blir mer utadrettet.

Nye lokaler

Det er behov for nye fysiske lokaler. Dagens legevaktslokaler er for små allerede for å fungere hensiktsmessig, og en utvikling av legevaktsarbeidet vil etter hvert medføre behov for større lokaler. Det er ikke mulig å få dette til i dagens bygg.

Interkommunalt overgrepsmottak

Status

Overgrepsmottaket er et *døgnåpent akuttmottak for personer som har vært utsatt for seksuelle overgrep og vold i nære relasjoner.* Mottaket dekker Bodø, Beiarn, Fauske, Saltdal, Sørfold, Gildeskål, Steigen, Meløy, Hamarøy, Lofoten og Vesterålen. Hjelpen som gis fra mottaket skal, i tillegg til medisinsk undersøkelse og rettsmedisinsk undersøkelse, forebygge fysiske, psykiske og sosiale skader og hjelpe den enkelte til å gjenvinne kontroll over livet sitt.

Tilbudet er døgnkontinuerlig med 6 leger og 6 sykepleiere i beredskap. Pr. 01.01.16 ble ansvaret for overgrepsmottaket overført til Nordlandssykehuset (NLSH), i samsvar med nasjonale endringer i regelverket. Det er inngått en samarbeidsavtale hvoretter Bodø kommune drifter mottaket fremover, mens NLSH står for finansieringen av mottaket. Hverken endringer i regelverk eller inngåelse av samarbeidsavtale har endret måten mottaket driftes på. Slik Helsekontoret vurderer dette fungerer samarbeidet svært godt.

Det er videre etablert samarbeid med NLSH, Krisesenteret i Salten, familievoldkoordinator, Nordland politidistrikt, ATV (alternativ til vold) og bistandsadvokatene i Nordland. Det er verdt å nevne at overgrepsmottaket nyter stor anseelse nasjonalt. Høsten 2016 ble primus motor for mottaket – Anne-Mette Finsrud –kåret til årets legevaktsykepleier på den nasjonale legevaktkonferansen. Nordlandsforskning konkluderer i en undersøkelse at de som får hjelp er svært fornøyde. Det er publisert en rapport på overgrepsmottak i Norge 2017.

Utfordringer

Overgrepsmottaket fungerer godt i den formen det er organisert per dags dato. Det er tilgjengelig lege og sykepleiere døgnet rundt og det er etablert en beredskapsvakt, istedenfor en frivillig ringeliste. Dette sikrer legedekning på en god måte. Arbeidsbelastningen er foreløpig ikke så stor at ordningen må utvides i kommende planperiode. Rekruttering av leger fungerer også tilfredsstillende.

Identifiserte behov

Det er nødvendig å utvikle den rettsmedisinske kompetansen ytterligere, særlig innen rettsmedisinsk sporsikring, dokumentasjon og erklæringer. De undersøkelser som legene gjør med hensyn til DNA-spor, fysiske spor og undersøkelser blir ofte benyttet av påtalemyndighetene i straffesaker. Aktørene i straffeprosessen stiller stadig økende krav til kvalitet i dette arbeidet.

Det er et ønske om å ha kapasitet til å utvikle videre faglige krav til opplæring og trening utover grunnutdannelsen for både leger og sykepleiere. Det er derfor opprettet stilling på 10% stilling som fagansvarlig lege og 20 % som fagansvarlig sykepleier. Det er mulig at disse stillingene burde vært større etter at vi også har overtatt hele Lofoten og Vesterålen. I og med at ansvaret for driften og utviklingen av Overgrepsmottaket tilligger NLSH beslutningsmyndighet og ansvar, er disse synliggjorde behovene ikke tatt inn videre i denne kommunale legeplanen.

