



15.09.2022

Sluttrapport

Legevaktspiloten Sogn og Fjordane



Prosjektleder Gry Elise Amundsen Albrektsen

Legevaktsjef Øystein Furnes

SUNNFJORD OG YTRE SOGN LEGEVAKT



Innhald

1. Samandrag	4
1.1 Tilgjengelegheit av lege i tenesta og eit betra tilbod til pasientane	4
1.2 Kvalitet, kompetanse og kapasitet for operatørar på legevaktsentralen	4
1.3 Betra rekruttering til og utnytting av vaktressursane i kommunane	4
1.4 Fagutvikling og oppfølging i legevaktdistriktet	5
1.5 Bruk av telemedisinske løysingar, radiosamband og digital kommunikasjon	5
1.6 Samarbeidsavtalar og forankring i leiling	5
1.7 Berekraft i tenesta	5
2 Bakgrunn	6
3 Organisering, tilsette og forankring	7
3.1 Prosjektorganisering for Legevaktpiloten Sogn og Fjordane	7
3.2 Inndeling av nivå av legevakt på vakttid	9
Nivå 1: Sunnfjord og Ytre Sogn Interkommunale Legevakt (SYS IKL)	9
Nivå 2: Sjølvstendige legevaktar	9
Nivå 3: Legevaktsatellittar	9
Bakvaksordninga	10
4. Skildring av satellittane	10
4.1 Spesifikt for den ein skilde satellitt	11
4.1.1 Balestrand, Sogndal kommune,	11
4.1.2 Askvoll kommune	13
4.1.3 Hyllestad	15
4.1.4 Høyanger	17
4.1.5 Bremanger	18
4.2 Status Covid-19 situasjon	20
4.3 Statistikk over tiltak for pasientar som kontaktar legevaktsentralen ved SYS-IKL	21
5 Måloppnåing	24
5.1 Tilgjengelegheit av lege i tenesta og eit betra tilbod til pasientane	25
5.1.1 Tilgang til akuttmedisinske tenester gjennom heile døgnet	25
5.1.2 Bakvakt	26
5.1.3 Samtidskonflikt	27
5.1.4 Heimebesøk og utrykking	27
5.2 Kvalitet, kompetanse og kapasitet for operatørar på legevaktsentralen	28

5.3 Betra rekruttering til og utnytting av vaktressursane i kommunane	29
5.3.1 Legar	29
5.3.2 Sjukepleiarar	30
5.4 Fagutvikling og oppfølging i legevaktområdet	31
5.4.1 Kompetansekrav til legevaktstasjonspersonale	31
5.4.2 Ansvar for kompetanse og opplæring i prosjektet	31
Oppgåve	32
Ansvar	32
Utvikling av kompetanseplan	32
SYS IKL og prosjektleiar	32
Utdanning av lokale fasilitatorer	32
SYS IKL og prosjektleiar	32
Hospitering sentralt	32
SYS IKL	32
Utsjekk av kompetansemål	32
Lokal satellitt-ansvarleg	32
Utvikle generisk ferdigheitshjul	32
SYS IKL i samråd med lokale fasilitatorar	32
Tilpasse ferdigheitshjul og gjennomføre ferdigheitsøvingar	32
Lokal satellitt-ansvarleg	32
Samtrening med ambulanse og SYS IKL	32
Samarbeid SYS IKL, ambulanse og satellittar	32
Andre øvingar, f.eks. med brann	32
Lokale leiarar og andre aktørar	32
Fagdagar	32
SYS IKL og prosjektleiar	32
5.4.3 Veggen fram	32
5.4.4 Aktiviteter gjennomført i prosjektperioden	33
5.4.5 Plan for øving etter prosjektperioden	35
5.5 Bruk av telemedisinske løysingar, radiosamband og digital kommunikasjon	36
5.6 Samarbeidsavtalar og forankring i leiing	36
5.6.1 Avtalar med kommunar	36
5.6.2 Avtalar med Helse Førde	36

5.6.3 Følgjeforskinga	37
5.7 Berekraft i tenesta	37
5.7.1 Berekraftig organisering.....	37
5.7.2 Alternativkostnader	38
5.7.3 Personell og økonomi-knappheit	39
5.7.4 Vedlikehald av kompetanse	40

1. Samandrag

1.1 Tilgjengelegheit av lege i tenesta og eit betra tilbod til pasientane

Vi opplev at pasientane er takksame for å ha fått tilbake eit lokalt legevaktstilbod. Pasientar som ringer legevaktssentralen og settar kriteria for tilbod om legevaktssatellitt kan alltid velje om dei vil reise til sentral legevakt eller møte på lokal satellittlegevakt. Svært få vel å dra til sentral legevakt om dei får tilbod om å møte på satellitt i heimkommune. Nasjonalt kompetansesenter for legevaksmedisin(NKLM) har undersøkt brukartilfredsheit i prosjektperioden. Vi har gode tilbakemeldingar og nøgde pasientar.

Sunnfjord og Ytre Sogn Interkommunale Legevakt (SYS IKL) blei etablert i 2009 etter mange år med store rekrutteringsvanskar av fastlegar til både legekontor og legevakt. Denne omlegginga har gjort at fastlegane i SYS IKL sitt område har ei vaktordning der legane kjenner seg trygge og har ei leveleg vaktmengde, noko som gjer det lettare å behalde legar i distrikt som fastlegar. Det er få fastlegestillingar som ikkje er besett i regionen i dag.

Ulempa med sentraliseringa var større avstandar til legevakt for befolkninga. SYS IKL søkte deltaking i legevaktspiloten for å teste ut alternativ løysing på denne utfordringa, utan å miste dei klare føremonene ei sentralisert legevakt har gitt. Legevaktssatellittane er no heilintegrert i det akuttmedisinske tilbodet i vårt distrikt, og viktig for at ein kan behalde dei føremonene organiseringa SYS IKL har ført med seg. Pasientane har fått tilbake eit lokalt akutt helsetilbod der dei kan møte på satellittlegevaktsskontoret i eigen kommune, kor dei blir tatt imot av sjukepleiar og møter lege på videokonsultasjon. For pasientar som treng det, kan konsultasjonen ta plass heime hos pasienten ved hjelp av heimebesøk frå sjukepleiar med lege på video. Sjukepleiar rykker også ut til pasientar ved raude responsar i 4 av 5 kommunar. Sentrale laboratorie- og undersøkingsutstyr er tilgjengeleg på satellittane, saman med vanleg nytta medikament i legevaktssamanheng.

Bremanger kommune har ein litt annan inngangsport i prosjektet. Dei har fram til legevaktspiloten hatt lokal nivå 2 ein-kommune-legevakt alle dagar heile døgnet, og har hatt hard vaktbelastning på sine legar over lang tid. Gjennom prosjektperioden har dei gradvis endra struktur. Bruk av satellittsjukepleiarar og videokonsultasjon har vore eit viktig bidrag til at Bremanger kommune no har gått inn i eit legevaktssamarbeid med nabokommunen for all vakttid.

1.2 Kvalitet, kompetanse og kapasitet for operatørar på legevaktssentralen

Legevaktssentralen ved SYS IKL er godt bemanna med stabile og erfarne operatørar som har gjennomført opplæring etter gjeldande forskrift og lokal kompetanseplan. Legevaktssoperatørane kjenner distriktet godt, er erfarne i triage og har oppgåva med å selektere pasientar til satellitt eller sentral legevakt. Ved behov for rådføring, er det alltid to legar til stades ved legevakta som er samlokalisert med legevaktssentralen, minst ein av desse med sjølvstendig vaktkompetanse. Det er tett kommunikasjon mellom operatør og lege på vakt.

1.3 Betra rekruttering til og utnytting av vaktressursane i kommunane

Sjukepleierressursar til å bemanne legevaktssatellittane er ei reell vedvarande utfordring. Etterspurnad etter sjukepleiarar er stor i distrikt, og i prosjektet har legevaktssatellittarbeidet blitt enda ei oppgåve kommunane må løyse. Ein må derfor finne tilpassa løysingar der ein ser på heile oppgåveporteføljene og søke å integrere satellittoppgåvene i den daglege drifta til sjukepleiarane. På den andre sida er det eintydige tilbakemeldingar frå leiarane på at legevaktarbeid verkar rekrutterande på nyutdanna

sjukepleiarar og at mange av dei erfarne sjukepleiarane set pris på dei nye utfordringane. Hyppig vikarbruk i nokre kommunar medfører stort behov for opplæring.

1.4 Fagutvikling og oppfølging i legevaktområdet

Fagutvikling og kompetanseheving har vore berejlkane i prosjektet. Hovudsøyene har vore basale akuttmedisinske ferdigheiter, rolleforståing og samhandling med andre legevaksressursar. Arbeidet med kompetanse- og opplæringsbehov har vore ein dynamisk prosess der prosjektleiing, lokal administrasjon og satellittpersonalet sjølv har samarbeida om å forme ein plan for trening og undervisning. Legevaktspiloten har gitt eit solid kompetanseløft til kommunane, der dei tilsette har hatt opplæring etter kompetanseplan og deretter målretta vedlikehaldstrening. Ein har også hatt treningar med resten av omsorgspersonellet, og med brannetat, akuttgrupper og ambulanse med mål om å skape lokale robuste øvingsstrukturar som hevar kvaliteten på akuttmedisinsk pasientbehandling. Ein nyttar BEST-modellen til all simuleringstrening. Regelmessig akuttmedisinsk teamtrening er parallelt innført i heile Sogn og Fjordane, eit samarbeid med simuleringstrening som vektlegg trygg samhandling mellom AMK, legevakt og ambulanse i akutsituasjonar. Ved å sørge for brei oppslutning rundt akuttmedisinsk trening sørger vi for å styrke fellesskap og god behandlingsskultur ved å knyte små einingar saman i eit nettverk som skaper tryggleik. Ved å bygge nettverk for trening styrkast kompetansevedlikehaldet i lokale strukturar. Organisering av trening er ressurskrevjande å etablere og halde ved like, og heilt sentralt for å lukkast. Ein ser at kompetanseløftet til sjukepleiarane gir nytte inn i dei kommunale helsetenestene, ut over sjølve satellitt-arbeidet.

1.5 Bruk av telemedisinske løysingar, radiosamband og digital kommunikasjon

Det er oppretta sikre virtuelle videorom for telekommunikasjon, og ein har store videoskjermer med god lyd kvalitet som er enkle og påliteleg i bruk. Vi opplever sjukepleiarane som trygge på utstyret, at det fungerer fint i bruk med god- lyd og biletkvalitet. Og ikkje minst svært stabilt i bruk. Vi har brukt Norsk HelseNett som er trygt, har enkelt brukargrensensnitt og svært god service- dei få gongane det har vore behov for det.

Ein bruker mobile løysingar for video via smarttelefon eller nettbrett når sjukepleiar er ute hos pasienten. Satellittsjukepleiarane nyttar nødradio og kallast ut i same talegruppe som AMK, ambulanse og lege ved raude responsar. Det er laga treningsopplegg for å sørge for at sjukepleiarane er trygge på bruk av kommunikasjonsutstyr.

Sjukepleiarane skriv eigne notat for sine funn og vurderingar i same journalsystem som SYS IKL, og dette notatet er tilgjengeleg for behandlande legevakslege.

1.6 Samarbeidsavtalar og forankring i leiing

Samarbeid med omliggande kommunar og Helse Førde er tett og har korte linjer for dialog. Avtalar gjeldande for legevaktspiloten er nedfelt i samarbeidskapitla i Helsefelleskapet. Det er skriftlege avtalar mellom SYS IKL og alle kommunar som deltek i piloten. Ein har god dialog med samarbeidande etatar, og skriftlege prosedyrar for kritiske samarbeidspunkt.

1.7 Berekraft i tenesta

Ein opplever ei heving av tenestetilbodet med god kvalitet, der legevaktstilbodet no er nærare pasienten - med trygge sjukepleiarar og god kvalitet på videokommunikasjonen mellom pasient, lege og sjukepleiar.

Ein har fått eit styrka tilbod der ein har rask responstid for raude responsar og ein får gitt akutt helsehjelp medan andre ressursar som ambulanse og luftambulans er undervegs.

Utfordringa er sjukepleieressurs og vedlikehald av nødvendig kompetanse grunna låg pasientmengde. Å flette legevaksarbeid inn i sjukepleiarane sine allereie fulle arbeidslister med knappe personellressursar krev omstilling. Å sørge for kvalitet på tenesta ein leverer får ein til med faste øvingsplanar, og integrert bruk av utstyr og prosedyrar i anna dagleg drift. Bruk av video når heimesjukepleie er hos pasient og skal konferere med lege gjev eit betydeleg kvalitetsløft i behandling og pasientsikkerhet og burde brukast i utstrakt grad.

Løysinga er trygg, enkel og har god kvalitet og er vel verdt å behalde.

Det planleggast for vidare drift etter prosjektperioden. Dei ulike kommunane har ulike modellar for framtidig ordning. Etter prosjektperioden vil SYS IKL framleis ha ei koordinerande rolle mot legevaksatellittane. Legevaksatellittarbeidet må integrerast i normal drift dersom ein skal kunne vidareføre ordninga. Ein må rekne med ekstrakostnader for kommunar med legevaksatellitt.

Fastlege- og legevaktteneste må sjåast i samanheng. Legevaktspiloten vart etablert for å løyse utfordringane med lange avstander og grisgrendt befolkning, og samstundes behalde dei gode effektane sentralisering av legevakta har hatt med tanke på stabilisert fastlegeordning og kvalitet i tenesta. Alternative løysingar for å bøte på negative effekter ved sentraliseringa vil gje kommunane risiko for økte utfordringar med legerekuttering og -stabilisering. Alternative løysingar vert og vurdert som fordyrande samanlikna med den piloterte løysinga med sjukepleiebemanna legevaksatellitt.

2 Bakgrunn

Sogn og Fjordane har i lang tid hatt fleire store utfordringar for organiseringa av det akuttmedisinske tilbodet i kommunane. Situasjonen varierer frå stad til stad, men både legevaktene og ambulansetenesta i distriktet har utfordringar som må løysast. Sentrale moment er utfordrande geografi med grisgrendt befolkning.

Kvar kommune har eigne fastlegekontor som dekkjer legevakt og akutt naud på dagtid. Dette øyeblikkelig hjelp (ØH) -ansvaret er organisert etter ulike modellar på vakttid. Nokre kommunar har eigen legevakt tilknytt fastlegekontoret. Andre kommunar har gått saman og oppretta interkommunale legevakter, som fører til sentralisering av legevakttilbodet. Dette har vore naudsynte organisatoriske grep for å sikre rekruttering og stabilisering av fastlegar i dei mange kommunane med små folketal. Utan stabil fastlegesituasjon får ein ikkje ei fungerande legevakt, og utan fungerande legevakt får ein ikkje ein stabil fastlegesituasjon. Vert fastlege- og legevaktssituasjonen ustabil, rammar dette både befolkning, kommunale helsetenester og helseføretak.

For dei områda som har sentraliserte legevakt er avstand til legevakta ei ulempe. Dette har så langt fungert grunna ei godt utbygd ambulanseteneste. Men det er uheldig fagleg sett at ambulansarbeidarane i mange tilfelle står aleine med akutt sjuke pasientar, frå eit organisatorisk perspektiv at kravet om det kommunale ØH-ansvaret ikkje vert ivareteke av kommunane, og lågare pasientopplevd tryggleik når det er langt til helsetenestene. At ambulansane ofte er på veg til eller frå sjukehus, og ikkje oppheld seg fast i kommunen, er ei ekstra utfordring.

