



Måselv - *mulighetslandet*

Legevaktsordningen

Måselv kommune

Notat fra RO – Stjørdal, desember 2019



Innhold

| | |
|---|-----------|
| 1. Innledning | 3 |
| 1.1. Målselv kommunes bestilling | 3 |
| 1.2. Bakgrunn..... | 3 |
| 1.3. Gjennomføring av oppdraget | 3 |
| 1.4. Avgrensninger..... | 4 |
| 2. Dagens legevaksordning | 5 |
| 2.1. Organisering | 5 |
| 2.2. Bemanning..... | 6 |
| 2.3. Avtaler og styrende dokumenter | 7 |
| 2.4. Aktivitet | 8 |
| 2.3.1 Statistikk for Bardu IKL 2018 | 8 |
| 2.5. Økonomi | 9 |
| 3. Analyse..... | 10 |
| 3.1. SWOT | 11 |
| 3.1.1 SWOT-analyse på 5 alternative legevaksordninger | 11 |
| 3.1.2 Oppsummering | 13 |
| 3.2. ROS | 13 |
| 3.2.1 ROS-analyse på fire alternativer..... | 14 |
| 3.2.2 Oppsummering..... | 18 |
| 3.3. Økonomisk analyse..... | 18 |
| 4. Vurdering | 19 |
| 4.1. Målselv kommune med egen legevakt..... | 20 |
| 4.2. Målselv kommune som vertskommune i et nytt IKL..... | 20 |
| 4.3. KAD-senger | 20 |
| 5. RO's anbefaling..... | 21 |

1. Innledning

1.1. Målselv kommunes bestilling

Kommunestyret i Målselv fattet følgende vedtak i sak 66/2018 i møte den 12.09.2018:

- Målselv kommune fortsetter det interkommunale samarbeidet om legevakt med Bardu, Salangen, Lavangen og Ibestad inntil videre.
- Kommunestyret ber rådmannen utrede de økonomiske konsekvenser ved å etablere legevakt tilknyttet kraftsenteret for helse på Andslimoen, alene eller i samarbeid med interesserte kommuner og Forsvaret.

1.2. Bakgrunn

I rådmannens framlegg til sak 66/2018 beskrives bakgrunn for saken. Det refereres til at Eldrerådet i sitt møte 18.april 2018 fattet følgende vedtak: «Eldrerådet ber om at Målselv kommune ser på muligheten for egen legevakt. Er dagens ordning god nok sett i forhold til egen legevakt? Vil pasientene tjene på kortere reisestrekning, kontra tur til Setermoen? Vil det være økonomisk forsvarlig med egen legevakt?»

I kommunestyremøte 9.mai 2018 informerte Rådmannen om interkommunalt samarbeid og legevaktsamarbeidet, herunder eldrerådets vedtak. Kommunestyret ga da signaler om at det var ønskelig å få belyst alternativet om egen legevakt.

Rådmannen la deretter fram følgende alternative handlemåter:

1. Fortsette med dagens interkommunale samarbeid.
2. Avslutte dagens interkommunale samarbeid, og opprette egen legevakt.
3. Utrede muligheter for andre interkommunale samarbeid.

Rådmannen har understreket at det er riktig å legge vekt på hva som gir det beste helsefaglige tilbudet, men at en samtidig må forholde seg til gjeldende økonomiske rammer.

Målselv kommune utlyste konkurranse om bistand til strukturell utredning helse og omsorg med tilbudsfrist 27. februar 2019. I konkurransegrunnlaget ble det også bedt om at tilbyder skulle utrede økonomiske konsekvenser ved å etablere legevakt tilknyttet kraftsenteret for helse på Andslimoen, alene eller i samarbeid med interesserte kommuner og Forsvaret. RO ble tildelt oppdraget og dette notatet er avslutningen på oppdraget.

1.3. Gjennomføring av oppdraget

I oppstartsmøte med oppdragsgiver ble det avtalt at oppdraget skulle gjennomføres høst 2019.

RO har sammen med en arbeidsgruppe bestående av ledelse, administrativ ansvarlige, tillitsvalgt, representant for eldrerådet, rådet for likestilling og funksjonshemmede og legevaktsleger gjennomført SWOT og ROS-analyse den 27.08.2019.

Deltakere i arbeidsgruppen var:

- Siv-Hege Severi, enhetsleder Familieenheten
- Per Klingenberg, Eldrerådet
- Mildrid Pedersen, Rådet for likestilling og funksjonshemmede
- Hege Hammer Bech, avdelingsleder Bardu IKL
- Eldrid Norunn Liljedal, legespesialist
- Linn-Kristin Antonsen, lege
- Tor Johnsen, legespesialist
- Tormod Gangsei, kommuneoverlege, medisinskfaglig ansvarlig Bardu IKL
- Vidar Bjørnås, legespesialist/kommuneoverlege
- Anna Sjømælingen, lege
- Kristine Lavik-Askim, avdelingsleder legetjenesten
- Katarina Ask, avdelingsleder Øverbygd legetjeneste

På samlingen ble det gjennomført en konsekvensanalyse og en ROS-analyse. Det ble gjort en avtale med rådmannen om at han kunne kontakte alternative kommuner/forsvaret for mulighetsavklaring med hensyn til et evt. samarbeid.

På bakgrunn av innhentede data fra kommunen og Bardu IKL (personal-, økonomi- og aktivitetsdata), SWOT¹-analyse og ROS²-analyse er det gjort økonomiske og vurderinger av dagens ordning kontra andre mulige alternativer. Dette notatet er ment å være et beslutningsgrunnlag for kommunen ved valg av framtidig legevaksordning.

1.4. Avgrensninger

Å utrede de økonomiske konsekvensene ved å etablere legevakt tilknyttet Målselvtunet, alene eller i samarbeid med interesserte kommuner og Forsvaret, betinger at alternativene er entydige og at de er mulig å gjennomføre.

Med hensyn til å etablere legevakt alene kan økonomien grovt stipuleres, men øvrige konsekvenser og faglig forsvarlighet blir et særdeles viktig spørsmål. Vi kommer tilbake til dette i kapittel 4.1.

Å etablere legevakt i samarbeid med interesserte kommuner og Forsvaret betinger at det faktisk er andre kommuner som ønsker et slikt samarbeid. Dersom Målselv kommune trekker seg fra dagens legevaktordning, er det også av betydning hva som skjer med den ordningen. I og med at alle kommunene i hovedsak sier seg fornøyd med dagens ordning er det vanskelig å ha en mening om de vi si opp sine avtaler og etablere et nytt samarbeid i Målselv. Vi kommer tilbake til dette i kapittel 4.2.

Rådmannen har tatt kontakt med kommunene Sørreisa, Dyrøy og Balsfjord for å lodde interessen. Dyrøy og Sørreisa inngår i dag i Finnsnes interkommunale legevakt. Samarbeidet fungerer etter deres oppfatning godt og legevakta leverer gode tjenester til deres befolkning. I og med at kommunene på Senja slår seg sammen, endres kommunestrukturen og videre samarbeid og vilkår er ikke fastsatt ennå.

Sørreisa signaliserer at de er åpne for å vurdere en eventuell deltakelse i andre legevaksordninger og se på nye aktuelle muligheter, men er tydelig på at dette ikke er behandlet politisk eller at det er gjort et klart veivalg.

