

SAK - Interkommunal legevakt (IKL) for kommunane Voss, Ulvik, Vaksdal, Granvin, Eidfjord og Kvam (på natt), med Voss kommune som vertskapskommune – etablering og drift

1. Administrasjonen si innstilling:

Voss kommune godkjenner det vedlagte forslaget til samarbeidsavtale om drift av ny interkommunal legevakt med kommunane Ulvik, Granvin, Kvam (natt), Eidfjord og Vaksdal.

Voss kommune godkjenner finansieringsmodellen for drift av interkommunal legevakt, der kostnadane vert delt mellom samarbeidskommunane og meirkostnad ifht tidligare løysing må finansierast med auka budsjетtramme. 77% av dei totale kostnadane med IKL og kostnader for legevaktsjef blir fordelt etter folketalet i samarbeidskommunane, medan dei resterande 23 % blir delt i like beløp mellom kommunane.

Kommunestyret legg til grunn at ny interkommunal legevakt får oppstart så snart det let seg gjennomførast.

For å gjera det mogeleg å setta i verk ny interkommunal legevakt frå 01.09.2015 vert det gjort ei ekstra løyving i driftsbudsjettet for 2016 på 1,8 mill.kr som følgje av ny sentral særavtale (SFS 2305) og ny fordelingsnøkkel mellom samarbeidskommunane.

2. Utreiing om saka:

DOKUMENT SOM BAKGRUNN FOR SAKA:

Dokument merka med * ligg ved.

KST-sak 54/14 - Interkommunal legevakt (IKL) for kommunane Voss, Ulvik, Vaksdal, Granvin, Eidfjord og Kvam (på natt), med Voss kommune som vertskapskommune – etablering og drift

KST-sak 67/12 Vidareføring av delprosjekt 2012 – 2013

Prosjektrapport fase 1 Ny organisering av legevaktilbodet i Hardanger og Voss

Prosjektrapport fase 2 Ny organisering av legevaktilbodet og allmennlegetenestene i Hardanger og Voss

Ref. frå møte i Rådmannsforum 26.04.2013

SFS 2305 for perioden 1.1.2014 - 31.12.2015, (Sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Den norske legeforening for leger og turnusleger i kommunehelsetjenesten med arbeidsavtale, herunder leger i fastlegeordningen)

* Organisering og bemanning ved Voss interkommunale legevakt som er godkjent av kommuneoverlegane utan ØH-senger – Vedlegg 1

* Organisering og bemanning ved Voss interkommunale legevakt som er godkjent av kommuneoverlegane med ØH-senger – Vedlegg 2

* Presentasjon frå allmøte med legegruppa i Voss legevaktdistrikt om Interkommunal legevakt, aktivitetstall og andre relevante forhold 05.05.14 – Vedlegg 3

* Utkast til samarbeidsavtale mellom Voss kommune og Ulvik herad, Granvin herad, Eidfjord kommune, Vaksdal kommune og Kvam herad – Vedlegg 4

* Møtereferat frå møte om interkommunal legevakt 06.06.2013 – Vedlegg 5

3. SAMANDRAG AV SAKA:

Kommunane har lovpålagt ansvar for å etablere legevaktordning. For å sikra god kvalitet på tilbodet og akseptabel vaktbelasting, er det naudsynt at kommunane samarbeider om dette. Nye krav til utstyr og kompetanse forsterkar trongen for interkommunale løysingar. Som eit ledd i Samhandlingsreforma har Voss kommune delteke i delprosjekt saman med Hardangerrådet om "Felles legevakt i Hardanger og Voss".

Alle kommunestyra i Hardanger, Vaksdal og Voss vedtok i september 2012 at legevaktprosjektet skulle følgjast opp og ny driftsform med Voss kommune som vertskapskommune gjennomførast frå 2013/2014.

Forarbeidet har føregått sidan 2011, og har hatt brei involvering frå alle deltakande kommunar, Voss sjukehus og alle utøvande yrkesgrupper. Den etablerte prosjektgruppa har utarbeida to organiserings- og bemanningsmodeller, hhv. med og utan ansvar for kommunalt øyeblikkeleg hjelp døgntilbod (ØH-døgntilbod). Det vert vurdert som føremålstenleg å sjå drift av IKL og ØH-døgntilbod i samanheng for å nytta tilgjengelege legeressursar på best mogeleg måte. Organisering og drift av den nye IKL skal derfor inkludere øyeblikk hjelp til pasientar i ØH-sengene på kvardagar samt tilsyn i helger. Dei tre sengene for kommunalt døgntilbod for øyeblikkeleg hjelp gjeld for Granvin, Ulvik, Eidfjord, Voss og Kvam (natt).

Administrasjonen gjennomførte drøftingar og forhandlingar som vart avslutta sommaren 2014. Dåverande løysingsforslag var å ha éin lege tilstade på legevaktsentral i tidsrommet på kvardagar mellom 17-23, og éin lege i beredskap frå 18-22. Tilstedeverande lege skulle få ei timerate mellom 577 og 761 kr avhengig av dag og kompetanse. Både administrasjonen og kommuneoverlegane i alle involverte kommunar har vurdert at auken i konsultasjonar og talet på alarmar/sjukebesøk kan handterast i den nye IKL innafor den skisserte bemanningsmodellen. Denne vurderinga må sjåast ut frå eit heilskapleg perspektiv der ein også har tatt i betraktning forhold knytt til bl.a. tilgjengeleg og oppdatert medisinsk teknisk utstyr, auke i sjukepleiebemanning, fleire legar som deltar i ordninga som fører til mindre vaktbelasting, ein betre kvalitetsplattform og eit større fagmiljø enn dagens lokale ordningar inneber. Ansvar for ØH-senger var då ikkje inkludert. Legegruppa ville ikkje stille seg bak denne løysinga, både i forhold til bemanning og arbeids- og lønsvilkår.