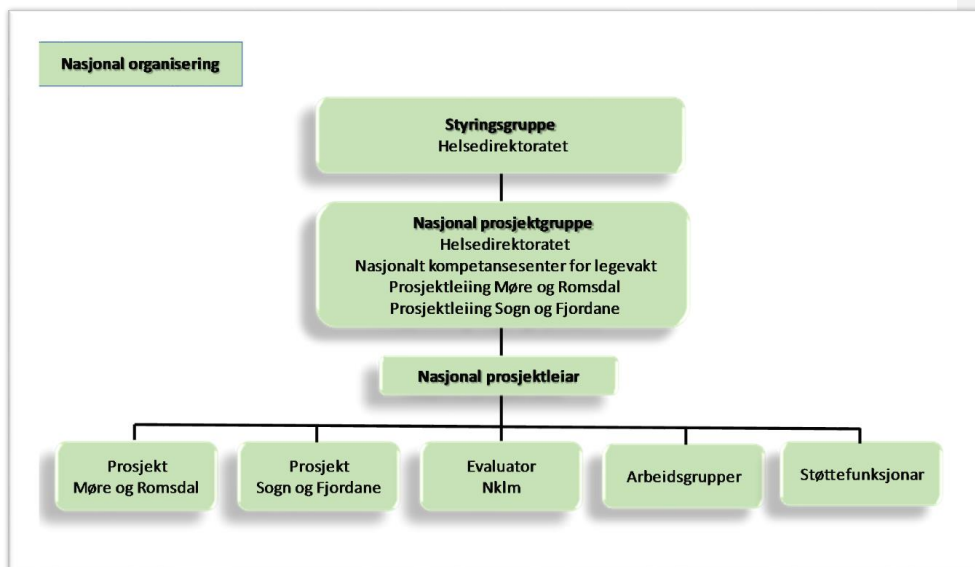
I kommunane som har eigne legevakter er legane i mykje større grad med på uttrykking med ambulansetenesta, og avstanden til legevakt for befolkninga generelt er kortare enn for interkommunale legevakter. I desse kommunane er utfordringa dels vaktbelastninga i seg sjølv for fastlegane, dels er utfordringa å sikre vakkompetente legar til vakt eller bakvakt.

Hovudmålet med å søke dette prosjektet var å sikre ei berekraftig og forsvarleg lokal akuttmedisinsk teneste i områder som har utfordringar i tenesta, og behalde dei delane av drifta som allereie fungerte godt. Målet var å bruke legevaktspiloten til å oppnå betre fagleg, pasientopplevd og organisatorisk kvalitet i dei prehospitala tenestene i fylket, og etablere organisering og arbeidsmåtar som kan vidareførast også etter prosjektperioden.

3 Organisering, tilsette og forankring

3.1 Prosjektorganisering for Legevaktspiloten Sogn og Fjordane

Prosjekteigar er Helsedirektoratet. Sentral styringsgruppe er Helsedirektoratet. Sentral prosjektgruppe styrast av HDIR med representasjon frå Møre og Romsdal, Nasjonalt kompetansesenter for legevakt(Nklm) og Sogn og Fjordane.

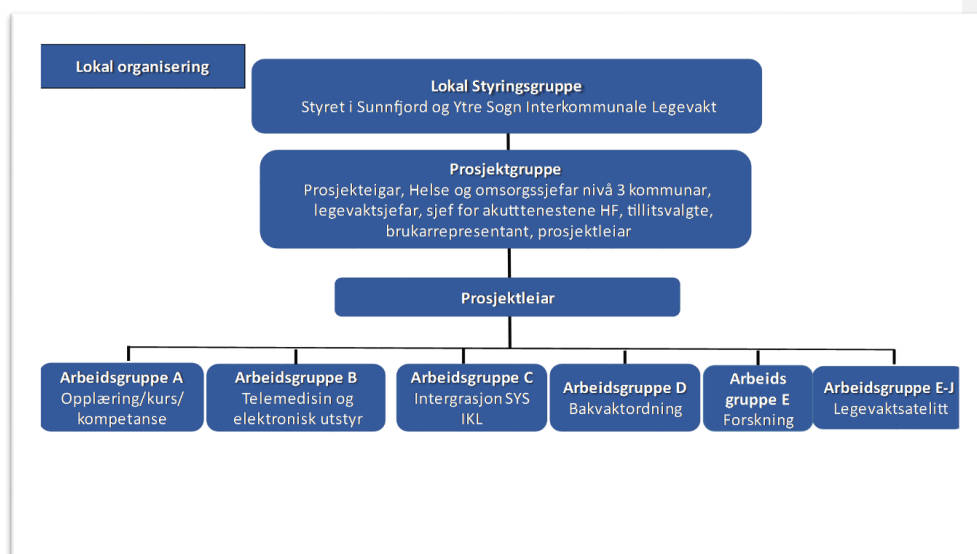


Figur 1-Nasjonalt prosjektorganisering

Lokal styringsgruppe er styret i SYS IKL. Lokal prosjektgruppe består av helse- og omsorgssjefar frå alle nivå 3 kommunar, prosjekteigar ved SYS IKL, tillitsvalde, brukarrepresentant, kommuneoverlege og legevaktsjef for nivå 2, representant for Helse Førde si akuttavdeling.

Prosjektet er organisert i eksisterande organisatoriske einingar. Prosjektet omfattar alle kommunane i tidligare Sogn og Fjordane unnateke Gulen og Solund. Helse Førde har ei deltakande rolle, i form av rådgjeving på IT- løysingar, samt ved samarbeid med ambulansetenesta og kursavdelinga. Prosjektet er forankra i skriftlege avtaler med alle kommunar og med Helse Førde.

NKLM står for følgeforskninga og er dermed sentral i formalistisk og praktisk utforming av prosjektet med tanke på tilrettelegging for å hente inn data i piloten. Lokal prosjektleiar samarbeider tett med NKLM. Legevaktspiloten har samarbeid med Høgskulen på Vestlandet(HVL) som har knytt masteroppgåver og andre studiar opp mot piloten.



Figur 2-Regional prosjektorganisasjon

Lokal prosjekteigar og prosjektleiar møter i nasjonal prosjektgruppe ein gong månaden på video, og har elles jamleg kontakt med sentral prosjektleiar. Sentral styringsgruppe vert orientert gjennom statusrapportering og ved høve ved fremming av særskilde saker. Kommunikasjon mot sentral styringsgruppe skjer via nasjonal prosjektleiar.

Styringsgruppa for Legevaktspiloten Sogn og Fjordane har faste møter knytt til SYS IKL sine styremøter. Det er faste treffpunkt ein gong i veka mellom lokal prosjekteigar og lokal prosjektleiar, og elles tett kommunikasjon. Lokal prosjektgruppe har kvartalsvise fellesmøter med fysisk oppmøte og videodeltaking. Lokal prosjektleiar har månadlege møter med kvar satellittleiing, og elles hyppig kontakt etter behov.

Samhandling mellom nivåa i piloten er viktig for å skape felles forståing for mål og framdrift, og kommunikasjon med helseføretaket har vore avgjerande for å sikre samvirke og hensiktsmessig ressursbruk. Helse Førde er deltakar i lokal prosjektgruppe.

Legevaktsjefane i fylket er sentrale for forankring og oppfølging av forskning og den praktiske bruken av bakvakt ute i distriktslegevaktene. Lokal prosjektleiar har ansvar for dialog, og å sørge for fleksibel og hensiktsmessig organisering.

Store delar av planlegging og tilrettelegging for å legge rammene og for prosjektgjennomføringa i seg sjølv gjerast i allereie eksisterande fora, med prosjektleiar som bindeledd mellom ulike nivå og arbeidsgrupper.

Oppdatering frå Legevakt-piloten Sogn og Fjordane er fast post på programmet til Samhandlingsforum for akuttmedisin, som har kvartalsvise samlingar og er eit aktivt organ for tverrfaglege akuttmedisinsk samarbeid mellom kommunar og føretak, med representasjon frå statsforvaltar og brukarar.

3.2 Inndeling av nivå av legevakt på vakttid

Nivå 1: Sunnfjord og Ytre Sogn Interkommunale Legevakt (SYS IKL)

Lokalisert i Førde ved Helse Førde Sentralsjukehuset

Interkommunal legevakt for Sunnfjord, Hyllestad, Fjaler, Askvoll, Balestrand (del av Sogndal kommune), Høyanger

Kommunal akutt døgnavdeling for Sunnfjord, Hyllestad, Fjaler, Askvoll, Høyanger og Bremanger.

Legevaktsentral for Gløppen, Flora-delen av Kinn, Bremanger, Sunnfjord, Hyllestad, Fjaler, Askvoll, Balestrand, Høyanger

Sjuepleiebemanna døgnet rundt. Interkommunal legevakt med 2 legar til stades i all vakttid, der minst ein lege alltid er vaktkompetent.

Nivå 2: Sjølvstendige legevaktar

Interkommunale legevakter

Indre Sogn Legevakt(Lærdal, Aurland, Årdal)

Nordfjord Legevakt(Eid, Stad, Vågsøy-Nord-del av Kinn, Stryn)

Florø Legevakt(Sør- del av Kinn, Bremanger frå mai 2022)

Ein-kommune legevakt

Vik

Bremanger frem til kl. 22(til og med april 2022)

Florø (Flora-del av Kinn)(til og med april 2022)

Gløppen

Luster

Sogndal

Nivå 3: Legevaktsatellittar

Akuttrom utstyrt etter Akutforskrift § 9 som legevaktskontor med videomøterom.

Bemanna av sjukepleiarar frå heime- og omsorgstenestene, kompetanse Akutforskrifta §8.

Lokalisasjon

Bremanger kommune: Svelgen Omsorgssenter (frå kl. 22)

Hyllestad Kommune: Eiklund Sjukeheim

Askvoll kommune: Askvoll Sjukeheim

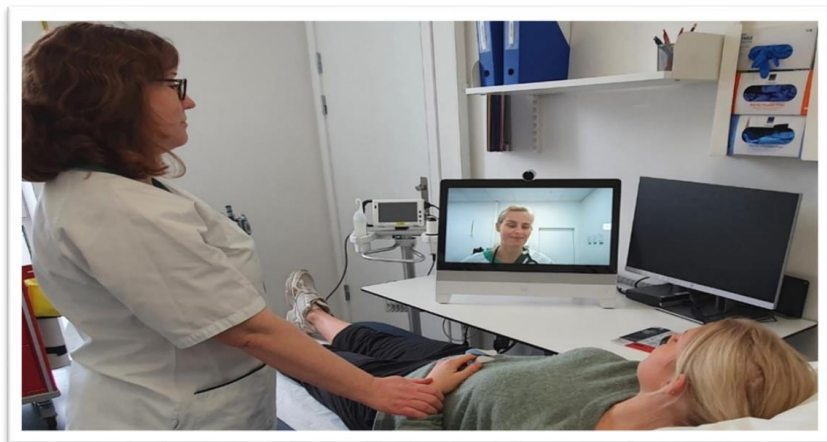
Høyanger kommune: Høyanger legekontor
Sogndal kommune: Balestrand Helsetun

Bakvaksordninga

Alle legevaktene på nivå 2 kan bruke sentralisert bakvakt ved nivå 1 SYS IKL i tillegg til eigen kommunal bakvakt.

4. Skildring av satellittane

Ved behov for legehjelp ringer pasientane 116117 og blir ruta til legevaktsentralen ved SYS IKL. Alle satellittkommunane er tilknytt SYS IKL sin legevaktsentral. Når pasientane tar kontakt med legevaktsentralen vert dei vurdert etter validert triagesystem. Dersom problemstillinga er eigna for videovurdering, får pasienten tilbod om å møte på legevaktsatellitt lokalt. Der vil dei bli møtt av sjukepleiar og ha konsultasjon med legevaktlege over video med sjukepleiar til stades under konsultasjonen. Legevaktlege er lokalisert på SYS IKL. Legevaktsoperatørane er sjukepleiarar med erfaring frå legevakt og opplæring etter kompetanseplan. Ved fire av dei fem satellittane rykker også sjukepleiarane ut ved akutte medisinske hendingar.



Figur 3- Videokonsultasjon

Biletet over viser pasient som vert tatt imot på legevaktsatellitt av sjukepleiar medan lege held konsultasjonen på video. Sjukepleiarane som jobbar ved legevaktsatellittane har gjennomgått opplæring etter kompetanseplan og i tråd med Akutforskrift § 8.

Tabell 1-Oversikt over opningstider og nivåfordeling gjennom døgnet

Stad	Startdato	Nivå 3 veke	Nivå 3 helg	Nivå 2 veke	Nivå 1 veke	Nivå 1 Helg	Folketal
Balestrand	1.09.19	15.30-08	Heile	08-15.30	15.30-08	Heile	1170
Bremanger	1.10.19	22-08	22-08	08-22	22-08	22-08	3597
Askvoll	1.11.19	15.30-22	08-22	08-15.30	15.30-08	Heile	2991
Hyllestad	9.12.19	15.30-22	08-22	08-15.30	15.30-08	Heile	4049
Høyanger	9.12.19	15.30-22	09-22	08-15.30	15.30-08	Heile	1249
Totalt							13 101

4.1 Spesifikt for den einskilde satellitt

4.1.1 Balestrand, Sogndal kommune,

Oppstart 01.09.19. Lokalisert på Balestrand helsetun. Mottar allereie frå start 60 % av legevaktspasientar lokalt. Ein stor del av befolkninga bur rundt satellitten og har elles 1.5 time til legevakt. Det er 40 min til næraste ambulanse. Ikkje hatt nedetid i pandemiperiode. Open for smittepasientar. Ambulanse har døgnavakt tilstades i nabokommunen Høyanger 24/7. I tillegg er det dagbil måndag-fredag.

Frå start av prosjektet hadde Balestrand legevaktssatellitt følgjande organisering: Eigen bemanning beståande av helsepersonell frå ulike einingar. 7 fast tilsette sjukepleiarar som har sin stilling knytt opp mot satellitten. I tillegg 3 sjukepleiarar og ein ambulansarbeidar som har gått gjennom opplæringspakken og er faste vikarar. I prosjektperioden har dei enten gått på topp av bemanning eller i eigen frittstående turnus som heimevakt. Legevaktssatellittpersonellet har legevakt som hovudoppgåve og har vore lønna som ein ekstraressurs. Denne modellen krev ekstrapersonale og gjev god robustheit i forhold til gjennomføring. Mange av vaktene er knytt opp mot omsorgstenestene, og legevaktssjukepleiar deltek då inn i drifta som ekstraressurs.