¹ S(trengths), W(eaknesses), O(pportunities) and T(hreats)

² R(isiko) og S(årbarhets) A(nalyse)

Dyrøy kommune er i den situasjonen at alternative legevaktsamarbeid skal vurderes. Det er gjort vedtak i formannskap om vurdering av eventuelt samarbeid med Bardu kommune. Men det kan for framtiden også være av interesse for politikerne å få fremlagt alternativet der Målselv er vertskommune.

Balsfjord kommune har også fått en henvendelse med spørsmål om interesse, men når dette notatet skrives er det ikke kommet noe svar på henvendelsen derfra.

I september 2019 inngikk RO avtale med Bardu IKL om en utredning av virksomheten. Dette oppdraget er et selvstendig oppdrag, men det var ønskelig at rapport knyttet til Bardu IKL og notat vedrørende legevaktsordningen i Målselv skulle «slippes» samtidig.

For RO sin del har det vært naturlig å se disse oppdragene i sammenheng, siden gjennomgangen av virksomheten i Bardu IKL i meget stor grad berører Målselv kommunes framtidige valg og vice versa.

Når det gjelder Forsvaret, har det ikke vært nødvendig å sende en henvendelse. De har egne sykestuer og nytter legevakt og annen offentlig helsetjeneste. Dette er et område det tidligere er jobbet mye med i regi av dagens legevakt i Bardu. Legetjenesten hevder også at Forsvaret er klar på at de ikke anser felles legevakt som aktuelt.

Når Målselv kommune ønsker en utredning av de økonomiske konsekvenser ved å etablere legevakt i samarbeid med interesserte kommuner og Forsvaret, er dette en «noe krevende øvelse» i og med at en ikke vet hvor mange kommuner som eventuelt ønsker å samarbeide.

Kostnadene knyttet til det å drive egen legevakt kan grovt stipuleres, og er avhengig av kostnadene knyttet til etablering, organisering og sambruk av ressurser, opplæring og forhandlinger om vaktordning.

2. Dagens legevaktsordning

2.1. Organisering

Målselv kommune deltar i den interkommunale legevaktsordningen i Bardu (Bardu IKL). Bardu IKL og legevaktsentral er lokalisert på helsehuset i Bardu og er en felles legevakt/legevaktsentral for kommunene Lavangen, Salangen, Målselv, Ibestad og Bardu. Bardu er vertskommune.

Bardu IKL skal tilby tjenester innenfor legevaktsentral, legevakttjeneste og Kommunale Akutte Døgnplasser (KAD). Bardu IKL har akuttmedisinsk beredskapstjeneste for kommunene store deler av døgnet (se kapittel 2.2 s. 6).

Medisinskfaglig ansvarlig lege for ordningen er kommuneoverlegen i Bardu kommune³. Medisinskfaglig ansvarlig lege i den enkelte kommune påser at vakante vakter tillagt kommunen bemannes.

Henvendelser om akutt hjelp på dagtid i normal arbeidstid tas hånd om i de respektive kommunene. Ved særskilt behov for å henvise til legevakten, kontakter det lokale legekantors ansvarshavende

³ Bardu og Målselv har inngått avtale om interkommunalt samarbeid om kommuneoverlege. Kommuneoverlegen er medisinskfaglig ansvarlig for legevaktsordningen.

lege på dagtid tiltredende vaktlege. Henvendelser vedrørende legeerklæringer, fornyelse av resepter på faste medikamenter o.l. forutsettes ivaretatt av legekantorene på dagtid.

Legevakten skal tilby god kvalitet i hele tjenestelinjen i henhold til lov og forskrifter. Det vil si at pasientene som tar kontakt med legevakten skal føle seg trygg og godt ivaretatt av faglig dyktig helsepersonell og leger.

2.2. Bemanning

Legevakta har 22-delt turnus, dvs. at 22 leger går i turnus forutsatt at alle stillingene er besatt. 5 av disse er spesialist i allmenmedisin, 6 er LIS1 lege (lege i spesialisering), 1 stilling er vakant (Ibestad) og dekkes opp av vikarer, resterende 10 leger er inne i Lis2 (spesialiseringsforløp). Dette innebærer at i alt 16 leger skal ha bakvakt (bakvakt pr. telefon). Akuttmedisinforskriftens⁴ § 7. Kompetansekrav til lege i vakt mv. regulerer kravene om bakvakt.

Legene betjener legevakten på følgende tidsrom:

- Hverdager mandag- fredag fra kl. 15.45 – 08.00 (15.00 – 08.00 fra 1.mai til 15 september)
- Helg fra lørdag kl. 08.00 – mandag kl. 08.00
- Helligdager fra kl. 08.00 – 08.00
- Fra kl. 12 onsdag før skjærtorsdag.
- Andre særskilte dager der legekantorer stenger tidligere. F.eks. lillejulaften/julaften.

Vaktlegen oppholder seg på eller i rimelig nærhet av legevakta. Legevaksarbeidet utføres normalt fra IKL sine lokaler. Nødvendige sykebesøk gjennomføres etter medisinsk vurdering av vaktstående lege. I nødsituasjoner kan annet helsepersonell enn vaktstående lege tilkalles.

Når legene fra Målselv har legevakt innebærer dette at legen har rett på fri dagen etter vakt. De næringsdrivende legene tar imidlertid ikke alltid ut fridag etter vakt. Fra Målselv kommune deltar 11 leger i vaktordningen.

Ved legevakta er det ansatt 18 sykepleiere. Dette utgjør 10.10 årsverk. Gjeldende turnus omfatter 2 sykepleiere på vakt 24 t i døgnet

Oppgavene til helsepersonellet er følgende (i prioritert rekkefølge)⁵:

1. Besvare legevaktssentralen
2. Ansvar og oppfølging av KAD pasienter
3. Assistere vaktlegen ved behov

Oppgaver forøvrig er klargjøring og sikring av utstyr, medikamentbehandling, avvikshåndtering og utarbeidelse av prosedyrer samt opplæring og kompetanseutvikling.

⁴ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-03-20-231>

⁵ Avtale mellom legevakslegene og Bardu kommune (se vedlegg 5)

2.3. Avtaler og styrende dokumenter

«Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv.», akuttmedisinforskriften⁶ regulerer kommunenes og de regionale helseforetakenes akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Dette omfatter kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste og tjenester som ytes av andre etter avtale med kommunen eller regionale helseforetak. Akutforskriften skal bidra til at befolkningen ved behov for øyeblikkelig hjelp mottar forsvarlige og koordinerte akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Forskriftens kapittel 2. definerer kommunens ansvar for kommunal legevaktordning, kompetansekrav til lege i vakt mv., kompetansekrav til annet helsepersonell og krav til utstyr.

Dagens legevaktordning (Bardu IKL) er regulert gjennom vedtektene for Bardu IKL (vedlegg 1).

Vedtektene beskriver formålet, hvem styret for IKL består av, organisering, ansvarsområder, budsjett, økonomi, utmelding og oppløsning og vedtektsendring.

Spesielt pkt. 6. Økonomi og pkt. 7. Utmelding og oppløsning er interessant i denne sammenheng.