Dialogen mellom partene blei gjenopptatt etter sommaren, men no med det politiske nivå ved arbeidsgjevarutvalet som ansvarleg frå kommunen. Partane vart gjennom forhandlingar samde om å etablere ei lokal forsøksordning med varigheit på to år med noko andre vilkår enn kva som avtalefesta av sentrale partar. Det vil sei at ein har blitt samde om å ha ei betre legedekning enn kva estimerte aktivitetstal tilseier i sentral avtale, og ein vil nytta timepris til ei kvar tid. Ansvar for 3/ (4) ØH-senger på kveld, natt og helg er no også blitt ein del av denne avtalen. Den fjerde senga er avhengig av om Vaksdal sluttar seg til ordning på Voss.

I ny ordning for IKL er partane samde om å ha ei legebemanning fordelt på følgjande:

[illegible]

Lege med tilstedeplikt skal vera på legevaktsentralen på Voss sjukehus dersom legen ikkje er i uttrykking eller på heimebesøk. Lege i beredskap skal ha ei responstid på maks 45 min til legevaktsentralen.

Denne bemanninga sikrar at ein har god dekning for estimert aktivitet på konsultasjonar, evt. samtidskonfliktar, kompetanseutveksling og tenester til ØH-sengene.

Forbetring i form av auka areal på legevaktsentral, nytt medisinsk utstyr og betre sjukepleiarbemanning, er allereie satt i verk. Utarbeiding av funksjonsskildringar, prosedyrar og avvikssystem må ferdigstillast.

Kort summert er dei økonomiske rammevilkåra for løysing av legegruppa som deltar i IKL, fastsett med utgangspunkt i dei avtalefesta vilkåra i sentral tariffavtale (SFS 2305) som er forhandla fram av DNLF og KS. Sentral avtale gjev føringar om stykkpris der legen får inntekter frå eigendel og refusjonar på kveld og dagtid i helger. I følgje Hovedavtalen er det likevel mogleg å inngå lokal forsøksordning med føresetnad at partane vert einige om dette. Kommunen har no tilbydd ei lokal forsøksordning med timepris for å kunne skapa ei god og heilskapleg interkommunal legevaktsordning som både ivaretar medisinsk fagleg behov og bidrar til eit godt samarbeid med legane. Timeløn som partane har einast om for kveld, natt og helg er:

- Distrikt 2 jf. SFS 2305 på natt (2016: 617-814 kr/t avh.av dag og kompetanse)
- Timeløn på kveld og helg (2016: 922-1 178 kr/t avh.av dag og kompetanse)
- Beredskap: 1/5 av aktuell timeløn

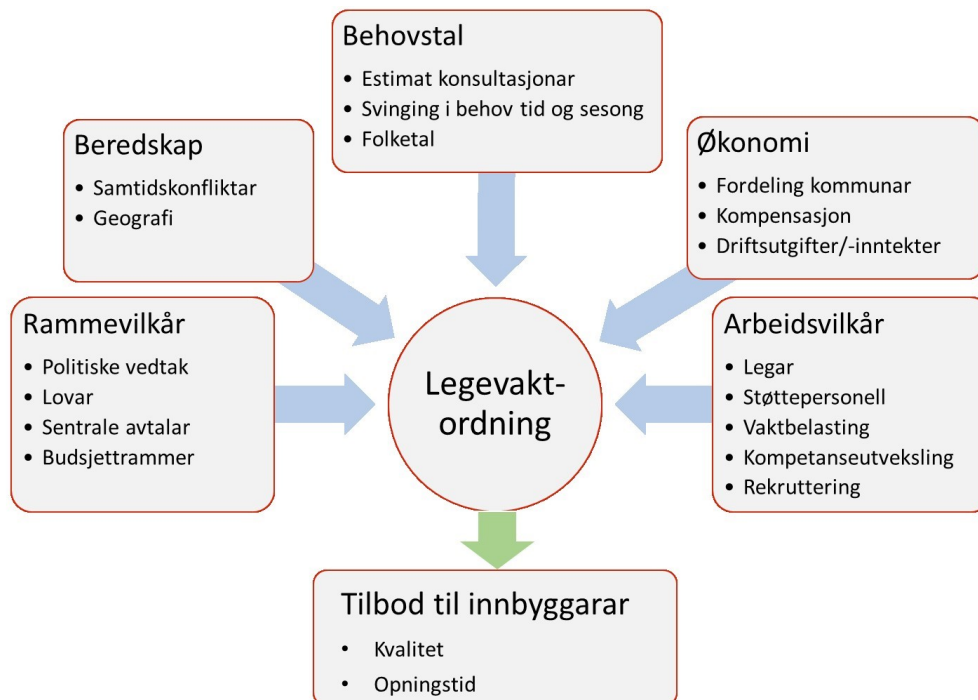
Den framlagte modellen om ny interkommunal legevaktsordning tek høgde for framtidige krav til legevakttenesta. Det er likevel ein modell som vil krevja ekstra økonomiske løyvingar då den er meir kostnadskrevjande for kommunane.

