



PLAN FOR LEGETENESTEN I ÅL KOMMUNE

2023-2027



1. INNLEIING	s	3
1.1 Bakgrunn og mandat	s	3
1.2 Plangruppa	s	3
1.3 Oversikt	s	3
1.4 Samarbeidsforum	s	4
1.5 Organisasjon	s	4
1.6 Regelverk og nasjonale føringar	s	5
2. OFFENTLEG LEGEARBEID	s	5
2.1 Samfunnsmedisinske oppgåver	s	5
2.2 Allmennmedisinske offentlege oppgåver	s	6
2.2.1 Innsatsområde born og ungdom	s	8
2.2.2 Innsatsområde sjukeheims- og eldremedisin	s	8
2.2.3 Innsatsområde rehabilitering	s	10
2.2.4 Veiledning og utdanning	s	10
2.2.5 Innsatsområde fagleg koordinering og fagutvikling	s	11
3. KURATIV LEGETENESTE	s	12
3.1 Legetenesta innan vanleg kontortid	s	13
3.1.1 Medarbeidarar – omfang og kompetanse	s	13
3.1.2 Pasientane	s	14
3.1.3 Legar – organisering, heimlar og listelengder	s	15
3.1.4 Kvalitetssikring	s	17
3.1.5 Utadretta samarbeid	s	17
3.1.6 Spesialisthelsetenesta	s	17
3.2 Legevakt	s	18

1. INNLEIING

1.1 *Bakgrunn og mandat*

Gjeldande plan for legetenesta i Ål 2019-2022 vart vedteken i sektorutvalet 26.02.2019.

<https://www.aal.kommune.no/innhold-fra-gammel-losning/aal/servicetorg/plan-for-legeteneste-2019-2022.pdf>

Det er tid for revidering.

Mandat for rullering 2023-2027:

1. Plangruppa skal rullere Plan for legeteneste for perioden 2023 – 2027, dette både for offentlig og kurativt legearbeid og for legevakt.
2. Planen skal - oppdaterast ut frå endringar i regelverk, sentrale føringar og lokale vedtak, - ivareta innspel frå samarbeidande instansar, - gjera framlegg om eventuelle endringar i ressursbehov, organisering og drift.
3. Plangruppa skal leggje fram eit planutkast til sektorutvalsmøtet hausten 2023.

Plangruppa har vært samansett av:

1.2 *Plangruppa*

1 representant frå Sektorutvalet for helse og omsorg

2 representantar frå medarbeidarane

3 representantar frå legane

1 representantar frå administrasjonen

Lene Prestegard

Irene Apenæs. Irene Lie

Toril Bøyum. Johannes H. Poulsen

Marianne Lerberg

(Anne Ingeborg Hefte)

Geir Strømmen, sekr

Sekretær for plangruppa har hatt møter med faggrupper internt i legetenesta og samarbeidande instansar. Plangruppa har hatt 1 møte. Arbeidet med planutkastet har så blitt distribuert til plangruppa og andre utvalde, for kommentar og innspel.

1.3 *Oversikt*

Legetenesta omfattar fylgjande arbeidsområde:

1. Offentleg legearbeid

Dette omfattar

- a. samfunnsmedisinske oppgåver (sjå kap. 2.1)
- b. allmennmedisinske offentlege oppgåver (sjå kap. 2.2).

Samla tek det offentlege legearbeidet i overkant av 1/4 av legeressursane.

2. Kurativ legeteneste

Dette omfattar

- a. Legeteneste innan vanleg kontortid (sjå kap. 3.1).
- b. Legevakt (sjå kap. 3.2)

Ad a) Legeteneste innan vanleg kontortid tek i underkant av 3/4 av legeressursane og i tillegg tenester frå ei rekkje andre yrkesgrupper. 3 av legane har fastlønsavtale med kommunen, dei andre er privatpraktiserande gjennom leigeavtale med Ål kommune.

Ad b) Legevakt sikrar kurativ legeteneste utanom vanleg arbeidstid og skal ta hand om lidingar som etter ei fagleg vurdering ikkje kan vente til vanleg opningstid ved legekantoret. Legevakttenesta blir delvis utført gjennom interkommunalt samarbeid.

På legesida tilsvarar legevakt samla nesten to årsverk som kjem på toppen av normal arbeidstid. I tillegg kjem tenester frå sjukepleiar innan legevaktsentral / interkommunal legevakt.

Medarbeidarressursane ved legetenesta er samla 11,4 årsverk som fordeler seg med halvparten på legekantoret innanfor vanleg kontortid og halvparten knytt til legevakt utanom kontortid.

1.4 Samarbeidsforum

I samsvar med det sentrale avtaleverket mellom KS og Den norske legeforening skal det i kommunen vera eit samarbeidsutval mellom legane og kommunen, heretter kalla SU, med kommuneoverlegen som sekretær og med to representantar frå kommunen og to frå legane, alle vald for 2 år. Ein av kommunerepresentantane bør være rådmannen. Det er høve til å styrke representasjonen med observatørrepresentant om ein part ynskjer det. Utvalet har som hovudoppgåve å syte for at drifta av allmennlegetenesta skjer på ein høveleg måte og leggje til rette for eit godt samarbeid mellom kommunen og legane. Kommunen kan i samarbeid med legane finne løysingar på korleis fastlegeordninga kan leggst til rette, og gjennom dette gje legane ein reell medverknad på drift og organisering. SU skal årleg evaluere og prioritere bruken av legeressursar i det allmennmedisinske offentlege legearbeidet. SU skal i tillegg til dei oppgåver som er tillagt gjennom sentral avtale, vera eit diskusjonsforum for utvikling av kommunale og interkommunale helsetenester. SU skal ha minst 3 møter i året. Ved utfordrande tider skal møtehyppigheiten auke.

1.5 Organisasjon

Både legetenesta og legevakta er administrativt lagt til avdelingsleiar for Avdeling legeteneste. Legetenesta har sin base ved Ål legekantor i hovudetasjen i Ål helsesenter. Legevakt utanom kontortid og øyeblikkelig hjelp i kontortida (DagLegeVakt) har sin base i legevaktlokala i kjellaretasjen i Ål helsesenter.

1.6 Regelverk og nasjonale føringer

Kommunen har etter [Lov om kommunale helse og omsorgstjenester](#) § 3-2 ansvar for å tilby alle som oppheld seg i kommunen utgreiing, diagnostisering og behandling gjennom fastlegeordninga, og hjelp ved ulykker og andre akutte situasjonar, herunder legevakt, heildøgns medisinsk akuttberedskap, medisinsk nødmeldetjeneste og psykososial beredskap og oppfølging.