Pkt. 6. *"Fordelingen av utgiftene blant kommunene er beregnet etter følgende fordelingsnøkkel:*

- a. *Kr. 100 000 fordeles først flatt på hver deltakerkommune.*
- b. *Befolkningstallet i kommunen (SSB pr. 01.07) året før budsjettåret legges til grunn for det resterende. Eventuelle prisøkninger fordeles etter samme fordelingsnøkkel. Refusjoner/tilskudd som deltakerkommunene får, skal gå til finansiering av samarbeidet."*

Pkt. 7. *"Den enkelte kommune kan med 1 års skriftlig varsel, si opp sitt deltakerforhold og kreve seg løst fra det, ref Kommuneleien § 27.3..."*

Bardu kommune har som vertskommune for Bardu IKL på vegne av de 5 samarbeidskommunene undertegnet «Tjenesteavtale 4. Samarbeid om og beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-5 tredje ledd» (vedlegg 2). Denne avtalen regulerer ansvar og oppgavefordeling mellom UNN og Bardu IKL med hensyn til Kommunal akutt døgnenhet (KAD). Bardu IKL har pr. dd. 2 KAD-senger.

I forbindelse med kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp finner en detaljert beskrivelse av plikter og krav knyttet til driften av KAD-senger. Helsedirektoratet og KS har utarbeidet publikasjonen «Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold»⁷ som gir klare føringer for driften av KAD-sengene.

Norsk forening for allmennmedisin, Den norske legeforening har utarbeidet «Medisinsk faglig veileder for kommunale akutte døgnplasser (KAD)⁸». Denne gir også klare føringer og anbefalinger for forsvarlig drift av KAD. Veilederen angir på s. 2 inklusjons- og eksklusjonskriterier for innleggelse og listen er ikke uttømmende. Bardu IKL har utarbeidet egne inklusjons-/eksklusjonskriterier (vedlegg 3).

⁶ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-03-20-231>

⁷ <file:///C:/Users/12667ojo/Desktop/Legevakt%20Målselv/Vedlegg%2000%20Kommunenes%20plikt%20til%20øyeblikkelig%20hjelp%20døgnopphold.pdf>

⁸ <file:///C:/Users/12667ojo/Desktop/Legevakt%20Målselv/Vedlegg%2009.%20KAD%20veileder.pdf>

Veilederen beskriver også kommuneoverlegens rolle (s. 5). Her understrekes det at «Samfunnsmedisinsk kompetanse er viktig for å kunne skape et tilbud som er hensiktsmessig, og i tråd med kommunens behov. Kommuneoverlegen bør derfor ha en sentral rolle i planlegging, etablering og drift av KAD». Bardu kommune og Målselv kommune har etablert et samarbeid om kommuneoverlege og har formalisert dette i avtale om interkommunalt samarbeid i henhold til kommuneloven § 28-1b Administrativt vertskommunesamarbeid (vedlegg 4).

Avslutningsvis vil vi nevne at legevaktsordningen reguleres av «Avtale mellom legevaktslegene og Bardu Kommune» (vedlegg 5). Avtalen er framforhandlet mellom legene og Bardu som vertskommune.

2.4. Aktivitet

Aktiviteten i den interkommunale legevaktsordningen måles på følgende parametre:

- Antall konsultasjoner pr. kommune fordelt på dag, kveld og natt
- Antall telefoner pr. kommune fordelt på dag kveld og natt
- Antall utrykninger på vakt pr. kommune?
- Antall liggedøgn i KAD-senger pr. kommune

Disse dataene gir oss et bilde av aktiviteten i Bardu IKL samlet og for alle kommunene enkeltvis. I denne sammenhengen er det interessant å synliggjøre det utbyttet Målselv kommune har av å delta i legevaktsordningen. Dette er interessant siden man må forvente høyere aktivitet dersom Målselv har egen legevakt eller er vertskommune for ny IKL-ordning.

2.3.1 Statistikk for Bardu IKL 2018

Tall i disse tabellene er hentet fra Bardu IKL sin rapportering til Helsedirektoratet. Dataene er registrert i «Aktivitet i kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbud 2018» tabell 6.1 og 6.2.

Tabell 1. Årsstatistikk Bardu IKL 2017.

| | KAD inn- leggelse ⁹ | Antall KAD- døgn | Konsultasjoner ¹⁰ | Telefoner ¹¹ |
|-----------------------------|-----------------------------------|---------------------|------------------------------|-------------------------|
| Målselv | 32 | 43 | 1404 | 3225 |
| Bardu | 28 | 39 | 1019 | 2267 |
| Salangen | 17 | 22 | 556 | 956 |
| Ibestad | 3 | 4 | 162 | 450 |
| Lavangen | 8 | 10 | 203 | 356 |
| Postadr utenfor distrikt | 4 | 4 | 920 | |
| Andre tlf inn | | | | 5664 |
| Totalt | 92 | 122 | 4264 | 12918 |

Det er oppgitt at ca. 33 % av telefonene fører til konsultasjon.

⁹ Innleggelse omfatter alle innleggelse, også for mindre enn ett døgn

¹⁰ Konsultasjoner omfatter både telefonkonsultasjon lege og oppmøte til lege

¹¹ Alle manuelt registrerte telefoner inn, koderegistrerte telefoner inn er vesentlig mindre. Telefoner ut er ikke registrert

Tabell 2. Årsstatistikk Bardu IKL 2018.

| | KAD | Antall døgn | Konsultasjoner | Telefoner |
|--------------------------|------------|-------------|----------------|--------------|
| Målselv | 39 | 49 | 1459 | 3549 |
| Bardu | 36 | 44 | 1120 | 2276 |
| Salangen | 17 | 28 | 452 | 809 |
| Ibestad | 5 | 13 | 124 | 402 |
| Lavangen | 7 | 9 | 156 | 466 |
| Postadr utenfor distrikt | 7 | 7 | 703 | 5819 |
| Totalt | 111 | 150 | 4014 | 13321 |

Det er oppgitt at ca. 30 % av telefonene ender i konsultasjon.

En vurdering av utnyttelsen av KAD sengene kommer vi tilbake til i kapittel 4. Utnyttelse av de to KAD sengene i Bardu IKL er lav. Samtidig er en relativt stor andel av kostnadene knyttet opp mot disse.

2.5. Økonomi

Utgiftsfordelingen mellom kommunene når det gjelder legevaksordningen er regulert av vedtektenes (vedlegg 1) pkt. 6 og er fastsatt slik:

«Fordelingen av utgiftene blant kommunene er beregnet etter følgende fordelingsnøkkel:

- Kr 100 000,- fordeles først flatt på hver deltakerkommune.
- Befolkningstallet i kommunen (SSB pr. 01.07) året før budsjettåret legges til grunn for det resterende. Eventuelle prisøkninger fordeles etter samme fordelingsnøkkel.
Refusjoner/tilskudd som deltakerkommunene får, skal gå til finansiering av samarbeidet.

Merforbruk eller mindreforbruk på driften skal fremlegges styret. Styret beslutter om mindreforbruk skal settes av på fond eller tilbakebetales deltakerkommunene. Styret beslutter hvordan merforbruk skal belastes.

Styret har ikke myndighet til å ta opp lån eller på annen måte pådra deltakerne økonomiske forpliktelser».

Under viser vi de endelige kostnadene til fordeling mellom kommunene i Bardu IKL for 2018 samt budsjetterte kostnader for 2019 og 2020.

