



Sunnfjord
kommune



Vurdering av innsparingstiltak

Tiltak 2 Daglegevakt i Sunnfjord kommune og Tiltak 3 KAD-organisering

Vidare arbeid med tenestanalysen gjennomført i Helse og omsorg 2023/-24 – Tiltak 2/3: Daglegevakt og KAD

Dato: januar 2025.

Illustrasjon: Gregory Idehen

Tilråding til prosjektgruppene:

Det vert derfor tilrådd å vidareføre 3 overordna arbeidsgrupper
Desse har ansvar for å koordinere utgreiingar/ planprosessar innanfor sine tenesteområde.

Mandat til overordna arbeidsgruppene:

1. bli meir konkret på kva dei ulike sektorane og tenestene har av effektiviseringspotensial.
2. Innsparingspotensial som følge av kommunesamanslåinga skal synleggjerast.
3. I det vidare arbeidet skal det gå fram kva innsparingar som vil kunne løysast gjennom reduserte kostnader som følge av nedgang i barnetal.
4. Innsparingstiltak skal vurderast opp mot
 - forsvarleg og god drift i dei ulike tenesteområda.
 - overordna mål i samfunnsdelen av kommuneplanen
 - tidleg innsats og førebyggjande effekt
5. Tidspunkt for gjennomføring av dei ulike innsparings- og omstillingstiltaka skal vurderast ved framlegging av dei ulike tiltaka.
6. Framlegg til tiltak skal utarbeidast med innbyggjarinvolvering og i tett dialog med tillitsvalde.

Tiltak Daglegevakt i Sunnfjord kommune og KAD-organisering

Arbeidsgruppe

Knut Erik Folland: leiar

Bård Flattun Lilleeng (Kommuneoverlege), Endre Fure Bortne (øk.rådgj.), Eli Fitje (tillitsv.)
Tonje Bjørset (tillitsv. legane), Anders Rosø, Arne Bjørnetun, Øystein Nordahl Moe, Kjetil Hatteland (medisinskfagleg ansvarlege på legesentera)

Mandat til arbeidsgruppa:

- 1) I samband med at Sunnfjord kommune skal gjere ei større innsparing/omstilling dei neste åra, blir Helse og omsorg utfordra på å sjå kva tenester vi kan effektivisere/innspeare. I samband med kommunesamanslåinga vart det gjort vurderingar på om ein skal ha sentralisert daglegevakt, eller daglegevakt på kvart av dei 4 legesentera. Her var det diskusjonar rundt både økonomi og fagleg kvalitet/trygghet.

Arbeidsgruppa får no i oppdrag å ta opp organisering av daglegevakt til ny vurdering. Arbeidsgruppa skal kome med kostnadsberekning på dei ulike løysingane og faglege vurderingar på dei ulike måtane å organisere daglegevakta på. Arbeidsgruppa skal ta utgangspunkt i utgreiinga som Øystein Furnes har gjort, på oppdrag i frå kommunalsjef Kurt Even Andersen.

- 2) Sunnfjord kommune kjøper KAD-plassar (kommunal akutt døgneining) frå SYS – IKL. I samband med at Sunnfjord kommune skal gjere ei større innsparing/effektivisering dei neste åra, ber vi arbeidsgruppa sjå på og melde tilbake på kva Sunnfjord kommune betaler for KAD plassane i dag, kva innhald betaler vi for, kva kostnad har vi samanlikna med andre kommunar. Kan vi handtere KAD plasser sjølv for mindre kostnader og kva konsekvensar vil det ha for Sunnfjord kommune, eventuelt for SYS IKL samarbeidet? Kan SYS IKL bli utfordra på å gi eit billigare KAD tilbod?

Skildring av tiltak

Arbeidsgruppa skal vurdere organiseringa av daglegevakt i Sunnfjord og av KAD. Desse to tilboda heng saman då både interkommunal legevakt og interkommunal KAD i dag er organisert innanfor SYS IKL og driftast i same lokala. Vinstar, føremoner og bakdelar ved ulike alternativ for vidare innretting av desse tilboda vil difor henge nøye saman. Endringar i desse to tilboda vert difor rettast å vurdere i samanheng. Gruppa tar utgangspunkt i tre ulike organiseringsmodellar for daglegevakt, som skal vurderast opp mot dagens organisering og mot kvarandre.

- Modell 0 - Desentralisert daglegevakt (dagens ordning)
- Modell 1 - Desentralisert daglegevakt (dagens ordning med naudsynte tiltak)
- Modell 2 - Sentralisert daglegevakt ved SYS IKL
- Modell 3 - Hybridmodell: Desentralisert daglegevakt for deler av kommunen, og sentralisert for deler av kommunen.

KAD blir vurdert som eit eige tiltak i rapporten, både i høve ei eventuell endring til eit eige tilbod i Sunnfjord kommune og i kontekst av gevinstuttak ved ulike løysingar for daglegevakt.

Start (når kan ein vente å starte opp tiltaket?)	01.01.2025 - Planlegging
Slutt (når kan ein vente at tiltaket er gjennomført?)	01.01.2026 - Iverksetting

Avhengig av kva alternativ ein vel vil gjennomføringstida kunne verte vesentleg lengre.

Bakgrunn for tiltak

Legevakt er ei lovpålagt teneste som varetek grunnleggande behov for innbyggjarane og som kommunen skal tilby for alle som oppheld seg i kommunen, heile døgnet, alle dagar. Legevakta på dagtid skil seg no vesentleg frå legevaktordninga på ettermiddag, kveld, natt og helg. På dagtid driv vi legevakt på «gamlemåten», der kvart av våre 4 legekantor har ansvar for å dekke legevakt for eit distrikt svarande til dei gamle kommunegrensene.

