



Innkalling

Utvalg:	Eldrerådet
Møtested:	Formannskapssalen
Dato:	15.03.2022
Tid:	Kl. 10:00

Forfall med kortfattet begrunnelse og eventuelle habilitetsspørsmål meldes snarest til møtesekretær på valg@karmoy.kommune.no eller på telefon 52 85 74 21 / 19 / 22. Varamedlemmer møter kun etter nærmere avtale med sekretariatet.

Innledningsvis blir det orientering om Frisklivssentralen v/Anette Josdal Valen, fysioterapeut i Fysio- og ergoterapitjenesten

Saksliste

Sak nr.	Sakstittel
012/22	Orientering om legesituasjonen i Karmøy kommune
013/22	Status - Oppfølging av Plan for leve hele livet i Karmøy
014/22	Interkommunal legevakt
015/22	Samlesak for referatsaker
004/22	Årsmelding 2021 for Pasient- og brukerombudet i Rogaland.
016/22	Samlesak for spørsmål

Karmøy, 09.03.2022

Nils Oddvar Reiersen
Leder

**Saksbehandler:** Aslaug Irene Skjold**Kommunedirektør/rådmann:** Vibeke Vikse Johnsen

Saksnr.	Utvalg	Møtedato
012/22	Eldrerådet	15.03.2022
	Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne	
013/22	Hovedutvalg helse og omsorg	16.03.2022
	Formannskapet	
	Kommunestyret	

Orientering om legesituasjonen i Karmøy kommune

Rådmannens forslag til vedtak:

Kommunestyret ber om at det arbeides videre med økonomiske og organisatoriske tiltak for å bedre rekruttering av leger til Karmøy kommune.

Saksutredning

Sammendrag

Utfordringene for legetjenestene i kommunen er i hovedsak knyttet til rekruttering og at legene opplever stor arbeidsbelastning. Det har vært økende utfordringer med å rekruttere i ledige stillinger og fastlegehjemler de siste årene. Det er for tiden 8 ulike legestillinger /-hjemler ledige i kommunen uten at det er leger som viser interesse for stillingene.

Det må vurderes og gjennomføres økonomiske, faglige og organisatoriske tiltak som styrker legetjenesten og fastlegeordningen for å erstatte leger som slutter og øke antall leger i kommunen. Selv om kommunen skulle innføre forsterkede økonomiske rekrutteringstiltak i framtiden, vil faglige og organisatoriske virkemidler erfaringsvis være av større betydning for å klare å rekruttere leger. Ved å satse på store og robuste fagmiljø, store legesentre, differensierte driftsmodeller, egen sykehjemsmedisin og samle ressursene i en legevakt for kommunen vil dette tilsammen utgjøre positive rekrutteringstiltak. Kommunestyret vil eventuelt få framlagt egen sak vedr tiltak som gir budsjettmessige konsekvenser.

Bakgrunn for saken

Plan for legetjenesten 2018-2024 ble vedtatt i kommunestyret 12.11.2018, sak 120/18.

Rådmannen ønsker med dette å gi en statusmelding til kommunestyret. Utfordringene med å rekruttere og beholde fastleger i regionene har forsterket seg de senere årene og rådmannen ønsker også å beskrive tiltak som kan lette på dette.

Legetjenesten i kommunen består av følgende:

- Samfunnsmedisin: kommuneoverlege, smittevernlege og medisinsk faglig rådgiver ved legevakten
- Fastlegeordningen, inkl LIS1 (turnustjeneste)

- Legevakt
- Øvrig kommunal allmennlegetjeneste (helsestasjoner, sykehjem og Rus og psykiske helsetjeneste/ROP)

Nasjonale og lokale planer for legetjenesten

Karmøy kommunes plan for legetjenesten 2018-2024, beskriver de ulike delene av legetjenestene, status og tiltak for å øke antall leger i Karmøy framover.

Nasjonal handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020 – 2024 beskriver regjeringens plan for å gjøre allmennlegetjenesten attraktiv, kvalitetssikker og teambasert.

Av tiltak som er iverksatt er økt basistilskudd og innføring av knekkpunkt, der legene får høyere basistilskudd pr pasient opptil 1000 pasienter. Videre er det innført et grunntilskudd tilsvarende basistilskudd for 500 pasienter ved opprettelse av 0 hjemmel, og det er opprettet tilskuddsmidler til leger i spesialisering (ALIS). Planen videre er at det skal opprettes flere LIS1, det skal innføres introduksjonsstillinger og det legges vekt på økt teambasert arbeid. Det skal også gjøres kartlegginger av legevaktordninger og legevaktorganisering. Karmøy kommune vurderer fortløpende nye nasjonale tiltak som iverksettes og tar dem i bruk.

Status for de ulike delene av legetjenesten

Karmøy kommune har over lang tid hatt lav legedekning i forhold til sammenlignbare kommuner og landet forøvrig. På tross av styrket innsats og en lang rekke tiltak de senere år er det fortsatt svært lav legedekning i Karmøy.

Kostratall viser legeårsverk i kommunehelsetjenesten pr 10 000 innbyggere:

Karmøy 2017	Karmøy 2020	Haugesund	Ålesund	K10	Landet
7,7	7,0	8,7	9,4	8,9	9,2

Tallene er inkludert legevakt og sykehjemsleger, men unntatt samfunnsmedisin.

Samfunnsmedisin

De samfunnsmedisinske funksjoner er fordelt på tre stillinger.

Kommuneoverlege, 100 % stilling, har vært vakant siden 1. januar 2022.