Det er ønskelig med *bedre oppfølging av overgrepsofre*, etter at overgrepsmottaket har avsluttet sine primære oppgaver. Medisinsk og psykososial oppfølging bør etableres i de enkelte kommuner som har ansvar for å følge opp overgrepsofre. I dag håndteres dette av fastlegene. *En kommunal psykiater* vil bidra til å gi et godt kommunalt tilbud til ofre for overgrep i ettertid. Overgrepsmottaket tar imot personer som har opplevd alvorlige krenkelser som i mange tilfeller medfører alvorlige traumer og psykiske reaksjoner. Ved å komme tidlig inn i slike saker vil den kommunale helsetjenesten kunne forebygge mer alvorlige helseutfordringer som kan være svært krevende for den enkelte berørte, og som kan stille store krav til ressurser og oppfølgning primært fra den kommunale helsetjenesten og kommunale tjenester for øvrig.

7. Samfunnsmedisinsk legearbeid

Samfunnsmedisinen som fagfelt omhandler hele befolkningens helse, i ordets videste forstand, og alt som kan påvirke den. Kommunens samfunnsmedisinske oppgaver er i stor grad bestemt gjennom lov og forskrift, og knyttet til kommunelegens rolle som kommunens samfunnsmedisinske rådgiver.

Samfunnsmedisinsk kompetanse er nødvendig i folkehelsearbeidet, i helseovervåkning, i helsekonsekvensutredninger, prioriteringsvurderinger og analyse av helserelaterte årsakssammenhenger og muligheter for helsefremmende og forebyggende tiltak.

Den medisinskfaglige rådgivningsrollen er knyttet opp mot hele kommunen; kommunens politiske og administrative ledelse, ansatte i kommunale virksomheter, fastlegene, og befolkningen. Enkelte myndighetsoppgaver er direkte tillagt kommunelegen/kommuneoverlegen gjennom lov (f.eks.

smittevern og miljørettet helsevern). De samfunnsmedisinske legene er også sentrale bidragsytere i tjenesteutvikling, kvalitetsarbeid, beredskap, planarbeid, samt i samhandling internt, og med spesialisthelsetjenesten.

Etterspørselen etter samfunnsmedisinsk kompetanse har vært økende i forbindelse med økt nasjonal satsing på folkehelsearbeid og samhandlingsreformens krav om større fokus på forebygging, tidlig intervensjon og utviklingen av gode og effektive pasientforløp. Overlegene etterspørres også i økende grad som rådgivere og støttespillere i komplekse bruker- og pasientsaker internt i kommunen og i grensesnittet mot spesialisthelsetjenesten.

Corona-pandemien har til fulle vist at et dynamisk helsekontor med kompetanse innen samfunnsmedisin har vært essensielt for kommunens håndtering, planlegging og gjennomføring av de svære samfunnsmessige utfordringer denne har medført.

Erfaringen per april 2021 oppsummeres slik fra helsekontoret:

«Covid-19 pandemien krevde store omstillinger i kommunehelsetjenesten. Det som karakteriserte utbruddet var intensiteten, omfanget og varigheten. Kommunehelsetjenesten og særlig den administrative delen av Helsekontoret var ikke bemannet for å ta seg av de oppgavene som måtte løses. Nærmest ved en tilfeldighet ble det mulig å øke antall kommuneoverleger på meget kort varsel. I tillegg til legetjenesten ble kravet til kapasitet til testing og smittesporing og på et senere tidspunkt også vaksinering økt i et omfang som det ikke var mulig å forutse. Omorganisering av legevakta med smitteforebyggende tiltak og opprettelse av luftveislegevakt medførte også et økt behov for leger på legevakta»

Status

Bodø kommune har i mange år hatt fire kommuneoverleger i små deltidsstillinger (20 – 40 %). De fire stillingene utgjør 1,6 årsverk, og legene har hatt ansvaret for hver sine fagområder (se underkapitlene). Legene har ønsket å ha sitt hovedvirke i det pasientrettede fastlegearbeidet, med de fordeler og de ulemper det har for det samfunnsmedisinske arbeidet.

De kommunale overlegeoppgaver deles opp i følgende fagområder:

- *Smittevern og Internasjonal helse.*
- Folkehelsearbeid og miljørettet helsevern

- Akuttmedisin og beredskap
- Allmennmedisin og geriatri
- Rus – og psykiatri

Smittevern

Arbeidsområdet innenfor smittevern inneholder følgende hovedområder:

- Utarbeidelse av «Plan for smittevern», herunder influensa og pandemiplan.
- Ansvar for tuberkulosearbeidet.
- Medisinskfaglig ansvar for vaksinasjons- og smittevernkontoret.
- Medisinsk faglig ansvar for smittevernarbeid blant innvandrere, asylsøkere og flyktninger.
- Medisinsk faglig ansvar for mottak og oppfølging av MSIS meldinger (nominative).