Legevaktoppgåva vert handtert på sida av vanleg legekantordrift, der ein avbryt vanleg arbeid og tek i mot legevaktpasientar eller rykker ut ved behov. Legevaktpasientar som vert tekne i mot ved kontoret vert handsama innimellom andre pasientar, elektive og ØH-pasientar, innanfor kontoret sine tilgjengelege rom og utstyr. På 3 av 4 legekantor skjer utrykkingane i personalet sine eigne privatbilar med akuttutstyr som det einskilde legekantoret har ansvar for. Ved Førde legesenter har kommunen stilt ein bli til rådvelde for utrykking, men den er ikkje uniformert eller utstyrt med blålys.

Legevakta utanfor legekantora sine opningstider er organisert som eit interkommunalt samarbeid og sentralisert ved SYS-IKL. Dette har vore i drift sidan 2016 (2009) og det er ei generell oppfatning at ordninga har vore god.

Arbeidsgruppa er samde om at Sunnfjord kommunen kan gi heile eller deler av sitt legevaktstilbod på same måte frå kl. 0800-1530 som ein gjer resten av døgeret og i helg, og at det er forsvarleg – men det er ikkje dermed sagt at det er det fagleg sett beste for heile kommunen.

KAD vert drifta frå same lokale som den interkommunale legevakta og med overlappende bruk av personale og infrastruktur, slik at kalkylar på omlegging innrettinga i desse to tilboda må sjåast i samanheng. At SYS-IKL-samarbeidet er ei samdrift mellom 5 kommunar og er ei eiga juridisk eining med eiga leiing og vedtekter må også takast omsyn til i vurderingane.

Gruppa vil i denne rapporten sjå på ulike modellar for innretting av daglegevakttilbodet, her under vurdere dei i relasjon til KAD-drifta. Gruppa presenterer også, i tråd med mandatet, ei berekning på kostnader ved å ta KAD-tilbodet ut av SYS IKL og å drifte det sjølv.

Kven blir berørt av tiltaket?

Legevakt og KAD er tenester som alle vil nytte i større eller mindre grad gjennom livet, men der det vil vere dei eldste og dei med kroniske sjukdommar som nyttar tenesta mest. Det er viktig å merke seg at tenestene også leverer tryggleik til dei som ikkje har hatt trong for å nytte tenestene aktivt.

Effekt av tiltaket

Dei ulike modellane for daglegevakt vert vurdert kvar for seg, med fordeler og ulemper med tanke på kvalitet og økonomi.

Det er ingen av modellane som isolert sett gir innsparingar på kort sikt. Faktisk fordrar samtlege modellar lik eller *auka* ressursbruk innleiingsvis. Men val av organisering vil, i ulik grad, påverke kva synergieffektar som er mogleg å ta og ikkje. Ein snakkar då om dei samla økonomiske og driftsmessige effektane på tvers av SYS-IKL, KAD og egne legetenester. Desse gevinstane er vanskeleg å effektberekne per no, men truleg er det kortsiktige økonomiske innsparingspotensialet lite. Betre arbeidsfordeling og redusert arbeidsbelastning, meir robuste tenester, og reduserte kostnader, er likevel alle moglege vinstar på lengre sikt. Gevinstpotensialet vil vere avhengig av kva organisering ein går for.

Tabellen under viser kostnader ved dagens ordning (modell 0) og estimerte (netto) kostnader ved dei tre føreslegne modellane. Økonomisk sett er det lite som skil dei ulike alternativa.

Tabell 1	Modell 0 Dagens ordning	Modell 1 Desentralisert modell	Modell 2 Sentralisert modell	Modell 3 Hybridmodell
<i>Ressursinnsats lønn:</i>				
Legeressurs ¹	0	1 450 000	2 900 000	1 450 000
Helsepersonell ²	0	0	556 268	278 134
Vaktgodgjersle	560 340	336 600	0	277 200
Vikarkostnad	0	83 654	167 308	83 654
Kjøp adm og fag SYS-IKL	0	0	112 112	84 084
Pensjon	0	263 706	526 732	306 403
Arbeidsgjevaravgift	0	263 544	601 001	349 606
<i>Delsum lønn</i>	<i>560 340</i>	<i>2 397 504</i>	<i>4 863 420</i>	<i>2 829 081</i>
<i>Ressursinnsats drift:</i>				
Leasingbil	99 420	298 896	0	149 448
Profilering utrykkingsbilar	0	80 000	0	40 000
Uniformering	0	25 000	0	12 500
Akuttsekkar	0	30 000	0	30 000
Nødnettsamband	0	26 800	0	13 400
FDV-kostnad SYS-IKL	0	0	0	0
Husleige SYS-IKL	0	0	0	0
Bil SYS-IKL	0	0	50 000	50 000
Øvrige driftskostnader	0	Uendra	40 000	40 000
<i>Delsum drift</i>	<i>99 420</i>	<i>460 696</i>	<i>90 000</i>	<i>335 348</i>
<i>Fråtrekk:</i>				
Inntening og refusjonar ³	0	-1 819 152	-2 728 728	-1 364 364
KAD-stilling lege	0	0	-515 300	-103 060
KAD-stilling helsepersonell	0	0	-599 048	-599 048

¹ Modell 1: 100 % ny legeressurs v/Førde legesenter. Modell 2 og 3: hhv 200% og 100% nye legeressursar v/SYS-IKL.

² Modell 2: 100% ny helsepersonellressurs v/SYS-IKL. Modell 3: 50 % ny HP-ressurs v/SYS IKL.

³ Modell 1: 100 % estimert inntening Førde. Modell 2: 150 % est. Inntening Førde. Modell 3: 75 % ets. Inntening Førde.