Tabell 3. Endelige kostnader til fordeling mellom kommunene i Bardu IKL 2018

| Kostnader til fordeling IKL 2018 | | | | | | | | | |
|----------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------------------|-----------------|-----------------|---------------|-----------------------|-------------------|---------------------------------------|
| 2018 | 15 881 000 | | | | | | | | |
| Sum: | -15 881 000 | | | | | | | | |
| Fordeles flatt: | 500 000 | | | | | | | | |
| Fordeles etter folketall: | -15 381 000 | | | | | | | | |
| Kommune | Folketall 1.7.2017 | Folketall 1.7.2016 | Endring folketall fra 1.7.2016 | Flatt 500.000,- | Etter folketall | Å betale 2018 | Vedtatt budsjett 2017 | Endring 2017-2018 | Endelig fordeling 2018 med merforbruk |
| Bardu | 3978 | 4021 | -43 | 100 000 | 3 955 114 | 4 055 114 | 3 908 486 | 146 628 | 4 165 478 |
| Lavangen | 1064 | 1068 | -4 | 100 000 | 1 057 879 | 1 157 879 | 1 111 555 | 46 324 | 1 187 398 |
| Salangen | 2241 | 2241 | 0 | 100 000 | 2 228 107 | 2 328 107 | 2 222 561 | 105 546 | 2 390 280 |
| Målselv | 6786 | 6749 | 37 | 100 000 | 6 746 960 | 6 846 960 | 6 492 308 | 354 652 | 7 035 227 |
| Ibestad | 1401 | 1400 | 1 | 100 000 | 1 392 940 | 1 492 940 | 1 426 008 | 66 932 | 1 531 809 |
| SUM: | 15470 | 15479 | -9 | 500 000 | 15 381 000 | 15 881 000 | 15 160 918 | 720 082 | 16 310 192 |

Tabellen viser at Målselv kommunes utgifter til legevaksordningen ifølge budsjett 2018 var på kr. 6 846 960. Kostnaden ble imidlertid høyere på grunn av et merforbruk på kr. 429 192. Dette skyldtes i hovedsak underbudsjettering av nødnettkostnader samt innleie av vikarbyrå ferien 2018, samt innføring av ny legeavtale. Dette ble fordelt mellom deltakerkommunene og utgjorde for Målselv kommune sin del kr. 188 000.

Total kostnad for Målselv kommune ble derfor i 2018 på *kr. 7 151 620* (se Tabell 4. grønt felt)

Det har i flere år vært avvik mellom budsjett og regnskap for Bardu IKL men det er etter det RO kjenner til ikke forventet merforbruk for inneværende år.

Tabell 4. Kostnader til fordeling mellom kommunene i Bardu IKL 2019

| Kostnader til fordeling IKL 2019 | | | | | | | | | |
|----------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------------------|-----------------|-----------------|---------------|-----------------------|-------------------|---------------------------------------|
| 2019 | 16 100 000,00 | | | | | | | | |
| Sum: | -16 100 000 | | | | | | | | |
| Fordeles flatt: | 500 000 | | | | | | | | |
| Fordeles etter folketall: | -15 600 000 | | | | | | | | |
| Kommune | Folketall 1.7.2018 | Folketall 1.7.2017 | Endring folketall fra 1.7.2016 | Flatt 500.000,- | Etter folketall | Å betale 2019 | Vedtatt budsjett 2018 | Endring 2018-2019 | Endelig fordeling 2018 med merforbruk |
| Bardu | 3979 | 3979 | 0 | 100 000 | 4 022 578 | 4 122 578 | 4 055 114 | 67 464 | 4 232 942 |
| Lavangen | 1056 | 1064 | -8 | 100 000 | 1 067 565 | 1 167 565 | 1 157 879 | 9 686 | 1 197 084 |
| Salangen | 2221 | 2241 | -20 | 100 000 | 2 245 324 | 2 345 324 | 2 328 107 | 17 217 | 2 407 497 |
| Målselv | 6789 | 6786 | 3 | 100 000 | 6 863 353 | 6 963 353 | 6 846 960 | 116 393 | 7 151 620 |
| Ibestad | 1386 | 1401 | -15 | 100 000 | 1 401 179 | 1 501 179 | 1 492 940 | 8 239 | 1 540 048 |
| SUM: | 15431 | 15471 | -40 | 500 000 | 15 599 999 | 16 099 999 | 15 881 000 | 218 999 | 16 529 191 |

I 2019 er det budsjettet en kostnad for Målselv kommune på *kr. 6 963 353*. Som nevnt over er det ikke forventet et merforbruk inneværende år.

Tabell 5. Kostnader til fordeling mellom kommunene i Bardu IKL 2020

| Kostnader til fordeling IKL 2019 | | | | | | | | | |
|----------------------------------|--------------------|-----------|-----------------|---------------|---------------|---------|--------|--|--|
| 2020 | | | | | | | | | |
| Sum: | -16 252 568 | | | | | | | | |
| Fordeles flatt: | -500 000 | | | | | | | | |
| Fordeles etter folketall: | -15 752 568 | | | | | | | | |
| Kommune | Folketall 1.7.2019 | Flatt 10% | etter folketall | Å betale 2020 | Budsjett 2019 | Diff | i % | | |
| Bardu | 3982 | 100 000 | 4 115 387 | 4 215 387 | 4 122 578 | 92 809 | 2,25 % | | |
| Lavangen | 1043 | 100 000 | 1 077 938 | 1 177 938 | 1 167 565 | 10 373 | 0,89 % | | |
| Salangen | 2185 | 100 000 | 2 258 192 | 2 358 192 | 2 345 324 | 12 868 | 0,55 % | | |
| Målselv | 6672 | 100 000 | 6 895 495 | 6 995 495 | 6 963 353 | 32 142 | 0,46 % | | |
| Ibestad | 1360 | 100 000 | 1 405 557 | 1 505 557 | 1 501 179 | 4 378 | 0,29 % | | |
| SUM: | 15242 | 500 000 | 15 752 569 | 16 252 569 | 16 099 999 | 152 570 | 0,95 % | | |

I 2020 er det for Målselv kommune budsjettet med en kostnad på *kr. 6 995 495*. Dette er en beskjeden økning fra 2019. Økningen skyldes små endringer i budsjettet samt at fordelingsnøkkelen (nedgang i folketallet i Målselv kommune) har innvirkning på Målselv sin andel.

Vi gjengir ikke det detaljerte budsjettet for Bardu IKL i denne sammenheng, men kan slå fast at den desidert største utgiftsposten er lønn og sosiale kostnader (fast og variabel lønn, bakvakt, vikarer, pensjonspremie, arbeidsgiveravgift). De største utgiftspostene for øvrig er forbruksmateriell, medikamenter, husleie, service og driftsavtaler.

Bardu IKL har ikke splittet regnskapet mellom drift av KAD sengene og legevaksarbeidet. Utgiftene knyttet til KAD sengene alene blir derfor en stipulering fra vår side. Vi kommer tilbake til dette i analysedelen.

3. Analyse

Vi gjengir i dette kapitlet de kvalitative analysene som ble gjennomført i kommunen. Disse gjengis i sin helhet. Deretter gjør RO en egen analyse av de økonomiske konsekvensene av eventuell egen drift av legevakt i kommunen og ved et evt. samarbeid med andre kommuner (et nytt IKL der Målselv er vertskommune).