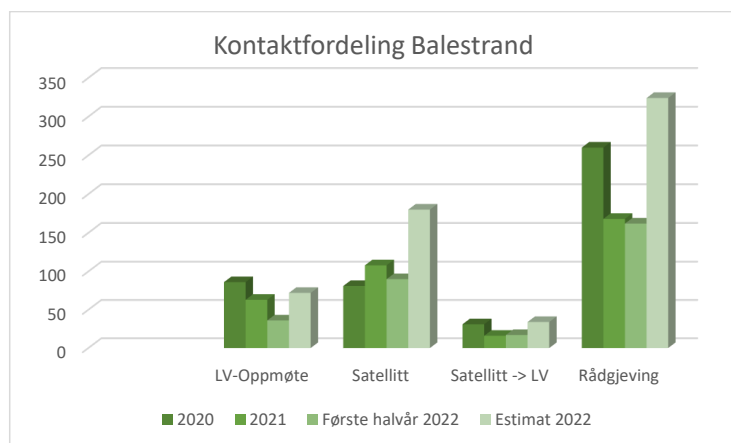
Balestrand har aldri hatt nedetid og dei er med på utrykkingar. Dei meiner sjølv at dette skuldast at dei har mange tenester å spele på som gjev god stabilitet og føreseieleg opningstider. Leiar for tenesta jobbar i drifta.

Det siste året har Balestrand sett på modellar for utgiftsreduksjon, og sikring av at ein kan kontinuere tilbodet etter prosjektperioden. Eit av grepa er at Balestrand har flytta administrativt arbeid til vakttid. Dette er arbeid som let seg godt kombinere med beredskapsarbeid. Alle sjukepleiarar har 20 % administrative oppgåver som dei skal utføre på vakt. Dette dekkjer opp for kveld og helgevakter. Balestrand har fått tildelt eit årsverk frå kommunen dedisert satellitten. Denne stillinga nyttast til nattevakter.

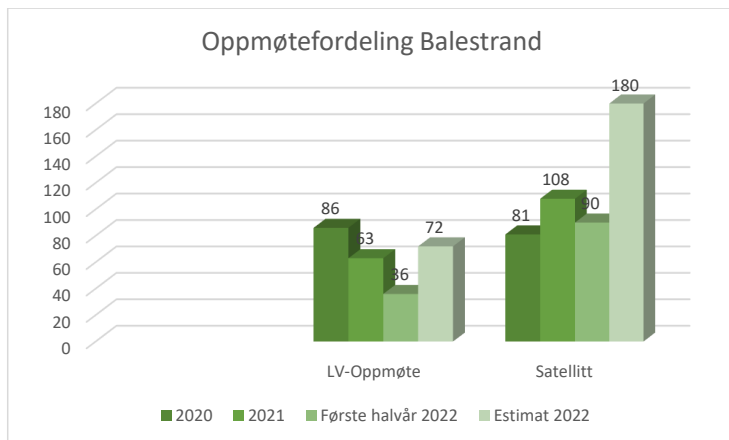
Balestrand har frå oppstart av hatt månadlege akutt- og legevaktsmedisinsk trening med eit årshjul for ferdigheits- og samtrening. Det er stor oppslutning om treninga frå personalet, og sørger slik for trygt og kompetent personale.

Det synest som om modellen Balestrand har lagt opp til har gitt ei sterk teneste. Satellitten har frå første start hatt eit stort tal pasientar. Satellitten med videokonsultasjon behandlar 50 til 70% av legevaktspasientane. Som vi ser av tala, går ein del av pasientane vidare til legevakt, noko som tyder på at satellitten også blir brukt for avklaring og stabilisering av pasientar før lang reiseveg.

Balestrand har jobba for ei lokal forsterkning av legevakt i fleire år før legevaktspiloten. Det er gjort grundig forarbeid og legevaktssatellitten er godt forankra hos lokalbefolkning, administrativ og politisk kommuneleiing. Balestrand har organisert seg slik at det døgnet rundt finnast eit lokalt legevaktstilbod. Dei rykker ut ved raude responsar, og dei drar i heimebesøk. Det er etablert struktur for øving og uttrykking med brannetaten. Dei tilsette framstår trygge og har eigarskap til prosjektet. Dei har aldri hatt nedetid og lokalisering er geografisk godt eigna. AMK og ambulansetenesta uttrykker stor nytte av samarbeid med satellittsjukepleiarane, og meiner at kommunen no gir eit betydeleg betra tilbod til pasientane ved akutte hendingar.



Figur 4-Kontaktfordeling for Balestrand. Heile prosjektperiode. Absolutte tal.



Figur 5-Oppmøtefordeling for Balestrand. Heile prosjektperiode. Absolutte tal.

4.1.2 Askvoll kommune

Oppstart 01.11.19. Lokalisert på Askvollheimen. Det er ein time med bil til Askvoll sentrum frå Førde legevakt. Det er ytterlegare 75 min med ferje til øyriket utanfor som har relativt stor befolkning og betydeleg turisme. Nærmaste ambulanses stasjonert i nabokommunen Fjaler med 20 min kjøretid til Askvoll sentrum. Ambulansesbåt ligg stasjonert i Solund og Florø.

Stasjonen har i dag to døgnbilar med tilstedevakt 24/7. Stasjonen dekkjer Fjaler, men også store deler av Askvoll. Frå februar 2023 vil stasjonen endre beredskapen til ein døgnet og ein dag-ambulanses alle dagar. Stasjonen vert hovudstasjon for Fjaler og Lavik med døgnet og dag-ambulanses. Døgnetbilen vil ha tilstedevakt 24/7 og dagbilen vil ha beredskap 12 timer i døgnet alle dagar.

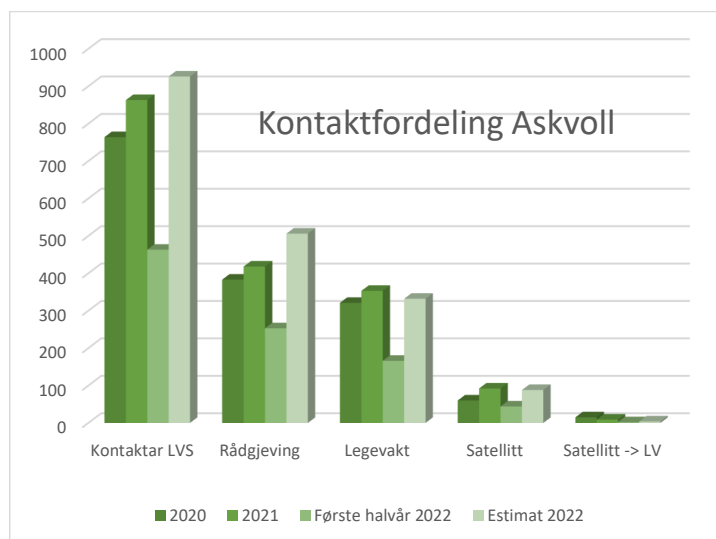
Legevaktssatellitten er bemanna frå sjukeheim som del av drifta. Personellet er knytt til ei avdeling som er bemanna opp med ein heil ressurs. Satellittpersonalet jobbar normalt i avdeling, og har arbeidsoppgåver som er tilpassa at dei må kunne forlate oppgåvene på kort varsel. Dei har stengt 22-08 alle dagar. Satellitten har sidan november 2020 vore open for smittepasientar. Askvoll legevaktssatellitt har hatt svært lite nedetid.

Leiar deltek ikkje i drift, men er superbrukar på utstyr, fasilitator for øvingar og har ansvar for drift og fagutvikling.

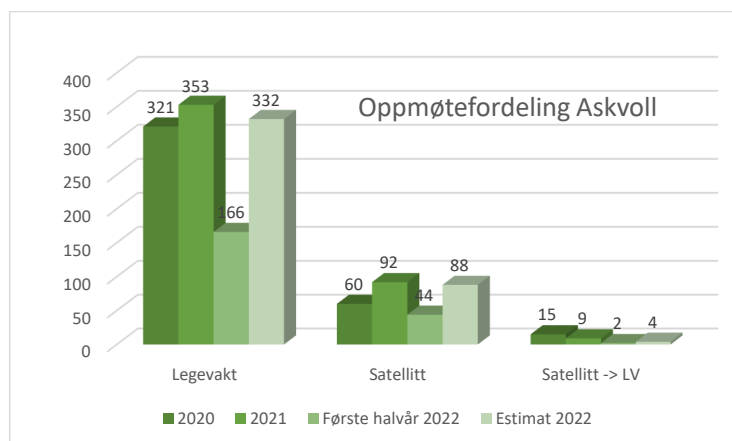
Askvoll legevaktssatellitt har stabilt personell som uttrykker at dei trivast godt med legevaktsarbeidet og har høg kvalitet på tilbodet dei leverer. Dei har månadleg organisert akutt- og legevaktssmedisinsk trening med eit årshjul for ferdigheits- og samtrening. Askvoll har ein betydeleg del av si befolkning i øyriket, og ein del av befolkninga bur like nærme SYS IKL som til satellitten.

Geografisk plassering av befolkning og nattestengt satellitt aukar talet på pasientar som drar til SYS IKL.

Askvoll legevaktssatellitt tek i mot 20% av legevaktspasientar lokalt i 2021 og første halvdel 2022. Dette er ei klar auking frå 2020. Personellet rykker ut ved raude responsar i opningstida, og nyttar mobil videokonsultasjon på både sjukeheim og heimebesøk. Sjukeheimspasientar kan også trillast inn på satellittkontoret som ligg i same bygg. Satellitt-tilbodet er solid forankra og ordninga held fram etter prosjektperioden er over.



Figur 6--Kontaktfordeling for Askvoll kommune for heile prosjektperioden. Absolutte tal.



Figur 7--Oppmøtefordeling for Askvoll kommune for heile prosjektperioden. Absolutte tal.

4.1.3 Hyllestad

Oppstart 09.12.19. Lokalisert på Eiklund sjukeheim. 1t 50 min frå Førde. 40 min til nærmaste ambulanse. Ambulansestasjonen ligg i Lavik i nabokommunen Høyanger, og har døgnvakt tilstades på kvardagar. Ressursen har Hyllestad kommune som sitt primærdekkingsområde. Frå februar 2023 vil d Lavik få vakt tilstades heile døgnet også i helgar og stasjonen vil bli ein satellitt-stasjon liggande under Fjaler ambulansestasjon.

Open for smittepasientar. Mottar rundt 10 % av legevaktspasientar lokalt dei to første åra. Frå årsskiftet 2022 hatt ein pasient. Bemanna frå heimetenester og sjukeheim. 5 sjukepleiarar jobbar i piloten. Går i vekedagar som del av vanleg bemanning. I helger på topp av vanleg bemanning. Har stengt 22-08 alle dagar.

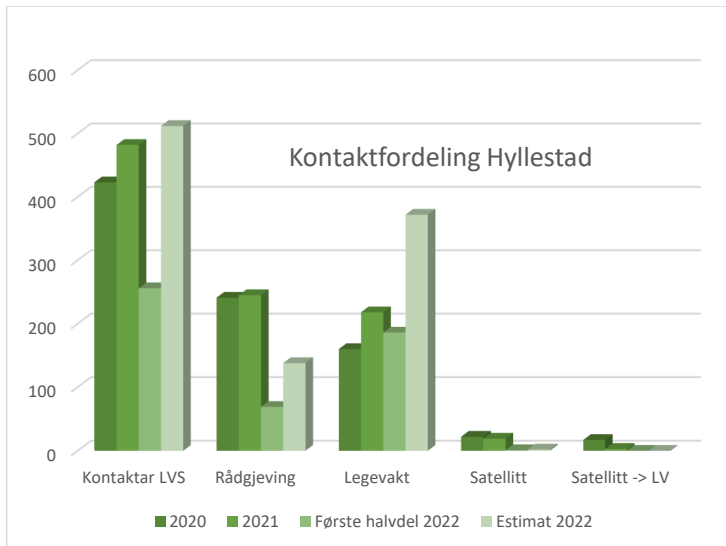
Nokre av sjukepleiarane rykker ut ved raude responsar. Det er avhengig av totalbemanninga i kommunen på den aktuelle vakt, om sjukepleiar rykker ut eller ikkje. Det har vore naudsynt å gjere det slik for å nytte personalressursane best mogleg, på tross av at dette gir ei uoversiktleg vaktdekning for AMK.

Frå start av er det frå administrativt hald vedtatt fast tid kvar veke til øving, som skulle veksle mellom internøving og øving med ambulanse. Dette for å bygge opp ein fast øvingsstruktur, då sjukepleiarane var trygge og fagleg kompetente, men opplever det nye ansvaret i piloten som krevjande.

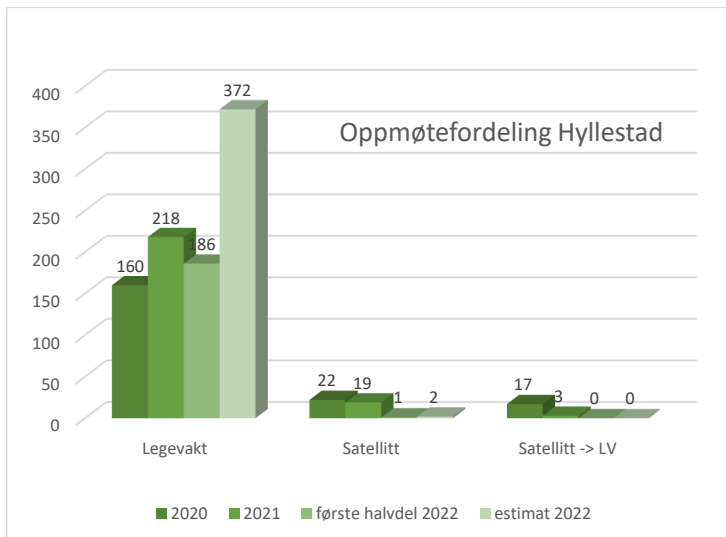
Leiar deltek ikkje i drift dei første åra. Funksjonar var tydeleg delegert til dei som jobbar i satellitten.

Grunna kritisk bemanningssituasjon har satellitten mykje nedetid, noko som fører til lite pasienttal. Hyllestad har store utfordringar i si tenesta med tanke på bemanning, og har hatt stor utskifting i av leiarar. I første halvår 2022 har satellitten berre behandla ein pasient grunna store personell-utfordringar.

Helseleiar har nytta prosjektet til å sjå på oppgåvefordeling og legg no betydeleg om på organiseringa av tenestene sine. Det gjerast eit stort arbeid med omlegging av tenesteplanar. Kommunen har ei heilheitleg tenking og ser på legevaktssatellitt som eit viktig del av sitt akuttmedisinske tilbod. Hyllestad er tydeleg på at dei ønskjer å fortsette med legevideokonsultasjonar med tilrettelegging frå sjukepleiar også etter prosjektperioden.



Figur 8- Kontaktfordeling for Hyllestad kommune heile prosjektperioden. Absolutte tal.



Figur 9- Oppmøtefordeling for Hyllestad kommune for heile prosjektperioden. Absolutte tal.

4.1.4 Høyanger

Oppstart 09.12.19. Utfordrende geografi med landområder nord og sør for Sognefjorden. Avstand Ortnevik- Førde: 2 t 10-30 min- avhengig av ferje. Nessane- Førde 1t 20 min. Ambulanse lokalisert Lavik og Høyanger med 1 t 30 min til Ortnevik inkludert ferje.