Smittevernlege, 30 % stilling har vært ledig siden 1. november 2021, men besatt med midlertidig vikar.

Medisinsk faglig rådgiver legevakt, 20 % stilling som er besatt.

Begge de vakante stillingene er utlyst flere ganger, uten at det har lyktes å besette stillingene ut fra opprinnelige stillingsstørrelser. Det er pr slutten av februar delvis tilsatt i 40 % av kommuneoverlegestillingen, med tiltredelse i juli 2022.

Fastlegeordningen

Karmøy kommune har opprettet 30 fastlegehemler i kommunen. 25 hjemler er i privat praksis og 5 hjemler er kommunalt tilsatte fastleger. Fastlegene er fordelt på 11 legekontorer og fastlegelistene varierer fra 700 pasienter til 2500 pasienter. Utviklingen har gått mot kortere lister spesielt for yngre leger, leger i spesialisering (ALIS), kommunalt tilsatte leger og kvinnelige leger.

	Karmøy 2017	Karmøy 2020	Haugesund	Ålesund	K10	Landet
Legeårsverk*	7,7	7,0	8,7	9,4	8,9	9,2
Listelengde antall innbyggere	1527	1435	1525	1330	1258	1178
Kvinnelige	25,9	33,3	35,3	41,1	47,4	47,3

leger, andel						
--------------	--	--	--	--	--	--

*Tallene er inkludert legevakt og sykehjemsleger, men unntatt samfunnsmedisin.

Karmøy kommune har 42541 innbyggere pr 4. kvartal 2021. Karmøy har en underdekning av leger sett i forhold til befolkningstall. Det er fritt fastlegevalg i Norge og mange har fastlege i nabokommunene.

Karmøy kommune har fastlegekapasitet til 37988 innbyggere. Karmøy kommune mangler dermed fastlege til 4357 innbyggere og det er kun 418 ledige listeplasser hos fastlegene. I 2017 manglet Karmøy kommune listeplasser til 7624 innbyggere, med 2115 ledige plasser. Slik det er nå har ikke alle innbyggere et reelt valg av fastlege innen kommunen, selv om det har vært en positiv utvikling.

Det er ikke et krav i forskrift til fastlegeordningen i kommunene å ha tilstrekkelig fastlegeplasser til alle innbyggere. Kommunens ansvar er å organisere fastlegeordningen og sørge for at personer som ønsker det, får tilbud om plass på fastleges liste, jf. pasient- og [brukerrettighetsloven § 2-1c](#) og [forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen § 2](#). Kommunen skal sørge for at et tilstrekkelig antall leger deltar i fastlegeordningen.

Ut fra fastlegeforskriften § 12 kan fastlege i fulltidspraksis pålegges å delta inntil 7,5 timer per uke i andre allmennlegeoppgaver i kommunen. Pr dagsdato benyttes fastlegene til å bemanne helsestasjon, helsestasjon for ungdom, daglegevakt, veiledning av leger i spesialisering (LIS1 og ALIS). Fastleger benyttes ikke for tiden som bemanning i sykehjem.

Rekruttering

Det har i lang tid vært store utfordringer når det gjelder rekruttering av leger til fastlegetjenesten i Karmøy. Dette er et landsdekkende problem og har utviklet seg i negativ retning de siste årene, noe som også vises tydelig hos nabokommunene. På tross av et omfattende rekrutteringsarbeid de siste år er det fortsatt store utfordringer.

Av de 30 opprettede fastlegehjemler er 18 av dem rekruttert inn i siden 2015. I flere av hjemlene har det vært turnover av leger, slik at nyrekrutteringen er 25 fastleger. Det er rekruttert inn yngre leger ved ledige hjemler. Gjennomsnittsalderen for leger er redusert. To leger er over 70 år og har fått forlenget tjenestetid, to leger er over 60 år.

Ved utlysing har det vært 0-2 relevante søkere pr utlyst hjemmel, ofte har hjemmelen måtte lyses ut flere ganger. I løpet av det siste 1½ året er det kun rekruttert inn to nye fastleger, en i privat praksis og en i fastlønnsstilling. Pr 1. januar 2022 er det tre fastlegehjemler og ett vikariat som det ikke er rekruttert inn i på tross av gjentatte utlysninger. En av hjemlene er oppsagt for ett år siden, uten at kommunen har klart å rekruttere inn i hjemmelen etter gjentatt annonsering. Det er foreløpig vikar i hjemmelen og hjemmelen er lyst ut på nytt. En av hjemlene er en 0 liste, som det ikke har lyktes å rekruttere i. Den siste hjemmelen er lyst ut en gang uten søker, og lyses ut for 2. gang nå. Det er ikke rekruttert inn vikar ved permisjon ved kommunalt legesenter.

En distriktskommune som Karmøy har erfaringsvis rekruttert dårligere enn bykommuner. En utvikling der også bykommuner har rekrutteringsvansker gjør det nødvendig med nye tiltak. Ny forskrift om spesialistutdanning (se lengre ned i saken) stiller krav om gjennomført norsk LIS1 før oppstart som fastlege har også virket negativt inn på rekrutteringen. Før 2019 var det mulig å starte som fastlege uten å ha gjennomført LIS1.

Det er i plan for legetjenestene 2018-2024 skissert en økning i fastlegeordningen med 8 nye fastlegehjemler fram mot 2024. Hittil er 4 av disse hjemlene opprettet.

Geografisk fordeling av fastlegehjemlene

Det er et mål at det skal være reell frihet i hele kommunen til å velge fastlege, og at innbyggerne skal ha tilgang på fastlegetjenester fortrinnsvis nært der de bor.