Pensjon	0	0	-157 123	-157 123
Arbeidsgjevaravgift	0	0	-178 006	-178 006
<i>Delsum fråtrekk</i>	<i>Uendra</i>	<i>-1 819 152</i>	<i>-3 843 076</i>	<i>-2 066 472</i>

Nettokostnad	659 760	1 039 048	1 110 344	1 097 956
---------------------	----------------	------------------	------------------	------------------

SYS-IKL har estimert at det ikkje kjem auka FDV-kostnader ved for Sunnfjord kommune ved val av ein sentralisert/hybrid modell. Dette oppfattar gruppa likevel som ei uvisse og eit risikoelement i kalkylane. Estimata for inntening og refusjonar er også grove og det er risiko for avvik frå kalkylane.

Modell o – dagens ordning

Dagens ordning med daglegevakt på alle 4 legekantor er ei direkte vidareføring av strukturen frå før kommunesamanslåinga, og framstår uendra i organisering og innhald. Ein har ikkje henta ut noko form for gevinstar korkje ressursmessig eller kvalitetsmessig, til og med dei geografiske grensene for legevaktansvar følger dei gamle kommunegrensene.

Legevaktoppgåva vert handtert på sida av vanleg legekantordrift, der ein avbryt vanleg arbeid og tek i mot legevaktpasientar eller rykker ut ved behov. Legevaktpasientar som vert tekne i mot ved kontoret vert handsama innimellom andre pasientar, elektive og ØH-pasientar, innanfor kontoret sine tilgjengelege rom og utstyr. På 3 av 4 legekantor skjer utrykkingane i personalet sine eigne privatbilar med akuttutstyr som det einskilde legekantoret har ansvar for. Ved Førde legesenter har kommunen stilt ein bli til rådvelde for utrykking, men den er ikkje uniformert eller utstyrt med blålys.

Fordeler

Det er mogeleg å argumentere for at ei føremon ved denne ordninga frå før samanslåinga at ho er godt kjend, vert opplevd trygg og føreseieleg for dei som har vore innbyggjarar sidan før samanslåinga og for at dette er ei ordning som kan vidareførast utan vesentleg kostnadspådrag. Vaktlegen rykker i dag ut på dagtid frå eige kontor ved behov, slik legen ved SYS-IKL rykker ut ved behov resten av døgeret. Vaktlegen på det lokale kontoret vil i dei fleste tilfella vere den næraste legen – med nokre unntak som t.d. på Vassenden. Modellen er også robust i høve sjukdom hjå personalet, då ein har 4 parallelle vaktordningar og fleire legar å spele på, på kvart kontor.

Desentralisert modell medfører 4 legar på vakt over eit større geografisk område i kommunen, ein sikrar på denne måten god lokal beredskap. Denne modellen medfører vesentleg kortare utrykkingstid for legen i perifere delar av kommunen. Desentralisert modell medfører at pasientane i større grad kan møte sin eigen fastlege på vakt (hovudsakleg på dei 3 mindre legekantora i kommunen). Å bli vurdert av sin eigen fastlege ved akutt sjukdom vurderast som fagleg betre enn å bli vurdert av ein lege som ikkje kjenner pasienten frå tidlegare. Å bli vurdert ved eige legekantor medfører at legen oftare har tilgang til pasientjournalen, og legen har då eit betre grunnlag for å gjere gode medisinske vurderingar. Dette vil særleg gjelde ved akutt sjukdom hos kronikarar/psykisk sjuke.

Ulemper

Det som talar mot ordninga i dag er at daglegevakt vert handtert i lag med vanleg drift, og at dette i ulik grad gir alt frå noko potensiale for driftsforstyring til store driftsulempar avhengig av kva av legekantora ein ser på. Dei som må gjere flest tilpassingar til å handtere daglegevakt er Førde legesenter, der ein opplever daglegevaktfunksjonen som forstyrrende

for god drift, med stor variasjon i pågang og der ein må avsette mykje ressursar fagleg og planmessig. Dette gjer mellom anna utslag i at pasientlistene må haldast kortare enn ein kunne gjere om ein ikkje måtte ta ansvar for daglegevakt innanfor ramma av legekantoret..

Ein må vidare oppretthalde og betale for 4 vaktlegar parallelt i eigen kommune. Det er ikkje teneleg kvalitet for framtida å basere utrykking på legevakt på at legen har ein privatbil tilgjengeleg, eller at ein må hente kapasitet hjå hjelpepersonalet til å bistå. Utrykkingar i dag skjer i ein kombinasjon av kittel og bukse frå vanleg legevaktdrift og privattøy/-sko. Ein må i denne ordninga oppretthalde og vedlikehalde akuttutstyr og akuttmedisin x4 (x5 om ein tek med SYS-IKL), abonnere på ei rekke nødnetterminalar og sørge for bygningsmessige fasilitetar til legevakt på 4 ulike legekantar. Dei gamle kommunegrensene gjer til dels ulogiske avgrensingar i ansvarsområdet, og AMK har gitt klar beskjed om at dei oppfatar dagens ansvarsgrenser som lite tenelege. Eit anna faktum ved denne modellen er at den gir absolutt flest tilsette som må tilpliktast regelmessig akuttmedisinsk trening.

Ved ei vidareføring av daglegevakt desentralisert på legekantora, er det ikkje å vente større innsparingar. Det er neppe mogeleg å redusere kostnadane i dagens driftsopplegg. Ein misser også høvet til å hente ut synergieffektar på SYS-IKL-drifta. Framtidig økonomisk gevinst må då hentast ved å *unngå stor kostnadsauke* på å halde att på kostnadsveksten. Dette vert aktualisert av at tilbodet i dag har svakheiter som bør adresserast relativt raskt, jf. overståande:

- Nokre av legekantora har utilfredsstillande lokalitetar for å drive legevakt
- 3 av 4 kontor er avhengig av at tilsette stiller med privatbil til utrykking
- Utilstrekkeleg system for å vedlikehalde den naudsynte kompetansen hjå legar og hjelpepersonell som inngår i daglegevaktordninga.
- Utilstrekkeleg system for å vedlikehalde godt nivå på akuttutstyr
- Utfordrande å sikre og å vedlikehalde god kompetanse på triagering⁴

Desse svakheitene er i modell 1 tenkt at ein gjer noko med. Fleirtalet i gruppa meiner at ei rein vidareføring av dagens ordning for daglegevakt utan noko tiltak er ei utilfredsstillande løysing.