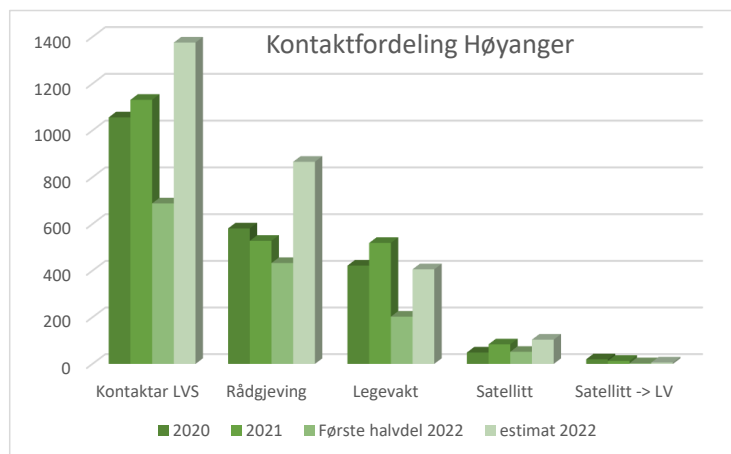
Ambulanse har døgnvakt med tilstadevakt i kommunesenteret Høyanger 24/7. I tillegg er det dagbil mandag-fredag. Lavik har døgnvakt tilstades kvardagar Stasjonen ligg i Lavik i Høyanger kommune, men ressursen har Hyllestad kommune som sitt primærdekkingsområde. Den er også næraste ressurs til Høyanger sørside, Lavik og ytre deler av Fjaler kommune. Får endra bemanning og ansvarsområde frå februar 2023, jf informasjon under Hyllestad.

For befolkninga sør for Sognefjorden (289), og vest for Vadheimsfjorden (817) er det lite hensiktsmessig å nytte satellitt. Meir enn 25 % bur altså slik til at det ikkje er hensiktsmessig å nytte satellitten. Satellitten er lokalisert på Høyanger legesenter, som er samlokalisert med sjukeheim. Ambulansestasjon like ved. Er ikkje open for smittepasientar grunna organisering. Ved oppstart møtte 10% av legevaktspasientane i Høyanger kommune lokalt på satellitten, medan dette talet har auka til 14% i 2021 og 20% i 2022.

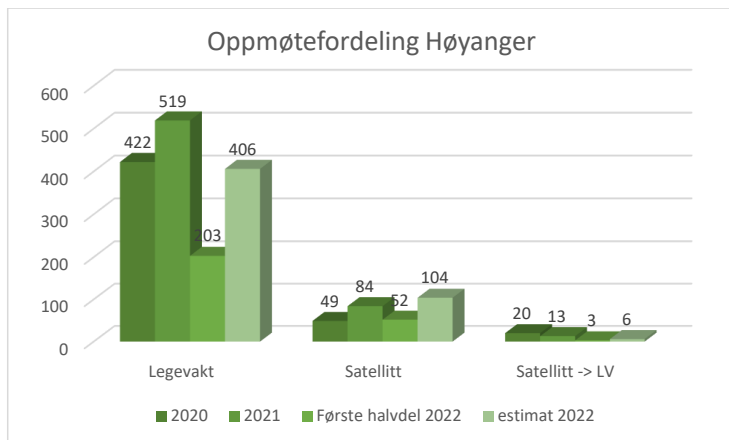
Bemanna frå heimetenester og sjukeheim. Gjekk på topp av bemanning i byrjinga av prosjektet, no som del av vanleg bemanning. Dei har i tillegg ei heimevaktordning for vakter som ikkje let seg dekke frå vanleg turnus. Stengt 22-08 alle dagar. Frå 2020 har satellitten også vore open i helgane på dagtid. Rykker ikkje ut ved raud respons grunna bemanningsutfordringar og fordi legevaktssatellitten er lokalisert rett ved sidan av ambulansetenesta.

Leiar jobbar i drift og er aktiv for å sørge for bemanning og trening.

Høyanger har stabilt personell og høy kvalitet på tilbudet dei leverer. Dei har månedleg trening med eit årshjul for ferdigheit- og samtrening.



Figur 10- Kontaktfordeling Høyanger kommune for heile prosjektperioden. Absolutte tal.



Figur 11- Oppmøtefordeling Høyanger kommune for heile prosjektperioden. Absolutte tal.

4.1.5 Bremanger

Oppstart 01.10.19. Lokalisert på Svelgen omsorgssenter. Førde- Kalvåg: 2 t 20 min. Ambulanse i prosjektperioden: Hauge og Svelgen. Ambulanse på Hauge (Ytre Bremanger) vert erstatta av ambulansébåt juni 2022.

Døgnambulanse med tilstedevakt i kommunesenteret Svelgen 24/7. Frå 1.juni 2022 dekkjer båtambulanse i Florø akuttberedskap for Bremangerlandet. Det er sett i drift nytt båtambulansmateriell med ei medisinsk besetning som på ambulansebil. I Kalvåg er det ambulansebil ved kai som kan nyttast for oppdrag på Bremanger-landet.

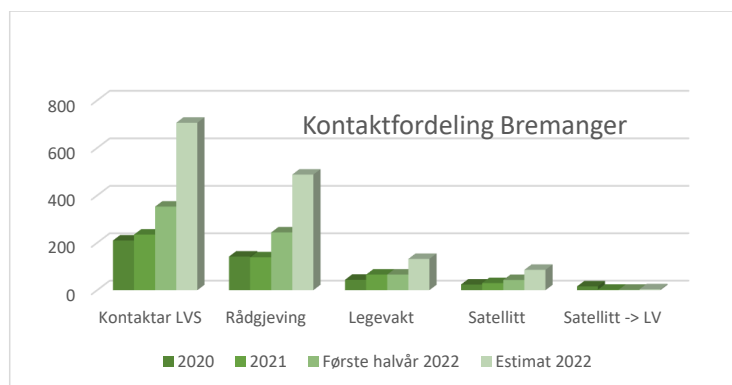
Tar imot 32% av legevaktspasientar lokalt. Open for smittepasientar. Dei har heile perioden hatt opningstid som planlagt 22-08. Bremanger har eigen legebemanna legevaktstasjon (nivå 2) kl. 08-22 alle dagar. Bemanna frå sjukeheim. Gjekk på topp av bemanning dei første 4 månadar for å sikre god opplæring og trygging på bruk av verktøy, deretter del av daglig drift. Før prosjektstart hadde sjukepleiarar heimevakt på natt. Dei har no organisert tenesta slik at sjukepleiar har aktiv tid på natt for å kunne dekke legevaktspiloten. Dette gir utfordringar for sjukepleieressurs på dagtid. På natt går dei som del av vanleg bemanning, men har arbeidsoppgåver som gjer at dei kan gå raskt frå. Samlokalisert med sjukeheim. Leiar jobbar ikkje i drift, fagutviklar jobbar i drift. Satellitten har sporadisk nedetid grunna akutt sjukdom som ikkje let seg dekke på kort varsel. Rykker ut saman med brann til raude responsar sidan februar 2021.

35% av legevaktspasientane i Bremanger kommune behandlast lokalt fram til mai 2022, og tala har auka betydeleg etter at Florø legevakt tok over legevaktsansvaret for Bremanger frå mai 2022. Både i absolutte tal og i kor mange av pasientane som møter lokalt på satellitt.

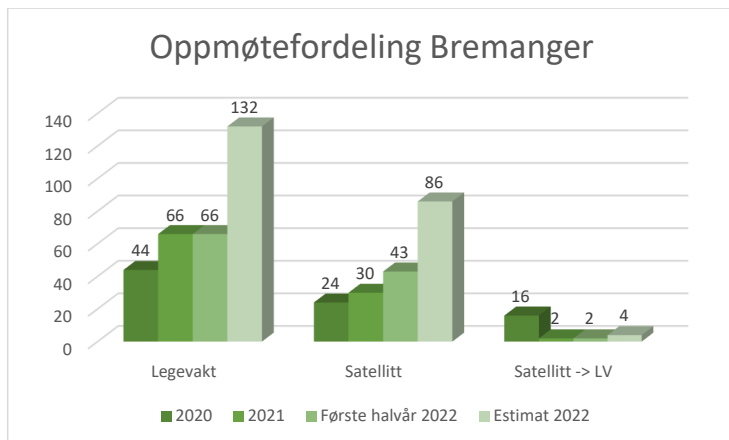
Fram til mars 2021 var det lege i Bremanger som hadde ansvar for raude responsar på natt. Etter mars 2021 rykker satellittsjukepleiar ut på raude responsar saman med brann og ambulanse, medan ansvarleg lege er på nivå 1 ved SYS IKL.

Frå mai 2022 gjekk Bremanger inn i legevaktsamarbeid med nabokommunen Kinn sin legevakt i Florø. Ein føresetnad for dette, var at ein kunne vidareføre legevaktsatellittmodellen. Etter denne omlegginga er vaktorganiseringa endra. Bremanger har sjølv legevaktansvar 08-16 på vekedagar, medan Florø Legevakt har legevaktsansvaret all anna vakttid, saman med satellittsjukepleiar som jobbar slik dei gjorde i prosjektet. Dette fungerer godt, og har vore viktig for å gjere det mogleg for Bremanger å danne legevaktsamarbeid med Florø legevakt.

Legevaktsatellitten i Bremanger har stabilt personell og høy kvalitet på tilbodet dei leverer. Dei har velorganisert månadleg trening med eit årshjul for ferdigheit- og samtrening. Ikkje hatt nedetid i pandemiperiode.



Figur 12-Kontaktfordeling Bremanger kommune for heile prosjektperioden. Absolutte tal.



Figur 13-Oppmøtefordeling Bremanger kommune for heile prosjektperioden. Absolutte tal.

4.2 Status Covid-19 situasjon

Alle satellittene var stengt frå mars til november 2020. Balestrand, Askvoll, Hyllestad og Bremanger har hatt ope for smittepasientar sidan tidleg i november 2020. Høyanger har ikkje ope for smittepasientar grunna lokalisering av smittelokale. Det første året av pandemien gjekk pasienttala ned på satellittane, fordi ein ikkje behandla smittepasientar. Det er sannsynleg at ein del pasientar som tidlegare søkte legehjelp ved forkjøling, no møter på teststasjon og berre oppsøker lege ved meir uttalte symptom enn tidlegare. Helse Førde og kommunane har oppretta eit tverretatleg strategisk utval for handtering av Covid 19. Dette har fortløpande orientert helsetenestene via PKO og eigen struktur.

Alle pasientar i SYS-området med smittesymptomer blei slusa til SYS IKL luftvegsklinikken inntil november 2020. Ein såg at prosjektets pasientgrunnlag falt betrakteleg. Prosjektleiing og kvar kommune ved kommuneoverlege hadde difor eit møte med risiko- og løysingsvurdering. Det er klare fordeler med å vurdere smittepasientar med minst mogleg flytting. ROS analyse utført overordna og ved kvar satellitt. Kvar kommuneleiing har hatt ansvar for eigne tiltak og tilrettelegging. Etter november 2020 har Bremanger, Askvoll, Hyllestad og Balestrand hatt mottak av eigne smittepasientar til legevaktsatellittane. Risikobiletet vurderast fortløpande, og dette kan endrast på kort tid ved endra anbefalingar. Smittevernoverlege i kvar region avgjer om dei skal ha ope for smittepasientar ved legevaktsatellittane. Høyanger sine smittepasientar behandlast på vakttid ved SYS IKL grunna lokalisering av smitemottaket lokalt.

Sjukepleiarar som er utrygg på rutinane for smittetilak skal kontakte lege ved SYS IKL for å vurdering av handtering. Det er laga felles rutinar som kvar satellitt har tilpassa eiga drift.

Video- og telefon-bruk direkte mellom lege og pasient auka betydeleg under pandemien. Dette er pasientar frå andre kommunar enn dei som har satellitt, og video- eller telefonkonsultasjon vart gjennomført direkte mellom lege og pasient utan sjukepleiar som bindeledd. Denne bruken av videokonsultasjonar gjekk raskt tilbake når smittetala på nytt var låge. Derimot held talet på videokonsultasjonar ved satellittane stabilt uavhengig av smittetrykk.

SYS IKL har eigen luftvegsklinikk for legevaktpasientar og eige smitterom på KAD. Kvar kommune utanfor Sunnfjord har egne luftvegsklinikkar for si befolkning på dagtid.

Ein får betydeleg lågare pasientstraum dersom ein ikkje kan behandle luftvegspasientar, anna smitte og karantene pasientar. Det kan vere nyttig å kunne sjå til og behandle smittepasientar lokalt, både av pasientomsyn og for å sleppe utfordrande logistikk.

4.3 Statistikk over tiltak for pasientar som kontaktar legevaktsentralen ved SYS-IKL

Som skildra over er det store skilnader i organisering av dei 5 satellittane. Figurar og tabellar under gjev ei oversikt på kvar ein rutar pasientane som ringer til legevaktsentralen. Vi ser at halvparten av problemstillingane løysast ved telefonråd, og mange av desse går til fastlege neste dag. I periodar med fleire heilagddagar på rad, ser vi auka bruk av satellitt fordi problemstillingane då ikkje kan vente til fastlegekontoret opnar.

Variablar som verkar inn på bruken er demografi, opningstid, transport og anna tilbod i kommunen. Plassering av satellittkontoret er av stor betydning. Der det er ein omveg for pasienten å dra til satellitt framfor å dra til SYS IKL, vil dei fleste av desse pasientane dra direkte til legevakta sjølv om kontaktårsak eignar seg for videokonsultasjon ved lokal satellitt. Alle kommunane har denne utfordringa, men for Hyllestad og Høyanger gjeld dette ein større del av befolkninga enn for dei andre kommunane. I Bremanger er det eigen legebemanna legevakt alle dagar frå 08-22. Besøksstida for legevaktsatellitt er på eit tidspunkt (22-08) der legevakt generelt er lite i bruk og problemstillingane gjerne meir tidskritiske enn tidlegare på ettermiddag og kveld. Ein vil derfor forvente at Bremanger har låge oppmøtetel på satellitt og at ein større del av pasientane drar rett til SYS IKL. Frå mai 2022 har Bremanger flytta legevakt til Florø legevakt i nabokommunen, og Bremanger sin satellitt gjennomfører sine videokonsultasjonar som i piloten, men no med legar frå Florø legevakt. Frå mai 2022 har då altså Bremanger satellitt-tilbod på all vakttid alle dagar.

Tabell 2-Fordeling av kontaktar som ringer 116117 visar kor mange pasientar som tek kontakt med legevaktsentralen ved SYS IKL i prosjektperioden. I januar 2020 var alle satellittane opna, og innsamlinga startar derfor januar 2022. Samanlagt for alle kommunar løysast halvparten av problemstillingane på telefon, 40% behandlast ved SYS IKL og 10% drar til satellitt for videokonsultasjon. Vi ser at Balestrand behandlar fleire pasientar lokalt enn ved sentral legevakt, og at denne trenden held seg i heile perioden. Askvoll har hatt stabilt oppmøte på satellitt på rundt 20% av pasientar som skal til legevakt. Hyllestad har grunna store ressursutfordringar med knapp bemanning måtte halde satellitt-tilbodet stengt i store delar av haust 2021 og vår 2022.