Den totale dekningsgraden for fastleger i Karmøy i 2017 er på 90 %. Det er underkapasitet i hele kommunen, unntatt i Kopervik/Bygnes. Det er også gjort en vurdering av at det vil være en risiko knyttet til å rekruttere inn i 9 legehjemler i løpet av neste årene framover.

Antall fastleger og listepasienter geografisk fordelt i Karmøy kommune

Sted	Antall legehjemler	Befolkning 2021	Kapasitet fastlegeliste	Dekningsgrad (pst)	ventelister	Risiko mht rekruttering
Skudenes	2	5 314	3534	67	74	2
Åkra/Vea	8 + 1 LIS1(turnus)	11 378	10231	90	118	2
Kopervik/Bygnes	9 + 2 LIS 1(turnus)	8 847	12666	143	111	1
Avaldsnes	3	7 722	3901	51	42	1
Norheim	7 (inkl 0 hjemmel)	9099	7656	84	657	3
Karmøy	30	42 186	37 998	90	1002	9

Befolkning: Antall innbyggere fordelt geografisk

Kapasitet: Hvor mange pasienter fastlegene har på listen sin.

Dekningsgrad: Kapasitet/listetak i pst av antall innbyggere i sonen

Risiko mht rekruttering: Antall leger som har meldt inn utfordringer i drift, der det er kjent legen vil slutte eller nye hjemler og som sannsynligvis vil være utfordrende å rekruttere ny lege inn i hjemmel.

Spesialisering ALIS

Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften) trådte i kraft den 1. mars 2019. Den stiller krav om at alle leger må starte i et spesialiseringsløp. Dagens ordning for spesialistutdanning og spesialistgodkjenning av leger stiller tydelige krav til spesialistutdanningen og legger til rette for utvikling av kvaliteten i spesialistutdanningen. Spesialistutdanningen og spesialitetsstrukturen er rettet inn mot fremtidens helseutfordringer og tar opp i seg ny fagutvikling, endringer i pasient- og legerollen og reformene i helsesektoren. Spesialistutdanningen består av en første del som er felles for alle leger som skal gjennomføre en spesialistutdanning i norsk helse- og omsorgstjeneste. Deretter består den av en eller to deler som er spesialitetsspesifikke. Ofte brukes uttrykkene LIS1, LIS2 og LIS3 om leger som er ansatt i utdanningsstillinger i henholdsvis første og andre del.

For alle spesialitetene omfatter spesialistutdanningen en felles første del med en varighet på ett og et halvt år (tidligere kalt turnustjeneste). Ett år av den første delen skal gjennomføres i spesialisthelsetjenesten og et halvt år i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Den andre delen omfatter LIS2 og LIS3 og har en varighet på minimum 5 år. LIS 2 benyttes i sykehusspesialitetene. For leger som starter i spesialisering i allmennmedisin, går de direkte over fra LIS1 til LIS3. LIS3 i allmennmedisin omtales ofte som ALIS.

Spesialisering innen allmennmedisin kan gjennomføres i både kommunal og privat fastlegeordning. To av årene må gjennomføres i uselektert allmennlegepraksis, dvs i fastlegeordning og legevakt. Dette medfører at sykehjemslegene må gjennomføre 2 års fulltidsarbeid i fastlegeordningen for å bli spesialist innen allmennmedisin. Det stilles krav om at den praktiske tjenesten skal gjennomføres under veiledning og supervisjon av kvalifisert lege. Det stilles videre krav om at minimum 6 måneder av praksisen skal gjennomføres ved sykehus eller institusjon som kan gi tilsvarende praksis.

Den nye spesialistforskriften stiller krav om gjennomført LIS1 og oppstart i spesialisering i allmennmedisin ved oppstart som fastlege. Dette sikrer kvaliteten på legene, men skaper utfordringer mht rekruttering av tilstrekkelig antall leger.

Inntektssystem

Hovedmodellen i fastlegeordningen i Norge er næringsdrift.

Som privatpraktiserende lege baseres inntekten på tre kilder;

- fra basistilskudd, Basistilskudd utgjør 653 kroner per listeinnbygger inntil 1000 listeinnbyggere. Fra listeinnbygger 1001 og opptil 2500 utgjør basistilskuddet 526 kroner per listeinnbygger.
- aktivitetsbasert inntjening
 - egenbetaling fra pasientene
 - refusjon fra Helfo (folketrygden).

I privat næringsdrift har fastlegen som hovedprinsipp selv ansvar for å skaffe vikar ved fravær. Ved kommunal fastlønnet lege er det kommunen sitt ansvar å tilsette vikar. Ved ledige hjemler har avtroppende privatpraktiserende lege rett til goodwill/vederlag for opparbeidet pasientliste og oppgjør for inventar og utstyr.

Modellen for inntektssystemet til en fastlegeordning med privat næringsdrift skal være selvfinansierende og ikke utgjøre en kostnad for kommunen. Rammeoverføringen ivaretar inndekning av basistilskudd. Mange fastleger opplever at dette ikke er reelt lenger og at økning av oppgaver og inntektsutvikling gjør det vanskelig å fortsette som fastlege. En undersøkelse legeföreningen gjorde i 2018 viste at fastlegene arbeidet 56 timer i uken i gjennomsnitt. KS og legeföreningen er enig i at legene arbeider mye og KS skriver at «i mange medieoppslag den siste tiden kan vi lese om leger som jobber opptil 120 timer i uka. I tillegg viser Legeföreningen stadig til en undersøkelse som sier at en av ti leger jobber 100 eller flere timer legevakt per uke, i tillegg til å være fastlege på dagtid. Altså en arbeidsuke på 140 timer».

