SORTLAND KOMMUNE

Arkivsaknr.: 24/2618
Dok.nr: 24/16972
Arkiv:
Saksbehandler: Mona Rinaldo
Dato: 29.05.2024

Interkommunal legevakt - ny organisering

Utvalgssaksnr.	Utvalg	Møtedato
PS - 090/24	Formannskapet	20.06.2024
PS - 050/24	Kommunestyret	20.06.2024

KOMMUNEDIREKTØRENS INNSTILLING
Kommunedirektøren anbefaler at kommunestyret vedtar å tilslutte seg til ny organisering av Vesterålen interkommunale legevakt, som skissert i dette saksfremlegget.

Formannskapet behandling - 20.06.2024 - PS-090/24

BEHANDLING I MØTE

Forslag fra politikere

Forslag til vedtak fra H, FrP, SP, foreslått av Beate Bø Nilsen, Høyre

1. Sortland Kommune er regionsenteret og den mest folkerike kommunen i Vesterålen. Kommunestyret ønsker å opprettholde og styrke KAD-tilbudet i egen kommune. For det første fordi det er viktig å bevare og videreutvikle det faglige miljøet i helsesektoren i kommunen. For det andre fordi det vil være en trygghet for pasientene å være i egen kommune fordi man i de aller fleste tilfeller da også er nærmere pårørende. For det tredje kan den økonomiske effekten av å nedlegge KAD-tilbudet i egen kommune være økte kostnader.
2. Kommunestyret ønsker å opprettholde eksisterende avtale om interkommunalt legevaktsamarbeid (IKL).
3. Dersom eksisterende IKL-avtale blir sagt opp av andre parter i avtalen, bes kommunedirektøren om å utrede mulighetene for etablering av legevakt på Sortland, eventuelt i samarbeid med en eller flere øvrige kommuner.

Votering:

Kommunedirektørens innstilling falt;
2 stemmer for (1 AP, 1 SV)
7 stemmer mot (5 H, 1 FrP, 1 SP)

Forslag til vedtak pkt. 1. fra H, FrP, SP vedtatt;
7 stemmer for (5 H, 1 FrP, 1 SP)
2 stemmer mot (1 AP, 1 SV)

Forslag til vedtak pkt. 2. fra H, FrP, SP enstemmig vedtatt.

Forslag til vedtak pkt. 3. fra H, FrP, SP enstemmig vedtatt.

Formannskapet PS - 090/24 VEDTAK:

1. Sortland Kommune er regionsenteret og den mest folkerike kommunen i Vesterålen. Kommunestyret ønsker å opprettholde og styrke KAD-tilbudet i egen kommune. For det første fordi det er viktig å bevare og videreutvikle det faglige miljøet i helsesektoren i kommunen. For det andre fordi det vil være en trygghet for pasientene å være i egen kommune fordi man i de aller fleste tilfeller da også er nærmere pårørende. For det tredje kan den økonomiske effekten av å nedlegge KAD-tilbudet i egen kommune være økte kostnader.
2. Kommunestyret ønsker å opprettholde eksisterende avtale om interkommunalt legevaktsamarbeid (IKL).
3. Dersom eksisterende IKL-avtale blir sagt opp av andre parter i avtalen, bes kommunedirektøren om å utrede mulighetene for etablering av legevakt på Sortland, eventuelt i samarbeid med en eller flere øvrige kommuner.

KORT BESKRIVELSE AV SAKEN

Vesterålen Interkommunale legevakt (IKL) ble etablert i 2005, og driftes i lokaler ved Nordlandssykehuset Vesterålen. Hadsel er vertskommune. IKL har et driftsråd sammensatt av kommunalsjefer og kommuneoverleger fra samtlige samarbeidskommuner.

IKL drifter hverdager fra kl. 21 til 08, samt hele døgnet i helger og høytider. I tillegg er IKL legevaktsentral med tilhørende utstyr (116117) hele døgnet med alle Vesterålskommuner som nedslagsfelt.