Ettersom Voss kommune er vertskapskommune vert det vurdert som føremålstenleg at saka først blir behandla på Voss.

Vedlagt følger til godkjenning eit utkast til samarbeidsavtale mellom Voss kommune, som vertskapskommune, og kommunane Ulvik, Granvin, Kvam, Eidfjord og Vaksdal. Utkastet til avtale omtalar dei viktigaste forholda i samarbeidet slik som føremål, partane sine rettigheter og pliktar, samt økonomisk ansvar.

4. FAKTA OM SAKA:

Det er mange faktorar som påverkar ei endeleg løysing for legevakt. For å illustrere dette kan følgjande figur nyttast:



Ein vil no søkje å belyse dei ulike områda som vist i figuren for å gje eit godt grunnlag for treffe vedtak.

4.1. Rammevilkår

Kommunane har lovpålagt ansvar for å etablere legevaktordning gjennom Helse- og omsorgstenestelova. For å sikra god kvalitet på tilbodet og akseptabel vaktbelasting, er det nødvendig at kommunane samarbeider. Forventa nye krav til utstyr og kompetanse forsterkar trongen for interkommunale løysningar.

Som eit ledd i arbeidet med oppfølging av Samhandlingsreforma vedtok Voss kommune å samarbeida med Hardangerkommunane om delprosjektet "Ny organisering av Legevakt-tilbodet i Hardanger og Voss". Rådmannsforum i Hardanger har vore styringsgruppe for prosjektet. Rådmann i Voss har vore kontaktperson for prosjektgruppa, og vore kalla inn til møta i rådmannsforum når prosjektet har vore drøfta. Prosjektrapporten vart levert 29. mars 2012.

Med bakgrunn i det ovannevnte fatta kommunestyrene i Hardanger, Vaksdal og Voss eit prinsippvedtak om å følgje tilrådingane i projektrapporten hausten 2012. Konkret inneber dette:

- Hardanger og Voss vert eitt legevaktdistrikt med 3 legevaktsentralar (Odda, Kvam og Voss)
- 50 % stilling for legevaktsjef, med base på Voss, oppretta frå hausten 2013.
- At legevakta i større grad blir ein integrert del av dei akuttmedisinske tenestene i føretaksområda
- Kostnadsdeling mellom dei involverte kommunane.

- Felles handbok med prosedyrar og rutinar
- Kommunalt ansvar for personell, opplæring, utstyr, medikament
- Mogelegheit for betre samarbeid ved tilsetting av legar
- Lågare vaktbelastning for legane
- At regionen blir ein attraktiv stad å arbeida for yngre legar

Voss legevaktstasjon skal på ettermiddag/kveld (kl. 16-23) vera eit tilbod for personar som oppheld seg i kommunane Voss, Vaksdal, Granvin, Ulvik og Eidfjord. På natt skal tilbodet dekkja dei same kommunar, samt Kvam kommune (tilsvarande omfang/tilbod som i dag). Lokalisering av den nye interkommunale legevakta (IKL) skal vera på Voss sjukehus, og er ei utviding av det som i dag er Voss kommunale legevakt.

Sentrale avtalar som gjev vilkår for legevakt er sentral særavtale SFS 2305 og Hovudavtalen. SFS 2305 er grunnleggande avtaleverk for organisering og drift av legevakt som partane må følgja. Dersom det er forhold som ikkje er dekkja av sentral avtale, kan ein etter vilkår i Hovudavtalen inngå ein lokal forsøksavtale som omtalar desse forholda.

Administrasjonen sitt forhandlingsutval i Voss kommune har gjennom drøftingar og forhandlingar som pågjekk fram til sommaren 2014, søkt å koma fram til ei løysing som både er fagleg forsvarleg og økonomisk berekraftig. Det har heile denne tida vore påpeika at kostnadane knytt til legevakt skal dekkast innan eksisterande budsjettramme. Etter behandlinga av saken i kommunestyret juni 2014, og på initiativ frå rådmannen beslutta ordføraren at det politiske nivå ved Arbeidsgjevarutvalet skulle overta dialogen med forhandlingsutvalet for legane. Etter ein lang og krevjande prosess har partane klart å koma til semje om vilkår for ny IKL. Endeleg løysing som partane er samde om, inkluderer no også ansvar for kommunale ØH-senger på kveld, natt og helg. Det vert gjort merksam på at den framforhandla løysinga for IKL og ØH-senger medfører auke i kostnader som ikkje kan handterast innafor eksisterande budsjettrammer.

4.2. Beredskap

Kommunen har ansvar for å tilby tenester ved ulykker og akutte situasjonar. Ein må vera budd på at det kan skje fleire tilfelle på same tid. Sannsynet for dette er ganske lågt, og NKLM har rapportert at det i 2013 var éit tilfelle med samtidskonflikt for raud alarm i tidsrommet 16-23 i kommunane Voss, Vaksdal, Granvin og Ulvik. Det var ingen samtidskonfliktar på natt. Det kan også oppstå behov for at heimebesøk i ulike område av distriktet som ikkje vert klassifisert som raud alarm. Omfanget vil truleg vera avgrensa. Administrasjonen vurderer at ei bemanning med ein lege nr.2 i beredskap som kan rykke ut ved behov er dekkande for dette behovet. Med ei bemanning der ein har to legar på legevaktsentralen i helger og to timar på kveld på kvardagar gir ei endå betre dekning.