Karmøy kommune opprettet i 2011 et kommunalt legesenter. Fastlegene ved dette legesenteret er fast tilsatt i kommunen. I tillegg er det innført en honorarordning der de mottar 40 % honorar for inntjening over 55 000,- pr måned. Karmøy kommune mottar basistilskudd, refusjon og egenandeler tilknyttet pasientlistene og har personalansvar for helsepersonell og driftsansvar for legesenteret. Fastlegene er forpliktet til å følge opp pasientene på egen liste på tilsvarende måte som de privatpraktiserende legene. Kommune har arbeidsgiveransvar for legene, spesialiseringsutgifter dekkes og det er kommunen sitt ansvar å skaffe vikar ved fravær. Kommunen har mulighet til å benytte legene der det er behov innen kommunehelsetjenesten. Legene arbeider ut fra Arbeidsmiljøloven og har dermed 37,5 timers dag. Legevakt på ettermiddag, natt og helg kommer i tillegg.

Legevakt

Legevaktordningen må sees i sammenheng med fastlegetjenesten. Fastlegen plikter etter fastlegeforskriften å delta i kommunal eller interkommunal legevakt utenfor ordinær åpningstid. Minst en lege skal være tilgjengelig for legevakt hele døgnet. Fastlegen har også plikt til å delta i kommunens organiserte øyeblikkelig hjelp-tjeneste i kontortiden, herunder tilgjengelighet i helseradionettet/nødnettet og ivaretagelse av utrykningsplikten.

Legevakten skal håndtere legehjelp som ikke kan vente og henvendelsene til legevakten hastegradvurderes og prioriteres. Såkalte «grønne henvendelser» (henvendelser som kan vente til neste dag) skal i størst mulig grad utføres hos fastlegen og en god nok fastlegedekning i kommunen har derfor betydning for legevakten. Rekruttering av leger til legevaktordningen er derfor helt avhengig av en god rekruttering og en stabil fastlegetjeneste.

Legevakten er åpen når fastlegekontoret er stengt, altså kveld, natt og helg. Til sammen utgjør det 128 timer i løpet av en uke. Uansett om kommunen er stor eller liten er det 128 timer som skal dekkes av fastlegene. I små kommuner er som hovedregel legen hjemme hos seg selv når han/hun har legevakt, og innbyggerne tar kontakt på telefon. Store kommuner har en egen legevaktbygning

med flere leger på vakt samtidig.

Handlingsplan for allmennlegetjenesten beskriver at legevaktsarbeidet utgjør en stor del av arbeidsbelastningen for mange fastleger. Det skal innhentes mer kunnskap om arbeidsbelastningen, også på bakgrunn av at legevaktarbeid er unntatt arbeidsmiljølovens grenser. En vet fra evalueringen at interkommunale samarbeid om legevakt ofte fungerer bra, selv om det kan gi innbyggerne lengre reisevei til legevakt. Men vi vet også at enkelte kommuner ikke velger en slik løsning av geografiske eller andre årsaker.

I 2020 økte vaktbelastningen for leger i små kommuner med 30 prosent. Økningen er kommet som følge av at regjeringen innførte et nytt kompetansekrav for leger som deltar i legevakt. Legen må være spesialist eller innfri minimumskrav av erfaring for å ha oppfylle legevaktkompetanse. I Karmøy er det pr dd 3 leger som ikke oppfyller minimumskravet. Leger som ikke oppfyller kompetansekravet må ha bakvaktlege. Dette medfører økt belastning for kompetente leger.

I dag har Karmøy kommune en todelt legevaktordning. Det kjøpes legevakttenester fra Haugesund kommune slik at innbyggerne på nord-Karmøy og fastlandssiden får legevakttenester fra Haugesund legevakt i Karmsundgaten. Fastleger som er lokalisert til legesenter på fastlandssiden har legevaktplikt ved Haugesund legevakt i tråd med legevaktavtalen. Pr dags dato gjelder dette 6 fastleger, i tillegg er det en ledig hjemmel.

For innbyggerne på sør og midt-Karmøy (30 000 innbyggere) drifter kommunen en egen kommunal legevakt, Karmøy legevakt i Åkrehamn. Fastleger med lokasjon sør for Bøkrossen har legevaktplikt ved Karmøy legevakt, pr dags dato er dette 23 leger. I tillegg dekkes daglegevakt av faste deltidsstillinger fordelt på kommunale og privatpraktiserende leger.

Den todelte legevaktordningen medfører økt vaktbelastning for legene.

Flere fastleger har ihht fritaksregler i fastlegeforskriften fått fritak fra legevakt, noe som gir en økt belastning for resterende vaktleger. Høy vaktbelastning i tillegg til en travel fastlegepraksis er uheldig for unge leger i etableringsfasen, men oppleves også krevende for erfarne leger og eldre leger.

Øyeblikkelig hjelp døgnenhet (ØHD/KAD)

Øyeblikkelig hjelp døgnenhet er en del av den akuttmedisinske beredskapen i kommunen.

Avdelingen er lokalisert til Norheim sykehjem. Her er det tilknyttet 1 legeårsverk som er besatt. I tillegg er det tilsyn av pasientene 2 timer på dagtid i helgene. Det organiseres en egen vaktordning som administreres fra Norheim sykehjem. Det er krevende til tider å ha nok leger i vaktordningen. En tilsynsordning kan i en større legevaktordning legges til legevakten, etter avtale med legeforeningen.