3.1. SWOT

Som tidligere nevnt ble det den 27. august gjennomført en arbeidsøkt i arbeidsgruppen nedsatt i Målselv kommune. Arbeidsgruppen hadde først en drøfting på hva som kunne være alternative legevaktsordninger og gjennomførte deretter en SWOT-analyse på disse alternativene. Arbeidsgruppen kom da fram til fem alternativer som kunne undersøkes nærmere. Arbeidsgruppen ble delt i to, slik at det var to grupper som gjennomførte analysen som deretter ble oppsummert og konkludert i fellesskap. SWOT-analyse på de fem alternative ordningene er gjengitt i sin helhet i kap. 3.1.1.

3.1.1 SWOT-analyse på 5 alternative legevaktsordninger

Alternativ 1. Dagens legevaktsordning

| | |
|--|---|
| <u>Sterke sider i dag:</u> <ul style="list-style-type: none">• Velfungerende, innarbeidet• Lav/passe vaktbelastning• Robust administrativ organisasjon• Positive ringvirkninger – lettere samarbeid med andre kommuner, gode faglige prosjekter, fellesskap i legegruppa• Faglig sett bra• Fagdager• God kvalitet – rutiner og prosedyrer• God kompetanse• Videokonferanse• Samtrenting• God og forsvarlig bemanning• Utviklingsorientert | <u>Muligheter i framtid:</u> <ul style="list-style-type: none">• Flere kommuner?• Videreutvikling• Omorganisering/utvikling KAD (på Setermoen)• Kamera venterom• Flere samarbeidskommuner• To KAD-rom |
| <u>Utfordringer/svake sider i dag:</u> <ul style="list-style-type: none">• Dårlig fungerende KAD (faglig – inkluderingskriterier/ ekskluderingskriterier, bemanning – mye ressurs, lokaliteter• Lite deltakelse fra fastleger• Økonomi/pris• Samarbeid, uenighet• Lang transport for Målselv• Dårlig KAD-rom• Støy legevaktsentral• Kostnader lønn | <u>Utfordringer i framtid:</u> <ul style="list-style-type: none">• KAD (vanskelig å få til velfungerende)• Bør den ligge på legevakten? Sykehjem?• Holde på kommuner/usikkert antall samarbeidskommuner• Redusert fagmiljø• Høyere vaktbelastning |

Alternativ 2. Egen legevakt uten sentral/bemannning

| | |
|--|---|
| <u>Sterke sider:</u> <ul style="list-style-type: none">• Åpner for selvstendighet• Kort transportvei• God lokalkunnskap• Eget journalsystem | <u>Muligheter:</u> <ul style="list-style-type: none">• Alternativ legedrift• Frita faste leger og bare kjøre Nordsjøturnus• Kjøp av legevaktsentral |
| <u>Utfordringer/svake sider:</u> <ul style="list-style-type: none">• Vaktbelastning øker• Ingen hjelp – tidstap, samtidskonflikt, feil, utrygt, FAGLIG KATASTROFE!• Utrygge leger• Dårlig sikkerhet, farlig• Dårlig service til befolkningen• Konsekvenser for dagtilbud• Rekrutterer ikke leger, vanskelig å opprettholde kompetansekrav• Dårlig økonomi/lite pasienter• Feil bruk av ressurser• Vikarutgifter | <u>Utfordringer:</u> <ul style="list-style-type: none">• Må bygges opp en administrasjon rundt ordningen• Rekruttering• Innleie til dagdrift/ dagdriftproblematikk• Rekruttere og beholde leger• Få ansatte leger til Nordsjøturnus |

Alternativ 3. Egen legevakt med sentral/bemannning

| | |
|---|--|
| <u>Sterke sider:</u> <ul style="list-style-type: none">• Kort reisetid for Målselv pasienter• God lokalkunnskap• Eget journalsystem• Faglig sett bra• Trygghet og et godt tjenestetilbud til innbyggerne i Målselv | <u>Muligheter:</u> <ul style="list-style-type: none">• Videreutvikling slik Målselv ønsker/alternativ legevatsdrift, f.eks Nordsjøturnus, egne Legevaktsleger i helger• Frita faste leger og bare kjøre Nordsjøturnus |
| <u>Utfordringer/svake sider:</u> <ul style="list-style-type: none">• Økt vaktbelastning• Rekrutterer ikke leger• Konsekvenser for dagtilbudet• Bruk av sykepleierressurs• Dårlig økonomi/lite pasienter• Vikarutgifter• Få tak i nok kompetent personale til å drifte legevaktsentral | <u>Utfordringer:</u> <ul style="list-style-type: none">• Rekruttere og beholde leger pga. vaktbelastning• Bruk av sykepleierressurs• Dagtidproblematikk• Få ansatte til Nordsjøturnus |

Alternativ 4. Legevakt i Målselv med deltakelse fra andre kommuner

| | |
|--|---|
| <u>Sterke sider i dag:</u> <ul style="list-style-type: none">• Faglig sett bra• Kort reisetid/transport for Målselv pasienter• Lav/passe vaktbelastning• Flere årsverk tilknyttet legevakt• Samme som i alternativ 1 | <u>Muligheter i framtid:</u> <ul style="list-style-type: none">• Videreutvikle samarbeid med kommuner• Utvikle KAD slik vi ønsker• Samme som i alternativ 1 |
| <u>Utfordringer/svake sider i dag:</u> <ul style="list-style-type: none">• Samarbeidsvansker – hvem vil• Uenigheter• Samme som i alternativ 1 | <u>Utfordringer i framtid:</u> <ul style="list-style-type: none">• Økonomi/pris• Holde på kommuner• Samme som i alternativ 1 |

Alternativ 5. Legevaktsamarbeid med Forsvaret

| | |
|--|--|
| <u>Sterke sider i dag:</u> <ul style="list-style-type: none">• Uaktuelt | <u>Muligheter i framtid:</u> <ul style="list-style-type: none">• |
| <u>Utfordringer/svake sider i dag:</u> <ul style="list-style-type: none">• | <u>Utfordringer i framtid:</u> <ul style="list-style-type: none">• Svært mange |

Ingen hadde tro på at dette var et reelt alternativ og fant derfor ingen grunn til å analysere dette.

3.1.2 Oppsummering

Arbeidsgruppen konkluderte med at dagens legevaktsordning er en velfungerende og godt innarbeidet ordning. Det er god kvalitet og god kompetanse i ordningen. Bemanningen er god og forsvarlig. Ordningen virker positivt for rekruttering av leger i hele nedslagsfeltet. Dette pga. en relativt lav vaktbelastning for legene i ordningen. Den største utfordringen med dagens ordning er manglende bruk av KAD sengene og dermed økonomien (lønnskostnadene) knyttet til disse.

Arbeidsgruppen er enstemmig i at dagens legevaktsordning er den mest robuste ordningen for Målselv kommune.

3.2. ROS

Etter gjennomført SWOT-analyse gjennomførte arbeidsgruppen en ROS-analyse på alternativene. Arbeidsgruppen ble delt i to slik at ROS-analysen ble gjennomført i to grupper og oppsummert og konkludert i fellesskap. ROS-analysen er gjengitt i sin helhet i kapittel 3.2.1.