Akuttforskriften krever at de som svarer på telefonen på legevakt har sykepleierkompetanse. Selv til "vanlige" sykepleierstillinger er det i dag svært vanskelig å rekruttere på grunn av den store og økende nasjonale mangelen på helsepersonell. Med dagens organisering har IKL utelukkende ubekvem arbeidstid (aften, natt, helg og høytid), noe som gjør rekrutteringen ekstra vanskelig.

Rekrutteringssituasjonen har vært diskutert i driftsrådet flere ganger gjennom lengre tid, uten å finne løsninger. Samtidig har situasjonen forverret seg siste månedene. I Hadsel kommune har f.eks. sykepleiere tilsatt på legekontor helgerotasjon inn i legevakta for å bedre bemanningssituasjon.

Driftsrådet (bestående av regionens kommunalsjefer og kommuneoverleger) og vertskommunen ser derfor et tydelig behov for å omorganisere IKL så raskt som praktisk mulig. Det trengs en ny og mer bærekraftig driftsmodell, med større grad av dagoppgaver og en styrking både av faglig kvalitet og arbeidsmiljø. Saken har i tillegg vært belyst som orienteringssak i Vesterålsrådet den 9. april og for kommunedirektørene i kommunedirektørutvalget den 21.5.

FAKTA I SAKEN

Det er nødvendig å legge flere dagoppgaver til IKL. Målet er en mer levelig og normal turnus for personalet som skal jobbe der, og dermed redusere risikoen for at driften må stanses og at ansvaret føres tilbake til den enkelte kommune.

De første og mest prekære endringene er lokalisering av digital hjemmeoppfølging og samling av kommunale KAD-senger i Vesterålen til IKL.

Kommunale akutte døgnplasser (KAD/ØHD)

KAD er lovpålagt og skal være et kommunalt tilbud til pasienter som har behov for observasjon, behandling og tilsyn, men som ikke har behov for innleggelse i sykehus. Opphold på KAD skal etter retningslinjene ikke overstige tre døgn.

Det er som regel fastlege eller legevaktslege som legger inn pasienter på KAD. Kommunene står fritt i hvordan de velger å organisere tilbudet om kommunal øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD). Innretning, omfang og kvaliteten på tilbudet vil være avgjørende for hvilke pasienter som er aktuelle for tilbudet. Pr. I dag ivaretas disse pasientene hovedsakelig i korttidsavdelinger i den enkelte kommune. Denne ordningen er ikke optimal da kommunene ikke har mulighet for regelmessig legetilsyn i helger og høytid, og legevaktslegen kan heller ikke legge inn pasienter på disse plassene av samme grunn. Det kan stille spørsmål ved om denne organiseringen er i henhold til kravet om tilbud 24 timer i døgnet, 365 dager i året.

Digital hjemmeoppfølging

Vesterålskommunene (Andøy, Bø, Sortland. Øksnes, Hadsel) og Nordlandssykehuset skal opprette en sentral for digital hjemmeoppfølging av utvalgte pasienter, i samarbeid med Bodø kommune. Digital hjemmeoppfølging, eller medisinsk avstandsoppfølging, innebærer overvåking og oppfølging av pasienter i deres eget hjem, ved hjelp av automatiske apparater eller egenrapportering fra pasientene. De fleste pasienter i systemet vil være kronikere med høy risiko for forverring/innleggelse.

Digital hjemmeoppfølging (DHO) skal gi redusert ressursbruk samlet sett. De største gevinstene kommer gjennom å spare hjemmesykepleien for unødvendige rutinebesøk, og å forebygge innleggelseskrevende forverringer av sykdommer som f.eks. KOLS. Det er da imidlertid behov for at det er ansatte som til enhver tid drifter DHO-sentralen. Dette er en velegnet oppgave for IKL.

Praktiske forhold

I praksis ser man behov for å etablere 4-5 KAD-senger fra starten av. Hadsel kommune tar som vertskommune ansvar for å stille med legeressurs til disse pasientene på dagtid. På andre tidspunkt blir IKL-lege ansvarlig.