Sykehjem

Karmøy kommune har 7 sykehjem (Norheim, Storesund, Kopervik, Torfæusgt.21, Veia, Fredheim og Åkra) med 281 pasienter. Det er opprettet 6,7 stilling som sykehjemslege.

Sykehjem, pasientfordeling og sykehjemstillinger.

Sykehjem	pasienter	Årsverk lege	vakant
Åkra	31	0,4	
Fredheim	16	0,2	
Veia sykehjem	107	2,4	1,0
Kopervik, Torfæus	42+8	0,7	
Storesund BBH	41	0,5	0,5
Norheim sykehjem inkl KØH	36	2,5	0,5
	281	6,7	2

Det er pr dd 2 vakante stillinger som sykehjemslege. Det er ikke rekruttert i stillingen på tross av

gjentatt utlysning. For tiden mangler det lege på Norheim/Storesund /Vea. Arbeidet dekkes for tiden med ekstraarbeid fra kommunens leger og fra leger tilsatt i Helse Fonna.

Det har ikke vært ønskelig å pålegge kommunens fastleger arbeid ved sykehjemmene i dagens fastlegesituasjon selv om det er mulig å pålegge inntil 20 % kommunale oppgaver ut fra lov og avtaleverk.

Helsestasjon

Karmøy kommune har 5 helsestasjoner og 2 helsestasjon for ungdom. Det er tilsatt lege i 1,3 årsverk fordelt på 10 leger. Det er fastlegene som har deltidsarbeid ved helsestasjonene og HFU. Det er vurdert å tilsette egne helsestasjonsleger, men det har ikke lyktes å rekruttere til en slik stilling. Det er krevende å få avtale med fastleger om å arbeide på enkelte helsestasjoner, dette begrunnes med høy belastning med å ivareta egen pasientliste i fastlegepraksisen. Det er også krevende å rekrutterer tilstrekkelig antall leger til helsestasjon for ungdom, da dette arbeidet gir økt ettermiddagsarbeid for legene.

Fastlegene tilsettes i kommunalt arbeid ut fra ønske og interesse for arbeidet. Det har ikke vært ønskelig å pålegge kommunens fastleger arbeid ved helsestasjonene i dagens fastlegesituasjon selv om det er mulig å pålegge inntil 20 % kommunale oppgaver ut fra lov og avtaleverk.

Mottak- og oppfølgingssenteret (MO)

Det er opprettet 20 % stilling knyttet til MO-senteret for rus- og psykisk helsetjeneste. Formålet er forebyggende arbeid blant alvorlig syke rusmisbrukere og psykisk syke som ellers ville hatt problem med å oppsøke lege. Stillingen ivaretas av kommunal tilsatt fastlege.

Innførte rekrutteringstiltak og tiltak som bedrer arbeidshverdagen for fastlegene:

- Antall LIS1 er økt fra to til tre. Det er søkt Statsforvalteren om å øke antall LIS1 ytterligere. Foreløpig har vi fått tildelt en midlertidig LIS1 i 2021/2022.
- Avtale med to private legesenter om mottak av LIS1. Den tredje har tjeneste ved kommunalt legesenter.
- Kommunalt legesenter hvor 5 fastleger slipper å ha arbeidsgiveransvar for tilsatt helsepersonell
- Honorarordning ved kommunalt legesenter for å rekruttere og beholde leger og stabilisere driften.
- Det ble i 2015 opprettet daglegevakt som avlaster fastlegene for utrykning på dagtid. Det ble samtidig innført fastlønn på natt for å gi like betingelser som ved Haugesund legevakt.
- Kommunale leger dekker deler av bemanningen ved daglegevakt, inkl backup ved fravær.
- Det er opprettet egne sykehjemsleger i full stilling. Fastlegene slipper dermed sykehjemsmedisin som pålagte kommunale oppgave.
- Det er opprettet legestilling ved MO senteret som gir tilbud til personer med alvorlig ruslidelse og psykisk lidelse. Dette gir mulighet til samarbeid og avlastning for fastlegene
- I henhold til nasjonal handlingsplan for allmennlegetjenesten får nye leger som starter i nye lister uten pasienter (0-hjemler) grunntilskudd (oppstarttilskudd) opp til 500 pasienter i inntil 2 år. Dette tilsvarer basistilskuddet for 500 pasienter.
- Helsedirektoratet/Bergen kommune ALIS vest: Tilskudd til ALIS med 200 000 pr lege i spesialisering (50 000 kommunal egenandel). Deltaking i prosjektet med 3 leger. Prosjektet avsluttes 2022 og kan evt overføres til nasjonal tilskuddsordning.
- Helsedirektoratets tilskuddsordning: Tilskudd til spesialisering ALIS næring og ALIS fastlønn. Lege i spesialisering kan få inntil 300 000 i tilskudd (med 60 000 kommunal egenandel). For kommunalt tilsatte leger går tilskuddet med til å dekke kostnader til spesialisering. Kommunen deltar i prosjektet med 4 leger.
- Opprettet luftveislegevakt og koronasenter under pandemien har frigjort fastlegene for undersøkelser av luftveispasienter, testing og vaksinasjon for korona.
- Antall solopraksiser i Karmøy er redusert fra 6 til 5.
- Ved enkelte legesentra er det økt antall legehjemler og det arbeides med å øke med

ytterligere antall hjemler.