4.3. Behovstal

Endringa på kveld/ettermiddag inneber at legevakta får ein auke i opptaksområde på ca. 7 000 personar. Dette svarar til ein auke på 50 % i folketal, sjå figur nedanfor.

Kommune	2015	%
Voss	14 347	61 %
Vaksdal	4 096	17 %
Ulvik	1 107	5 %
Eidfjord	950	4 %
Granvin	921	4 %
Totalt	23 436	100 %

7 074 fleire innbyggjarar i legevaktsdistriktet på kveld

Berekningar utførtd i samarbeid med Norsk kompetansesenter for legevaktsmedisin (NKLM) tilseier at auka i talet på konsultasjonar vil vere på omlag 27 %, jf. vedlegg 2. At estimatet er lågare enn folketalsveksten har samanheng med avstand til legevaktsentral. Når det gjeld talet på telefonkontaktar til legevakt er det estimert at desse aukar opp mot 10 % utover kva som er forventa utifrå folketal, på grunn av auka avstand.

Når det gjeld samla arbeidsbelastning/kapasitet for legevaktslege har det vore særleg merksemd kring tidsrommet 16-23 på kvardagar og talet på legar. Samla gjennomsnittleg aktivitet i dette tidsrommet er i samråd med NKLM estimert som følgjer:

- Ein auke frå 6,7 til 8,5 konsultasjonar per vakt
- Nokre fleire telefonkonsultasjonar m/ lege – 50 km økt avstand gir 10 % fleire (med bakgrunn i nasjonale tal)
- Sjukebesøk prognose: 150 stk = 7/1000 innbyggjarar (snitt for Voss kommune 2011/2012)
- Det er lagt til grunn 86 alarmer med utrykking av legevaktslege i dei 5 kommunane (2013)
- Dette gjev 40 % sannsyn for 1 sjukebesøk eller utrykking per vakt. Førespurnad frå sjukeheim kjem i tillegg.

I dag handterer 1 lege ved Voss IKL den samla belastinga på 6,7 konsultasjonar per vakt på ettermiddag. Den same legen handterer og 56 av dei 86 alarmane på ettermiddag/kveld.

Sentral avtale er bygd opp slik at det er omfanget av aktivitet som avgjer bemanning, dvs om ein kan krevje at legen er tilstede ved legevakta eller skal vera i beredskap heime. Ein har ikkje gode nok data for aktivitetstal for å avgjere kor mykje aktivt arbeid legen vil ha i snitt per vakttime. Med dei data me har, og estimata som er laga for aktivitet framover tilseier det at aktiviteten vil vera så låg at ein ikkje kan krevja at legen skal vera tilstede på legevaktsentralen. Det vil sei at det truleg vil vera mindre enn 25 minuttars arbeid i snitt per time. Dilemma ifht å avgjere bemanning har dermed at vore at den nye IKL ville omfatta på den eine sida eit stort legevaktsdistrikt med auka aktivitet samanlikna med dagens kommunale ordning, og på den andre sida er det for lite aktivitet til å kunne krevje tilstedeplikt i høve sentral avtale.

Kommunane er pålagt å ha kommunale akutte døgnplassar (ØH-plassar) frå 01.01.2016. Det vart etablert 3 slike plassar ved Voss sjukeheim 4.01.2016. Pasientar som har desse plassane vil krevje dagleg legetilsyn og det kan vera behov for øyeblikkeleg hjelp tenester frå lege. Dagleg legetilsyn på kvardagar skal gjerast av sjukeheimslege og av legevaktslege i helgene. Det er tatt høgde for tilsyn i helgene i bemanninga av legevakta, der ein har auka talet på aktive legetimar med to kvar dag. Ein har også auka bemanning på kvardagar med éin aktiv time per dag då legevaktslege har ansvar for innleggingar og ØH-tenester. Legevaktslege har likevel ikkje faste oppgåver på kvardagar til denne pasientgruppa. Legevaktslegene har beredskapsansvar for ØH-pasientane på lik linje med andre sjukeheimspasientar på kveld og natt. Erfaring frå andre kommunar viser også at belegget på desse plassane er noko lågt og at det er lågt sannsyn for at lege må rykke ut til denne pasientgruppa. Bemanninga er derfor vurdert til å vera godt dekkande både for legevaktpasientar og oppgåver ifht pasientar i ØH-sengene.

At legevaktsdistriktet vert geografisk større kan tala for at ein bør ha fleire enn éin lege på vakt, enten aktivt eller passivt, dersom det skulle oppstå samtidskonfliktar.

4.4. Økonomi

Totalkostnad for drift av IKL er estimert ut i frå hovudfaktorane: kompensasjon til legar, andre legeutgifter, driftskostnader og inntekter. Ulike løysingsforslag for løning og bemanning av legevaktslegar har vore drøfta og ein har estimert totalkostnad for interkommunal legevakt mellom 11-15 mill.kr. og baserer seg på kjende forhold på vurderingstidspunktet. Med nye vilkår i SFS 2305 frå 01.01.2016 er estimat oppjustert til 17,3 mill.kr.

Dei største utgiftspostane er kompensasjon til vakthavande legar og drift av legevaktsentral ved Voss sjukehus.