Det vil videre være positivt at man også kan bruke en slik avdeling som læringsarena for ALIS (legespesialisering i allmennmedisin). ALIS har krav om 6 måneders tjeneste i sykehus, men interkommunal KAD/korttidsavdeling kan godkjennes som læringsarena forutsatt at man har en overlege i 100% stilling. Vågan kommune har et slikt tilbud. Dette vil gjøre det enklere å beholde unge leger i kommunen.

IKL har leieavtale med Nordlandssykehuset frem til 2032. Legevakten opplever imidlertid at man er på tur å vokse seg ut av lokalene på sykehuset. Når man skal drifte KAD-plasser må man også se på utvidelse dagens lokaler evt. alternative lokaler. Hadsel kommune er i en prosess mht. lokaler. Antall kommuner som vedtar å inngå i ny organisering vil avgjøre behovet for tilleggsareal.

Fra fagmiljøet fremholdes det at tilknytning til sykehuset er en trygghetsfaktor, både faglig sett med sykehusets ressurser like ved for alvorlig syke pasienter, og for personalet på jobb. Legevaktsansatte er i særklasse utsatt for trusler og vold på jobb, og det å ha mer enn en person i nærheten hvis situasjoner oppstår er en vesentlig trygghetsfaktor. Videre er samlokalisering en mer effektiv bruk av ambulansetjenesten. Pasientstatistikk viser at rundt 30% av pasientene på IKL henvises videre til sykehus.

VURDERING
Situasjonen har det siste året gradvis blitt mer utfordrende, og IKL er nå i en situasjon der det er nødvendig å raskest mulig ta strukturelle grep for å forhindre stopp i driften med tilbakeføring av legevaktsansvaret til den enkelte kommune. Konkret består dette i å samle de kommunale akuttplassene (kjent som KAD eller ØHD) og å drifte regionens senter for digital hjemmeoppfølging (DHO) fra legevakten.

En sterk KAD-tjeneste kan, i tillegg til å stabilisere driftssituasjonen ved legevakten, hindre en del innleggelser i sykehuset og dermed gi færre overliggere. Dette siste er et stort problem i Vesterålen. Enhver pasient som kan ivaretas av kommunal KAD-plass, dvs. pasienter som ikke har behov for å ligge på sykehuset, vil redusere belastningen på sykehuset.

Både av faglige, praktiske og økonomiske hensyn vil det ikke være mulig å skille det rene legevaktsarbeidet fra aktiviteter som relateres til DHO og KAD. Det vil altså være en forutsetning for en kommunes videre deltakelse i IKL at den også deltar fullt ut i den nye organiseringen med felles KAD og DHO. Det vil ikke være mulig å velge å inngå delvis samarbeid.

Det bør fattes vedtak nå slik at ny organisering iverksettes så snart som mulig. Det utarbeides ny samarbeidsavtale om IKL med kommuner som vedtar å inngå i samarbeidet.

Det fordres i utgangspunktet at alle kommuner stiller seg positive til å inngå ny samarbeidsavtale, men det vil uansett kunne gjennomføres med færre kommuner. Konsekvensen blir imidlertid at kostnadene pr. kommune vil øke og at vaktbelastningen på legene i de deltagende kommunene vil bli merkbart høyere. Det samme vil skje for eventuelle kommuner som velger å stå utenfor samarbeidet. Samlet sett er dette negativt for rekrutteringen av leger.

En utfordring er at det haster å få avklaring i denne saken, og et prinsippvedtak i den enkelte kommune bør fattes før sommerferien. Dette grunnet viktigheten av å få en avgjørelse i forbindelse med oppstart av budsjettarbeidet til høsten, slik at kostnader innarbeides i budsjettet for 2025. Videre er det viktig med en snarlig avklaring da vertskommunen planlegger utlysning av stillinger og gjennomsnittlig rekrutteringstid er rundt fire måneder.