Folkehelsearbeid og miljørettet helsevern

Bystyret har delegert sin myndighet etter Kommunehelsetjenesteloven kap. 4a til kommuneoverlegen for folkehelse. Helsekontorets arbeid innen folkehelsearbeid innebærer følgende ansvarsområder:

- Miljørettet helsevern iht. Kommunehelsetjenestelovens § 1-4, i samarbeid med Helse- og miljøtilsyn Salten IKS.
- Plan og utviklingsarbeid innen folkehelse oversikt over helsetilstand i befolkningen.
- Strategier innen helsefremmende og forebyggende arbeid.
- Ivaretakelse av helsehensyn i kommunal planlegging (jfr. Plan og bygningsloven) mottak og registrering og viderebehandling av dødsmeldinger.

Akuttmedisin og beredskap

Helsekontorets arbeid innen dette området ivaretas i hovedsak av kommuneoverlegen for legevakt og utgjør i hovedsak:

- Medisinsk faglig ansvar for legevakt og dagberedskap
- Medisinsk faglig rådgiver for kommunens beredskapsstab.

Allmennmedisin og geriatri

Arbeidsområdet innenfor allmennmedisin og geriatri inneholder følgende hovedområder:

- Medisinskfaglig rådgivning ovenfor allmennlegetjenesten, og rolle som tilrettelegger for kvalitetsforbedringsarbeid hos fastlegene.

- Medisinskfaglig rådgivning ovenfor kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i spørsmål knyttet til allmennlegetjenester.
- Medisinskfaglig rådgivning overfor omsorgstjenesten. Medisinskfaglig koordinering av legetjenesten i sykehjem.
- Medisinskfaglig ansvarlig for legemiddelhåndtering i hjemmetjenesten.

Rus - / psykiatri

Stilling som kommuneoverlege innen rus-psykiatri har stått ledig i mer enn 10 år.

I mangel på egen kommuneoverlegestilling for rus- / psykiatri har kommuneoverlegen med oppgaver innen allmennmedisin og geriatri midlertidig tatt disse rådgiveroppgavene i tillegg til egne oppgaver. Det er i dag ansatt en psykiater i 20 % deltids prosjektstilling med klinisk pasientarbeid som oppgave, tilknyttet en spesifikk enhet i helsetjenesten. Bodø kommune har ansatt en kommunepsykolog som et forsterket tilbud innenfor psykisk helse for voksne. Denne kompetanse har etter hvert blitt benyttet til stadig mer administrativt arbeid, alt i samråd med helsekontorets vurderinger, da behov for bl.a. opplæring og rådgivning har blitt vurdert som en bedre måte å benytte denne ressursen på enn direkte klientarbeid.

Utfordringer

Behov for økt samfunnsmedisinsk kompetanse

Dagens kommuneoverleger har i utgangspunktet kun rammevilkår til å ivareta ordinære daglige driftsoppgaver.

Den pågående pandemien har skapt ekstraordinære behov for legeressurser innen samfunnsmedisin. Det er neppe behov for å satse på en permanent bemanning på helsekontoret som skal ta høyde for en ny tilsvarende situasjon. Antall kommuneoverleger bør imidlertid økes med tanke på at en ny pandemi sannsynligvis vil komme. En del av planarbeidet som er utført, vil man kunne dra nytte av, men en ny pandemi vil helt sikkert også medføre nye problemstillinger. Bodø kommune bør ha en kommuneoverlege i full stilling, i tillegg til deltidsstillinger med ansvar for hver sine fagområder. Nåværende fordeling av fagområder vurderes som hensiktsmessig.

Bedre tilgang på det samfunnsmedisinske perspektivet mangler i mange utviklingsprosjekter. Det at hver kommuneoverlege har hver sine områder og arbeidsdager går også ut over kontinuiteten og fremdriften i helsekontorets overordnede samfunnsmedisinske arbeid.