Administrativt arbeid

Avtaler med alle fastleger inngås og følges opp av helsesjef og personalrådgiver, som også har ansvar for utbetaling av basistilskudd, permisjoner, kompensasjoner, utlysninger, tilskudd mm.

For fastlegene ved kommunalt senter er det tilsatt avdelingsleder som har arbeidsgiveransvar for legene.

Det administrative arbeidet knyttet til rekrutteringsutfordringer, personalansvar for fast tilsatte leger, søknad om tilskudd, oppfølging av spesialisering (LIS1 og ALIS) og oppfølging av fastlegene har økt de siste år.

Utfordringer

Utfordringene for alle legetjenestene i kommunen er i hovedsak knyttet til rekruttering og at legene opplever stor arbeidsbelastning. Det er få leger tilgjengelig i «markedet». Pr dags dato har kommunen utfordringer med å rekruttere inn i 8 ulike legestillinger /-hjemler uten at det er leger som viser interesse for stillingene.

Kommunen har fått overført flere og mer kompliserte oppgaver og fra spesialisthelsetjenesten, noe som også medfører økt innsats for både fastleger og sykehjemsleger. Koronapandemien har også medført økte utfordringer for kommunen på alle nivå også innen legetjenesten.

Koronapandemien har krevd spesielt mye av leger innen samfunnsmedisin, som har måttet ta et stort og krevende ansvar for håndteringen i kommunen. Det er grunn til å tro at dette ekstraordinære trøkket har medført en skepsis til å ta på seg slike oppgaver. Dette selv om slike stillinger i en normalsituasjon kan være attraktive for leger som har en interesse for samfunnsmedisin, folkehelsearbeid og forebyggende arbeid. Det kreves ikke økonomiske investeringer, arbeidet utføres på dagtid, man får god oversikt, tverretattlig samarbeid og gode utviklingsmuligheter innen kommunen.

I handlingsplan for allmennmedisin beskrives det at allmennmedisinen er faglig utfordrende. Den har stor bredde og varierte typer oppgaver. I tillegg får fastlegen muligheten til å følge mennesker i alle aldre og gjennom hele livet. Ifølge legene selv er det ikke faget som er problemet for å få til rekruttering, men rammebetingelsene. Leger oppgir imidlertid små faglig miljø og lite faglig nettverk som viktige årsaker til at de ikke velger å bli fastlege. De jobber ganske alene sammenliknet med det man gjør i sykehus. Det krever tid å bli trygg i rollen og i faget. I etableringsfasen som fastlege er det behov for trygg veiledning av erfarne kolleger og forutsigbare rammer for kompetansebygging og utdanning. Erfarne leger ønsker også å være del av et fagmiljø og mulighet for faglig utvikling. De oppgir at en for stor del av arbeidstiden nå går til administrative oppgaver.

For fastleger i næringsdrift er det og økonomisk og administrativt krevende å drive egen praksis. Dette er spesielt krevende for nye fastleger i en oppstartfase, der de også er faglig usikre. Man er også gjerne i etableringsfasen for familie og bolig samtidig, noe som gjør det utfordrende og lite attraktivt å ha lange pasientlister. Inntjeningen for en ung lege som går inn i næringsdrift kan være lav i begynnelsen. Dette kan være utfordrende med tanke på de økonomiske forpliktelsene de påtar seg og skape økonomisk utrygghet.

Fastleger som skal avslutte sin praksis opplever også at det ikke er nye leger som ønsker å overta hjemmelen, da det er mer enn nok ledige legestillinger tilgjengelig. Ved oppsigelse av en fastlegehjemmel i privat næringsdrift er det kommunen som rekrutterer ny lege ut fra faglige kvalifikasjoner. Avtroppende lege har rett til økonomiske kompensasjon i form av goodwill for en veldrevet fastlegeliste og kompensasjon for utstyr ut fra en markedspris. Markedet fungerer ikke i dagens situasjon når det ikke er søkere til hjemlene. Avtroppende lege (og legeforeningen) opplever imidlertid at pasientlisten og praksisen deres har en «verdi». Kommunenes sentralforbund (KS)

mener at denne verdien reduseres betraktelig når det ikke er søkere til hjemmelen. Det er ikke avklaring i lov eller avtaleverk hvordan slike utfordringer skal løses.

Kommunens ansvar ut fra fastlegeforskriften er å sikre at pasientene en fastlege. Enkelte kommuner har gjort vedtak om å kompensere legene for å overta fastlegelisten. Utfordringen for kommunen er fortsatt rekruttering av lege til å følge opp pasientene!

Det oppleves at de senere års omtale av fastlegekrisen og mediedekning har forsterket den utfordrende rekrutteringen. Fokuset på det faglig spennende og varierte allmennlegeyrket kommer ikke fram i mediebildet.

Selve utdanningsløpet kan oppleves krevende. Det er et langt løp med mange aktiviteter og læringsmål. Legen skal ha tjeneste både i kommunen og spesialisthelsetjeneste. Kommunen ser på det som positivt å være utdanningsinstitusjon. Men det er en del oppfølging og behov for veiledning fra andre fastleger. LIS 1 som er etablert med barn og familie signaliserer at de er viktig for dem å få mulighet til å være nær hjemmet. Dette er også i kommunens interesse med tanke på lokal rekruttering til legetjenesten og det arbeides aktivt for å tilrettelegge for dette.

Selv om LIS1 som har tjenestegjort i Karmøy er forsøkt rekruttert inn i legestilling i kommunene er erfaringene at svært mange av dem ønsker å arbeide i sykehus og dermed i større faglige fellesskap. Det vil være viktig å ha fokus på å utvikle større fagmiljø i kommunen framover.