4.4.1. Legeløn

Avgjerande for kostnadsnivået ifht legeløn er den fastsette kompensasjonen til legen i tillegg til bemanning, dvs. kor mange timar ein skal legge til grunn at lege/legar er på vakt. Sentral særavtale legg opp til at legane får si hovudinntekt frå eigendel til pasientane og refusjon frå staten, utanom på natt då det skal vera timepris. Dette er grunna i at aktiviteten er lågare på natt og dermed dårlegare inntektsgrunnlag. Når ein for Hardanger og Voss legevakt legg opp til høgare bemanning enn kva aktiviteten tilseier, gjev dette dårlegare inntektsgrunnlag per lege. Då det i tillegg er for låg aktivitet til å kunne krevje tilstedeplikt for vakthavande lege, medfører dette at kommunen har tilbydd timepris i lokal forsøksavtale.

I noverande lokal avtale for kommunal legevakt for Voss har legane hatt ei timepris på frå 922-1 178 kr/time på kveld og helg avhengig av dag og om legen er spesialist eller ikkje, jf. Distrikt 4 i tabell frå SFS 2305 under. Timepris på natt tilsvarar dei for distrikt 2. Beredskapsvakt har vore kompensert med 1/5 av aktuell timepris, som tilsvarar rundt 215 kr/timen. Dette er nær det dobbelte av kva som er fastsett i sentral avtale.

Dette er også dei vilkår partane til slutt vart samde om etter lokale forhandlingar for ordning om ny heilskapleg interkommunal legevakt. Oppsummert vart ein samde om:

Timeløn på kveld, natt og helg tilsvarande:

- Distrikt 2 på natt (2015: 617 kr/t – 814 kr/t avh.av dag og kompetanse)

- Timeløn på kveld og helg (922 kr/t -1 178kr/t avh.av dag og kompetanse)
- Beredskap: 1/5 av aktuell timeløn
- 72 kr/t i tilleggskompensasjon for å ha ansvar for ØH-senger på natt

Tabell: SFS 2305 §9.1, Timeløn i tidsrommet 23-08, ihht befolkning med kommentarar

		Vilkår direkte frå SFS 2305 §9.1				Gjeldande for Hardanger og Voss IKL		
		Timeløn		Timeløn spesialist		Kommentar	Snittrate for Hardanger og Voss IKL med 65% spesialist og 25% vanleg	
Legevakt-distrikt		Vekedag	Lør/søn /helg/ høgtid	Vekedag	Lør/søn / helg/ høgtid	Avtalt for Hardanger og Voss IKL	Vekedag	Lør/søn/ helg/ høgtid
1	< 30 000	466	539	557	630	Ikkje i bruk		
2	30 000 - 60 000	617	691	741	814	Natt + 72 kr/t for ØH-senger	1 041	1 114
3	60 000 - 90 000	786	860	923	996	Ikkje i bruk		
4	> 90 000	922	995	1 105	1 175	Kveld, dag i helg og høgtid	737	860

Tabellen i SFS 2305 er laga for timerater for natt. Kommunen har no akseptert å nytta timerater jf. distrikt 4 for kveld og helg. Tabellen viser også gjennomsnittleg timerate med vekting mellom spesialist og vanleg lege, som er lagt til grunn for totalberekningar.

Det at legane får ei timeløn til ei kvar tid, medfører at den økonomiske risiko for liten aktivitet ifht bemanning, og dermed lågare relativ inntekt, tilfell kommunane. Kommunane tar på seg ei større økonomisk belastning med å ha ein betre bemanning enn kva estimert aktivitetsomfang tilseier. Dette gjev ei føreseieleg inntekt for legevaktlegar ifht å nytta stykkpris, og gjev dei også ein såpass god timepris at det truleg vil gjera deltaking i legevakt attraktivt. Ein ser likevel at andre omliggande legevaktordningar som til dømes Nordhordaland har høgare timepris på kveld og helg. Det er på andre sida også mange kommunar som nyttar sentral avtale fullt ut med stykkpris. Ut frå ein total vurdering, vert den avtalte timeprisen vurdert som ei god ordning for legegruppa.

4.4.2. Legevaktsentral

Våren 2013 vart det forhandla fram ein avtale for drift av legevaktsentral ved Voss sjukehus som inkluderer leige av lokale, sjukepleiarar, noko utstyr og forbruksmateriell. Avtalen inneber at utviding av lokale, meir utstyr og fleire støtteressursar, inkludert éin dedikert sjukepleiar til legevaktsentralen. Dette vart i stor grad implementert frå 2014 og medførte ein kostnadsauke på totalt ca. 2 mill.kr. for legevaktordninga på kveld, natt og helg. Dette auka med ytterligare 1,1 mill.kr i 2015 etter planlagt oppbemanning av sjukepleiarressursar. Drift av legevaktsentral ved Voss sjukehus utgjer derfor 7 mill.kr av driftsutgiftene i 2016. Dette beløpet kan endrast avhengig av behov for støtteressursar, og kommunen vil ha dialog med Voss sjukehus om dette.

4.4.3. Inntekter

Inntekter for kommunen utgjør eigendel frå pasientar og refusjon frå staten basert på innrapporterte behandlingsskodar. Ein har i berekningar tatt utgangspunkt i faktiske inntekter 2013 for kommunal ordning på kveld og helg og interkommunal på natt. Tala er deretter justert for estimert aktivitetssauke og forventet auka inntening på refusjonar. Sistnemnte etter innspel frå legegruppa om at ein har eit forbedringspotensiale i sikre inntekter gjennom korrekt rapportering til staten.