Helsekontoret vurderer det som høyst nødvendig å styrke den samfunnsmedisinske kompetansen for hele kommunen. Denne styrkningen må komme i tillegg til de kommuneoverlegene som er i dag,

dette for å skape et attraktivt fagmiljø og en merverdi innen fagområdet. Å samle dagens ressurser til en 100% stilling vil ikke gi noen merverdi.

Noen områder der det er behov for kommuneoverlegeressurs og som dagens situasjon ikke gir rom for:

- Samfunnsmedisinsk og legefaglig kompetanse i HO-avdelingens planarbeid og kvalitetsarbeid.
- Tverrfaglige prosjekter innen forebyggende helse og folkehelse.
- Rådgivende funksjon ovenfor tildelingskontor.
- Planleggingen av neste institusjonsbygg/ Helsehus, jfr. Notat sak 2013/276 «Tanker rundt nytt fremtidig institusjonsbygg».
- Videreutvikling av klinisk samarbeid med NLSH.

Behov for økt psykiatrisk kompetanse

Psykisk helse er et stort og omfattende felt som er høyt prioritert nasjonalt både i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helsetjenesten. De siste årene har det vært stor oppmerksomhet rundt dette feltet og dets betydning i forhold til arbeid innen folkehelse i Norge, noe som også er tydelig nedfelt i Folkehelsemeldingen – mestring og muligheter (Stortingsmelding 19 (2014-2015). Regjeringen uttrykker her et ønske om å inkludere psykisk helse som en likeverdig del av folkehelsearbeidet i Norge, noe som særlig skyldes at det fremstår som et stadig økende problem i befolkningen. Særlig trekkes utviklingen blant barn og unge frem urovekkende

Blant tiltakene som trekkes frem, er bedre behandlingstilbud og sterkere forebyggende arbeid i helse og omsorgstjenesten, særlig i kommunens psykologtjeneste, helsestasjoner og skolehelsetjenesten.

Fastlegene, oppfølgingstjenesten, fengselshelsetjenesten og de ideelle organisasjonene kommunen samarbeider med (som driver gatenært arbeid og flere botilbud), møter problematikken daglig. Helsekontoret har i forrige plan for legetjenesten beskrevet behovet for en overordnet legestilling innen dette feltet, men stillingen ble ikke opprettet. Dette er altså et behov som har vært uttrykt over mange år.

Da stillingen aldri har vært besatt, har kommunen og fastlegene måtte finne andre måter å møte de faglige utfordringene for de aktuelle pasientene på. Henvisning til spesialisthelsetjenesten medfører ofte uholdbar lang ventetid. I ventetiden går det enten til akutt krise som krever øyeblikkelig hjelp - tiltak eller pasient og fastlege ev i samarbeid med kommunal psykiatritjeneste greier å «trå vannet» inntil tilbudet spesialistvurdering inntrer.

I tillegg har en privatpraktisende psykiater i mange år tilbudt sin tjeneste ved å delta i felleskonsultasjoner hos fastlegen etter nærmere avtale. Noen ganger har dette medført at pasienten har fortsatt behandling hos psykiater. Dette tilbudet opphører i vår (2021) da psykiateren pensjonerer seg.

En del pasientene i Rus- og psykiatri-tjenesten i kommunen har utfordrende adferd med kronisk psykisk sykdom i bunnen. Dette kan skape medikamentelle behandlingsutfordringer. Fastlegen trenger da fagsamarbeid med psykiater. En av psykiaterne ved Nordlandssykehuset Psykiatri har innehatt en 20 % prosjektstilling til slikt arbeid i et av kommunens bofellesskap.

Helsekontoret anerkjenner behovet for økt psykiatrisk tilbud til befolkningen. Per tiden er det mangel på slik spesialkompetanse i hele landet og det vurderes ikke som realistisk å få tilsatt psykiater i overordnet fagstilling i kommunen. Bodø kommunes psykologspesialist ved helsekontoret har deltatt i utviklingen av lavterskeltilbudet Rask Psykisk Helsehjelp i kommunen som vurderes som et godt og målrettet tilbud mot en stor gruppe av de klientene som har behov for psykisk helsehjelp. Dette arbeidet evalueres og følges av helsemyndighetene over hele landet. Det er et nyetablert tilbud i Bodø i 2020 og vil kunne avlaste behovet for henvisning til spesialisthelsetjenesten etter hvert.