Modell 1 – Desentralisert modell (dagens ordning med naudsynte tiltak)

Modell 1 er ei vidareføring av dagens organisering med daglegevaktfunksjon ved alle 4 legekantar, men med tiltak som arbeidsgruppa har vurdert som naudsynte for vidare drift på ein måte som er framtidsretta og med ein kvalitet som er akseptabel jf. førre avsnitt.

Fordeler

Fordelene er i stor grad samsvarande med dei som er skildra under modell 0. Endringane som er skildra i modell 1 kan gjennomførast med liten organisasjonsendring, der korkje innbyggjarar eller helsetenesta vil merke særleg mykje til endringane.

⁴ Triagering er ein prosess for å sortere pasientar basert på behovet for augeblikkeleg hjelp. Triagering er ei vurdering og prioritering av kor raskt pasienten må behandlast.

Ulemper

Modell 1 vil gje eit kostnadspådrag utan at ein løyser alle utfordringar som er skildra under modell 0, og utan at ein sikrar høve til vidare oppskalering av tilbodet.

Om ein vel å vidareføre dagens desentraliserte ordning ved daglegevakt på alle 4 legekontor må ein uansett gjere tiltak ved Førde legesenter, og gruppa legg til grunn at ein må auke ressursinnsatsen med 1 legeårsverk til Førde legesenter om ein skal vidareføre desentralisert daglegevakt.

Ei anna utfordring i Førde med å utvide tenestetilbodet i eksisterande bygningsmasse, er kapasitetsutfordringar på rom/kontor. Dette vil ein merke i alle fall på mellomlang sikt ettersom behova for tenester pårekneleg aukar. Ein «låser» seg også då til ein modell som ikkje kan skalerast vidare opp innanfor dagens rammer. Ein får heller ikkje frigjort fokus og kapasitet i ordinær drift på same måte, og dette gjeld alle 4 legekontor.

Ein mister i modell 0 og 1 alle potensielle vinstar knytt til synergieffektar på SYS-IKL.

Vurdering

Om ein skal vidareføre desentralisert daglegevakt som modell for Sunnfjord er det altså på det rene at ein bør ta grep for å gjere ordninga meir robust og å legge rette for høgare kvalitet. Lokale tilhøve på legekantoret knytt til pågang og kapasitet, nivå på utstyr og trening, tilgang på eigna køyretøy m.v. varierer noko og må sjåast på. Stor varians i eit tilbod er vanlegvis eit hinder for jamn og god kvalitet.

I ei moderne legevakt er det ynskjeleg med uniformering av personell, for personleg tryggleik, god rollkommunikasjon og for hygiene. Det er vidare ynskjeleg med uniformert bil til utrykking, igjen for synlegheit og tryggleik, god kommunikasjon og for framcomelegheit i tett trafikk. Ved utrykking er det ynskjeleg å alltid kunne rykke ut med hjelpepersonell med i bilen, og det må settast av ressursar til dette. Frå legekontor nær ambulansestasjon kan det vere aktuelt å rykke ut i ambulansen, men det skapar vanskar med logistikk til dømes ved legen sin retur til legekantoret.

Ein må ha tilgang på komplett og standardisert akuttutstyr, med akuttsekk, defibrillator, medikamentsats, utstyr for oksygenhandsaming/forstøvar, samt i.v. støtتهandsaming – på alle lokasjonar som skal vere base for daglegevakt. Ein bør ha Locus-system for at AMK skal sjå utrykkande lege og der ein sjølv ser andre ressursar, får info i sanntid om utviklinga til pasienten og der ein enkelt kan navigere fram til pasienten.

På Sande legekontor skal det gjerast bygningsmessige tilpassingar uansett. Ein kan sjå for seg at ein, ved å avstå for ein del daglegevaktfunksjonar i den nye tilpassinga, kan unngå enkelte investeringskostnader.

Ein må gjennomgå grensene mellom legekantora sine ansvarsområde for å gjere dei tenlege. Dei gamle kommunegrensene er ikkje nødvendigvis dei rette grensene lengre. Dette er også noko AMK har etterspurt, då dei opplever at dagens sektorar ikkje er tenlege eller logiske – og at grensene difor ikkje fasiliterer optimal ressursutnytting.

Alle desse faktorane vektar meir jo fleire utrykkingar ein har på eit år. Kostanden ved å ha ein dedikert og uniformert legevaktsbil, på kvart legekontor, må sjåast på i vidareføringa av ein desentralisert modell.

Det må leggst til rette for regelmessig akuttmedisinsk trening, gjennom revitalisering av BEST-programmet - men dette gjeld uavhengig av kva modell ein ser på for daglegevakt. Det vil likevel heilt klart vere meir kostnadar om ein skal drive dette ved 4 vaktbærande legekantor enn om BEST-trening kun skal drivast for personalet knytt til ei sentralisert legevakt.

Ein vesentleg funksjon i daglegevakt er å ta i mot telefonar frå pasientar og pårørande, når det er behov for akutthjelp. God kompetanse på å vurdere desse kontaktane og å prioritere dei rett er avgjerande for pasientsikkerheit og god kvalitet. Ein må sikre god opplæring i triagering og handtering av akutte kontaktar, både for å gje rettidig hjelp – men også for å gje dei rette råda over telefon *før* pasienten kjem til legehjelp. Å prioritere *ned* dei rette pasientane er kanskje like viktig for å sikre at ein klarar god drift parallelt med daglegevaktfunksjon. Det vil måtte påreknast kostnadar til å sikre og å vedlikehalde god kompetanse på triagering ved 4 legekantor dersom dei alle skal drive legevakt på dagtid.