4.4.4. Kostnadsutvikling

På grunn av auka bemanning ved legevakta og auka kapasitet på legevaktsentralen vil kostnadene for Voss kommune auka ytterligere framover. I 2013 nytta Voss ca. 4,8 mill.kr. på legevakt. I 2014 auka timerater i sentral særavtale med 18 %, noko som utgjorde ein auke på ca. 1,2 mill.kr for Voss kommune. Vidare har utgifter til drift av legevaktsentral auka i 2014, då heilskapleg interkommunal legevakt var i utgangspunktet tiltenkt frå då. Med ei estimert utgift på ca. 7 mill.kr. for legevaktsentral, nye timerater og auka bemanning vil dette seie at Voss kommune får netto utgifter på ca. 8,9 mill.kr. I budsjettet for 2016 er det budsett med ca. 7,2 mill. kr for Voss kommune. Ein fekk delvis kompensert for 2,3 mill.kr i auka netto utgifter gjennom økonomiplan 2016-2019. Med ny SFS har timerater for lege auka med 7 % og arbeidet er blitt pensjonsgivande. Dette var kunngjort i desember 2015. Dette utgjør ei utgiftssauke på 1,3 mill.kr for Voss kommune. I tillegg er det avtalt endra fordelingsnøkkel mellom kommunane som inneber at Voss kommune må dekke ca. 500 000 kr meir enn tidlegare estimert. Totalt sett vil ordning med heilskapleg interkommunal legevakt krevje ekstra løyvingar på 1,8 mill.kr for 2016. Som følgje av at ny interkommunal ordning ikkje er tredd i kraft frå 01.01.2016 vil kapasitetssauken som er gjort på legevaktsentral medføre behov for å ytterligere ekstra løyvingar. Dette vil bli lagt fram som del av kvartalsrapport.

4.4.5. Kostnader knytt til legetenesta – Ulike alternativ

Dei økonomiske rammevilkåra for løning av legegruppa som deltar i IKL er satt med utgangspunkt i dei avtalefesta vilkåra i sentral tariffavtale (SFS 2305) forhandla fram av DNLF og KS. I følgje Hovedavtalen er det likevel mogleg å inngå lokal forsøksordning med føresetnad at partane vert einige om dette. Kommunen har heile tida vore innstilt på å etablere ei lokal forsøksordning for å kunne skapa ei god og heilskapleg interkommunal legevaksordning som både tar hand om medisinsk fagleg behov og bidrar til eit godt samarbeid med legane.

Med bakgrunn i dette er ulike modellar vurdert. Hovudforskjell mellom alternativa, er om legane vert kompensert fullt ut med timeløn frå kommunane og kommunane får inntekta for pasientane, eller om man følgje tariffavtalen om kompensasjon frå eigenandel og trygderefusjon direkte til legane på kveld på kvardagar og dagtid og kveld i helgene. Tariffavtalen legg opp til stykkprisfinansiering der stor del av inntekta til legane kjem gjennom eigenandel og refusjon. Ein anna avgjerande faktor for økonomisk vurdering er kva befolkningsgrunnlag som vert lagt til grunn. Befolkningsgrunnlag i 2014 i følgje SSB er samla sett for alle deltakande kommunane 23 436 innbyggjarar på dag/kveld, og 29 802 på natt ettersom Kvam er tilslutta IKL på natt. Slik som befolkningsgrunnlaget er per i dag, så legg tariffavtalen altså opp til å nytta timerate for distrikt 1, dvs under 30 000 innbyggjarar. Kommunen vil likevel vere villig til å legge

kompensasjon for distrikt 2, 30-60 000 innbyggjarar, til grunn for lokal forsøksavtale på natt på grunn av variasjonar i folketal pga turistar og reisande. Etter forhandling mellom partane er ein også kome fram til ein timepris tilsvarande distrikt 4 for kveld og helg, med timepris på 861-1101 kr avhengig av dag og kompetanse.

Det har vore diskutert ulike alternativ ifht timeløn og bemanning. Følgjande figur illustrerer skilnader i kostnadsnivå på nokre aktuelle alternativ:

	1) SFS fullt ut, distrikt 2 på natt	2) Lokal forsøksordning, distrikt 2 dag og natt	3) Lokal forsøksordning - timepris tilsv. distrikt 4 på kveld og helg og distrikt 2 på natt	4) Lokal forsøksordning, timepris tilsv. distrikt 4 på kveld og helg og distrikt 2 på natt + 300 000 for ØH-senger på natt	5) Lokal forsøksordning, timepris tilsv. distrikt 4 på kveld og helg og distrikt 2 på natt + 300 000 for ØH-senger på natt – Ny SFS og fordeling
Bemanning kvardag 16-23	2 aktive legar 4 t kvar, resten beredskap	2 aktive legar 4 t kvar, resten beredskap	1 lege tilstade kvardagar (17-23) og 1 i beredskap (18-22)	2 aktive legar, den eine 4 t kvar og den andre 5 t kvar dag, resten beredskap	2 aktive legar, den eine 4 t kvar og den andre 5 t kvar dag, resten beredskap
Gjeldande SFS 2305	01.01.2015-31.12.2016	01.01.2015-31.12.2016	01.01.2015-31.12.2016	01.01.2015-31.12.2016	01.01.2016-31.12.2017
Fordelingsnøkkel	30% etter fast andel, 70 % etter folketal	30% etter fast andel, 70 % etter folketal	30% etter fast andel, 70 % etter folketal	30% etter fast andel, 70 % etter folketal	23% etter fast andel, 77 % etter folketal
Legeløn	3 439 363	7 133 203	8 555 503	9 750 997	12 017 371
Andre legeutgifter	732 711	732 711	732 711	732 711	772 711
Driftskostnader	7 569 500	7 569 500	7 569 500	7 569 500	7 804 000
Inntekter til arbeidsgivar	-682 106	-3 100 480	-3 100 480	-3 100 480	-3 300 480
Totalkostnad	11 059 468	12 334 934	13 757 233	14 952 728	17 293 601