Fastlegeordninga er regulert gjennom [Forskrift om fastlegeordninga](#). Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjonar er regulert gjennom [Akuttmedisinforskrifta](#). Avtaleverket mellom KS og Den norske legeforening legg dei meir detaljerte rammer for legetenesta (ASA 4310 og SFS 2305)

- Samt: Helsepersonelloven [Lov om helsepersonell m.v. \(helsepersonelloven\)](#) - Lovdata, Folkehelseloven [Lov om folkehelsearbeid \(folkehelseloven\)](#) - Lovdata, Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning [Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger \(spesialistforskriften\)](#) - Lovdata og Smittevernloven [Lov om vern mot smittsomme sykdommer \[smittevernloven\]](#) - Lovdata.

2. OFFENTLEG LEGEARBEID

Det offentlege legearbeidet omfattar :

- samfunnsmedisinske oppgåver (kap. 2.1)
- allmennmedisinske offentlege legeoppgåver (kap. 2.2)

2.1 Samfunnsmedisinske oppgåver

For å sikre at alle kommunar driv eit samfunnsmedisinsk arbeid, er det lovpålagt at kommunane skal ha ein lege som er medisinsk-fagleg rådgjevar ([Helse- og omsorgstjenestelova § 5-5](#)). Det samfunnsmedisinske arbeidet er samfunns- eller grupperetta og tverrsektorielt

Kommuneoverlegen i Ål er sekretær for SU legetenester og har jamnlege møter med fastlegane. Det faglege og koordinerande arbeidet i legetenesta ligg hjå fagkoordinator, jmf. Kap.2.2.5.

Kommuneoverlegen i Ål er plassert i stab under kommunalsjefen for helse og omsorg.

Til samfunnsmedisinske oppgåver utført av kommuneoverlegen er det i Ål kommune avsett 0,3 årsverk. Dette dekkjer kjerneområda innan rådgjeving, smittevern, helsemessig beredskap, miljøretta helsevern og tvungent psykisk helsevern. Oppgåver ut over det, til dømes folkehelsearbeid, kvalitetsutvikling og tverrsektorielt arbeid må ivaretas av andre fagpersonar

Nasjonale retningslinjer for kommuneoverlegefunksjonen er under utarbeiding. Særavtalen mellom KS og Den norske legeforening seier følgjande: «*kommuneoverlegen bør vere spesialist i samfunnsmedisin. Kommunen skal legge til rette for at lege utan slik kompetanse kan inngå gjensidig forpliktande avtale med kommunen om å gjennomføre spesialistutdanningsprogrammet. Kommunen skal leggje til rette for at stillinga som kommuneoverlege utgjør minst 50 % av full stilling.*»

Det er ingen formell beredskapsordning for kommuneoverlegefunksjonen i Ål.

Mange av arbeidsoppgåvene innan samfunnsmedisin kan og bør ivaretakast i ein interkommunal samanheng. Dette gjeld til dømes folkehelse, smittevern, miljøretta helsevern, beredskapsarbeid og samhandling med helseforetaket. Kommuneoverlegane i Hallingdal møtest ein gong i månaden i KOLF – kommuneoverlegeforumet. Møtehyppigheit etter behov. I 2022 vart det tilsett felles kommuneoverlege i Hallingdal i 0,5 stilling. Vedkommande innehar også 0,5 stilling som Samhandlingsleiar i Hallingdal.

Kommunane i Hallingdal har samarbeidd om Miljøretta helsevern i Hallingdal (MHVH) sidan 2001, sjå heimesida [Forside - Miljøretta Helsevern Hallingdal \(mhvh.no\)](https://mhvh.no). Det vart då oppretta 1,0 stilling for teknisk-hygienisk personell. Arbeidsområda er mellom anna (i alfabetisk rekkefølge): Avløpsslam, badeanlegg, barnehagar, campingplassar, dyrehald, friluftsbad – vasskvalitet, frisør og hudpleie, fukt og muggsopp, helse i planlegging, inneklima, radon, røykfrie serveringsstader, skadedyr og insekt, skular, smittevern, solarier, støy, tatovering og hulltaking, sikkerheit i leikeland og leikeparkar og idrettsanlegg. Arbeidsmengda har auka mykje og bemanninga per i dag er: 2 stillingar. MHVH har sekretærfunksjon i KOLF og har tett samarbeid med kommuneoverlegane. MHVH har dei siste åra utvida ansvarsområde til kommunar i Valdres.

[KommuneProfilen. KommuneFakta med statistikk og nøkkeltall om befolkningens alder i kommuner og regioner. Basert på statistikk fra SSB](#)

***Hallinghelse** er eit samarbeidstiltak mellom kommunane i Hallingdal innan helse og omsorg. Ål kommune er vertskommune. Hallinghelse vart etablert i 2015. Hallinghelse har faste stillingar innan samhandling, folkehelse, læring og meistring og kompetanse og driv ei rekke interkommunale utviklingsprosjekt. Kommunane er samstemte i ei vidareføring og ei vidareutvikling av Hallinghelse.*

Lenke til årsmelding Hallinghelse 2022:

[Plan for legetenesten – OneDrive \(sharepoint.com\)](#)

Målsetjing:

- *Det samfunnsmedisinske arbeidet i kommunen skal fremje og verne om befolkninga si helse, bidra til god planlegging og faglege prioriteringar, og medverke til at ulike avgjerder med konsekvensar for helse, vert best mogeleg både for lokalsamfunnet og den enkelte borgar.*

Tiltak:

1. Sikre utvikling av Miljøretta helsevern (MHVH) og Hallinghelse som viktige samarbeidsorgan innan helse og miljø.
2. Målsetting om å ha ein kommuneoverlegefunksjon som er i tråd med nasjonale føringar når det gjeld kompetanse, stillingsinnhald og omfang
3. Arbeide for felles beredskapsplan for Hallingdalskommunane.

2.2 Allmennmedisinske offentlege oppgåver

Innhald

Dei allmennmedisinske offentlege oppgåvene omfattar både individ- og grupperetta tiltak og kan både ha helsefremjande, førebyggjande, rehabiliteringsretta eller behandlingsretta fokus. Dei allmennmedisinske offentlege legeoppgåvene skal sikre grunnleggjande helsetenester til utsette eller særskilte grupper i befolkninga. Tradisjonelt har dette vore retta mot sjukeheimspasientar,

helsestasjonsarbeid, skulehelsetenesta og arbeid retta mot asylsøkjjarar og flyktningar. Etter § 12 i Fastlegeforskrifta kan kommunen og fastlegane avtale at også andre oppgåver kan leggjast til dei allmennmedisinske offentlege oppgåvene.