Tabell 2-Fordeling av kontakter som ringer 116117 for kvart år i prosjektperioden

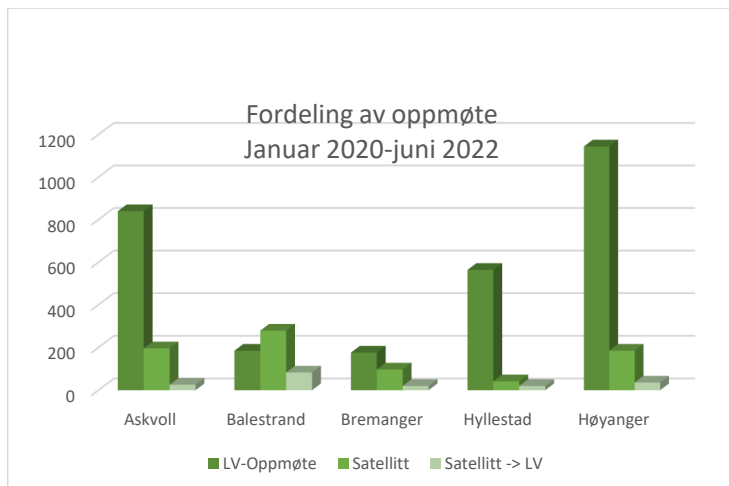
Kontaktfordeling 2020						
	Askvoll	Balestrand	Bremanger	Hyllestad	Høyanger	Samanlagt
Kontakter LVS	764	427	210	423	1056	2880
LV-Oppmøte	321	86	44	160	422	1033
Rådgjeving	383	260	142	241	581	1607
Satellitt	60	81	24	22	49	236

Kontaktfordeling 2021						
	Askvoll	Balestrand	Bremanger	Hyllestad	Høyanger	Samanlagt
Kontakter LVS	863	339	235	482	1131	3050
LV-Oppmøte	353	63	66	218	519	1219
Rådgjeving	418	168	139	245	528	1498
Satellitt	92	108	30	19	84	333

Kontaktfordeling første halvår 2022						
	Askvoll	Balestrand	Bremanger	Hyllestad	Høyanger	Samanlagt
Kontakter LVS	463	288	353	256	688	2048
LV-Oppmøte	166	36	66	186	203	657
Satellitt	44	90	43	1	52	230

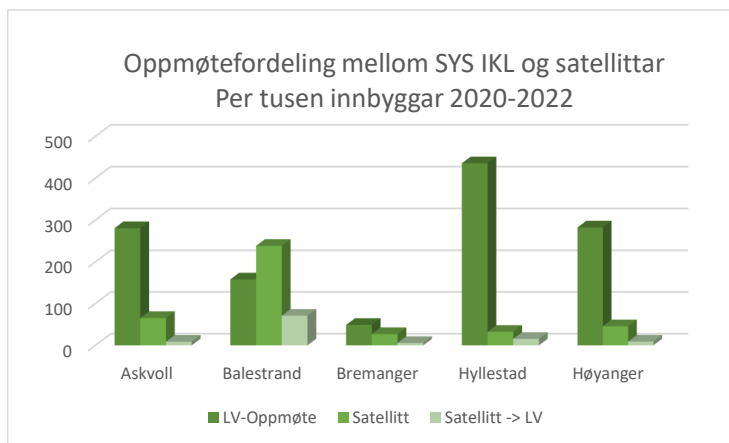
Vi ser vidare av Figur 14-Fordeling av oppmøte mellom SYS IKL og satellittar for heile prosjektperioden. Absolutte tal. under at det er stor variasjon i oppmøte ved satellitt i forhold til bruk av SYS IKL. Balestrand 1.5 t køyreveg frå SYS IKL, har stor stabilitet i bemanning, har aldri hatt nedetid og har ope på all vakttid heile veka. Her er det fleire som møter lokalt på satellitten enn på den interkommunale legevakta i Førde. Dette er absolutte tal, ein kan derfor ikkje samanlikne kommunane, men ein får eit reelt inntrykk av kor stor pasientflyt ein satellitt kan ha, og kor mange av eigne pasientar som kan behandlast lokalt. Det er og viktig å ta med seg at Balestrand hadde eit klart underforbruk av legevakttenestene før oppstart av piloten, for alle responsgrader. Kort tid etter oppstart har bruken normalisert seg for alle responsgrader og ligg no likt med vertskommunen Sunnfjord. Denne trenden har vedvart gjennom heile prosjektperioden.

Hyllestad har store bemanningsutfordringar og har derfor måtte halde stengt i periodar, i tillegg til at dei har stengt på natt.



Figur 14-Fordeling av oppmøte mellom SYS IKL og satellittar for heile prosjektperioden. Absolutte tal.

Om vi ser på tal kontaktar per 1000 innbyggjar vil ein lettare kunne samanlikne bruken av satellittar mellom kommunane. *Figur 15-Fordeling mellom SYS IKL og satellittane for heile prosjektperioden. Per tusen innbyggjar.* viser alle kontaktar frå dei aktuelle kommunar til legevaktsentralen SYS IKL og deretter kva for tilbod dei får. Denne gir ei deskriptiv framstilling, som ikkje seier noko om årsaker til fordeling av pasientane etter kontakt med legevaktsentralen. Faktorar som spelar inn kan vere fleire. Hyllestad har hatt store utbrot av covid-19, noko som kan ha generert mange kontaktar som kan løysast over telefon. Andre forklaringar kan vere ulikheter i befolkningsdemografi. Til dømes har dei mange framandarbeidarar som nyttar legevakt, men som ikkje reknast med i folketalet. Geografien og opningstid spelar også avgjerande roller. Høyanger, Balestrand og Askvoll har nokså lik kontaktrate til legevaktsentralen, men ulik fordeling av pasientløp.



Figur 15-Fordeling mellom SYS IKL og satellittane for heile prosjektperioden. Per tusen innbyggjar.

Høyanger har ein geografisk profil som gjer at det er føremålstenleg å sende pasient direkte til Førde frå store delar av kommunen. Satellitt ligg på same stad som ambulansestasjon og dei har derfor valt å ikkje rykke ut ved raude responsar av omsyn til bemanning. Askvoll kommune har stengt på natt og har også ein del av befolkninga som bur nærme den interkommunale legevakta som ligg i Førde. I *Tabell 3- Kontakatar som ringer Legevaktssentralen- Fordeling av pasientar per tusen innbyggjar* ser vi at fordeling av hastegrad og ambulansebruk er lik for Askvoll, Balestrand og Høyanger. Det er også oppløftande at 90% av pasientane ferdigbehandlast lokalt, og at berre ein tidel av dei som møter på satellitt i Balestrand drar vidare til sentral legevakt. Desse tala er våre egne oppteljingar basert på AMIS og journal, til eige bruk. NKLM har det formelle ansvaret for forskinga og baserer sine uttrekk på databaser.

Tabell 3- Kontakatar som ringer Legevaktssentralen- Fordeling av pasientar per tusen innbyggjar

Pr tusen innbyggjar jan 2020 - jun 2022						
	Askvoll	Balestrand	Bremanger	Hyllestad	Høyanger	Total
Kontakatar						
Total	699	901	222	897	710	609
Primærtiltak						
LV-Oppmøte	281	158	49	436	283	222
Satellitt	66	238	27	32	46	61
Sekundærtiltak						
Satellitt -> LV	9	71	6	15	9	14
Hastegrad						
Grøn	0	433	101	379	293	265
Gul	315	388	96	416	345	281
Rød	76	77	24	102	63	60
AMB						
Grøn	2	3	1	5	4	3
Gul	59	70	18	97	73	57
Rød	72	66	23	118	59	59

5 Måloppnåing

Hovudmålet med prosjektet har vore å sikre ei berekraftig og forsvarleg lokal akuttmedisinsk teneste i områder som har utfordringar i tenesta, medan ein samstundes tar vare på dei delane av drifta som frå før fungerer godt. Vi har jobba for å betre fagleg, pasientopplevd og organisatorisk kvalitet i dei kommunale delene av dei prehospitale tenestene i fylket, og for å etablere organisering og arbeidsmåtar som kan vidareførast også etter prosjektperiode.

Kommunane og helseføretaket har konkrete felles målsettingar for pilotprosjektet:

- Betre pasientopplevd kvalitet i utkantane

- Gje betra nærleik til helsetenesta gjennom heile døgnet
- Betre bruk av ressursar (transportkostnader, tidsbruk for pasient, nytte vaktressursar som er i beredskap til det beste for begge tenester, og til det beste for pasienten)
- Nytt prosjektet til å implementere bruken av teknologiske løysingar
- Levelege vaktordningar for fastlegar, med dette betre rekruttering og stabilisering
- Kvalitetsheving via kompetanseheving i omsorgstenestene som deltek som satellittar
- Få testa ut ulike organiseringar av satellittar slik at ein får erfaringsgrunnlag å bygge vidare på i etterkant av pilot
- Spele kvarandre gode på tvers av kommunegrenser og organisasjonsnivå

Eit av prøvepunktta i pilotutlysinga var ei samhandlingsløysing der helseføretaket sitt ambulanspersonale skulle bemanne den kommunale satellittten. Prosjektleiinga har vore på møter med to kommunar og leiinga for ambulansetenesta for å legge til rette for eit slikt samarbeid mellom ambulans og kommune. Ei slik ordning har ikkje latt seg gjere å få til i vår region, men er heilt klart ein organisasjonsmodell som har mykje interessant med seg.

5.1 Tilgjengelegheit av lege i tenesta og eit betra tilbod til pasientane

5.1.1 Tilgang til akuttmedisinske tenester gjennom heile døgnet

Vi opplev at pasientane er takksame for å sleppe lang reiseveg. Pasientane kan alltid velje sjølv om dei vil til sentral legevakt i staden for satellitt. Det gjerast forskning på brukartilfredsheit, styrt av NKLM. Vi har gode tilbakemeldingar og nøgde pasientar. På dagtid har fastlegekontora delegert ansvar for kommunal akuttberedskap, og har alltid ein lege i beredskap for akutt naud.

Tabell 4- Lokalisering av fastlegekontor i kommunane tilknytt SYS IKL

Høyanger	Sunnfjord	Fjaler	Bremanger	Sogndal	Askvoll	Hyllestad
Høyanger	Naustdal	Dale	Hauge	Sogndal	Askvoll	Leirvik
Bjordal	Skei		Svelgen	Balestrand		
Lavik	Førde			Leikanger		
	Sande					

Legevaktssatellitt er etablert og bemanna av kommunehelseteneste i Balestrand (Sogndal kommune), Høyanger, Hyllestad, Askvoll og Bremanger. Brannetat har akutthjelparfunksjon i alle satellittkommunar. I fleire av kommunane har brannmannskap ei utvida rolle og rykker ut med legevaktssatellittsjukepleiar på *alle* raude responsar.

Tabell 5- Tilgjengelege akuttmedisinske ressursar gjennom døgnet i kommunane

Dagtid	Vakttid
Fastlegekontor med lege i vaktberedskap i kvar kommune	Sunnfjord og Ytre Sogn Interkommunale Legevakt
	Satellittsjukepleiar
Hjertestartargrupper	Hjertestartargrupper
Ambulanse	Ambulanse
Båtambulanse	Båtambulanse
Luftambulanse	Luftambulanse
Redningshelikopter	Redningshelikopter

Som vist i *Tabell 5- Tilgjengelege akuttmedisinske ressursar gjennom døgnet i kommunane* består den akuttmedisinske kjede av helsepersonell frå kommune og helseføretak, i tillegg til akutthjelpargrupper som rykker ut ved hjertestans.

På dagtid på vekedagar har alle fastlegekontor ansvar for ØH-hjelp-pasientar. Fastlegane har tilgjengelege daglege hastetimar, og kvar kommune har alltid legar på dagtid som har ansvar for å nødradio og raude responsar. I satellittkommunane tek SYS IKL med legevaktsatellittane over ansvar for legevakt og ØH frå 15.30 til 08 alle vekedagar, og heile døgnet helgar og heilagdaggar.

På dagtid er det tett samarbeid mellom fastlegekontor, heimesjukepleie og ambulanse. På vakttid har den interkommunale legevakta SYS IKL det kommunale hovudansvaret for legevakt og samarbeider tett med legevaktsatellitt, heimetenester og ambulansetenestene.

Bremanger er einaste satellitt-kommune som har hatt eigen lokal legevakt før og under prosjektet. Her var målet å prøve ut satellitt-modellen på nattestid (kl 22 – 08), for å redusere belastninga på det lokale legekorpset. I starten var lokale legar bakvakt for raude responsar, frå og med mars 2021 tok SYS IKL over ansvaret også for desse. Frå mai 2022 har Bremanger gått inn i eit formalisert legevaktsamarbeid med nabokommune (Florø legevakt), og har beholdt satellitt-organiseringa lokalt.

Alle satellittar er knytt til SYS IKL som allereie har eit godt innarbeidd samarbeid med AMK, ambulanse og akuttmottak. Ambulansar jobbar tett med personell både ved sentral legevakt og med sjukepleiarane på legevaktsatellitt. Ved behov for bil- og/eller luftambulanse vil legevaktsatellitt kunne behandle og stabilisere pasient medan ein ventar på fleire ressursar, og også ha viktige oppgåver som å handtere etterarbeid, pårørande eller pasientar som er mindre skada.

Ambulansane kan også ta pasientar inn til legevaktsatellitt for å saman med lege ved videokonsultasjon, vurdere om pasienten skal stabiliserast før transport, vurdere hastegrad eller om pasienten kan behandlast lokalt og sleppe unødig transport. Dette ser vi er særleg viktig for sjukeheimspasientar, og for pasientar med kronisk sjukdom.

Alle legevaktsatellittar er knytt mot AMK med egne terminalar og kommuniserer via naudnett ved akutte hendingar. Ved utkall er legevaktsatellitt i same talegruppe som dei andre faste aktørar i akuttoppdrag.

5.1.2 Bakvakt

Ved SYS IKL er det alltid to legar på jobb, ein av desse alltid med sjølvstendig vaktkompetanse. Lege rykker ut med sjukepleiar eller med ambulanse. Om kapasitetsbehov tilseier det og det vurderast trygt, kan lege rykke ut åleine. I kontortid har kvar einskild kommune ansvar for legevakt til sine innbyggjarar. Dette er organisert ved kvart fastlegekontor.

I starten av prosjektet var sentralisert bakvakt for legar utan sjølvstendig kompetanse til legevakt eit viktig punkt å teste ut. Dette fordi det var forskriftsfesta krav om at bakvakt skulle rykke ut ved behov. Dette kravet falt bort 1. januar 2020, og det er no opp til kvar kommune å vurdere om deira bakvakter skal rykke ut eller ikkje. Når no bakvakt ikkje lenger hadde krav til å rykke ut, var dette lenger ikkje ei utfordring for kommunane. For å behalde supervision for egne legar var kommunane tydeleg på at dei ville behalde dette ansvaret sjølv, for å trygge egne ferske legar med lokalkjent bakvakt. I heile prosjektperioden har det vore høve til å nytte lege ved SYS IKL som bakvakt for alle legevaktslegar i Sogn

og Fjordane. Dette tilbudet har vore nytta tre gonger i heile prosjektperioden, og ein kan derfor ikkje seie noko om dette er ei nyttig og sikker ordning. Så lenge kommunen sjølv har kapasitet til å stille med egne bakvakter, er det eintydig at dei ferske legane vel å ringe lokal bakvakt, eller til sjukehusspesialistar for konferanse. Sentralisert bakvakt for legar utan sjølvstendig vaktkompetanse har altså vore eit tilbod i heile prosjektperioden, men har ikkje vore nytta.