Identifiserte behov

- Overlege i samfunnsmedisin i 100 % stilling. Utvikling av kvalitet i fastlegetjenesten skal være en prioritert oppgave
- Økte ressurser innen smittevern og beredskap, spesielt forventes økt pålagt planarbeid når erfaringene etter pandemien kan oppsummeres.

Andre behov i planperioden

Kvalitetsutvikling

Kommunen har iht. forskrift om fastlegeordning i kommunene § 7 et ansvar for å etterse at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i fastlegekorpset, i tillegg til å sørge for et forsvarlig tilbud av allmennlegetjenester.

Helsekontoret ønsker økt fokus på arbeidet med kvalitetsutvikling i fastlegetjenesten i neste planperioden. Kommunen bør fortsette å bidra aktivt for å legge til rette for at legene får tatt nødvendige kurs og utdanningsaktiviteter under spesialisering. Særlig gjennom tiltak som letter arbeidssituasjonen ved fastlegenes fravær fra egen praksis. En "supervikar" vil være et viktig redskap i så måte.

Økt fokus medfører også at Helsekontoret i større grad enn nå bør strukturere og styrke det systematiske kvalitetsforbedringsarbeidet. Dette må skje i tett samarbeid med fastlegene, og da gjerne gjennom **etablering av et kvalitetsutvalg** bestående av representanter fra kommunen og fastlegene.

Det er videre ønskelig å satse på økt medisinskfaglig kompetanse blant de fastlegene som har større stillinger knyttet til Sølvsuper. Her bør vi se på muligheter for å tilby videreutdanningen innen geriatri, sykehjemsmedisin og palliativ medisin for fastlegene. Av hensyn til økt tverrfaglig samarbeid og overføring av medisinskfaglig kompetanse bør disse legene også ha mulighet til å delta i institusjonenes egen internundervisning på linje med øvrige ansatte.

Nytt Helsehus

For å møte utfordringene i fremtiden, som det pekes på gjennom blant annet primærhelsemelingen, bør det bygges et nytt Helsehus. Vi viser her til Økonomiplanen som legger inn midler til oppstart fra 2019, og til Notat sak 2013/276 «Tanker rundt nytt fremtidig institusjonsbygg». Et nytt Helsehus vil kunne inneholde legevakten – som allerede har behov for større lokaler og observasjonspost, større plass til overgrepsmottak, KAD-sengepost og legekontor. I tillegg bør det vurderes om korttidsavdeling, Helseteam for kronikere og andre utsatte pasientgrupper, lindrende avdeling, deler av rehabilitering, migrasjonshelse og psykologtjenesten bør kunne etableres nært Helsekontorets tjenester i et slikt bygg. En kan også se for seg samarbeid med eksterne aktører som BUP, NAV og interkommunale tjenesteenheter.

Elektronisk pasientjournal (EPJ) i sykehjem og hjemmetjeneste

Bodø Kommune har i noen år hatt Gerica som EPJ, og som de fleste andre kommuner i landet opplevd at alle de respektive EPJ har store mangler med tanke på de grunnleggende funksjonene legene har behov for. Utfordringene pr 2017 er de samme som skissert i rapporten «Elektronisk pasientjournal i omsorgstjenesten» IS-2221 fra 2014, altså et nasjonalt problem med at ingen av EPJ-leverandørene klarer å utvikle et brukbart produkt som ivaretar legetjenesten på en god måte. Kort fortalt er det ikke mulig å skrive henvisninger i Gerica for legene, det er ikke tilgang til kjernejournal og det er heller ikke mulig å sende e-resepter. Etter å ha forsøkt å tvinge gjennom bruk av Gerica som eneste journalsystem siste årene, måtte kommunen i 2017 installere og bruke CGM Allmenn som 2. system ved de sykehjemsavdelingene med størst behov for et fungerende EPJ.