Ein del av utstyr og kompetanse knytt til daglegevakt vil også vere ønskjeleg i vidare drift av ordinær legekantor. Dette vil vere eit prioriteringssjåsmål og avhengig av ressurstilgangen framover, dette kan påverke potensialet for gevinstuttak i val av modell.

Modell 2 - Sentralisert modell

Ein fullt ut sentralisert modell er den legevaktdordninga vi alt har på ettermiddag, kveld , natt og helg, men utvida til også å gjelde for dagtid. I praksis vil det innebære å ta daglegevaktfunksjonane ut av dei fire legekantora, og i staden samle tilbødet ved SYS IKL.

Følgjande føresetnader ligg til grunn for ein sentralisert modell:

- Daglegevakt skal ikkje medføre utvida vaktplikt for fastlegane.
- Daglegevakta skal lokaliserast til SYS-IKL for å utnytte eksisterande infrastruktur som bygg, utstyr og køyretøy.
- Daglegevakta skal dekke tidsrommet vanleg legevakt ikkje dekker, altså måndag - fredag 0800 - 1530.
- Det skal tilsettast eigne legeressursar og tilførast naudsynt hjelpepersonale, der fokus skal ligge på å utnytte samdriftsfordelane med eksisterande personalressursar på SYS-IKL / KAD.
- Daglegevakta skal handtere legevaktkontaktane, her under alle pasientkontaktar til AMK/113 samt det meste av akutte kontaktar til 116 117.
- Legekantora som før skal tilby ØH-timar til pasientar som naturleg høyrer til kontoret.

Fastlegane skal ivareta plikta si til å ha ØH-timar⁵ tilgjengelege for eigne og kollegaer sine pasientar i opningstida på eige kontor, for «grøne» problemstillingar – som jo også kan haste - og som ofte må vurderast same dag.

Fordeler

Gruppa ser fleire potensielle gevinstar frå sentralisert daglegevakt. På det einskilde legekantor kan det frigjere kapasitet og tilgjengelegheit, reduserte kostnadar og redusert behov for investering frametter. Gruppa legg til grunn at det er ved Førde legesenter det er

⁵ ØH = Øyeblikkeleg hjelp

størst høve til å hente ut gevinstar for kommunen, og at ein ved Sande legesenter eventuelt unngår einskilte kostnader frametter ved sentralisering av daglegevakt.

Om andre kommunar i SYS IKL-samarbeidet melder interesse for å delta i ei sentralisert daglegevakt, kan det vere rimelegare for Sunnfjord kommune sin del.

Ulemper

Det er viktig å vere opne på også dei negative konsekvensane ved ein sentralisert daglegevaktsmodell.

Nokre område og innbyggjarar i kommunen vil få same utrykkingstid ved akutte hendingar på dagtid som dei alt har på ettermiddag/kveld/natt/helg.

Men mange innbyggjarar i randsona av kommunen vil på dagtid få lengre utrykkingstid ved akutte hendingar, lik utrykkingstida på ettermiddag/kveld og helg. Dette vil kanskje tyde aller mest for dei kommunale døgninstitusjonane i dei gamle kommunesentera, der ein i dag opplever å kunne bruke legevaktslege med veldig kort utrykkingstid til påkommande tilfelle på dagtid.

Risikoen for samtidskonflikter er vesentleg høgare då det er 2 legar (som og skal handtere KAD) på vakt kontra 4 legar i desentralisert modell.

Legen på vakt kjenner som regel ikkje pasienten frå før, og har heller ikkje journaltilgang mtp tidlegare sjukdomshistorikk.

Det vil vere viktig å informere godt om kva som skal handterast kor, då det i ein innkøyringsfase kan verte utydeleg for innbyggjarane kvar ein skal vende seg når ein treng hjelp i ulike kategoriar/hastegrad. Eit viktig tiltak vil vere å opplyse godt om 116 117 som «ein veg inn» når ein treng hjelp, og at ein der er gode på å sortere i førespurnadane.

Det kan komme negative reaksjonar på at det er legevakt frå SYS-IKL som også skal handtere hendingar i nærleiken av legekontor, der ein veit at det finns kompetente legar som då ikkje skal rykke ut. Dette vil nok i starten bli ei pedagogisk oppgåve å kommunisere godt, også at dette er situasjonen i mange kommunar med sentralisert daglegevaktsordning.

Vurdering

Ved minimumsetablering av daglegevakt (med 1 ekstra legeressurs tilgjengeleg i daglegevaktopningstida og 1/2 ekstra hjelpepersonale), vil ein ikkje ha kapasitet til å ivareta heile Sunnfjord kommune utan betydeleg risiko for samtidigheitskonfliktar og periodevis lang ventetid. Det vil difor vere rimeleg å sjå på kva deler av kommunen ein med slik ressursinnsats kan handtere i første omgang, sjå avsnittet «Modell 3 - Hybridmodell». Dersom ein skal overta daglegevaktfunksjon for **heile Sunnfjord**, meiner gruppa det er naudsynt med 2 legeressursar, slik som ein har på kveld/ettermiddag/natt/helg, for å dekke behova.

Kva rolle LIS1 kan ta i daglegevakt må drøftast nærare. Auka innsats av LIS1 i ei sentralisert daglegevakt vil medføre ei omprioritering av kva vi nyttar LIS1-legen til i kommunen. Ei slik teneste må opplevast trygg for LIS1-legen og det må sikrast naudsynt supervisjon og vegleiing. Samstundes er det klart at daglegevakt vil kunne vere ein verdifull læringsarena, samstundes som LIS1 ville kunne vere eit verdifullt og kostnadseffektivt bidrag inn på legeressurssida i ei sentralisert daglegevakt.