I Ål kommune er også veiledning av kollegaer og LIS1 ein del av denne tilplikta tida, og kommunen har også inkludert kvalitetssikringsarbeid, fagleg koordinering og utvikling i dei allmennmedisinske offentlege legeoppgåvene. Dette fordi ein meiner at det er viktig å styrke fagmiljøet både ut frå eit ynskje om kvalitetstenester, men også ut frå eit ynskje om rekruttering og stabilitet i stillingane.

Samhandlingsreforma

Gjennom samhandlingsreforma har kommunane fått eit større ansvar for førebyggingsarbeidet og fleire oppgåver knytt til behandling og opplæring av kronikergrupper, og ansvar for å styrke tiltak før, i staden for og etter sjukehusbehandling.

Omfang og organisering

Kommunane kan tilplikta fastlegar i fulltidsheimel å delta i inntil 7,5 timar per veke med allmennmedisinske offentlege oppgåver. Gjennom eit samarbeid mellom kommunen og legane i SU, prioriterer ein dei oppgåver som skal reknast inn under dei allmennmedisinske offentlege legeoppgåvene og fordeler desse oppgåvene mellom legane. Det bør vera stor fleksibilitet i høve til kva for oppgåver som skal reknast inn under allmennmedisinske offentlege oppgåver. Helsevesenet er stadig i endring og det er viktig at legetenesta bidreg i endringsprosessane. Det er ynskjeleg å leggje til rette slik at legar i kortare periodar kan arbeide med særlege prosjekt. Fastlegane vert årleg inviterte til å koma med innspel til kommunen sin strategiprosess innan sektoren.

Hausten -23 er antal timar pr. veke fordelt på dei ulike tenester slik:

Barn og unge	9,0 t.	(sjå kap. 2.2.1)
Sjukeheimen	41,25 t.	(sjå kap. 2.2.2)
Rehabilitering/KE	1,0 t.	(sjå kap. 2.2.3)
Veiledning	6,0 t.	(sjå kap. 2.2.4)
Fagkoordinator legekantoret	3,0 t.	(sjå kap. 2.2.5)
Legevaksjef	7,5 t.	(sjå kap. 3.2)
Praksiskoordinator (PKO)	7,5 t.	

LIS1 (turnuskandidat) sine offentlege allmennmedisinske oppgåver: sjukeheimen 3,75 t og ungdomshelsestasjon 2,0 t, er innkludert i timetala ovanfor.

Når kommunen har asylsøkmottak blir «asylsøkggruppe helse» etablert. I gruppa er det mellom anna lege og sjukepleiar. «Asylsøkggruppe helse» er ein viktig del av det allmennmedisinske offentlege legearbeidet.

Legar som deltek i allmennmedisinsk offentlig legearbeid er fastlønna for denne delen av legearbeidet. Dei er administrativt underlagt avdelingsleiar for Avdeling legetenester. Fagleg vil dei vera styrt av vedtekne planer og føringar i kommunen, og i denne samanheng underlagt den avdelingsleiar som har hovudansvaret for det fagområdet dei har gått inn i.

Målsetjing:

- *Allmennmedisinske offentlege legetenester skal være ein aktiv reiskap i kommunen sitt helsestrategiske arbeid.*

- *Samla prioritering av allmennmedisinske offentlege legeoppgåver skal reflektere aktuelle helseutfordringar i kommunen.*
Folkehelseprofil Ål kommune 2022. [Kommune \(aal.kommune.no\)](http://aal.kommune.no)
- *Fleksibilitet, brukarorientering og fagleg nyorientering må leggjast til grunn for prioriteringar og vidareutvikling av allmennmedisinske offentlege legetenester.*
- *Det skal leggjast til rette for at legane med sin medisinskfaglege kompetanse og lokalkunnskap kan involverast i faglege prioriteringar og plan- og utviklingsarbeid.*
- *Tverrfagleg samarbeid og god utnytting av fagressursar skal vera eit hovudprinsipp i alt allmennmedisinsk offentleg legearbeid.*

Tiltak:

1. I samhandling med samarbeidande tenester (sjukeheim, helsestasjon, m.v.) følgjer SU dette opp.

2.2.1 Innsatsområde born og ungdom

Dette innsatsområde inneheld dagens legeoppgåver knytt til helsestasjon, skulehelseteneste og helsestasjon for ungdom. Arbeidet er prega av tverrfagleg og sektorovergripande samarbeid som også omfattar avd. psykisk helse, PPT, barnevern og familievern. Sameleis er det viktig å koordinere dei ulike avdelingane sine bidrag innan habilitering, herunder også legetenesta. Både kommunen og legetenesta meiner at medisinsk fagleg kompetanse i større grad enn i dag må vera ein del av det tverrsektorielle og tverrfaglege samarbeidet rundt barn og unge.

Målsetjing:

- *Legetenesta skal bidra til å styrke det primærførebyggjande arbeidet blant born og unge med ei sterkare vektlegging av ei psykososial vinkling på arbeidet.*
- *Legetenesta skal medverke til ei sterkare fokusering på ressursar og meistring enn på problem og redusert funksjonsevne.*
- *Arbeidsoppgåver skal prioriterast i samsvar med sentrale føringar og kunnskapsbaserte vurderingar.*
- *Legetenesta skal i større grad bli ein aktiv samarbeidspart på tvers av tenestene, t.d. i høve til PPT, barnevern, familievern, psykisk helse, ruskonsulent, fysioterapi og folkehelsearbeidet. ➤ Gjennom prosjektarbeid skal legetenesta bidra til utviklingstiltak og nytenking.*

Tiltak:

1. Rådgivande lege samhandlar med Helsesjukepleiar mht rutine helseundersøkingar og oppfølging av enkelt born.
2. Involvere fastlegane tidleg inn i samarbeidande møter kor ulike instansar følgjer opp borna.
3. Styrke oppfølginga vedrørande born og overvekt.

2.2.2 Innsatsområde sjukeheims- og eldremedisin

Frå 2015 har Ål kommune hatt sjukeheimslege i full stilling og som dekker alle avdelingar ved sjukeheimen. Engasjement og nærvære frå sjukeheimslegen medverkar til ei utvikling med større faglegheit og betre tenester. Ein har fått styrka pasientbehandlinga, betra det tverrfaglege samarbeidet og samarbeidet med pårørande, vektlagt dokumentasjon og internundervisning og fått systematisert veiledning av LIS1. Det er ynskjeleg at sjukeheimslegen opparbeider formell kompetanse i samsvar med regelverket på kompetanseområde i sjukeheimsmedisin.

Erfaringen med å være sjukeheimslege for 55 pasientar i 100 % stilling og tilgjengelighet 24/7 dei siste åra har stadfesta at oppgåver ut over det vil kreve ekstra ressursar.

Det er sårbart med ein lege som dekker sjukeheimen 100 %. LIS1 har fast dag på sjukeheimen og skal vikariere ved behov. Men krav til anna teneste og når legebemannning på legekontoret er redusert har vanskeleggjort å dekke vikarbehovet ved sjukeheimen.