Dette er nasjonale utfordringer som ikke direkte kan løses av Bodø kommune. Vi må imidlertid være en tydelig stemme og påvirkningsfaktor for en endringsutvikling hos leverandørene nasjonalt.

Arbeidet med digitalisering av kommunen vil også fremover ha fokus på dette området. Konkret skjer dette gjennom ForUT (IKT Forvaltnings- og UTviklingsteam for helse- og omsorgsavdelingen). Teamet forvalter og utvikler fagsystemene Gerica og CGM Journal. Teamet utarbeider strategi og handlingsplan for velferdsteknologi i Bodø kommune. Legetjenesten har et utmerket samarbeid med denne kompetansegruppen, og en videreføring av det tette og gode samarbeidet vil stå sentralt i planperioden også.

8. Konklusjoner og forslag til prioriterte tiltak

Bodø kommune skal fortsatt ha en forsvarlig og god legetjeneste i kommende planperiode. Dagens fastlegekorps og kommunens organisering av det allmennmedisinske arbeidet gir et godt utgangspunkt for å lykkes med dette. Denne Utredningen identifiserer utfordringer og svakheter i dagens legeordning som må håndteres i løpet av planperioden.

Helsekontoret har nedenfor spesifisert sju prioriterte tiltak for den neste planperioden. Disse tiltakene vil samlet sett sikre kommunen en riktig dimensjonert kapasitet innen legetjenesten, og gi kommunen et grunnlag for å tilby forsvarlige og gode legetjenester, og ressurser til å bidra i utviklingen av helsetjenestene i Bodø kommune i planperioden:

1 Rekruttere fastleger til mellom åtte og ti nye fastlegehjemler de neste 4 år Dette skal skje gjennom ALIS-ordningen som Bodø kommunen skal utvikle til et robust og attraktivt utdanningsløp for unge leger.
I tillegg bør kommunen iverksette umiddelbare økonomiske rekrutterings- og stabiliseringstiltak for å unngå at fastlegeordningen i kommunen rammes for fullt av den pågående nasjonale krisen i fastlegeordningen.

2 Legetjenesten ved sykehjem omlegges og utvides slik:
   a. de fleste av småstillingene komprimeres til 100 % stillinger
   b. de av nåværende sykehjemsleger som ønsker det, fritas fra dette arbeidet og tilbys annet kommunalt legearbeid
   c. det utlyses to ekstra 100 % sykehjemslegestillinger med faglig forankring på primærhelsetjenestenivå.

3 Ansette kommuneoverlege innen samfunnsmedisin 100% stilling. Denne vil kunne gi økt kvalitet og medvirkning i kommunens folkehelsearbeid, forebyggende helsearbeid og øvrig planarbeid som har behov for medisinskfaglig kompetanse. Denne ressursen kan ved kortvarige behov også brukes ved kommunens øvrige legetilbud. Det tillegges også stillingen å gjennomføre tiltak for å utvikle/sikre kvalitet i fastlegetjenesten

4 Beholde lønnsmidler til en kommunal allmennlege som kan arbeide som reservelege ved fravær o.l. i fastlegekorpset og ved kommunens øvrige legetilbud. Denne ressursen kan også brukes ved Legevakta slik at vaktbelastningen for fastlegene reduseres.

5 Økning av legetjenesten ved helsestasjon og skolehelsetjenesten.

6 Etablere utrykningsteam med legebil ved Legevakta. Lege og sykepleier vil kunne rykke ut ved behov til sykehjem, hjemmetjeneste og hjemmeboende. Dette vil også være et tilbud til psykiatriske pasienter – psykebil. Utrykningsteamet bør være tilgjengelig utenom fastlegekontorenes åpningstider; ettermiddag/kveld på ukedager og i helgene.

7 Etablere et helsebygg som blant annet inneholder legevakta med observasjonssenger, kommunale akutte døgnplasser (heretter kalt KAD), fastlegekontor og andre kommunale tjenester i planperioden. Her bør også helseteam, korttidsavdeling, rehabiliteringstjenester, psykologtjenester mv. vurderes tatt inn. Det samme gjelder evt. interkommunale samarbeidsenheter.