Utrykking frå alle tilgjengelege ressursar/legekontor ved større hendingar må handterast i eit eige **katastrofeplanverk**, og ligg utanfor organisering av ein eventuell daglegevakt. Ei sentralisert daglegevakt der ein også skal ha ein form for beredskap på dei einskilde legekontora vil gje ei dublering av funksjon som vil gjere det umogeleg å hente vinstar korkje fagleg eller økonomisk. Gruppa legg til grunn at ved å velje ei sentralisert daglegevakt så velger ein også vekk legevaktberedskap ved alle legekontor.

På sikt er det ynskeleg å samkøyre journalane på legekontora med daglegevakten. Enten ved integrering av dei ulike systema for god informasjonsutveksling, eller ei standardisering av journalsystem på alle kontor og daglegevakt i medhald av sentrale avtalar gjennom SYSIKT. Lovmessige og regulatoriske tilhøve vil vere avgjerande for handlingsrommet her.

Modell 3 - Hybridmodell

Hybridmodellen er ein mellomting mellom modell 1 og 2, med desentralisert daglegevakt på i alle høve Skei og i Naustdal (som i dag), men sentralisert daglegevakt på SYS IKL for Førde og eventuelt Sande og Vassenden. Ein av årsakene til kvifor nett Sande vert inkludert i eksempelet her, er grunna naudsynte investeringskostnader der for vidare drift av daglegevakt.

Fordeler

I dei to modellane for heil eller delvis sentralisering av daglegevakta ligg det moglege økonomiske gevinstar knytt til at ein kan nytte personalet som alt er knytt til SYSIKL betre, og der ei oppbemanning for daglegevakt kan buffrast ved både å trekke på personalressursar som alt er tilsett og ved å «fylle opp» stillingsbrøkar i eksisterande reduserte stillingar (t.d. legeressursen på KAD som no er ein legeressurs på dagtid i 60%). Ein vil kunne nytte eksisterande bygningsmasse, eksisterande utstyr, bekledning og køyretøy utan vesentleg kostnadspådrag i følgje SYS-IKL. I desse modellane ligg det heller ikkje inne ei forventning om investeringsbehov på kort og mellomlang sikt.

Om ein vel modell 3 og ikkje vil gå for ei full sentralisering vil ein uansett kunne hente ut effektar av å optimalisere vanleg kontordrift i Førde og på Sande. Dette vil då skje utan å gjere utrykkingsvegen i periferien av kommunen i nord og aust på dagtid lengre enn i dag. Det er arbeidsgruppa si vurdering at gevinstpotensiale ved Førde legesenter er høgst, og det kan ein ivareta også i modell 2.

Modell 3 vil gje høve til synergjar med eksisterande drift på SYS IKL etter same tenking som ved full sentralisering, men i noko lågare skala. Ein vil kunne oppnå lokale driftsvinstar på dei kontora som blir fritekne frå daglegevakt, men ingen driftsvinstar ved legekontora som sit att i gamal ordning.

Ein kan seinare skalere opp tilbodet om ein finn det tenleg.

Ulemper

Dei estimerte økonomiske gevinstane er usikre.

Ein vil få lengre utrykkings- og reiseveg i nokre delar av kommunen, t.d. der Sande i dag ivaretek Viksdalen. Men ingen vil få lengre utrykkings- eller reiseveg enn det vi alt har levd godt med i mange år på ettermiddag/kveld/natt og helg, og som ingen har utfordra forsvarlegheita i.

Det kan bli noko krevjande å kommunisere innretninga av legevakta godt i starten av ein slik omlegging, der berre deler av kommunen «soknar» til SYS-IKL på dagtid. Ein må ha eit godt informasjonsopplegg på dette, og dei som tar seg av telefonkontaktane må vere tydelege på den gjeldande ordninga.

Ein får ikkje henta ut fulle synergjar med SYS IKL og vert sittande med driftsulempene som følger av desentralisert daglegevakt på nokre av kontora. Ein får ikkje realisert gevinstane av skjerma drift utan legevakt på desse kontora.

Vurdering

I ein slik modell kunne ein ajourføre grensene mellom ansvarsområda, slik at sentralisert daglegevakt tok hand om ein noko større sektor enn det som svarar til Førde og eventuelt Sande sine geografiske ansvarsområder i dag. Vassenden verkar å vere særskilt aktuelt å vurdere, om ein skal gå vekk frå å følgje dei gamle kommunegrensene og legge vekt på kva som er mest tenleg. Ein kan også legge til grunn at pasientar med opphald i Sunnfjord, men utan fastlege, vert viste til legevakttilbodet på SYS IKL. Dette ville då gjelde turistar, studentar og andre på gjennomreis.

Ei slik løysing ville kunne rigge eit moderne, delvis sentralisert daglegevaktstilbod der pasientgrunnlaget kunne forsvare fast legebemanning, og der ein kunne hente ut synergieffektar mot KAD og eksisterande SYS-IKL-bemanning. Effekten blir større jo større område/pasientgrunnlag ein har ansvaret for i ei sentralisert daglegevakt på SYS IKL.

Gruppa legg til grunn at ein i ein hybridmodell i startfasen stilte **ein** legeressurs i 100% til rådvelde for daglegevakt, men gjerne fordelt på fleire legar. Vidare legg gruppa til grunn at ein legg Sunnfjord sin del av eksisterande legeressurs på KAD inn i denne stillinga. Då vil den dimensjonerande faktoren på storleiken av opptaksområdet vere at ein planlegg med 1 lege i 100% og opptaksområdet måtte då tilpassast til å utnytte, men ikkje overbelaste, den eine legeressursen på dagtid. Ein vil pårekne at det reelle behovet framover vil vere høgare enn 100 % legeressurs i ein slik modell.