5.1.3 Samtidskonflikt

Ingen av satellittane har rapportert samtidskonfliktar som har hindra satellittsjukepleiarane i frå å rykke ut eller ta i mot pasientar ved legevaktsatellitt. Nokre satellittar er bemanna slik at dei ved einskilde vakter ikkje kan tilby utrykking grunna fare for samtidskonfliktar.

5.1.4 Heimebesøk og utrykking

Heimebesøk hos pasientane har vore ei av oppgåvene til sjukepleiarane i prosjektet. Samtlege satellittar har hatt videokonsultasjonar på sjukeheim. Å sjå pasienten på video på sjukeheim gir stor verdi. Pasienten har allereie eit behandlingsapparat rundt seg, og å få gjort ei best mogleg vurdering av pasienten på sjukeheim, gjer at ein kan tilby ei betre behandling enn om ein baserer seg på telefonisk kontakt med sjukepleiar åleine. Ein får verdifull informasjon ved å sjå pasienten, og pasienten kan sjølv formidle sine plager direkte til lege via videokonsultasjon tilrettelagt ved sjukepleiar. Dette gjev eit betra grunnlag for å unngå unødvendige reiser til legevakt og sjukehus, og for å skreddersy ei behandling på sjukeheimen.

Videokonsultasjon til pasientar som mottar heimetjenester har og vore brukt i 4 av satellittkommunane. Dette er ei pasientgruppe som ofte har samansette behov, der det er viktig å få raskt vurdering av pasientane, og der rask oppstart av behandling eller transport til sjukehus eller legevakt vil kunne ha stor behandlingmessig konsekvens. Satellittsjukepleiar drar ut til pasienten med utstyr til å gjere vitale målingar og triagere pasienten. Når dette er klart, ringast legevaktslege opp på video, og sjukepleiar bruker video for å sørge for god kontakt mellom lege og pasient, og sørger også for at video kan synleggjere funn som pustemønster og hudfarge. Videokonsultasjon til desse pasientane opplever vi som eit viktig oppdrag i piloten med stor gevinst for pasientane.

Sjukebesøk ved satellittsjukepleiar og lege på video har også vore brukt vellukka til vanlege legevaktspasientar. Både til utrykking og til vanlege konsultasjonar der pasienten er ute av stand til å flytte seg til satellittlegevakta. Dette sparar transport og det sparar ikkje minst tid om ein måtte ha venta på transport.

Det at sjukepleiarar i satellittkommunane rykker ut på røde responsar og drar i sjukebesøk er ein stor gevinst. Dette er dessverre ikkje synleggjort i rapportane, grunna måten registreringa er gjort på. Balestrand har laga sjølvstendig rapportering, men dette er kvar sjukepleiar som har registrert, og vi veit at det er fleire av oppdraga som ikkje er registrert.

Tabell 6-Oversikt over heimebesøk og utrykkingar Balestrand

Oppdrag 2021	Oppdrag tom okt 2022
Oppmøte satelitt : 74	Oppmøte Satelitt : 97
Rødt oppdrag : 32	Rødt oppdrag : 35
Gult oppdrag : 9	Gult oppdrag : 5
Grønt/heimebesøk : 13	Grønt/heimebesøk : 18

Vi ser at sjukepleiarane reiser i eit betydeleg tal sjukebesøk og utrykkingar, og vi får gode tilbakemeldingar frå både legevaktslegane, AMK og luftambulansane om verdien av at sjukepleiar kjem raskt til.

5.2 Kvalitet, kompetanse og kapasitet for operatørar på legevaktsentralen

[Legevaktsentralen er organisert og bemanna etter Akutforskrift §13](#). Legevaktsoperatørane ved SYS IKL har gjennomgått opplæring i tråd med Akutforskrift § 8 og [KOKOM sin kompetanseplan for legevaktspersonell](#).

SYS IKL sitt program for opplæring for nye sjukepleiarar

- Forskriftsfesta kurs i akuttmedisin og vald/overgrep
- Teoretisk og praktisk opplæringskurs basert på Kokom sitt opplæringsopplegg
- Rettleiing i drift minimum 4 dagar
- Startar med å svare på telefon på dagtid (tida med minst pågang), vert utvida til natt og til slutt på kveld/ helg (tida med høgst pågang) når operatøren er blitt trygg og vurdert skikka.
- Sit alltid som nr 2 på legevaktsentralen utan hovudansvar nokre månader etter opplæring
- Sertifisering etter ca 1 år.
- I løpet av 1 år gjennomgang av lydlogg og rettleiing med leiar
- Alle tilsette som er sertifisert vert resertifisert 1 gong i året, frå og med 2019 inneber dette og felles gjennomgang av lydlogg på tidlegare samtalar med pasient

Alle tilsette er sjukepleiarar med kompetanse til å jobbe ved legevaktsentral. Dei tener same distrikt som før, og bruker kjent triageverktøy Medisinsk Index. Einaste endring er at for dei fem satelittkommunane har ein eit nytt behandlingstilbod- legevaktsatelitt. Altså er pasientmassen den same samanlikna med før oppstart av prosjektet. Operatørane er erfarne i triage og kjenner helsetenestetilbodet i distriktet godt. Ved grøn førespurnad, tilbydast pasienten satelittkonsultasjon ved video. Ved tvil ved gule respons konfererast lege før operatør avgjer om pasienten skal tilbydast nivå 1(legevakt SYS IKL), nivå 3(lokal legevaktsatelitt) eller nivå 2. Raude responsar rutast rett til AMK, og legevaktsatelitt varslast via AMK.

Aktiviteten ved legevaktsentralen er høg. Vi har i grunnbemanning ein sjukepleiar på sentralen på dagtid, to på ettermiddag/kveld og ein på natt. I helgane er det òg to på dagtid, ofte med ein tredje mellomvakt i den mest hektiske perioden på dagen. Kravet i akuttmedisinforskrifta er at minimum 80% av legevaktstelefonane totalt sett vert svart innan 2 minutt. I 2019 vart 83% av legevaktstelefonane svart innan denne fristen, i 2020 82%, og SYS IKL stettar med dette forskriftskravet.

formaterte: Norsk (nynorsk)

5.3 Betra rekruttering til og utnytting av vaktressursane i kommunane

5.3.1 Legar

Omlegginga til interkommunal legevakt gjev ein redusert vaktbelastning for legar i små kommunar, som elles har ein høg vaktbelastning. At legar kan jobbe sjeldnare vaktar, gjer at ein har klart å oppnå god fastlegedekning i vanleg arbeidstid, denne trenden har halde seg rimeleg bra også inn i noverande situasjon med utfordrande situasjon for allmennlegetenesta i heile landet. Vaktbelastninga ved SYS IKL er no 20-delt, før samanslåinga var den i fleire av kommunane frå 3- til 5-delt. I 2021 vart 79% av vaktene dekt av fastlegar i distriktet, 19 % av LIS1-legar, 2% av vikarlegar i ferieavvikling. Omlegginga til interkommunal legevakt var gjort i 2009, 10 år før prosjektstart, og var nok den avgjerande endringa med tanke på behalde fastlegar i distrikta. Organiseringa i legevaktsatlittar har gitt ein god kompensasjon av det tap i nærleik til tenesta sentraliseringa medførte.

Legevaktsatlittane styrkar SYS IKL med eit nytt nivå av beredskap, og kompenserer mykje for det tap av nærleik befolkninga i desse kommunane opplevde etter samanslåinga i 2009.

Askvoll: Har 4 fastlegeheimlar og 1 LIS1-lege på fast basis. Per i dag er 1 fastlegeheimel ledig.

Hyllestad: Har 2 fastlegeheimlar, den eine vert per no handtert av vikarlege, har lyst ut «Nordsjøturnus»-stilling.

Høyanger: Har 6 fastlegeheimlar og 1 LIS1-lege på fast basis. Per i dag er 1 fastlegeheimel ledig.

Bremanger: Har 5 fastlegeheimlar. Per i dag er 1 fastlegeheimel ledig.

Balestrand: Har 2 fastlegeheimlar. Nytt av 2022 er at det tilsettast LIS1 frå 1. mars 2022.

Sunnfjord og Ytre Sogn Interkommunale Legevakt blei etablert i 2009 etter mange år med store rekrutteringsvanskar av fastlegar til både legekontor og legevakt. Som omtala tidlegare er eit viktig resultat av omlegginga den kvalitetshevinga vi har fått på den samla tenesta ved SYS IKL. Samorganiseringa av dei tre lovpålagde kommunale tenestene legevakt, legevaktsentral og KAD-eining styrkar kvar teneste ved fleksibel utnytting av personell- og legeressursar. Legevakt er i dag ein tverrfaglegkommunal heildøgns beredskapsteneste med høge krav til organisering og kompetanse i kvart ledd. Desse krava vart tydelegare forskriftsfesta i Akuttmedisinforskrifta som er gjeldande frå 1. mai 2015. Mange kommunar i landet slit enno med å oppfylle dei krava som vart sett i denne forskrifta. SYS IKL oppfyller langt på veg alle krava som no er sett, takka vere den organiseringa kommunane landa på då det vart planlagt korleis samhandlingsreforma skulle møtast frå 2016. Legevakta vart då styrkt ved å auke frå 1 til 2 legar på vakt, oppretta legevaktsentral og KAD samlokalisert med legevakta, og kraftig auka sjukepleiarbemanning frå 2,6 til 15,8 stillingar. Ein særskild viktig effekt var at allmennlegane og fastlegane kom attende til legevakta og har blitt der, noko som er ein sentral kvalitetsindikator for ein legevakt. Denne trenden har halde seg kvart år sidan 2016, med kring 80% av legevaktene dekt av fastlegar i kommunane, resten i all hovudsak av LIS1-legar i kommunane.

Leveleg vaktturnus for fastlegane gjer til at ein kan halde på fastlegar i distrikt. På dagtid er fastlegane legevaktslegar i eigen kommune. Stabil fastlegedekning reduserer presset på legevakt utanom vanleg arbeidstid. Alle kommunane i prosjektet arbeider kontinuerleg for rekruttering og stabilisering med tanke på fastlegedekning. Interkommunal legevakt blir løfta fram som eit gode for rekruttering av legar.

5.3.2 Sjukepleiarar

Alle kommunar i vår region har store utfordringar med å bemanne sine sjukepleiestillingar generelt. Dei gjer eit uttall tiltak for å få det til. Kvar kommune viser stor vilje og kreativ tenking. Tildeling av ekstraoppgåver er krevjande. Kommunane må prioritere å sikre sine mest sårbare pasientar god pleie. Under pandemien blei desse problema kraftig forsterka.

Kommunane rapporterer at legevaktspiloten verkar rekrutterande på unge sjukepleiarar. Tross lokale covid-19-utbrot har kommunane klart å halde satellittopen med nedetid berre på sporadiske vakter. Pasientstraumen til legevaktsatellitt blei svært begrensa av at så mange pasientar måtte takast imot på smittemottak som fram til november 2020 var lokalisert på SYS IKL på vakttid. Hyllestad har hatt betydeleg nedetid. Dei har hatt 5-6 sjukepleiarar som bemannar legevaktspiloten, og har vore heilt nede i 2 sjukepleiarar som har kunne ta dette ansvaret. Desse har og andre viktige oppgåver. Hyllestad jobbar kontinuerleg med rekruttering og oppgåvefordeling for å kunne skjøtte alle helseoppgåvene dei har ansvar for, men har siste 9 månadar av prosjektperioden behandla svært få pasientar ved legevaktsatellitt grunna bemanningsutfordringar. Høyanger hadde òg utfordringar med å få dekkja alle vakter, men har omstrukturert tenestene sine og har etter dette hatt stabil satellittdekning av sjukepleiarar dei siste åra. Og dermed også høgare oppmøtetale siste året.

Legevaktspiloten og behov for sjukepleiar på vakttid krev ein stor del av kommunane sine sjukepleieressursar. Utrykking har blitt vurdert av fleire kommunar å utgjere så stor risiko for å bli ståande utan personale til sentrale kommunale sjukepleieoppgåver, at dei ikkje kan tilby utrykking frå satellitt. Enten på enkelte vakter eller som i Høyanger kor dei ikkje rykker ut i det heile. Legevaktspiloten utfordrar sjukepleiekapasiteten i tre av dei kommunane piloten driftast i. Om ein skal ha ei berekraftig ressursfordeling må satellitt-oppgåvene bakast inn i anna drift. Prosjektet har vist at det er fleire gode måtar å gjere dette på. For vårt distrikt med vår befolkningsfordeling er det verken økonomisk eller personellmessig mogleg å ha ei eigen bemanning som berre skal dekke legevaktsatellitt. Det vil fjerne ressursar frå andre avgjerande oppgåver. For kommunar med større befolkning vil det kanskje vere mogleg å ha avgrensa tider på legevaktsatellitt der sjukepleiar har dette som einaste oppgåve. Ein av kommunane har no innført kjernetid som satellittpasientar prioriterast til.

Personelltilgang vil vere ei vedvarande utfordring som ein kontinuerleg må ha fokus på om ein skal klare å drifte legevaktsatellitt i dei mest sårbare kommunane. Som hos oss er dei som ligg lengst unna, og difor treng tilbodet mest. Det er nødvendig for drift å klare å implementere satellittlegevakttoppgåver i eksisterande anna drift. Vi opplever at alle leiingar har eit tydeleg fokus på dette, og stadig søker å løyse ressursknappheit.

Satellittprosjektet med spennande oppgåver og høgt fokus på kompetansebygging verkar rekrutterande på unge sjukepleiarar. Alle sjukepleiarar i prosjektet uttrykker begeistring for fokuset som har vore på undervisning og trening, og opplever styrking av kunnskap til handtering av utfordrande arbeidsoppgåver. Høgskulen på Vestlandet har gjort ein kvalitetsstudie med intervju av sjukepleiarar i satellittane. Konklusjonen er at sjukepleiarane bruker den nye kunnskapen i dagleg arbeid og at dei føler seg tryggare og meir kompetente til å utføre sine oppgåver enn tidligare.

5.4 Fagutvikling og oppfølging i legevaktområdet

Kompetansehevinga som gjennomførast av sjukepleiarane er betydeleg og har mykje å seie for kva for oppgåver dei kan utføre, og med kva for kvalitet. Utfordringa er om dei kan dekke alle oppgåver dei kommunale sjukepleiarane skal skjøtte. Dette vil vere eit vidare fokus, og eit springande punkt for vidareføring av ordninga etter prosjektperioden.

Hovudmålet har vore og er fortsatt å sørge for kompetansesikring for alle tilsette. Å utdanne fasilitator ved kvar satellitt har vore kjernen i dette arbeidet det siste året. Det har vore fokus på forankring, og vi ser at eigarskapet til satellittane no er godt hos dei tilsette. Å behalde dette er ei stadig oppgåve ettersom kvar einiskild får lite erfaring grunna låg pasientturnover. Forankringa må liggje i heile tenesta, ikkje berre dei som har satellittoppgåver. Ein går no mot eigen drift, og leiarane i kvar kommune og ved SYS IKL legg opp til brukarmedverknad i denne prosessen når ein planlegg oppgåvefordeling og turnus.

5.4.1 Kompetansekrav til legevaktssatellittpersonale

Sjukepleiar, vernepleiar, eller med tilsvarende autorisert kompetanse som medisinarstudent eller ambulansarbeidar med utsjekk trinn 2.