Det er altså store variasjonar i totalkostnad mellom dei ulike alternativa. Det som har vore mest utslagsgivande for auka utgifter har vore den tilbydde timeprisen. Dette vert tydeleg dersom ein samanliknar alt.1, 2 og 3. Omfang av bemanning er også ein faktor med stor betyding. Dette vert synleggjort mellom alternativa 3 og 4.

4.4.6. Fordeling mellom dei deltakande kommunane

Fordeling per kommune er basert på tidligare avtalt fordeling der 70 % av kostnadane samt kostnad for legevaktsjef blir fordelt ut i frå del av folketal, mens 30 % vert fordelt likt på alle deltakande kommunar. Ulike variantar med fastledd frå 20 % til 50 % har vore drøfta. Etter nye drøftingar mellom ordførarane i januar 2016 vart fordelingsnøkkel avtalt til å vera 23 %

med fastledd og resten (77%) fordelt etter folketal. Oppsummert vert estimerte kostnader per kommune:

	SFS fullt ut, distrikt 2 på natt	Lokal forsøksordning, distrikt 2 dag og natt	Lokal forsøksordning - endeleg, timepris tilsv. distrikt 4 på kveld og helg og distrikt 2 på natt	Lokal forsøksordning - endeleg, timepris tilsv. distrikt 4 på kveld og helg og distrikt 2 på natt	Lokal forsøksordning, timepris tilsv. distrikt 4 på kveld og helg og distrikt 2 på natt + 300 000 for ØH-senger på natt – Ny SFS og fordeling
Bemanning kvardag 16-23	2 aktive legar 4 t kvar, resten beredskap	2 aktive legar 4 t kvar, resten beredskap	1 lege tilstade kvardagar (17-23) 1 i beredskap (18-22)	2 aktive legar, den eine 4 t kvar og den andre 5 t kvar dag, resten beredskap	2 aktive legar, den eine 4 t kvar og den andre 5 t kvar dag, resten beredskap
Gjeldande SFS 2305	01.01.2015-31.12.2016	01.01.2015-31.12.2016	01.01.2015-31.12.2016	01.01.2015-31.12.2016	01.01.2016-31.12.2017
Fordelingsnøkkel	30% etter fast andel, 70 % etter folketal	30% etter fast andel, 70 % etter folketal	30% etter fast andel, 70 % etter folketal	30% etter fast andel, 70 % etter folketal	23% etter fast andel, 77 % etter folketal
Ulvik	928 828	1 085 778	1 198 504	1 310 214	1 359 991
Granvin	869 725	1 007 905	1 112 479	1 216 314	1 254 135
Eidfjord	878 940	1 025 790	1 132 236	1 237 879	1 270 639
Vaksdal	1 878 612	2 210 652	2 441 141	2 666 600	3 061 082
Kvam	1 367 398	1 394 628	1 344 904	1 394 187	1 452 650
Sum	11 059 468	12 334 934	13 757 233	14 952 728	17 293 601

Kommunane vart i 2016 samde om fordelingsnøkkel der 77% av dei totale kostnadane med IKL og kostnader for legevaktsjef blir fordelt etter folketalet i samarbeidskommunane, medan dei resterande 23 % blir delt i like beløp mellom kommunane. Endringa frå 30-70 fordeling utgjer meirutgifter for Voss kommune på ca.500 000 kr årleg (2016 kr og vilkår).

5. Arbeidsvilkår

Ei av hovudmålsettingane med ny IKL-ordning er å heva kvalitet i legevakta gjennom kompetanseutvikling og kapasiteten. Ein vil no skildra ein del av tilhøva.

5.1. Fastlegane

Fastlegane i dei samarbeidande kommunane vil vere legeressursane som inngår i IKL. Det er ca.25 legar som vil inngå i IKL på ettermiddag, kveld og helg. På natt vil det i tillegg vera 10 legar frå Kvam som truleg deltek i ordninga.

Kommunane har, åleine eller i samarbeid med andre kommunar, ansvar for å sikra tal på legar inn i ordninga i samsvar med samla tal på fastlegar i desse kommunane.

Med eit slikt tal legar, og med behov for 21 vakter per veke, vil ein kunne ha moglegheit til å ha 10 dagar mellom kvar vakt på IKL, dvs ei 10-delt vakt. Dersom nokon legar ynskjer å ha vakt oftare, vil dei få mogelegheit til dette. Samla sett vil uansett den nye organiseringa utgjera ein mindre vaktbelasting i forhold til dagens ordning.

5.2. Hjelpepersonale

Det er ved den nye IKL føreteke ei betydeleg utviding i hjelpepersonalet - sjukepleiarar. Med eit utgangspunkt på 11 årsverk i 2011 er det frå mai 2015 planlagt 23 årsverk. Per september 2014 forventas det 20 årsverk ved IKL til hjelpepersonell. Dette er personell som jobbar med akutfunksjonar ved sjukehuset og dei er derfor ikkje dedikert legevakta i sin heilskap. Éin av sjukepleiarane skal vera dedikert mot legevakta og det er allereie utarbeida funksjonsskildring for denne.