Ein kan sjå på alternative løysingar, t.d. at stillingen blir delt mellom 2 legar. I praksis vil utforming av sjukeheimslegestillingen i stor grad være avhengig av dei ynskjer aktuelle lege/legar har. Med overlege for sjukeheimen i 100 % stilling så sikrar ein kriteriet for 6 mndr teneste i helseinstitusjon, for ALIS.

Intermediæravdelinga ved Hallingdal sjukestugu (IMA)

Kommunane skal gje tilbod både før, i staden for og etter sjukehusinnlegging. Kommunane i Hallingdal samarbeider om 10 interkommunale plassar ved intermediæravdelinga (IMA) på Hallingdal sjukestugu. Av desse 10 plassane er 3 plassar avsett til å gje det lovpålagte tilbodet om døgnplassar for øyeblikkeleg hjelp i kommunane (KAD). Erfaringane viser at den pasientopplevde kvaliteten er god og pasientane set pris på å kunne få tenester lokalt i staden for å bli sendt på sjukehuset.

Det er utfordringar knytt til bruken av IMA. Vaktlegar opplever at øyeblikkelig hjelp tilbodet ved IMA (KAD plassar) ikkje er konsistent. Sidan 2016 har bruken av dei 10 kommunale plassane vore på ca 70-75%.

Målsetjing:

- *Bebuarar og pasientar ved Ål sjukeheim skal kjenne seg trygge for at dei får nødvendig medisinsk vurdering og behandling. Pårørande skal kjenne seg møtt og ivareteke.*
- *Ål kommune skal legge til rette slik at sjukeheimslegen sin kompetanse kan nyttast innan andre delar av omsorgstenesta.*
- *Optimalisering av KAD tilbodet ved IMA.*

Tiltak:

1. Sjukeheimslegestillingen er 100 %. Alternative løysingar for dekning må utformast i samråd med aktuelle lege/legar.
2. Sjukeheimslegen har eit særleg ansvar for å drøfte innleggingar og innleggingsprofil med dei andre legane. Vurderingane som vert gjort ved val av innleggingsstad, enten det gjeld

innleggingar til sjukehus, IMA eller Gjestetunet, har som mål at kvar enkelt pasient kan få rett behandling på rett stad til rett tid.

3. I samhandling med IMA optimalisere KAD tilbodet

2.2.3 Innsatsområde rehabilitering

Med stadig meir velutbygd spesialisthelseteneste og HSS som næraste nabo og samarbeidspartnar, ein kommunal korttidsavdeling på Gjestetunet og Koordinerende Eining (KE) har pågangen til Rehabiliteringsteamet minka dei seinare åra. Rehabiliteringspasientar finst framleis, men får i hovudsak sine behov dekt i andre delar av helsetenesta. Rehabiliteringsteamet har derimot blitt eit sikkerhetsnett der fleire ulike og td nye pasientkategoriar fangast opp. Antallet er ikkje stort, men behovet for støtte, veiledning og rehabilitering i vid forstand er oftast reelt. Felles er også at pasientgruppa av ulike årsakar ikkje kan eller vil samarbeide med den ordinære helseteneste.

Målsetjing:

- *Legetenesta skal leggje til rette for eit nært samarbeid på systemnivå og individnivå mellom legetenesta og rehabiliteringsarbeidet.*

Tiltak:

1. Legetenesta har ei viktig oppgåve med å indentifisere pasientar som av ulike medisinske og kulturelle eller kompetansemessige årsakar ikkje evner å ivareta si brukarrolle i møte med den tradisjonelle helsetjenesta.

2.2.4 Veiledning og utdanning

Ål legekantor har lang erfaring med turnuslege. Siste åra har turnustenesta vore søknadsbasert, noko som har resultert i særskild dyktige turnuslegar (LIS 1). Legekantoret opplever det positivt og fagleg utfordrande og utviklande å ha LIS 1 ved kontoret. LIS 1 har siste åra hatt faste allmennmedisinske legeoppgåver i form av sjukeheimsteneste og som lege ved helsestasjon for ungdom. Tilbakemeldingane er gode, LIS 1 opplever at legekantoret tek vare på dei og dei får erfaring frå ei stor breidde av det kommunale helsearbeidet. LIS 1 ordninga set større krav til veiledning og dokumentasjon av gjennomførte læringsmål, enn tidlegare.

Fastlegeordninga i Noreg er i krise. Det er flukt frå yrket og dårleg rekruttering. Det er få eller ingen søkjarar til stillingane. Ål kommune har pr 130923 ubesatte allmennlegeheimlar.

Fleire fastlegehjemler i kommunen er dei seinere år omgjort til fastlønna utdanningsstillingar.

HALLIS prosjektet kunne ikkje gjennomførast,, men det er opprettet ei liknende , men uformell avtale om roterande teneste ved HSS for LIS 2/3. Dette bedrar forutsigbarheit og vil kunne forebygge fråflytting i forbindelse med spesialistutdanninga .

Det er innført statleg ALIS-tilskudd for alle utdanningskandidater som gir betre vilkår og finansiering knytta til spesialistutdanning for LIS 2/3.

Kommunen har også fått ny lege med fullført utdanning som gruppeveileder i allmennmedisin. Dette er eit viktig bidrag til å sikre utdannings- og veiledningstilbodet for ALIS ved Ål legekontor.

Ål legekontor er også utdanningskontor for medisinstudentar i samarbeid med Universitetet i Oslo. Denne ordninga er i utgangspunktet ei avtale med ein av legane ved kontoret som går inn som universitetslektor i ei lita deltidsstilling. I praksis vert heile kontoret involvert i dette arbeidet. Likeeins har ein samarbeid med IMA ved Hallingdal sjukestugu slik at medisinstudentar ved denne avdelinga får praksis også ved den kommunale legetenesta og motsett. Legetenesta er positiv til dette, det er både utfordrande og utviklande å drive undervisning som ein del av arbeidet. Ein vonar også at dette kan ha rekrutterande effekt til allmennmedisin.

Målsetjing:

- *Tilsette ved avd. legetenester skal medverke til eit lærande miljø. Avdelinga skal legge til rette for å ta i mot studentar, LIS1 og nyttilsette på ein god måte.*

Tiltak:

1. Nytilsette, vikarar og LIS 1 legar skal få ein strukturert og skriftleggjort introduksjon både om legekontor, legevakt og samarbeidspartar.
2. Det skal leggjast til rette for god og strukturert veiledning for alle som har behov.
3. Veiledningsgruppe for ALIS skal prioriterast. Neste mulige oppstart er januar – 24 (avhengig av nok påmelde). Varigheit 2 år.