Fargeleggingen av sårbarhetene er gjort i ettertid og av RO alene.

| | | |
|--|-----------------|---|
| | Høy risiko: | Risikoreduserende tiltak iverksettes |
| | Middels risiko: | Risikoreduserende tiltak vurderes |
| | Lav risiko: | Risikoreduserende tiltak ikke nødvendig |

3.2.1 ROS-analyse på fire alternativer

| <u>Alternativ 1 som i dag. (Gruppe 1)</u> | | |
|---|--|---|
| <u>Sårbarhet</u> | <u>Sannsynlighet (angitt med tall 1-4)</u> | <u>Konsekvens (angitt med tall 1-5)</u> |
| Transport (akutt) | 1 | 4 |
| Transport (komfort) | 3 | 2 |
| Bemannning med vikarer / turnuskandidater | 4 | 2 |
| Få bakvakter spesialkompetanse | 4 | 1 |
| Stort "forbruk" av sykepleiere – mangel i pleie | 4 | 3 |
| Utvanna lokalkunnskap | 4 | 2 |
| Journalssystem som ikke "samsnakker" | 4 | 3 |
| Uhensiktsmessig KAD (sløseri) | 3 | 2 |
| Kommunal uenighet (forstyrrer personalet) | 2 | 1 |
| <u>(Gruppe 2)</u> | | |
| Lange avstander (innbyggere unngår å ta kontakt v. bagateller) | 4 | 1 |
| Lange avstander (innbyggere unngår å ta kontakt v. alvorlige symptomer) | 2 | 4 |
| Feil vei i.fht. sykehus – det akutte går rett til sykehus | 4 | 2 |
| Feil vei i.fht. sykehus – økt transporttid for det som ikke er akutt | 4 | 2 |
| Feil vei i.fht. sykehus – innleggelse Harstad / Narvik istedenfor Tromsø | 4 | 1 |
| Ukjente LV- leger (uansett plassering) | 4 | 2 |
| Forskjellig journalssystem/manglende innsyn fastlegekontor | 4 | 3 |
| Frafall av kommuner (reduisert inntekt, redusert bemanning, økt vaktbelastning) | 3 | 4 |
| Legevaktbelastning nå | 1 | 1 |
| Manglende bakvakt/stort geografisk område | 4 | 4 |

| <u>Alternativ 2- Egen LV i Målselv med minimumsbemanning (ubemannet med hjelpepersonell) med kun lege på vakt og ekstern legevaktsentral. Med og uten KAD senger. Forutsetter at LV i tilknytning til Målselv helsetun</u> | | |
|--|--|---|
| <u>(Gruppe 1)</u> | | |
| <u>Sårbarhet</u> | <u>Sannsynlighet (angitt med tall 1-4)</u> | <u>Konsekvens (angitt med tall 1-5)</u> |
| Legen står uten praktisk hjelp – tidstap | 4 | 5 |
| Legen står uten beslutningsstøtte | 4 | 3 |
| Legen står uten hjelp ved akuttbehandling | 4 | 5 |
| Samtidighetskonflikt | 3 | 5 |
| Trussel / vold | 3 | 5 |
| Manglende observasjonsmulighet | 4 | 2 |
| Vaktbelastning | 4 | 3 |
| Vanskelig rekruttering | 4 | 5 |
| Venterom-administrering | 4 | 2 |
| Redusert dagtilbud (FEV- lite fastlegetimer) | 4 | 3 |
| Legevaktsentral uten lokalkunnskap | 4 | 4 |
| Lege uten tilstedeplikt (lege langt unna) | 4 | 4 |
| Todelt lokalisering (HOLT vs ANLIMOEN) | 4 | 2 |
| Lite akuttmedisinsk fagmiljø | 4 | 2 |
| Mindre samtrening (ambulanse, sykepleiere, leger) | 4 | 2 |
| Vanskeliggjør kommunikasjon med legevaktsentral | 3 | 3 |
| <u>(Gruppe 2)</u> | | |
| Samtidskonflikt (pasient alene / må hjem) | 3 | 4 |
| Utrygge leger (faglig) | 4 | 4 |
| Utrygge leger (trusler) | 4 | 5 |
| Dårlig service/kvalitet | 4 | 2 |
| Dårlig rekruttering – beholde faste leger | 4 | 4/5 |
| Større vaktbelastning | 4 | 4 |
| Redusert kapasitet på dagtid pga fri etter vakt | 4 | 3 |
| Økte vikarutgifter | 4 | 3 |
| Økt ventetid på vakt / ukjent LV-sentral, redusert lokalkunnskap | 4 | 4/5 |

| <u>Alternativ 3- Egen LV i Målselv med minimumsbemanning (bemannet med hjelpepersonell) og lokal legevaktsentral. Med og uten KAD senger. Forutsetter at LV i tilknytning til Målselv helsetun</u> | | |
|--|---|--|
| <u>(Gruppe 1)</u> | | |
| <u>Sårbarhet</u> | <u>Sannsynlighet</u> (angitt med tall 1-4) | <u>Konsekvens</u> (angitt med tall 1-5) |
| Vaktbelastning, rekruttering, dagtidsbemanning | * | * |
| Bruke "opp" sykepleierressursene | 4 | 3 |
| Liten pasientstrøm – faglig lite trening, lite attraktiv vakt (økonomi) | * | * |
| Ressursbruk – svekke resterende | 4 | 3 |
| KAD- samtidskonflikt, ta opp tida til legen, Redusert bruk av KAD (LEON) | * | * |
| <u>(Gruppe 2)</u> | | |
| Med egen LV-sentral (som må bemannes med 3-årig helsefagutdanning) | | |
| Økt vaktbelastning | 4 | 4 |
| Rekrutteringsproblemer / dagtidsproblem | 4 | 4 |
| Flere sykepleierårsverk (norm 4,5 årsverk) – bedre faglig | 4 | 2 |
| "Stjele" fra andre f.eks. sykehjem | 4 | 4 |
| Annen hjelperessurs, f.eks. helsesekretær – lavere kompetanse, akutte situasjoner | 4 | 4/5 |
| KAD: ramme (se økt vaktbelastning, vikarer/ukjente økte utgifter) | | |

| <u>Alternativ 4- Egen LV i Målselv med i samarbeid med utvalgte kommuner</u> | | |
|--|--|---|
| <u>(Gruppe 1)</u> | | |
| <u>Sårbarhet</u> | <u>Sannsynlighet</u> <u>(angitt med tall 1-4)</u> | <u>Konsekvens</u> <u>(angitt med tall 1-5)</u> |
| Bemannning, vikarer + turnus | 4 | 3 |
| Bakvaktutfordring | 4 | 1 |
| Sykepleie-forbruk | 4 | 3 |
| Forskjellig journalsystem | 4 | 2 |
| Økt fare for LV-misbruk | 4 | 2 |
| Kommunal uenighet | 2 | 1 |
| <u>(Gruppe 2)</u> | | |
| "Ingen vil være med oss?" | * | * |
| Relativ høy vaktbelastning | * | * |
| Med eller uten medhjelper | * | * |
| Med eller uten LV-sentral | * | * |
| Mye av det samme, vil avhenge veldig av deltagende kommuner | | |

| <u>Alternativ 4- Egen LV i Målselv med i samarbeid med Forsvaret</u> | | |
|---|--|---|
| <u>(Gruppe 1)</u> | | |
| <u>Sårbarhet</u> | <u>Sannsynlighet</u> <u>(angitt med tall 1-4)</u> | <u>Konsekvens</u> <u>(angitt med tall 1-5)</u> |
| Opplæring av sivile leger (praktisk mer enn fag) | * | * |
| Lokalitet/klareringer/journalsystem | 4 | 3 |
| Militærmedisin / vanlig medisin / kommunikasjon inn i systemet Få og lite erfarne leger i hæren Liten lokalkunnskap Økt bemanningskrav "ingen penger" i det militære systemet | * | * |
| <u>(Gruppe 2)</u> | | |
| Vi tror de ikke vil være med..... | * | * |
| Høy vaktberedskap / lite militære leger | * | * |
| Sivil lege må ha mye ny kunnskap | * | * |
| Sykestuedrift? | * | * |
| Redusert fastlegekapasitet | * | * |
| Bakvakter | * | * |

*Ikke vurdert/ikke relevant

3.2.2 Oppsummering

Arbeidsgruppen er klar på at det er lavest risiko knyttet til sårbarhetene i dagens legevaktordning. Den største risikoen vurderes faktisk dersom noen kommuner trekker seg ut av ordningen.