5.3. Lokale

Samlokalisering med Voss sjukehus vert vurdert som svært tilfredsstillande. På denne måten vil ein kunne drive aktiv samhandling med spesialisthelsetenesta, samt at tilgjengelegheita vil kunne medføre ein betre moglegheit til å gjennomføre ytterligare undersøkingar. Lokala er utvida med eit ekstra legekontor. I tillegg er det ei ekstra skadestove og fullt innreia rom for gynekologiske undersøkingar. Dette skal kunne nyttast i ein overgangsfase til ny utviding/ombygging er ferdigstilt.

5.4. Medisinsk utstyr

Det er kjøpt inn mykje nytt medisinsk teknisk utstyr til IKL. Det vil fortløpande verte vurdert kva for utstyr ein ser er naudsynt for å ha i ein moderne IKL. Dette vil og verte gjenstand for avtalt evaluering av IKL etter oppstart.

5.5. IT og dokumentasjonsutstyr

Det har vorte anskaffa fleire lisensar for pasientsystem (infoDoc). Dette skal kunne lette kvardagen til dei tilsette som arbeidar ved IKL, samt sikre auka pasienttryggleik.

5.6. Akuttmedisinsk kommunikasjon

Det har i prosjektet vore avdekka ei utfordring knytt til telefonsystem ved legevakta. Kommunen har sett i verk tiltak som skal betra brukaranes moglegheit til å få god hjelp/service når ein kontaktar legevakta. I tillegg til det er det no etablert ein metode for å fylgje aktivitetstall, både legevakt og prehospitalt, i samarbeid med andre i den akuttmedisinske kjeda. På denne måten vil ein kunne få betre mogelegheit til å gjera konkrete vurderingar/evalueringar av tenesta som leveras.

5.7. Fagleg innhald - Kvalitetsarbeid og forbetring

Med bakgrunn i måten dagens legevaktordning har forhalde seg til desse dimensjonane, erkjenner administrasjonen at arbeidet med kvalitetsforbetring og pasienttryggleik vil få høg prioritet i den framtidige IKL. Det er kommunen som arbeidsgjevar som er ansvarleg for å leggja til rette for gode vilkår for eit målretta arbeid knytt til desse forhold, men ein vil og ansvarleggjera alle som arbeider ved IKL til å forholde seg til dei etablerte rutinane og prosedyrane, samt å ta desse i bruk.

5.7.1. Prosedyrar og rutinar

Arbeidet med å utvikla nye prosedyrar og rutinar er starta. Dette arbeidet vert utført i tett samarbeid med dei tre legevaktstasjonane som inngår i ansvarsområdet til interkommunal legevaktsjef.

5.7.2. Kompetanseutvikling

Det vil bli etablert utviklings- og opplæringsplanar for både sjukepleiarane og legane som deltar i IKL. Arbeidet vil vere ein kontinuerlig prosess som startar etter oppstart av IKL.

5.7.3. Pasienttryggleik

Pasienttryggleik må tas i vare gjennom heile pasientforløpet, der IKL er ein deltakar. Pasienttryggleik er vurdert som prioritet nr 1 for administrasjonen. I så måte vil det være veldig viktig å sikre god pasientrelatert dokumentasjon, under anna nytta moglegheit til elektronisk dokumentasjon i samhandling mellom dei ulike tenesteniå.

5.7.4. Avvikshandtering

Inntil vidare vil dagens system for avvikshandtering bli nytta, men ein ser føre seg at ein i framtida vil kunne ha behov for å endre system for å kunne gi ei betre oppfølging av registrerte avvik. Det vil likevel bli stilt store krav til avviksmelding og –handtering der ein fokuserer på læringsdimensjonen av desse uheldige hendingane.

6. Tilbod til innbyggjarar

Med den bemanning som no er framforhandla, vert tilgjenge og opningstida på legevaktsentralen betre enn i dagens ordning på Voss. Dette vert vurdert som eit betre tilbod til innbyggjarane, samanlikna med dagens organisering.

I tidsrom der ein har berre éin lege tilstade, vil ein i hovudsak ha ein anna lege i beredskapsvakt som skal rykke ut ved behov eller svara på førespurnader frå lege nr.1. Dette gjeld ikkje på natt, då generelt etterspurnaden etter legevakttenester er låg.

7. Avsluttande kommentar

Vedlagt fylgjer til godkjenning eit utkast til samarbeidsavtale mellom Voss kommune, som vertskapskommune, og kommunane Ulvik, Granvin, Kvam, Eidfjord og Vaksdal, jf. vedlegg 4.

Utkastet til avtale omtalar dei viktigaste forholda i samarbeidet så som føremål, partane sine rettar og plikter samt økonomisk ansvar.

Den framlagde modellen om ny interkommunal legevaktsordning tek høgde for framtidige krav til legevakttenesta, men vil krevja ei større økonomisk belastning på dei ulike samarbeidskommunane. Vedtak om drift av IKL og ØH-senger i høve til den framforhandla løysinga føreset ei ekstra løyving på 1,8 mill.kr årleg frå og med 2016.

Avslutningsvis vert det nemna at rådmennene i samarbeidskommunane har vore jamnleg orientert om prosess, framdrift, val av organiseringsløysingar og økonomiske konsekvensar.