2.2.5 Innsatsområde fagleg koordinering og fagutvikling

Innan rammene av dei allmennmedisinske offentlege legeoppgåvene, har Ål kommune god erfaring med å tillegge ein av legane ei koordinerande fagleg oppgåve. Hovudoppgåva er å opptre som ein samlande talsperson for legegruppa i samarbeidet mellom kommunen og fastlegane for å sikre fagleg forsvarlege og godt fungerande legetenester. Oppgåvene vert utført i eit nært samarbeid med avdelingsleiar ved legekontoret og kommuneoverlegen.

Fylgjande kan vera aktuelle oppgåver for fagkoordinator ved legetenesta:

- Sikre godt samarbeid mellom fastlegar, eksterne samarbeidspartar og kommunen i den daglege drifta av legetenestene
- Vera bindeledd mellom fastlegar og kommunen i drøftingar om offentlege legeoppgåver og kommunalt og interkommunalt utviklingsarbeid
- Vera ein pådrivar for kvalitetssikringsarbeidet ved legekontoret
- Stedfortreder for kommuneoverlege og smittevernlege
- Ansvarleg for å gå inn i sorg- og kriseteamet ved behov
- Samordne spørsmål rundt felles arbeidsverktøy, medisinsk-teknisk utstyr, data og legebil.
- Ta initiativ for å halde kontoret oppdatert og trena i akuttmedisin.

Ål kommune har i mange samanhengar understreka at oppbygging av gode fagmiljø er eit viktig bidrag for å rekruttere fagpersonell og å halde på det fagpersonellet ein har. Slik er det også i legetenesta. Fagutvikling er viktig for å skape attraktive fagmiljø.

Målsetjing:

- *Det systematiske kvalitetsarbeidet ved legetenesta skal ha høg prioritet*
- *Det skal leggjast vekt på fagutvikling for å skape attraktive fagmiljø.*
- *Legetenesta skal bidra i kriseteamet både med medarbeidar som fast medlem og med ein av legane som utpeika kontaktlege.*

Tiltak:

1. Ordninga med at ein lege har avsett tid til fagleg koordinering og samarbeid, skal halde fram.

3. KURATIV LEGETENESTE

Den kurative legetenesta omfattar:

- Legeteneste innan vanleg kontortid (sjå kap. 3.1)
- Legevakt (sjå kap. 3.2)

Avd. legetenester har sidan 2016 hatt ansvar for å drifte både kommunalt legekontor og interkommunal legevakt i Hallingdal. Dette er mogeleg ved at personalet i stor grad arbeider både ved legekontoret og ved legevakta.

Medarbeidarane er fordelt slik:

Legekontor 6,5 stillingar fordelt på 10 medarbeidarar.

Legevakt 6,7 stillingar fordelt på 14 medarbeidarar.

Fordi mange av desse arbeider begge stader er summen slik:

Total medarbeidarressurs: 13,2 stillingar fordelt på 17 medarbeidarar i faste stillingar/vikariat.

I tillegg har ein nokre personar på tilkalling ved behov.

Legar: Kommunen har totalt 8,8 legeårsverk fordelt på 10 legar. Av desse utgjør kommuneoverlegen, sjukeheimslegen og turnuslegen (LIS1) 2,3 årsverk. Det avsett 0,8 årsverk til off. legearbeid (veileder LIS1, rehab, legevaktsjef, fagkoordinator legekontoret, flyktningar, helsestasjon, skolehelseteneste). Til kurativt legearbeid har dermed kommunen avsett 6,7 årsverk fordelt på 7 legar.

Samla er det 25 personar tilknytt avd. legetenester i faste stillingar/heimlar.

3.1. Legeteneste innan vanleg kontortid

Vanleg kurativ teneste blir gitt på legekantoret. Øyeblikkeleg hjelp tilbodet er lokalisert til legevakta og bemannes av fastlegane ved legekantoret (daglegevakt DLV).

Elektronisk journalsystem er «Pridok» og dette EPJ systemet er felles for Hallingdalskommunane og interkommunal legevak.

Arbeidsform ved legetenesta har endra seg i samband med pandemien og nye elektroniske verktøy. Elektroniske (E-) konsultasjonar og digitale meldingar blir i stadig større grad nytta.

Forskrift om fastlegeordninga er gjort gjeldande frå 1. jan 2013. Forskrifta har ei rekke krav og plikter både til fastlegane og kommunane og legg føringar for organiseringa av legekantoret sitt arbeid. Fastlegane har det fulle ansvaret for sine listeinnbyggjarar, også ved behov for øyeblikkeleg hjelp. Fastlegane har derfor avsett timar til å kunne ta i mot ikkje-planlagde konsultasjonar. Men for å kunne dekke ansvaret for alle behov for øyeblikkeleg hjelp på dagtid, også der fastlegen er vekke, driv med allmennmedisinsk offentleg arbeid eller har det for travelt, organiserer legane seg slik at ein av legane alltid har ansvar for å ta i mot øyeblikkeleg hjelp. Denne funksjonen er lagt til legevakta i underetasjen. Ål kommune har såleis ei daglegevakt, men det er viktig å understreke at denne drifta er ein del av Ål legekantor sitt arbeid og brukar legekantoret sitt journalsystem. Det er ei utfordring at mange oppfattar denne daglegevakta som ei lett tilgjengeleg legevak som tek i mot alle problem og pasientar frå alle kommunar i dalen. Dette krev både folkeopplysning og informasjon til samarbeidspartar både i og utanfor kommunen.

3.1.1 Medarbeidarar – omfang og kompetanse

Gode legekantor har godt kvalifiserte medarbeidarar som avlastar legane for ein del pasientarbeid og som såleis bidreg til større pasientflyt ved kantoret. Arbeidet i ekspedisjonen er krevjande. Kontinuitet og stillingsstorleik er viktige faktorar for å imøtekome oppgåvene.

På grunn av krav om helsefagleg utdanning på bachelornivå for dei som arbeider i legevaktsentralen, har avd. legetenester i Ål kommune eksepsjonelt god kompetanse på medarbeidarane i legetenesta. Innan arbeidsstokken er det i tillegg fleire vidareutdanningar (ein eller fleire med vidareutdanning i bl.a. diabetes, sårbehandling, akuttmedisin, legevaktsmedisin, kardiologi, geriatrik vurderingskompetanse). Samarbeidsavtalen med VVHF om felles laboratorium gjev også svært høg kvalitet på labtenestene, både når det gjeld utstyr og kompetanse. Alt dette gjer at legane i større grad kan overlata delar av kontrollar, oppfølging, informasjon og rådgjeving til medarbeidarane. Arbeidsforma gjev eit sterkare og meir interessant fagmiljø som kan verke rekrutterande og stabiliserande.