Fastlegene har vaktplikt i kommunens legevaktordning. Færre fastleger og økt søknad om fritak gjør at legevaktene må deles på færre. Det er et press på tjenestene og for de som skal sørge for at det er nok leger på vakt til enhver tid. Koronapandemien har også medført ekstra belastning med å bemanne den todelte legevaktordningen og luftveislegevakt ved Karmøy legevakt og ved Haugesund legevakt. Høy vaktbelastning i legevakt og det at legene er alene lege på vakt medfører økt faglig belastning for legene. Leger i nattevakt har vakt sammen med en sykepleier, noe som utgjør et svært lite fagmiljø med tanke på faglig trygghet og støtte i arbeidet. Ved å fortsatt holde på to legevaktlokasjoner vil et lite fagmiljø opprettholdes, noe som vil være uheldig med tanke på rekruttering av fastleger til kommunen, for å opprettholde et godt akuttmedisinsk fagmiljø og for en god utnyttelse av legeressursene i kommunen.

Karmøy har egne sykehjemsleger, slik at dette arbeidet ikke pålegges fastlegene. Ved å ha egne sykehjemsleger styrkes kompetansen og kontinuitet i oppfølgingen av pasientene. Svært mange fastleger oppgir at de opplever sykehjemsarbeid som krevende i kombinasjon med fastlegejobben. Det er imidlertid også utfordrende å rekruttere sykehjemsleger. Administrasjonen mener likevel ikke det vil hjelpe å gå bort fra egne sykehjemsleger og heller la oppgaven fordeles mellom flere fastleger. Lønn oppgis ofte som en årsak til ikke å ta imot stilling som sykehjemslege, selv om det ikke foreligger noen vaktbelastning i jobben. Det kan være vanskelig å få tak i vikarer ved ferieavvikling i sykehjem. De som rekrutteres er ofte nyutdannede leger med behov for veileder, og medfører dermed større belastning på de legene vi har. Enkelte ganger har dette resultert i at kommunen har måttet benytte rekrutteringsbyrå.

Legeforeningen i Karmøy er også svært bekymret over situasjonen. De har behandlet det som sak i Allmennlegeutvalget og formidlet forslag til tiltak, se vedlegg. Legeforeningen viser også til Stavanger kommune og deres iverksatte tiltak, se vedlegg.

Stavanger kommune har iverksatt flere av de rekrutteringstiltak som legeforeningen nevner. Ved henvendelse til Stavanger kommune opplyser de at de har også store utfordringer med rekruttering, og merker at de fleste leger vil til spesialisthelsetjenesten. De har hittil klart å rekruttere etter gjentatte utlysinger og har rekruttert 10-12 leger pr år de siste år. De har 125 leger og det er høy gjennomsnittsalder på legene. Mange unge leger ønsker fastlønn ved kommunale legesentre, eller en kombinasjon av fastlønn noen år før de går over i næringsdrift.

Etter at de innførte rekrutteringstiltakene har de ikke merket noe videre større pågang av leger. Ved

siste utlysning ble kun en av de tre utlyste hjemlene besatt.

Handlingsplan for allmennlegetjenesten bekrefter våre erfaringer med at kommunen «mister» leger til sykehusene. Det vises til at fra 2012 – 2018 økt antall legeårsverk i kommunene med 19 %, mens antall legeårsverk i sykehusene økte med 27 %.

Rekrutteringsutfordringer og årsakene er nasjonale og sammensatte og viser at økonomiske insentiver ikke er nok til å løse rekrutteringsutfordringen. Karmøy kommune må derfor satse på et bredt spekter av tiltak for å bli en attraktiv kommune for legene.

Det må vurderes økonomiske, faglige og organisatoriske tiltak som styrker legetjenesten og fastlegeordningen for å erstatte leger som slutter og øke antall leger i kommunen. Selv om kommunen skulle innføre forsterkede økonomiske rekrutteringstiltak i framtiden, vil faglige og organisatoriske virkemidler erfaringsvis være av større betydning for å klare å rekruttere leger. Ved å satse på store og robuste fagmiljø, store legesentre, differensierte driftsmodeller, egen sykehjemsmedisin og samle ressursene i en legevakt for kommunen vil dette tilsammen utgjøre være positive rekrutteringstiltak.

Tiltak som må vurderes

- Karmøy kommune må satse på å utvikle store, robuste fagmiljø for legene i kommunen, som fastlege, i sykehjem og på legevakt.
- Karmøy kommune må samle ressursene i en stor, robust interkommunal legevakt med godt fagmiljø og høy kompetanse.
- Fortsatt satsing på egne sykehjemsleger i full stilling.
- Vurdere å tilsette egne helsestasjonsleger i full stilling.
- Felles utlysning av ledige legestillinger/legehjemler i kommunen for eksempel annenhver måned, uansett type stilling.
- Det er søkt om å øke antall LIS1 fra 3 til 5.
- Opprette 0-hjemler ved de større legesentrene der befolkningen tilsier behov.
- Vurdere å opprette kommunale ALIS fastlønnsstillinger tilknyttet private legesentre for å omgjøre til privat praksis etter endt ALIS utdanning.
- Vurdere å opprette ytterlige et kommunalt legesenter.
- Benytte statlige tilskuddsmidler som ALIS næring og ALIS fastlønn. Det mottas tilskudd for hver lege i spesialisering på 300 000, med en egenandel på 60 000. Leger i ALIS næring får overført tilskuddet og dekker egen spesialisering. Tilskudd for ALIS fastlønn dekker deler av kostnad til spesialisering i fastlønnsdrift.
- Oppfølging av spesialistløpet til LIS1 og ALIS.
- Søknader fra leger i næringsdrift som ønsker å arbeide etter 70 år, ses positivt på og behandles ut fra utarbeidede rutiner.
- Vurdere tilskudd opp til 1000 pasienter for 0-liste (Nasjonale føringer gir støtte til 500 pasienter i 2 år).
- Vurdere tilskudd på 200 000 til lege som starter i hjemmel i privatpraksis og driver denne i 3 år.
- Vurdere gjenkjøpsgaranti av hjemmel i 3 år.