Kommunal akutt døgneining (KAD)

Sunnfjord kommune har tilbod om augeblikkeleg hjelp gjennom SYS IKL-samarbeidet. Tenesta blir omtalt som KAD (kommunal akutt døgnetenhet) og er ei lovpålagt oppgåve for kommunane. KAD er eit tilbod for pasientar som treng innlegging for behandling, observasjon og pleie, og som kan behandlast i primærhelsetenesta. Tilbodet har til hensikt auke andelen pasientar som mottar helsetenester i sitt lokalmiljø, med fokus på allmennlegetenester framfor spesialisthelsetenester.



Som ein ser av KOSTRA-tala ligg kostnadene stabilt, men høgt i Sunnfjord, både i 2021 og 2023. (Nedgangen i 2022 skuldast feil med innrapportering til KOSTRA. Kostnaden på KAD i 2022 var lik som i 2021). Det betyr at Sunnfjord kommune har betydeleg høgare kostnad på KAD-plasser enn både konsrgruppa, landet og samanlikningskommunane.

Sunnfjord kommune skal i 2024 betale 9 017 913 kroner for vår del av KAD-tilbudet ved SYS-IKL. Justert for utgiftsbehov og inflasjon, er det på same kostnadsnivå som tidlegare år. Kostnaden dekker eit KAD-tilbod som gjer at Sunnfjord kommune oppfyller alle krav til KAD i lov og forskrift. Tilbudet er av god kvalitet, med nye og tenelege lokalar, godt og teneleg utstyr og med høg bemanningsfaktor. Det er attraktivt å arbeide ved eininga og ein rekrutterar godt.

KAD i eigen regi

Grappa har i sitt mandat å rekne på kostnader og innsparingspotensiale ved å trekke seg ut frå SYS IKL-samarbeider når det gjeld KAD, og i staden rigge dette på eiga hand. Grappa har utarbeidd og kvalitetssikra følgande kostnadsoppsett på KAD i eigen regi:

Tabell 2 viser årlege driftskostnader ved å organisere KAD sjølv i Sunnfjord kommune. I berekninga legg vi til grunn 3 KAD-sengeplassar, 150 % sjukepleiarårsverk på dagtid, 150 % spl-årsverk på kveld, og 170 % spl-årsverk natt og ei 0,66 årsverk legeressursstilling. Lønskostnader med utgangspunkt i kommunalt årslønsgjennomsnitt for lege/sjukepleiar, inkludert tillegg og sosiale kostnader. Driftskostnader er basert på kommunen sine rekneskapstal for tilsvarende einingar (per sengeplass). Husleige SYS-IKL er ein avtale med 30-års bindingstid, som forpliktar kommunen uavhengig av om vi nyttar KAD gjennom SYS-IKL eller ikkje.

Tabell 2

Budsjettpost	Beløp
Sjukepleiar	3 852 402
Lege	845 404
Kjøp av lege helg	312 000
Driftskostnader	1 184 400
Husleige SYS IKL	1 000 000
FDV-kostnad	73 269
Renter og avdrag	432 622
Sum årlege driftskostnader	7 700 097

Investeringskostnaden tar utgangspunkt i å etablere KAD i eksisterande bygningsmasse, altså på ein av institusjonane vi alt har i dag. Arbeidsgruppa har ikkje tatt stilling til om dette i røynda lar seg gjennomføre innanfor kommunen sin bygningsmasse, men legg det til grunn som ein føresetnad. Ein legg til grunn eit areal i overkant av 100 kvadratmeter (kvm) ut i frå bygg med tilsvarende romfunksjonar⁶, med ein gjennomsnittspris på 61 750 kroner per kvm. Pris/kvm er henta frå Norsk prisbok og gjeld rehabilitering i eksisterande institusjonsbygg.

Tabell 3

Budsjettpost	Beløp	kvm
Pris /kvm	61 750	
Legekontor		23,2
3 x KAD-plassar		47,1
3x WC/bad		14,4
Korridor/gang/ventesone		20,0
Sum estimert areal		104,7
Sum investeringskostnad	6 465 225	

⁶ Romfunksjonar henta frå planteikningar ved Sande omsorgssenter og Frisksenteret i Naustdal.

Sum investeringskostnad (tabell 3) og forenkla lånekalkulator (tabell 4) for eit standardlån med 25-års nedbetalingstid, ligg til grunn for rente- og avdragskostnaden i tabell 2.

Tabell 4 **Forenkla lånekalkulator**

Nedbet.tid	Lån på investering	Rentekostnad	Totale lånekostnader	Årlege renter og avdrag
25 år	6 465 225	4 350 329	10 815 554	432 622

Vurdering

Det er sannsynleg at det er eit innsparingspotensiale på KAD isolert sett, på i om lag 1,3 mill. kroner i årleg driftskostnad, ved å etablere og drifte KAD på eigen kjøp. Men som ein ny kostnad kjem det då inn investeringar på ca. 6,5 mill. kroner.

Det er også stor usikkerheit i kva grad det å trekke seg ut av KAD-samarbeidet vil ha av verknad på den øvrige kostnadsfordelinga. Altså fordelinga mellom tenestene ved SYS-IKL (KAD, legevakt og legevaktsentral) og fordelinga mellom kommunane. Det er ikkje utenkeleg at legevakt vil få ei større vekting når framtidige kostnader skal fordelast på kommunane, dersom Sunnfjord går ut av KAD-samarbeidet. I så fall kan ein stå i ein situasjon der vi sparer på KAD, men får relativt høgare utgifter til legevakt. Det er difor langt frå sikkert at dei totale kostnadane til kommunen faktisk går ned, i alle høve når vi ser på den samla økonomiske effekten av KAD, SYS IKL og våre eigne legetenester.

Det som er heilt på det rene er imidlertid at å lage eit eige tilbod vil medføre ein kompleks omorganisering og eit varig kvalitetstap som ein ikkje tilrår. Det vil også ha negative konsekvensar for andre kommunar i SYS IKL-samarbeidet, og det vil slå beina under planar om å hente ut gevinstar og synergieffektar ved etablering av ei heilt eller delvis sentralisert daglegevakt.