Ein slik bruk av medarbeidarane krev at dei har tid til denne type oppgåver utanom dei daglege driftsoppgåvene. Me har fått tilført stilling som medarbeidar, slik at vi no har bemanning etter landsnormen, 1 medarbeidar pr kurative legeheimel. Det vert viktig framover å finne gode løysingar for korleis sjukepleiar kan avlaste fastlegane med oppgåver.

Kronikar omsorg.

Nasjonale faglege retningslinjer gir gode innspel for «best practice». Aktuell målgruppe er pasientar med kroniske sjukdomar t.d. diabetes, hjerte-kar- og lungesjukdomar, m.fl.

Fagleg kvalifiserte medarbeiderar kan avhjelpe legane i oppfølginga av respektive kronikargrupper.
[NOU 2023: 4 - regjeringen.no](#) Helsepersonellkommisjonen.

I etterkant av «Stortingsmelding 26 (Primærhelsemeldingen 2014-2015)» ble det i 2018 starta eit pilotprosjekt i 9 kommunar, der målet er å teste om primærhelseteam (PHT) i fastlegekontor gir eit betre tilbod til pasientane enn det ordinære fastlegetilbodet. Prosjektet er nylig evaluert:

[Evaluering av primærhelseteam - Sluttrapport for 2018 – 2021 \(Statusrapport IV\).pdf](#)
[\(helsedirektoratet.no\)](#)

Kort: Litt blanda konklusjon etter vårt syn. Ikkje udelt positiv, men helsegevinstar kan realiserast med PHT om ein kan utvikle teamarbeidet med alle faggruppene involvert.

Legetenesta med legevakt og fastlegekontor er ei mannskapsmessig sårbar teneste. Ei styrking kan opne opp for alternative disponeringar av fagpersonell med t.d. ambalante tenester til samarbeidande avdelingar.

Målsetjing:

- *Legetenesta skal ha medarbeidarar med brei fagleg bakgrunn og der den enkelte får høve til å utvikle nærare kompetanse innan særleg utpeika fagfelt.*
- *Skreddersy og styrke fagpersonellgruppa slik at alternative arbeidstidsløysingar og organisering kan utprøvast.*
- *Det skal leggjast til rette for at arbeidsmiljøet i legetenesta gjev rom og tid for nødvendig avlasting og støtte gjennom arbeidsdagen.*

Tiltak:

1. Legekontoret skal ha ein systematisk gjennomgang av arbeidsoppgåver for å mogeleggjera ei oppgåvegliding mellom legar og medarbeiderar. Medarbeiderar skal i større grad ha sjølvstendige oppgåver i oppfylging og kontroll av pasientar. Legetenesta bør følgje opp intensjonen i «Helsepersonellkommisjonen» og etablere tverrfagleg tilbod til respektive kronikargrupper.
2. Det skal leggjast til rette slik at medarbeiderar kan få bygd opp og helde ved like den kompetansen som legekontoret til ei kvar tid ha behov for.
3. Tradisjonelt er medarbeidargruppa sjukepleiefagleg. Tenesta kan utviklast med medarbeidarar innan andre faggrupper, t.d. fagarbeidar helse, merkantile- og paramedisinske fag, legesekretær, m.v.
4. Det opnast opp for kreative arbeidstidsløysingar, t.d. langvakter, «Nordsjøturnus», m.v. Dette for lettare å rekruttere og behalde fagpersonell.
5. Det opnast opp for alternative disponeringar av fagpersonell for å styrke mannskapsressurs.

3.1.2 Pasientane

Tilgjenge til fastlegen er avgjerande for ei fungerande fastlegeordning. [Fastlegeforskrifta](#) krev at listepasienten skal få tilbod om konsultasjon så tidlig som mogeleg, normalt innan fem arbeidsdagar.

Hovudinntrykket er at dette vert ivareteke for pasientar med problemstillingar som ikkje kan vente. Ål legekontor har ordningar som gjev høve til timebestilling over nett og sms.

Ventetida varierer mellom legane. Timeboksystemet er under stadig evaluering og utvikling for å sikre nok tid for ulike problemstillingar med ulik prioritet og samstundes sikre effektiv utnytting av den disponible arbeidstida.

Det er ei viktig og vanskeleg oppgåve for ekspedisjonen på legekontolet å prioritere mellom pasientane og sile ut dei som må ha time straks frå dei som kan vente. Medarbeidarane i ekspedisjonen har lang rutine og arbeider også ved legevaktssentralen. Dei har både god trening i og gode verktøy for å prioritere mellom dei ulike pasientane. Det er to medarbeidarar i ekspedisjonen, slik at ein kan konferere med den andre eller legane dersom ein er i tvil.

Sjukdomspanoramaet er som for allmennmedisin generelt, med kanskje noko større førekomst av skadar enn det ein har i landet i snitt. Dette er på grunn av turistar og deira utandørs aktivitetar.. Dei siste åra har det vokse fram ei «ny pasientkategori», flyktningar med kronisk sjukdom. Utfordringane med kommunikasjon, kultur-og rolleforståing samt manglande digital kompetanse er hindringar disse pasientane møter i kontakt med det ordinære helsevesenet.

Det er viktig å innhente pasientane sine tilbakemeldingar. Legekontolet har blanda erfaringar med spørjeundersøkingar og brukarråd og leitar etter andre metodar for tilbakemelding frå brukarane.

Målsetjing:

- *Den einskilde pasient skal vera trygg på å få legetenester med den nødvendige kvalitet i rett tid*
 - *Førebyggjande arbeid skal vektleggast slik at den enkelte pasient i større grad kan ta vare på eige helse.*
- Organisering og rutinar skal sikre at den enkelte pasient i størst mogeleg grad opplever kontinuitet og tilgjenge i høve til eigen fastlege*

Tiltak:

1. Legekontolet skal ha fokus på prioriteringsoppgåva i ekspedisjonen, dette både gjennom organisering, arbeidsverktøy og kompetansehevande tiltak.
2. Ål legekontor skal ha arbeidsmetodar som sikrar at pasientane opplever eit aktivt, tilbakemeldande og oppfølgjande legekontolet.
3. Legekontolet skal etterspørje brukarerfaringar frå brukarorganisasjonar, eldreråd og råd for menneske med nedsett funksjonsevne.