Skal fylle kompetansekrav etter §8 i akuttforskrifta for arbeid ved legevakt, og kompetanseplan utviklet for legevaktssatellittane.

Tabell 7- Kompetanseplan- startpakke

Startpakke for kompetanse	Tal dagar
Forskriftsfesta akuttkurs	3
Hospitering interkommunal legevakt	2
Kurs i bruk av naudnett	½
Valdskurs	1
Følgevakter lokalt	2 til fleire
Utsjekk av kompetanseplan	1

5.4.2 Ansvar for kompetanse og opplæring i prosjektet

Det er undervegs sett på ulik fordeling av ansvar og gjennomføring av opplæring- og øvingar. Oppgåvedeling mellom SYS IKL og lokal satellitt-leiing opplevast no som god og fornuftig med tanke på kvalitet, effektivitet, og bruk av personalressursar. Hensiktsmessig trening krev lokal forankring. Det er lagt ressursar i å bygge opp ei øvingspakke tilpassa prosjektets struktur og tilbakemeldingar frå tilsette. På denne måten har både leiarar, fasilitatorar og tilsette vore med på å forme ei målretta kompetansepakke.

Tabell 8- Ansvar for fordeling av ansvar for vedlikehald av kompetanse

Vedlikehald av kompetanse	Ansvar	Tal dagar
Ferdigheitstrening etter årshjul	Satellitt	1-3 timar månadleg
Fagdagar	SYS IKL	1 dag årleg
BEST-øvingar	Satellitt/SYS IKL/ambulans	½ dag 2 gonger årleg

Ansvar for ulike komponentar av utdanninga er delt mellom kommune og SYS IKL. SYS IKL ved prosjektleiar har hatt fagansvar for kompetanseplanen, og har saman med eigne fasilitatorar frå SYS IKL

vore aktiv både i opplæring av nye fasilitatorar, på fagdagar og BEST-øvingar ved kvar satellitt. Ved kvar satellitt har lokale fasilitatorar ansvar for gjennomføring av trening, medan dei lokale leiarane har ansvar for utsjekk. I vidareføringa vil SYS IKL ha ansvar for kompetanseplanen og for bistand i ei viss grad for halvårlege øvingar.

Før oppstart av prosjektet gjekk alle gjennom forskriftsfesta akuttkurs. Dei fleste har gjennomført dette i Helse Førde for å få gevinst av samtrening med lokal ambulanse, og at geografisk nærleik gjer det mogleg å rekke fleire tilsette på kvart kurs. I vidare drift har ein tatt omsyn til bemanningsutfordringar for å sikre drift. Akutt-kurset takast så raskt det arrangerast, medan resten av opplæringspakken gjennomførast før oppstart på satellitt.

Tabell 9- Ansvarsfordeling opplæring i prosjektperioden

Oppgåve	Ansvar
Utvikling av kompetanseplan	SYS IKL og prosjektleiar
Utdanning av lokale fasilitatorer	SYS IKL og prosjektleiar
Hospitering sentralt	SYS IKL
Utsjekk av kompetanssmål	Lokal satellitt-ansvarleg
Utvikle generisk ferdighetshjul	SYS IKL i samråd med lokale fasilitatorar
Tilpasse ferdighetshjul og gjennomføre ferdighetsøvingar	Lokal satellitt-ansvarleg
Samtrening med ambulanse og SYS IKL	Samarbeid SYS IKL, ambulanse og satellittar
Andre øvingar, f.eks. med brann	Lokale leiarar og andre aktørar
Fagdagar	SYS IKL og prosjektleiar

SYS IKL si rolle i kvalitetsarbeidet

Utvikle mal for kompetanseplan. Revisjon og fagansvar. SYS IKL ved prosjektleiar har hatt fagansvar for kompetanseplanen, og har hatt tett praktisk oppfølging av kvar satellitt.

Kompetanseplan og læringsmål har vore revidert fortløpande etter innspel frå leiarar, tilsette og ved erfaringar prosjektleiar har gjort seg ved lokale øvingar.

Ansvar og drift av øvingar som krev samhandling mellom satellittane, legevaktslege og ambulanse bør liggje hos SYS IKL.

5.4.3 Vegen fram

Kva er avklart og løyst?

Ein struktur er etablert som kan sørge for opplæring, kompetansevedlikehald og samtrening ved kvar satellitt.

Kva for erfaringar er gjort?

Organisering av trening er ressurskrevjande å etablere og vedlikehalde, men sentralt for å lukkast med å behalde trygge tilsette. Trappetrinnsmodellen som er valt bidreg til trening som er målretta mot reelle behov og dermed opplevast meningsfull. Den trinnvise modellen opplever vi som viktig for måloppnåing, meistringsoppleving og integrasjon i drift.

Tabell 10-Trinnvis modell for kompetansesikring

Trinn 1	Akuttkurs. Hospitering. Opplæring etter kompetanseplan med gjennomgang av utstyr og kvalitetshandbok.
Trinn 2	Fagdag med samling av alle tilsette. Undervisning, gruppearbeid og scenariotrening.
Trinn 3	Ferdighetstrening i algoritmar, prosedyrar og bruk av utstyr. Små grupper eller individuelt.
Trinn 4	Scenariobasert trening ved bruk av ferdigheiter i pasientkasus.
Trinn 5	Akuttmedisinsk samtrening tverretatleg etter FørsteBEST-modellen.

5.4.4 Aktiviteter gjennomført i prosjektperioden

SYS IKL har ansvar for å beskrive innhald for kompetanseplan og legevaktsamarbeid, arrangere fagdag og koordinere mellom SYS IKL og dei ulike satellittane.

Arbeidet med å utgreie og tilpasse eit kompetanseprogram har vore ein raud tråd gjennom heile prosjektperioden, og frå starten av 2021 er det sett i verk og vidareført ein modell som gjev eit vedvarande høgt legevaktsretta kompetansenivå. BEST-øvingar i alle kommunar er gjennomført, med fokus på utrykking og akutt sjuke pasientar på satellittkontor. Alle har hatt eigne øvingar og BEST-øvingar under rettleiing frå prosjektleiar og fasilitatorer frå SYS IKL.

Prosjektleiing har saman med lokale fasilitatorar satt opp eit ferdigheitshjul for nødvendige ferdigheiter som alle tilsette på satellittane skal gjennomføre i løpet av året. Dette er praktiske øvingar der sjukepleiarane får hands-on praksis. Desse øvingane er kommunane sjølv ansvarlege for å gjennomføre. Vi tilrår at dei knyt seg til lokale ressursar som ambulanse, omsorgsteneste, brann, akutthjelparar og legekontor der det er nyttig. Alle kommunane har no øvingsansvarlege som også er superbrukarar på utstyret. Desse har gjennomgått fasilitatorutdanning som del av prosjektet. Fleire kommunar sender til hausten nye sjukepleiarar på fasilitator-kurs etter FørsteBEST-metoden. Det er stor gjennomstrømming av sjukepleiarar, slik at det er viktig å sørge for å utdanne nytt kompetansepersonell til å drive øvingane lokalt.

Utdanning av fasilitatorar til kvar satellitt:

Over ein halvårsperiode har det vore arrangert 6 dags-samlingar med opplæring som instruktør og fasilitator for ferdigheitstrening og simuleringøvingar. 2 sjukepleiarar frå kvar satellitt har fulgt denne undervisninga, desse er no utdanna som akuttmedisin/BEST-fasilitatorar for eigne satellittar. Det er utvikla eit årshjul med ferdigheitsøvingar og samtreningsøvingar som skal gjennomførast med alle tilsette årleg på eigne satellittar. Alle desse øvingane har fasilitator trent på under vegleiing. På denne måten er det sikra god kvalitet på lokalt opplæringstilbod.



Figur 16-Ferdighetstrening og BEST-øvingar er grunnmuren for opplæring og vedlikehald av kompetanse.

Gjennomføring av opplæring og øvingar i prosjektperioden

Alle satellittane har no regelmessig ferdighetstrening og samtrenting. Grunna store bemanningsutfordringar er det krevjande å få gjennomført dette med langsiktig perspektiv. Kommunane som har desse utfordringane jobbar kontinuerleg med kvalitetsutvikling på eit overordna organisatorisk nivå. Det vert opplevd vilje og innsikt på leiarnivå til å gjere nødvendige grep for å sikre god og stabil kvalitet på kompetanse. Prosjektleiaren er rådgevar i dette arbeidet.

Utrykking opplevast framleis skremmande for fleire. I Bremanger har ein løyst dette ved å rykke ut saman med branntenester. I dei andre kommunane deltek brannmannskap ved hjartestans. Desse involverast no i BEST-øvingar.

Dei tilsette og deira leiaren gjev svært gode tilbakemeldingar på kompetanse- og øvingsmodellen som er jobba fram. Trygge tilsette er avgjerande for vellukka samspel mellom interkommunal legevakt og legevaktsatellitt, og vi ser behov for å fortsette å bruke ressursar på trening for å sikre trygge pasienttenester. Dette er og trening som har direkte nytte-effekt inn i øvrig kliniske arbeide sjukepleiarane utfører til dagen i omsorgstenestene.

Den viktigaste årsaken til stort behov for øving er lågt tal på pasientkonsultasjonar slik at ein må ha faste rutinar for å behalde kompetanse. Prosjektleiaren har vore meir involvert i dette enn planlagt. Ein ser at behov for øving/struktur for øving er større enn estimert, og avgjerande for kvaliteten i tenestene.

Det har vore krevjande å få kommunane sjølvdrivne på vedlikehald av nødvendige ferdigheiter. Alle kommunane er no sjølvdrivne og driv trening med god kvalitet, etter at det vart utdanna fasilitatorar til kvar satellitt.

SYS IKL har i prosjektperioden arrangert halvårlege fagdagar for satellittane. Etter prosjektperioden vil ein sikte på å arrangere fagdag ein gong årleg for kvar satellitt. Då med fokus på dialog, samhandling og vedlikehald av kompetanse.

Hospitering på SYS IKL er obligatorisk som ein del av opplæringa. 2 vakter tilrådest. Lokal hospitering 2 dagar i eigen teneste med opplæring i bruk av utstyr og verktøy tilrådest før ein hospiterer på SYS IKL.

Lokale leiingar har sørge-for-ansvar for at kvar tilsett gjennomfører måla i kompetanseplanen før oppstart legevaktsatellitt.

Alle tilsette har gjennomført akuttkurs etter plan. Tilsette som skal jobbe i legevaktsatellitt skal gjennomføre forskriftsfesta kurs så raskt som mogleg, og e-læringskurs, lokal opplæring og hospitering skal vere gjennomført før ein byrjar i drift.

BEST-øvingane og ferdighetshjulet er del av eit større prosjekt for heile regionen gamle Sogn og Fjordane, der ambulanse, legevakter, legekontor, satellittar og AMK samarbeider for å få på plass ei strukturert berekraftig samtrening i den akuttmedisinske kjede. Som eit ledd i dette lagast rutinar for samarbeid, øvingsform, kontaktnettverk. Det er arrangert fleire fasilitatorkurs etter SAFER- og BEST-modellen i løpet av våren 2021.

5.4.5 Plan for øving etter prosjektperioden

Det er bygd ei solid plattform for kompetansetrening. Å bevare struktur og ressursar for kompetansebygging etter desse prinsippa vil vere viktig framover. Struktur og innhald må jamleg evaluerast for å sikre at øvingane famnar endringar i organisering og behov.

Fasilitator-kurs arrangerast fleire stader i landet, og satellittleiing i kommunane sørger for å utdanne nye fasilitatorar når det er behov for det.

Det er ulikt korleis og kva for struktur dei ulike satellittane har for vedlikehald av kunnskap og kompetanse. Dette er naturleg grunna ulik organisering, kompetanse og personellressursar. Fagutviklar ved SYS IKL vil samarbeide med satellittane om meir samansette øvingar, og rådgje dei som skal drive øvingane lokalt.

Kvar kommune har sin tilpassa ferdigheitsplan som har utgangspunkt i ein felles mal for øvingsmål ila eit år. SYS IKL vil ha ein kontaktperson som har ansvar for koordinering av felles øvingar mellom SYS IKL og kommunane.

Planlagde tiltak

Gjennomføring av ferdighetshjul lokalt.

Kontinuere fast struktur og innhald for BEST-øvingane.

Kontinuere at SYS IKL reiser ut og arrangerer halvårleg fagdag.

Kontinuere hospitering ved SYS IKL. Kontinuerleg evaluere innhald og sørge for at opplæringa på hospitering er målretta og gjev handson- erfaring.

Fokus på tiltak for å bruke satellitt-utstyr og –metodikk i dagleg drift.

Vidareføre videokonsultasjonsøving.

Evaluere kompetanseplan, samt innhald og form i opplæring.
Årleg samling for fasilitatorar ved satellittane på SYS IKL.

5.5 Bruk av telemedisinske løysingar, radiosamband og digital kommunikasjon

Video som konsultasjonsmedium er fullt ut integrert i legevaksarbeidet ved SYS IKL.

Kvart legekontor har Cisco 80 dx på SYS IKL.

Cisco Webex 50 Room er installert på alle fem legevaksatellittkontor.

Alle satellittar brukar også join.nhn.no for å kommunisere med lege SYS IKL via nettbrett eller smarttelefon ved heimebesøk og utrykkingar.

Cisco utstyret og join.nhn.no har svært god brukarvennlegheit med enkelt brukargrensesnitt og effektiv brukarassistanse dersom ein ved sjeldne høve skulle ha behov for hjelp. Ein opplev at sjukepleiarane føler seg trygge på bruk av utstyret og at legane opplever god kvalitet på videokonsultasjon, og er nøgd med modellen.

Vi meiner fortsatt det er mogleg å ta i bruk meir mobil video. Og at ein då kan nå ei sårbar gruppe som vil kunne ha stor nytte av heimevurdering. Eit ynskje er at alle tilsette i heimesjukepleie og på sjukeheimar tek video i bruk som erstatning for telefon når dei kontaktar legevakslege med kliniske spørsmål. Utfordringa er at det er stor turn-over av tilsette, mange oppgåver og mange å lære opp. Om ein skal få meir utstrakt bruk av mobil video via smartphone eller nettbrett må det inn som ein sjølvsgad rutine hos dei tilsette i tenestene. Dette får ein berre til dersom både tilsette og tenesteleiarar ser verdien og gjer aktive grep. For å breidde mobil videobruk bør ein knyte seg opp mot fastlegar og sjukeheimslegar for auke omfang og få erfaring med bruken. Bruk av mobil video i heimebesøk og på sjukeheim kjem dei sjukaste pasientane til gode og er noko ein vil ha fokus på. Å kunne kommunisere med skjøre pasientar i eigen heim ser vi som svært nyttig for både pasient og samfunn.

Bruk av video på legevaksatellittane er svært enkelt i bruk. Dårlig dekning, ustabile løysingar og brukarutfordringar er hindringar som ein kan møte ved bruk av mobil video på nettbrett eller smarttelefon ute hos pasientane. At tenestene sjølv legg opp til slik videobruk med opplæring og enkle løysingar vil redusere brukarutfordringar betrakteleg.

Alle satellittane har corpuls som dei har opplæring i, og kan sende EKG både til legevaksentral og AMK direkte.

Sjukepleiarane har skrivetilgang til SYS IKL sitt journalsystem, og dokumenter direkte i journal.