Konklusjon

Arbeidsgruppa var samstemt i å frårå å etablere KAD i eigen regi.

Samstundes ser ein betydeleg potensiale i å hente ut gevinstar ved å bruke KAD betre, og der ein kan ta ned kostnader som per i dag treff oss i andre deler av budsjettet. Gruppa rår til at ein reviderar avtalane om bruk av KAD, mellom anna ved å opne for å:

- ta inn utskrivingsklare pasientar frå spesialisthelsetenesta når kapasiteten ikkje strekk til i eiga omsorgsteneste, og dermed å unngå «dagbøter» frå Helse Førde. I 2023 utgjorde dagbøtene 226 600 kroner (mot 240 400 kroner i 2022).
- avlaste eigne omsorgsteneste ved spesielle, kortvarige behov for auka ressursinnsats rundt einskilte brukarar ved å kunne legge dei inn i KAD og dermed unngå overtid/beordring/innleige/vikarbruk som ville medføre store kostnader.

Kva føresetnader og berekningar ligg til grunn?

Arbeidsgruppa har sjølv definert ressursbehovet ved dei ulike modellane, ut i frå kva som gir best kvalitet og organisering innanfor realistiske rammer

Talgrunnlaget som ligg til grunn for tabell 1 og vurderinga av KAD (tabell 2-4) er henta frå ulike datakjelder, mellom anna kommunale rekneskapstal, Framsikt, KOSTRA-rapportering og budsjettet til SYS IKL for 2024. Datakjeldene ligg til grunn for faktiske og estimerte utgifter og inntekter. Talgrunnlaget er så vurdert beløp-for-beløp i arbeidsgruppa, for å sikre føresetnadane som ligg til grunn og at oppsettet gir eit mest mogleg realistisk bilete.

Det er og laga eit estimat for fastlegane ved Førde Legesenter si inntening og refusjonar gjennom året. Dette ligg til grunn som ein del av finansieringa for eventuelle auka personellressursar. I modell 1 ligg det til grunn 100 % inntening som i Førde, fordi ein her får maksimal inntening ved at legevakslegen er lokalisert på Legesenteret i Førde. I modell 2, med full sentralisering, ligg det til grunn 150 % av innteninga som i Førde. Vi legg til grunn at innteningspotensialet går opp for legekontora på Skei, Sande og Naustdal, men ikkje like mykje som i Førde. I modell 3 er det lagt til grunn 75 % av innteninga som i Førde. Her er potensialet lågare som følgje av at daglegevakta er flytta ut av Førde legesenter til SYS IKL.

Kostnader og føresetnader knytt til SYS-IKL, (administrasjon, husleige, bil, øvrige driftskostnader m.m.), er satt opp i samråd med dagleg leiar ved SYS IKL. Dagleg leiar er tydeleg på at det er styret i SYS IKL som til slutt avgjer dette. I praksis må dette løysast gjennom ein revidert avtalen med SYS IKL, der ein ser alle funksjonar, samarbeidskommunar og fordelinga mellom desse, i samanheng.

Bygg og eigedomsforvaltning (BEF) har funne relevant kvadratmeterpris frå Norsk Prisbok, som ligg til grunn for investeringskostnader.

Sjå elles tabellar 1-4 med føresetnader i den påfølgjande tekstlege forklaringa og tilhøyrande fotnotar.

Kva treng vi for å gå vidare?

1. Val av organiseringsmodell avgjer kva som må gjerast vidare.
2. Det må gjerast eit arbeid opp mot styret i SYS-IKL for å avklare kostnader knytta til dei ulike alternativa og for å få endra retningslinjene for bruk av KAD.
3. Med mindre ein går for ei full sentralisering av daglegevakta må dei geografiske ansvarsområdene for dei ulike daglegevaktsbasane reviderast.

Konklusjon

Denne rapporten skildrar fleire ulike gjennomførbare løysingar for framtidig daglegevakt i Sunnfjord. Alle modellane gir forsvarleg legevaktsdekning for innbyggjarane, men dei skil seg i høve til ressursbehov og opsjon for vidare gevinstuttak - og i opplevd kvalitet og avstand til tenestene for innbyggjarane ulike stadar i kommunen på dagtid på kvardagar.

Ei full eller delvis sentralisering av daglegevakt vil medføre at nokre av dei som bur i randsonene av kommunen vil få lengre avstand til legevakt på dagtid. Dei vil få same avstand til daglegevakt som dei no har til legevakt på ettermiddag, kveld og helg, og ei full eller delvis sentralisering vil medføre at nokre innbyggjarar vil måtte reise forbi eit ope legekantor for å nå ei legevakt lengre unna.

Gruppa har ikkje ei tilråding på val av modell då alle modellane har både føremoner og ulemper, og der desse kan vektast ulikt utifrå kontekst og ståstad. Ein må gjere ei overordna samla vurdering administrativt og politisk av heilskapen og det ligg utanfor gruppa sitt mandat. Gruppa meiner likevel at denne rapporten gjer eit godt faktagrunnlag for overordna leiing si vurdering av alternativa.

Når det gjeld KAD rår gruppa i frå å avslutte samarbeidet med SYSIKL, både av faglege og økonomiske årsaker. Gruppa rår til at ein heller søker å hente ut meir effekt av ressursbruken vår på KAD innanfor ramma av SYSIKL.

Avhengig av val av modell for daglegevakt kan også synergjar med KAD på SYSIKL vere mogeleg å hente ut. Felles for alle anslåtte økonomiske gevinstar i dei ulike modelloppsetta, har ein betydeleg usikkerheit. Det er også slik at nokre av dei økonomiske gevinstane vanskeleg kan realiserast utan å påverkar den faglege kvaliteten på tenestene negativt.