3.1.3 Legar – organisering, heimlar og listelengder

Fastlegeordninga vert rundt om i kommunane organisert på prinsipielt tre ulike måtar:

- a) Rein privat næringsverksemd der legane står for alle driftsutgifter
- b) Blandingsmodell der legane er private næringsdrivande og kommunen gjennom avtale med legane i større eller mindre grad står for driftsutgiftene
- c) Rein kommunal modell der legane er fastlønnte

d) "Nordsjømodell"

Ål har sidan innføringa av fastlegeordninga hatt ein modell b. Det er ikkje grunnlag for ein modell a i distrikta. Modell c vert nytta i mange mindre kommunar. Det har i samband med samhandlingsreformen og fastlegekrise vore auka fokus på fastlønnte legar både i høve til offentleg legearbeid og utdanningsstillingar. Ål kommune har vedtak på at legar ved tilsetjing i ordinære heimlar skal kunne velje mellom næringsdrift eller fast lønn. Fastlegar i kommunen som ynskjer overgang frå modell b) til modell c) eller frå c) til b) vil bli gitt høve til det.

"Nordsjømodellen" er i støypeskjea og kan gi fleire type opplegg. T.d. deler 3 legar ei pasientliste på 1200 altså 400 kvar. Modellen krev intens jobbing i 2 veker og så redusert i 4 veker.

Pr. 11.10.2023 er legeårsverk Ål legeteneste fordelt slik:

Næringsdrivande	(b): 5
Fastlønnte	(c): 4

Fastlegar skal etter gjeldande regelverk enten vera spesialistar i allmennmedisin eller vera under utdanning til dette.

Spesialistar i allmennmedisin:	6
Under utdanning:	3

Utfordringer i fastlegeordningen

Samtidig som fastlegereformen anses for å være vellykka er det og mange utfordringar ved fastlegeordninga. Dagens største utfordring i Norge er rekruttering, erfarne fastlegar sluttar og velger andre spesialitetar innan legeyrket. Noe av bakgrunnen for dette er auka oppgaveoverføring til fastlegane jamfør Samhandlingsreformen, som har medført ei betydeleg høgare arbeidsbelastning. I tillegg oppgis årsakar som fleire innbyggjarar med fleire kroniske sjukdommar hvor fastlegen spelar eiviktig rolle i oppfølging og medisinerings, samt deltaking i legevakt.

Kommunen står fritt til å dimensjonere legetenesta som ein vil. Kommunen står og fritt til å definere kor mange listepasientar som utgjer ein full heimel.

Ål kommune har lågare tal på listepasientar i ein full heimel (810) enn det som er gjennomsnittet i landet (1106). Dette er fordi gjennomsnittet er dominert av bypraksisar. I små kommunar som ligg meir enn ein time frå sjukehus er gjennomsnittleg listelengde 753. Geilo har listelengde 600. Dette talet speglar ei legeteneste som og må gje akutt tilbod til kommunane sine gjester.

Det er fleire grunnar til at profilen på legetenestene vil vera annleis i ein distriktskommune. Arbeidet rundt kvar enkelt pasient er meir omfattande i distriktet. Legar i distrikt utgreier meir og brukar mindre tilvisingar til spesialist enn legar i sentrale kommunar. Legar i distrikt har ansvar for øyeblikkeleg hjelp på dagtid i tillegg til listeansvaret sitt. I sentrale kommunar vert dette løyst med store legevakter der fastlegane enten ikkje bidreg eller berre bidreg i liten grad. Andelen eldre i befolkninga er høgare i distriktskommunar enn i sentrale strøk, såleis er det vist at behovet for helse

og omsorgstenester i Ål ligg 20 % høgare enn landssnittet. Dette er ei utfordring som også rammar legetenesta.

Gjennom samhandlingsreformen er det signal om ei styrking av fastlegeordninga i kommunane. Det er krav om at fastlegar skal vera spesialist i allmennmedisin eller vera under utdanning til dette.

Målsetjing:

- *Ål kommune skal drifte legetenesta og gjennom avtaler ha tilknytt legar som private næringsdrivande (modell b) eller vera fastlønte. Ål kommune skal tilby legane konkurransedyktige betingelsar.*

Tiltak:

1. Ved utlysing og ved nyttilsetjingar av legar skal det opplysast at aktuelle søkarar kan velje mellom privat praksis, fastløna stilling eller ei utdanningsstilling innan ALIS.
2. Fastlegar i kommunen som ynskjer overgang mellom modellane har høve til det.

3.1.4 Kvalitetssikring

Legekontoret kan lett bli ein arbeidsplass der det faglege skjer i det lukka rom med lege og pasient til stades. Kommunen trur at både legar og medarbeidarar har nytte av og kan få ein meir interessant og utfordrande arbeidssituasjon dersom det faglege arbeidet kan bli opnare og inkludere både kollegaer og medarbeidarar. Ikkje minst har det betydning for nyutdanna legar og personell å bli fylgd opp med systematisk veiledning. Det er ein styrke for kontoret og ei sikkerheit for den enkelte dersom behandlinga kan rette seg etter felles faglege normer og retningslinjer. Kvalitetssikringssystem skal også i størst mogeleg grad hindre at systemfeil oppstår og sikre at risikoen for enkeltfeil vert minimalisert. Klager vert handsama i høve til regelverket og ein vil alltid prøve å trekke systemlærdom ut av ei klagesak.

Målsetjing:

- *Legetenesta skal ha eit oppdatert kvalitetssikringssystem*

Tiltak:

1. Den enkelte lege skal tilstrebe å trekke kollegaer og medarbeiderar inn i behandlinga av enkeltpasientar der dette er fagleg hensiktsmessig.
2. Ål legekantor skal ha rutinar som sikrar at pasientar som ynskjer å koma med klager eller tilbakemeldingar, opplever at dette er enkelt og velkome.

3.1.5 Utadretta samarbeid

Ei heilheitleg behandling i legetenesta er ofte avhengig av eit samspel med andre faggrupper og instansar. Dette gjeld kanskje særleg i høve til dei to største pasientgruppene i allmennpraksis,

muskel/skjelettsjukdomar og psykiske lidningar. Og det gjeld ofte i høve til heimetenesta. Men ei rekke andre instansar har også behov for å samarbeide med behandlande lege i høve til enkeltpasientar og med legetenesta om grupper av pasientar.

Det er ei utfordring både for den enkelte lege og for legetenesta samla å vera tilgjengeleg for samarbeidspartane samstundes som ein skal ivareta dei daglege arbeidsoppgåvene ved legekantoret. Eit særleg utfordrande område er legemiddelhandtering og legemiddellister. Legemiddellistene må ved alle endringar samkøyrast mellom spesialisthelsetenesta, legekantoret, sjukeheimen og heimetenesta.

Målsetjing:

- *Legetenesta skal ha system og rutinar som gjev eit godt samarbeid med andre instansar og fagpersonell.*

Tiltak:

1. Legane skal tilrettelegge møtetid for samarbeidspartar.

3.1.6 Spesialisthelsetenesta

Primærhelsetenesta / fastlegane har eit utstrakt samarbeid med spesialisthelsetenesta. Helsedirektoratet har utarbeidd ei lang rekke nasjonale forløp: Nasjonale anbefalinger, råd, pakkeforløp og pasientforløp.