5.6 Samarbeidsavtalar og forankring i leiing

Det føreligg avtalar som regulerer samarbeid mellom alle kommunar, Helse Førde og SYS IKL for normaldrift og prosjektperioden.

5.6.1 Avtalar med kommunar

Skriftlege avtalar føreligg for alle kommunar for samarbeidet mellom kommunar og SYS IKL for samarbeidet i piloten. Vidare drift er avtalt mellom eigarkommunane, og vil følgast vidare opp av leiing og styret ved legevakta.

5.6.2 Avtalar med Helse Førde

Samhandlingsforum for akuttmedisin («Akuttforum») er felles utval for ambulanse og legevaktstenester i vårt distrikt siden 2016. Akuttforum er vedtatt av øvste samhandlingsnivå, fagrådet, mellom føretak og

kommunane i regionen (no Helsefelleskapet). Legevaktspiloten er vedtatt av alle involverte kommunestyrever. Legevaktspiloten har rapportert kvartalsvis for akuttforum, og samhandlingsaker vert her tatt opp.

Avtalar for samarbeid mellom Helse Førde og kommunane rundt akuttmedisinske hendingar er forankra i det overordna avtaleverket i Helsefelleskapet. For felles oppdrag for AMK, LVS, legevakt, legevaktsatlitt og ambulanse er det utvikla prosedyrar for samarbeid.

Helse Førde arrangerer akuttkurs to gonger årleg og tilbyr legevaktsjukepleiarane kurs. Helse Førde, SYS IKL og Legevaktspiloten har samarbeida tett om akuttmedisinsk samtrening og fasilitatorutdanning, og har felles øvingskalender.

Helse Førde sitt ambulansespersonale og AMK sine operatører bidreg fortløpande til opplæring og samtrening i akuttmedisin.

5.6.3 Følgjeforskinga

NKLM styrer forskinga og ein opplever tett og godt samarbeid. Ein tilsett hos SYS IKL server NKLM i ein 15 % stilling både i forhold til følgjeforsking og brukarundersøkingar av sjukepleiarar, legar og pasientar. Prosjektleiar Sogn og Fjordane har hatt tett dialog med prosjektleiar NKLM om innsamling av data til prosjektevalueringa. To medisinarstudentar skriv si oppgåve om ambulansebruk i piloten.

Høgskulen Vestland har hatt masteroppgåver tilknytt piloten. Det har vore intervju av pasientar, sjukepleiar og leiarar for kommunane. Ei av oppgåvene tar for seg korleis kompetansehevinga frå prosjektet blir brukt i arbeidet i resten av tenestene.

To masterstudentar i avansert klinisk sjukepleie ved NTNU Ålesund intervjuar sjukepleiarar i atlitten om deira erfaringar.

5.7 Berekraft i tenesta

5.7.1 Berekraftig organisering

Pasientane ringer same nummer som før, og prioriteringa og flyten styrast av erfarne operatører ved legevaktsentralen ved SYS IKL. Videokonsultasjon ved legevaktsatlitt er fullintegrert i drift ved SYS IKL og er eit tilbod som gjevast til dei som triagerast til å kunne møte på atlitt eller konsulterast på video ved heimebesøk frå atlittsjukepleiar.

Legevaktsoveratørane og omsorgspersonellet er oppmoda til alltid å vurdere om pasient eignar seg for videokonsultasjon. Bruk av atlitt er fast tema på personalmøter og i undervisning.

Ved Samhandlingsforum for Akuttmedisin vert atlittane gjentatt trekt fram av luftambulanse. Luftambulanselegeansvarleg gjev uttrykk for at dei opplever atlittsjukepleiarane som eit gode med høg faglig kvalitet og god flyt i samarbeidet.

AMK, ambulanse og legevaktsentralen uttrykker stor nytte av atlittsjukepleiarar ved uttrykkingar, eller ved komplekse problemstillingar der det er gunstig med avklaring før ein avgjer vidare tiltak for pasientflytting. Kompetanseløftet i omsorgstenestene og deltaking av sjukepleiarar ved akutte situasjonar vert omtalt som eit stort gode for samarbeidande tenester, som gjev auka kvalitet til pasientbehandling.

5.7.2 Alternativkostnader

Legevakta SYS IKL vart oppretta grunna alvorlig fastlegemangel i fleire av kommunane i åra før legevakta kom i drift 1. april 2009. Sentraliseringa av legevakta for dei då 9 kommunane (ca 35.000 innbyggjarar) stabiliserte raskt fastlegesituasjonen, og vart slik sett vurdert som ein suksess. Det vart likevel raskt tydeleg at avstanden inn til legevakt for mange var blitt stor. Dei minste og mest perifere kommunane i samarbeidet, Balestrand og Hyllestad, hadde 1,5 – 2 timar køyretid. Også Askvoll og Høyanger hadde reisetider kring 1 time. Helseforetaket var i aukande grad uroa over at ambulansane hadde «tatt over» legevakta sitt vurderingsansvar ute i desse kommunane. Kommunane sjølve reagerte på at legevakta ikkje kunne yte lokal akuttmedisinsk hjelp.

Vidare var legevakta i starten primært god med tanke på å redusere vaktbelastinga for legane. Bemanninga var svak: ein lege på vakt, telefonisk bakvakt for LIS1-legar og ein helsesekretær som hjelp på ettermiddag/kveld og på dagtid i helgane. Vaksituasjonen vart oppfatta som utrygg av både erfarne og uerfarne legar, og verka negativt med tanke på rekruttering av nye legar. Den svake bemanninga medførte og at alt av heimebesøk forsvann. Frå 1. januar 2016 gjekk legevakta over i si noverande form, etter lengre tids forarbeid. Det vart oppretta eigen legevaktsentral for legevakta pluss fleire andre kommunar i regionen (ca 55.000 innbyggjarar), KAD-avdeling og legevakt. I tillegg driv ein med eigen vaktturnus og dedikerte legar og sjukepleiarar overgrepsmottak for seksuelle overgrep og vald i nære relasjonar som eit samarbeidsprosjekt mellom alle kommunane i gamle Sogn og Fjordane og Helse Førde (ca 110.000 innbyggjarar).

Endringane har vore ein suksess med tanke på opplevd kvalitet for både brukarar og tilsette. Legevakta er populær hos fastlegane, kring 50% av vaktene vert dekt av spesialist i allmenntilleggsmedisin. Øvrige vakter vert dekt av LIS1 og LIS3 i kommunane. Legevakta verkar rekrutterande for fastlegar i regionen. Legane har ca 2 vakter kvar månad, i snitt 5,9 timar vakt per lege per veke. Ein rykker no rutinemessig ut på hendingar i verts kommunen (Sunnfjord), og ein utfører heimebesøk når det er naudsynt i same kommune.

Framleis har ein utfordringa med avstand til dei omliggande kommunane. Dette har vore grundig vurdert av leiinga ved legevakta i samarbeide med Helse Førde og dei gjeldande kommunane. Vi har vore uroa for at manglande i tenesta i «periferien» skulle skade vaksamarbeidet og alle dei positive effektene dette samarbeidet har fått til.

Alternativa som har vore vurdert er

- Halde fram som før. Dette vert sett som uholdbart frå både dei gjeldande kommunane og helseforetaket
- Etablere to distriktslegevakter, ein i vest (dekkjer Hyllestad, Fjaler og Askvoll) og ein i aust (dekkjer Høyanger og Balestrand). Dette ville medføre reduksjon til ein lege på vakt ved hovudlege-vakta, for å sette inn ein lege på kvar av stasjonane. Ein ville fått auka utgifter til lege når ein går frå 2 til 3 legar på vakt. Fordelane med to legar fysisk saman på vakt ville forsvunne, men ein kunne nytta vaktkompetent lege som telefon/video-bakvakt når det var behov. Sjukepleiebemanninga ved hovudlegevakta ville vore den same gitt det samla tenestetilbodet der, men ein måtte i tillegg fått inn sjukepleiebemanning på distriktlegevaktene. Går ein ut frå

noverande lønskostnader, kan ein estimere ekstrakostnaden i reine lønsmidler til kring 8 millioner/år. Ein kunne nok fått dette pressa ned til 6 mill/år, men det ville medfør store utfordringar for lege-sjiktet å auke vaktbelastning, redusere tryggleik og samstundes gje dårlegare lønsvilkår. Trass teneste nærare innbyggarene er dette samla sett vurdert som ein fordyrande og dårlegare løysing.

- Avslutte legevaktsamarbeidet. Då vil Sunnfjord kommune fortsette med noverande etablerte legevakt, legevaktsentral og KAD, men med redusert bemanning primært på legesida (sjukepleiarsida vil avhenge av om ein driftar KAD og legevaktsentral vidare for dei omliggande kommunane, noko som er truleg). Dette vil fungere for Sunnfjord kommune, men vil bli dyrare enn noverande løysing, der ein fordeler driftskostnadane på 6 kommunar. Løysinga vil og bli dårlegare med tanke på utrykking og sjukebesøk i kommunen, noko som kan kompensert ved ein bakvakt (men kostnader vil då auke ytterlegare). For dei andre kommunane vil det medføre behov for å etablere eigne legevakter. Enten i eigne kommunar (2 – 4 delt) eller som samarbeid (vil då få mindre 2 mindre legevakter, som kvar dekkjer kring 6.-7.000 pasienter, i relativt store geografiske områder). Dette vil bringe vakt-tenesta nærare innbyggjarane, men vil og stille store krav til å finne løysingar som vert oppfatta som gangbare for legane med tanke på vaktbelastning, kvalitet og stabilitet. Økonomisk kostnad vil vere høg, utan at vi vil sette eit sikkert tal på dette.
- Alt må sjåast i lys av fastlegeutfordringa. God fastlegeuteneste avheng av god legevaktteneste, og motsatt. I vår region vil endringar som medfører meir utrygge vakter og særleg høgre vaktbelastning virke lite rekrutterande og stabiliserande for fastlegane våre. Når fastlegeordninga begynner å forvitne vert tenestene til innbyggjarane dårlegare, og langt dyrare.

Det er med dette bakteppet vi valde å teste ut løysinga i «Legevaktspiloten». Vi ser her at ein med moderat kostnadsauke kan behalde dei positive sidene ved den sentraliserte legevakta, samstundes som ein får tenesta nærare innbyggjarane. Tenesta vert oppfatta som god og trygg hos både fagfolka våre og innbyggjarane. Den kjem sjølvstekt ikkje utan utfordringar: sjukepleiemangelen er reell, arbeidspresset på kommunale sjukepleiarar er høgt, og ein må inn med ekstra ressursar for å kunne drifte og vedlikehalde ein legevaktsatellitt. Men alternativ-kostnadane vurderer vi som langt meir utfordrande både med tanke på rein økonomi, fagleg kvalitet og for følgjeeffekter inn i fastlegeordninga om vi rokker med det systemet vi no har bygd opp over tid.

5.7.3 Personell og økonomi-knappheit

Med tanke på bruk av tildelte midlar, har prosjektet heile vegen vore drifta etter budsjett etter overordna plan, med mindre omleggingar. Vi såg at framtidig vidareføring av videokonsultasjon fordrar brei forankring og eigarskap hos dei tilsette, og vi søkte derfor auka midlar til fagutvikling til alle yrkesgrupper involvert i piloten, samt til utvikling av ein video. Dette blei innvilga sommar 2021.

Fleire kommunar rapporterer langt større kostnader til bemanning enn budsjettet, og dette er ein kostnad kommunane sjølv tar. Dette skuldast omlegging av drift for å få nok sjukepleiarar til å serve legevaktsatellitt, som gjev fordyrande skift i bemanningskabal. Ein må flytte sjukepleiar i bakvakt til

fulltid, eller bruke vikarar og heimevakter. Dette gir større utgifter til bemanning enn det som var forventa.

Alle legevaktsjukaerane får eit stimuleringslegg frå sin kommune for å ta på seg ekstra oppgåver i ein allereie pressa situasjon.

Ei hovudutfordring for kommunane er å finne midlar til vidare satellittdrift. Desse kommunane har allereie ein betydeleg kostnad til drift av legevakt, fordi dei deltek i ein interkommunal legevakt der alt personell er tilsette og har løn, i motsetning til kommunar som har ein-legevakt utan støttepersonell, som då har svært låge utgifter til bemanning.

Kommunane har sjølv tatt kostnaden til bygging og drift av satellitt-kontor, samt lokal prosjektleiing. Alle kommunane har leiarar som har ansvar for lokal legevaktsatellitt.

I enda større grad enn økonomi er personellknappheit eit problem. Satellittleiingane ser derfor no framover på organisering som gjer det mogleg å integrere legevaktsoppgåvene i vanleg drift.

Grunna stor turnover av sjukepleiarar med permisjonar, byte av jobb og fråvær av andre årsaker, er det behov for stadig ny-opplæring. Dette har vore forverra under pandemi kor det vart vanskeleg å få bruke langtidsvikarar frå utlandet. Det er også mykje bevegelse i administrasjon og leiing i omsorgstenestene, noko som kan gje utfordringar for vidareføring av prosjektet.

Ein essensiell føresetnad for vidare bruk av videokonsultasjon er at det honorerast på lik line med konsultasjonar for fysisk legevakt-oppmøte. Takstkombinasjonane må ta høgde for undersøkingar, prosedyrar og prøvetaking.

5.7.4 Vedlikehald av kompetanse

Det er større utgifter til vedlikehald av kompetanse grunna låg pasientflyt, som krev øving på ferdigheiter for å behalde kompetanse på utstyr og prosedyrar. Det vil seie at prosjektet ikkje fullt ut kompensere personellutgifter. Størstedelen av personellutgifter til jamleg øving tek kommunane sjølv, medan prosjektmidlar betalar løn til særskilde kursdagar i tillegg til avtalt kurspakke og årleg fagdagar. Å sørge for fortsatt jamlege øvingar med høg kvalitet, etter ein modell der kvar einskild sjukepleiar får hands-on trening, er krevjande i drift og set store krav til leiing. Men det er eit heilt naudsynt suksesskriterium, gitt at ein satellitt-modell primært er aktuell i mindre kommunar der pasientgrunnlaget i utgangspunktet vil vere lågt.

Legevaktsatellittane vil bli ein meirkostnad for driftskommunane, på toppen av dei legevaktsutgiftene dei allereie har. Dette vil gjelde kostnad til utstyr, lisensar, opplæring, lokale og bemanning. På sikt vil ein måtte integrere oppgåvene så godt det let seg gjere i normal drift og bruke utstyr og kompetanse i anna relevant arbeid.

Det er tildelt betydelege prosjektmidlar gjennom prosjektperioden. Ved bruk av den lærdommen prosjektet har gitt, meiner vi at det vil vere mogleg å starte opp tilsvarande modell andre stadar i landet med mindre ressursbruk enn det vi har hatt. Men det vil krevjast økonomiske og personellmessige ressursar for å lukkast med å få på beina og vidare drifte ei organisering som dette. Ressursbruken må sjåast opp mot kva alternative kostnader og utfordringar andre (eller ingen) løysingsmodellar vil ha. Vi meiner mykje av styrken i denne modellen er at ein bygger på det som alt finnes av ressursar, og

samstundes fører mykje kunnskap attende til dei deltakande kommunane, noko som og er til nytte inn i andre deler av tenesta.