Når det gjelder alternativ 2 og 3 er det betydelig flere sårbarheter med høy risiko. Dersom noen av disse alternativene velges, må det arbeides mye med risikoreduserende tiltak. Alternativene tilrås for øvrig ikke av arbeidsgruppen.

Når det gjelder legevakt i Målselv i samarbeid med andre kommuner kan en tenke seg en legevakt med få eller flere kommuner. Å foreta en ROS analyse uten å vite hvor mange deltakerkommuner som er med i ordningen er vanskelig. På den ene siden kan ordningen bli identisk den ordningen som i dag eksisterer med Bardu som vertskommune. På den andre siden kan ordningen kun bli et samarbeid med en eller to andre kommuner.

Når det gjelder egen legevakt i Målselv i samarbeid med Forsvaret (alternativ 4) mener arbeidsgruppen at dette ikke er et reelt alternativ. Det ble derfor ikke gjennomført en fullverdig ROS-analyse av dette.

Arbeidsgruppen mener at ROS-analysen viser at dagens ordning er minst sårbar og at det er få risikoreduserende tiltak som er strengt nødvendig å gjennomføre nå.

3.3. Økonomisk analyse

Det er tre forhold som RO vil trekke fram i sine økonomiske vurderinger av dagens legevaktordning. RO mener denne vurderingen må gjøres før en vurderer de økonomiske fordelene/ulempene med andre alternativer.

- Forutsigbarhet mht. utgiftene til legevaktsordningen
- Fordelingsnøkkel mellom deltakerkommunene
- Effektivitet i drift av legevaktsordningen

Det har som tidligere nevnt i flere år vært avvik mellom budsjett og regnskap for Bardu IKL. RO har imidlertid inntrykk av at systematikken mht. rapportering, budsjettarbeid og økonomioppfølging pr. dags dato er akseptabel. Forutsigbarheten bør være minst like god i dagens legevaktsordning som om et av de andre alternativene ble valgt. I og med at den største utgiftsposten er lønnskostnader, vil vi anta at en ordning som er såpass stor som dagens er mer forutsigbar enn mindre omfattende ordninger. Med den lave vaktbelastningen som er i Bardu IKL bør forutsigbarheten være like god som i andre deler av den kommunale driften.

Med hensyn til fordelingsnøkkel kan det være grunnlag for å vurdere denne. Når deltakerkommunene kun betaler kr. 100 000 flatt og resten fordeles etter innbyggertall er dette særdeles gunstig for de små kommunene. RO er av den oppfatning at Målselv bør ta opp til forhandling å endre fordelingsnøkkelen. Det er flere alternativer som kan velges, som f.eks. etter forbruk (aktivitetsdata), prosent av totalbudsjett eller indeksregulering av inngangsbeløpet.

Inngangsbeløpet er så vidt RO erfarer ikke endret siden oppstarten av Bardu IKL og er dermed også mer ugunstig i dag enn ved oppstarten. Det bør derfor være akseptabelt å ta opp denne problemstillingen i styret for Bardu IKL.

Når det gjelder den interne driften i Bardu IKL vil vi vise til rapport utarbeidet for Bardu IKL. RO har imidlertid en klar oppfatning av at Bardu IKL kan drives mer kostnadseffektiv enn i dag. Det er etter vår oppfatning ikke samsvar mellom personalinnsats og aktivitet i legevaksordningen. Dette gjelder i hovedsak KAD sengene og bruken disse. Her er etter vårt syn kostnaden større enn nytten samlet sett.

Når vi vurderer dagens aktivitet i Bardu IKL, mener RO at det bør være mulig å redusere personalkostnaden, spesielt på dagtid, men også ellers i døgnet. Det er verdt å merke seg at dette er en vurdering ut fra dagens aktivitetsnivå. Det er etter RO sin oppfatning to ting som kan gjøres med dette. Enten må Bardu IKL effektivisere sin virksomhet mht. legevaktsentralen generelt og KAD sengene spesielt. Eller Målselv kommune bør vurdere å ta KAD-senger i bruk i egen kommune.

Utnyttelsesgraden på KAD-sengene var i 2017 på 16,7% og i 2018 på 20,5%. Dette er en svært lav utnyttelsesgrad. Det er egen bemanning knyttet til de to KAD-sengene og det er åpenbart at ordningen må endres dersom den skal være økonomisk forsvarlig.

Et annet moment er at hver deltakerkommune i varierende grad faktureres for utskrivningsklare pasienter på UNN. For hvert døgn en utskrivningsklar pasient blir liggende på UNN betaler kommunen kr 4885,-. Målselv kommune har oppgitt at de i de siste årene er fakturert for betydelige beløp for utskrivningsklare pasienter på UNN.

Dersom det er et faglig grunnlag for å benytte KAD-sengene i Bardu IKL til noen av disse, ville det vært gunstig for kommunen. Til orientering betalte Målselv dagbøter for ca. 135 døgn i 2018, totalt kr. 645 717,- og pr. november 2019 er beløpet omtrent det samme og forventes å bli noe høyere.

Det ligger utenfor RO sitt mandat å utrede faglige og økonomiske konsekvenser av å trekke KAD sengene ut av dagens legevaksordning og etablere egne. Vi vil likevel påpeke at det er særdeles viktig å trekke kommuneoverlege/ medisinsk faglig rådgiver for legevaksordningen inn i vurdering av en eventuell endring i KAD driften. Administrativ ledelse og fagmiljø må selvsagt også delta i slike vurderinger.

Uansett bør dagens inklusjon/eksklusjonskriterier revurderes for eventuelt å utnytte kapasiteten i KAD sengene.

4. Vurdering

RO gjør oppmerksom på at regjeringen vil legge fram en handlingsplan om allmennlegetjenesten våren 2020. Vi viser også til egen rapport om fastlegetjenesten i Nord Norge datert 7.9.2019¹² s 86 der en kan lese om behovet for økt samarbeid mellom kommuner innbyrdes og mellom kommuner og helseforetak. «*Men unntak av legevakt, der over halvparten av kommunene deltar i samarbeid, er det begrenset samarbeid mellom kommuner om andre legetjenester, og det er få kommuner som oppgir å ha planer om å utvide denne type samarbeid. Arbeidsgruppen ser behovet for at flere kommuner samarbeider innbyrdes om funksjoner som planlegging og utredning, samfunnsmedisin (kommuneoverlege), rekruttering og utdanning (ALIS), samt intermedisærtilbud (KAD-senger, rehabilitering mv.). Slikt samarbeid kan også organiseres virtuelt, gjennom utstrakt bruk av videobaserte og andre e-helseløsninger. Regionrådene kan være egnede organer for å initiere slike løsninger i samarbeid med tilhørende kommuner*».