[Nasjonale anbefalinger, råd, pakkeforløp og pasientforløp - Helsedirektoratet](#)

Det gjeld i høve til somatikk/kreft, psykiatri og rus, barnevern, m.v.

Målsetjing:

- *Legetenesta skal så langt råd følgje nasjonale anbefalingar i pasientarbeidet.*

Tiltak:

1. Fagkoordinator har eit særskilt ansvar for tilrettelegging.

3.2 Legevakt

Legevakta skal gje eit tilbod til pasientar med behov for medisinske tenester som ikkje kan vente til vanleg kontortid. Legevakt er såleis ikkje ei utvida generell allmennlegeteneste.

Over heile landet går trenden i retning av utvida interkommunalt samarbeid og sentralisering av legevakter. Som regel må pasientane, så sant dei er i stand til det, møte fram på legevakta.

[NOU 2015: 17 Først og fremst](#) understrekar at det kan vera faglege gevinstar av heimebesøk av legevaktlege. Dette krev imidlertid større legevakter med minst to legar og to medarbeidarar. I Hallingdal vil frammøte på legevakt gje både større diagnostiske mogelegheiter og meir effektiv

tidsbruk for lege og medarbeidar. I sentrale strøk er det også ein trend at legevaktene vert utført av vikarlegar utan direkte tilknytning til allmennlegeverksemda i området. Dette er i utakt med faglege føringar. I Hallingdal er det i stor grad fastlegane som har legevakt.

Akuttmedisinforskrifta [Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. \(akuttmedisinforskriften\) - Lovdata](#) set tydelege krav til legevaktene. Det er kommunane som har ansvaret for legevaktene og legevaktsentralane. Legevaktsentralane vert bunde saman med ambulansetjenesta og AMK-sentralane gjennom nødnettet. Dette gjev sikker kommunikasjon med dei andre nødetatane. Det er innført eit felles legevaktnummer 116117 som vert ruta til næraste legevaktsentral.

Akuttmedisinforskrifta slår fast at normalordninga for legevakter skal vera større legevakter med helsepersonell til stades. Det vert sett krav til utstyr og kvalitetssikringssystem. Det vert også sett faglege krav til dei legane som skal delta i legevakt. Dei skal ha godkjente kurs innan akuttmedisin og voldsproblematikk.

I februar 2020 kom nasjonal veileder for legevakt og legevaktsentral [Veileder for legevakt og legevaktsentral - Helsebiblioteket](#). Nasjonal veileder for legevakt og legevaktsentral skal være til hjelp for kommunen for ledelse, organisering, drift og kvalitetsarbeid i den kommunale legevaktordningen. I vedlegg til den nasjonale veilederen er og ei anbefaling om bemanning ved legevakt og legevaktsentraler.

Formålet med veilederen er å:

- *gi praktiske anbefalinger til planlegging, drift og organisering av legevaktordningen i kommunene.*
- *gi praktiske anbefalinger om hvordan implementere kravene til legevaktene og legevaktsentralene satt i gjeldende lov og forskrift.*
- *gi råd om hvordan tilpasse anbefalingene til ulike lokale forutsetninger for legevaktene.*
- *Legevakten skal organiserast slik at lege og medhjelpar skal kunne rykke ut. Dette er særleg viktig i vårt distrikt kor ikkje PHT alltid er først på ulykkesstaden*

Situasjonen i dag

Hallingdal legevaktsentral svarar gjennom heile døgnet på alle telefonhenvendelsar til 116117 frå kommunane Nes, Gol, Hemsedal, Ål og Hol om akutt behov for hjelp. På natt er det legevaktsamarbeid mellom dei same fem Hallingdalskommunane (Hallingdal nattlegevakt) med lege til stades i legevaktlokala ved Ål helsesenter.

Legevakt på kveld og helg er eit samarbeid mellom Ål og Hol kommune (Øvre Hallingdal legevakt) i legevaktlokala ved Ål helsesenter. Turismen ei særleg utfordring for organiseringa av legevakttenestene, då pågangen varierer gjennom året og ein kan ha enkelte døgn med svært stor pågang. Hol kommune har eiga legevakt i delar av turistsesongen.

UMS-målingar fram til 2020 har gjeve eit bilete av kor mykje folk det er i Hallingdal. Målingane viser at det jamt over er 2-4 gonger meir enn den faste befolkninga som oppheld seg i dalen. Bemanning av legevaktsentralen og Øvre Hallingdal Legevakt må ses i samanheng med denne auka i innbyggjartalet. Etter pandemien ser me og at det er fleire henvendelsar til legevaktsentralen vekedagane, og ikkje berre i helg. Bemanning sjukepleiar pr i dag følgjer anbefalingane i veileder etter innbyggjartal 16.000 – 34.999, som er ein reell bemanning for ØHLV utanom høgsesong.

Ål kommune driv legevaktsentralen og det interkommunale legevaktsamarbeidet på vegne av dei fem Hallingdalskommunane. Avdelingsleiar for legetenestene i Ål kommune er ansvarleg for drift av legevakta. Legevaktsjefen har eit fagleg ansvar også for den interkommunale legevakta og er etter ynskje frå dei andre kommunane utpeika mellom legane i Ål. Arbeidet inngår i dei allmennmedisinske offentlege tenestene i kommunen. Eit interkommunalt legevaktråd gjev tilrådingar til kommunane om faglege og driftsmessige spørsmål ved legevakta. Både drift og organisering gjev utfordringar med ulike løysingar gjennom døgnet og fleire samarbeidspartar.

Situasjonen framover

Både krava i akuttmedisinforskrifta og auken i antal menneske som oppheld seg i Hallingdal, vil tvinge fram endringar i legevaktstrukturen i Hallingdal. Samlokalisering av legevakt og observasjonssenger ved Hallingdal sjukestugu gjer dette til eit naturleg tyngdepunkt for legevaktarbeidet i dalen.

Målsetjing:

- *Alle som oppheld seg i Ål kommune og som har behov for medisinsk hjelp som ikkje kan vente til vanleg kontortid, skal lett koma i kontakt med nødvendig faghjelp og få råd og tenester av høg fagleg kvalitet.*
- *Ål kommune skal ivareta eit vertskommuneansvar i Hallingdal for samarbeidsordningar om legevakt*

Tiltak:

1. Ål kommune vil bidra til ei vidareutvikling av legevaktsamarbeidet i Hallingdal.
2. Regelmessig øvingar/samtrening for sjukepleiarar og legar, gjerne involvere PHT om mogeleg.
3. Årleg deltaking på Legevaktkonferansen.
4. Kommunen bør tilby utrykningsførarkort for sjukepleiarar og legar som ynskjer det.