Personalmessige forhold
Legevakter over hele landet sliter med rekrutteringen, og Vesterålen interkommunale legevakt (IKL) er også rammet av dette. Man har lyktes med en stabil dekning av leger etter etableringen av IKL, etter en periode der hver enkelt kommune hadde store utfordringer med å drifte døgnkontinuerlig legevakt hver for seg. Dette var et hovedmål med opprettelsen av IKL, og anses svært viktig å bevare. En reversering av IKL med økning av vaktbelastningen på legene i regionen vil være noe av det mest negative som kan skje for legerekrutteringen. 284 av 365 kommuner inngår i en form for interkommunalt samarbeid (Ekornrud et. al., 2023).

Imidlertid er det store utfordringer hva angår sykepleiere på legevakten. Bemanningen har over tid vært det man kan kalle stabilt marginal. Det har til nå vært mulig å opprettholde driften med dagens organisering, men kun ved utstrakt brukt av overtid og vikarer. Legevakten har i dag kun arbeid på kveld/natt/helg, og en fragmentert arbeidshverdag som er enda vanskeligere å rekruttere til enn vanlige kommunale stillinger. De foreslåtte grepene gjøres for å skape en legevakt med dagoppgaver og et mer attraktivt arbeidsmiljø. Dette er gjennomført med gode resultater i tilsvarende regioner andre steder i landet.

Økonomiske forhold
Det er først og fremst behov for at de enkelte Vesterålskommunene fatter et prinsippvedtak hvorvidt de ønsker å inngå i den nye organiseringen av Vesterålen legevakt. Dette for å avklare hvilke lokaler vertskommunen skal planlegge for og antall ansatte.

Kostnadene er i dag fordelt etter en fordelingsnøkkel, andel av innbyggertall pr. kommune. Regnskapet for Vesterålen legevakt for 2023 viste at lønnskostnadene var på kr. 15,4 mill og totalutgiftene på ca. kr. 20 mill.

Anslagsvis er det beregnet en merutgift på rundt kr. 5 mill for å drifte en profesjonell KAD-avdeling. I dette inngår anslagsvis behov for 6 nye årsverk. Merutgiften fordeles mellom Vesterålskommunene etter fordelingsnøkkelen. Merutgiftene vil reduseres ved at kommunene sparer inn det de i dag bruker på sine lokale KAD-senger.

Dersom en eller flere kommuner velger å ikke inngå ny samarbeidsavtale vil utgiftene for gjenværende kommuner øke tilsvarende.

Hvor store kostnader det vil medføre for enkeltkommuner som ønsker å drifte legevakt og legevaktsentral i egen regi, vil måtte beregnes lokalt. Lokale avtaler med legeforeningen, evt. behov for bakvakt leger, evt. behov for tilsetting av hjelpepersonell, investering i utstyr og legevaktsentral etc. vil være faktorer som må hensyntas. Eksempelvis vil utgifter til én lege, basert på minstesatser for timelønn (legevakt for legevaktsdistrikt med færre enn 30 000 innbyggere), tilsvare i underkant av rundt 4 mill pr. år. iht sentrale avtaler.

Folkehelse

En stabil og god helsetjeneste som dekker behovet, er et godt grunnlag for å leve lengre.

Klima-, miljø- og naturforhold
Ikke relevant for saken

KONKLUSJON
Ressurssituasjon tilsier at det interkommunale samarbeidet om legevakt fortsetter, tillagt KAD og DHO for regionen.

Hovedargumentene for dette er som følger:

- Gode erfaringer med stabil og profesjonell legevaktsdrift gjennom snart 20 år.
- Betydelig risiko med å pålegge legene i Vesterålen høyere vaktbelastning med å gå tilbake til kommunale legevakter.
- Svært utfordrende situasjon med rekruttering av sykepleiere generelt og til IKL spesielt.
- Høyere merkostnader ved å gå tilbake til lokale legevakter enn å utvide IKL.

Kommunedirektøren anbefaler at kommunestyret vedtar å tilslutte seg til ny organisering av Vesterålen interkommunale legevakt, som skissert i dette saksfremlegget.