¹² <https://www.ks.no/contentassets/2eaaad51d27e435d9d408423bb5faba5/Rapport-om-fastlegetjenesten-i-Nord-Norge.pdf>

4.1. Målselv kommune med egen legevakt

RO anbefaler ikke at Målselv kommune gjør forsøk på å opprette egen legevakt i kommunen. Dette vil være sårbart mht. bruken av legeressursene og det kan virke svært negativt på framtidig rekruttering. Det er full enighet i fagmiljøet om at det er risikofylt, uforutsigbart eller ikke mulig å gjennomføre. Brukerrepresentantene som har deltatt i arbeidet er også av samme oppfatning og ser nå fortsatt deltakelse i Bardu IKL som beste alternativ.

Kostnad til etablering og drift av egen legevakt i Målselv er avhengig av en rekke faktorer. Etableringskostnader, arealtilpasninger, innkjøpsavtaler, serviceavtaler, økt personell og forhandlinger om vaktordninger er usikre faktorer og kan gjøre en slik løsning kostbar. Faste kostnader som kan deles mellom kommunene i en interkommunal ordning må dekkes av Målselv kommune alene. Anslagsvis vil dekning av helsepersonell knyttet til egen legevakt kreve ca. 3 årsverk. Egen legevakt vil også konkurrere om tilgjengelig helsepersonell i kommunen. Forutsatt at alle legene deltar i ordningen vil denne i beste fall bli 11-delt mot dagens 22-delte vaktordning. Løsningen anbefales ikke.

4.2. Målselv kommune som vertskommune i et nytt IKL

Alternativet med å etablere legevakt i samarbeid med andre kommuner kan være et alternativ, men det er etter RO sin oppfatning ikke hensiktsmessig. For kommunens innbyggere som må konsultere legevakta, kan reiseavstand for noen reduseres, mens den for andre vil være like lang eller lengre. Det er på landsbasis stor enstemmighet om at interkommunale legevakter kan dekke et relativt stort fysisk område. Bardu IKL skiller seg således ikke ut. Det viktigste er at befolkningen kan føle seg trygg på at de får den nødvendige medisinske oppfølgingen 24/7.

Dersom Målselv skulle ønske å etablere en legevakt i samarbeid med andre kommuner vil det være hensiktsmessig å opprette dette som en ny interkommunal legevakt (IKL). I så fall også drevet på samme måte som Bardu IKL, men evt. uten å ha ansvar for andre kommuners KAD senger. Hvordan andre og mindre kommuner ville stille seg til dette er vanskelig å spå. Mest sannsynlig ville «Målselv IKL» konkurrere med Bardu IKL om legekompentanse og sykepleierkompetanse i et slik tilfelle. Kostnad til etablering og drift av interkommunal legevakt med Målselv som vertskommune er avhengig av en rekke faktorer. Etableringskostnader, arealtilpasninger, innkjøpsavtaler, serviceavtaler, opplæring og økt personell utgjør en stor engangskostnad som måtte fordeles på deltakende kommuner. Forhandlinger om vaktordninger og forhandlinger om fordelingsnøkkel med de andre kommunene er også en usikker faktor og kan gjøre en slik løsning kostbar. Faste kostnader etter etablering som kan deles mellom kommunene i en interkommunal ordning vil sannsynligvis ikke utgjøre en stor forskjell fra det som er mulig i nåværende ordning. Vertskapsrollen og det som denne rollen innebærer av ansvar og administrasjon kommer i tillegg.

4.3. KAD-senger

Målselv kommune kan etter RO sin oppfatning vurdere å opprette KAD senger på Måselvtunet. Prinsipielt er det neppe noe i veien for dette. Hvordan dette kan innvirke på Målselv kommune sine forpliktelser i Bardu IKL må tas opp i styret. Uansett vil opprettelse av egne KAD senger i Målselv ha innvirkning på Bardu IKL sin organisering og ressursbruk. Hvordan de andre deltakerkommunene i Bardu IKL vil stille seg til at Målselv ikke ønsker et samarbeid om KAD sengene er vanskelig å forutse. Dette vil være gjenstand for forhandlinger i Bardu IKL.

Hva det eventuelt vil koste å opprettholde dagens legevaksordning (Bardu IKL), men etablere og drifte egne KAD senger ligger som nevnt utenfor mandatet i dette oppdraget. Kostnadene vil være avhengig av antall sykepleierårsverk og legetimer som bindes opp til disse sengene samt medisinsk teknisk utstyr, kompetansehevende tiltak, medisinsk forbruksmateriell, avtaleinngåelse med UNN, utarbeidelse av prosedyrer og rutiner mm. Det kan for øvrig nevnes at Bardu IKL høsten 2018 gjorde

en beregning på hva som kunne spares i legevaksordningen ved ikke å ha KAD på legevakta. Dette ble estimert til ca. 2,5 mill. +/- pr. år. Da er ikke kostnader til medisiner og utstyr tatt med.

5. RO`s anbefaling

RO anbefaler Målselv kommune til fortsatt deltakelse i Bardu IKL. Dette er en robust og god faglig ordning som kommer befolkningen i alle deltakerkommunene til gode. Ordningen er kostbar og god. Kostnadene kan reduseres gjennom mer effektiv drift, først og fremst på personalsiden og økt utnyttelse av KAD sengene.

RO anbefaler at lederne av helse- og omsorgstjenestene i deltakerkommunen engasjerer seg mer i driften av legevaktordningen. Det bør etter vår oppfatning gjennomføres samarbeidsmøter med fast hyppighet, fast agenda og med saker som er av betydning for deltakerkommunene. På disse møtene bør avdelingsleder Bardu IKL og medisinskfaglig rådgiver delta. Formål med disse møtene bør delvis være av faglig karakter og delvis av økonomisk – administrativ karakter. Kvalitetssikring og samarbeid mellom deltakerkommunene kan forbedres.

RO anbefaler at Målselv kommune *vurderer* å opprette KAD senger på Målselvtunet. Det bør nedsettes en arbeidsgruppe som vurderer konsekvensene hva angår personalinnsats og romkapasitet. Dette bør gjøres i samhandling med kommuneoverlege/medisinskfaglig rådgiver og ledelse. Det bør være en tett dialog med Bardu IKL om deres eventuelle planer for å utnytte KAD kapasiteten bedre siden det ikke er gitt hva som er det beste alternativet. Dialogen bør også gå opp mot UNN som er en naturlig samarbeidspartner mht. KAD.

Det må tas høyde for at en eventuell etablering av KAD senger på Målselvtunet vil måtte ta tid. Rekruttering i forkant av etablering kan også kunne være en utfordring. Men en etablert KAD funksjon kan også bidra til å holde på kompetanse.

For brukeren/pasienten er det viktigst at KAD-tilbudet er faglig forsvarlig og holder nødvendig kvalitet. Alt tyder på at de som legges inn på KAD senger i Bardu IKL får en god faglig oppfølging.

Alle deltakerkommunene gir uttrykk for at legevaksordningen er god. Sykepleierkompetanse og legetilsyn er av god kvalitet og er godt etablert mht. rutiner, prosedyrer og kompetanseutvikling.