Rådmannens vurdering og konklusjon

Rekrutteringsutfordringer og årsakene er nasjonale og sammensatte og viser at økonomiske insentiver ikke er nok til å løse rekrutteringsutfordringen. Karmøy kommune må derfor satse på et bredt spekter av tiltak for å bli en attraktiv kommune for legene til beste for innbyggerne i

kommunen. Rådmannen mener at tiltak i Karmøy må ses i sammenheng med statlige tiltak. En stor nasjonal utfordring vil kreve nasjonale tiltak ut fra videreføring av nasjonal handlingsplan for legetjenesten. Karmøy kommune kan ikke alene løse den såkalte fastlegekrisen. Det er heller ikke gunstig med en overbudspolitik mellom nabokommuner.

Det må vurderes økonomiske, faglige og organisatoriske tiltak som styrker legetjenesten og fastlegeordningen for å erstatte leger som slutter og øke antall leger i kommunen. Selv om kommunen skulle innføre forsterkede økonomiske rekrutteringstiltak i framtiden, vil faglige og organisatoriske virkemidler erfaringsvis være av større betydning for å klare å rekruttere leger. Ved å satse på store og robuste fagmiljø, store legesentre, differensierte driftsmodeller, egen sykehjemsmedisin og samle ressursene i *en* legevakt for kommunen vil dette tilsammen utgjøre positive rekrutteringstiltak.

Rådmannen ønsker å foreslå at det arbeides videre med tiltakene i listen over. Enkelte av tiltakene er under arbeid, mens flere av tiltakene må utredes nærmere. For tiltak som har budsjettmessige konsekvenser vil det bli lagt fram sak til politisk behandling.

Vedlegg:

Innspill rekrutteringstiltak fra legeforeningen januar 2022

**Saksbehandler:** Siv Anita Lilleskog**Kommunedirektør/rådmann:** Vibeke Vikse Johnsen

Saksnr.	Utvalg	Møtedato
013/22	Eldrerådet	15.03.2022
	Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne	
014/22	Hovedutvalg helse og omsorg	16.03.2022
	Formannskapet	
	Kommunestyret	

Status - Oppfølging av Plan for leve hele livet i Karmøy

Rådmannens forslag til vedtak:

Kommunestyret tar saken om statusbeskrivelse i arbeidet med planen «Leve hele livet» til orientering.

Saksutredning

Hovedutvalg helse- og omsorg ba i møtet den 16.02.2022 om en oppdatering av status i forhold til arbeidet med tiltakene i Plan for leve hele livet i Karmøy.

Pandemisituasjonen har gjort det vanskelig for kommunen å opprettholde planlagt oppstart og framdrift i arbeidet med tiltakene i planen. Av den grunn er flere tiltak utsatt, men vil bli jobbet med utover reformperioden. Status for tiltakene ligger som vedlegg til saken.

Regjeringen har besluttet å forlenge reformperioden med et år, ut 2024.

Rådmannens konklusjon

Kommunestyret tar saken om statusbeskrivelse for arbeidet med Plan for leve hele livet i Karmøy til orientering.

Vedlegg:

Oppfølging av tiltak - Leve hele livet

**Saksbehandler:** Tor-Einar Sandvik**Kommunedirektør/rådmann:** Vibeke Vikse Johnsen

Saksnr.	Utvalg	Møtedato
014/22	Eldrerådet	15.03.2022
	Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne	
	Karmøy ungdomsråd	
040/22	Hovedutvalg teknisk og miljø	15.03.2022
011/22	Hovedutvalg helse og omsorg	16.03.2022
	Formannskapet	
	Kommunestyret	

Interkommunal legevakt

Rådmannens forslag til vedtak:

1. Kommunestyret vedtar at det opprettes en interkommunal legevakt på Raglamyr som skal dekke hele kommunen.
2. Kommunestyret vedtar at budsjett for P526 – Beredskapssenter, lege og brann, blir økt fra 151,7 mill. kroner til 167,2 mill. kroner. Økningen innebærer at budsjettdelen for interkommunal legevakt økes fra 38,2 mill. kroner til 53,7 mill. kroner. Vedtatt budsjettøkning innarbeides ved rullering av investeringsbudsjett 2023-2032.
3. Rådmannen bes om å gå i dialog med Haugesund og Sveio kommuner om en eventuell tiltredelse i samarbeidet, samt med Helse Fonna om lokasjon av ambulansestasjon.
4. Kommunestyret gir Rådmannen fullmakt til å inngå intensjonsavtaler og avtaler med samarbeidende kommuner.

Saksutredning

Sammendrag

Kommunene på Haugalandet står overfor store utfordringer i forhold til rekruttering av leger. Ut fra nasjonale signaler antas det at dette er en utfordring som vil bli større i tiden fremover. Med dette som bakteppe må en derfor finne løsninger slik at en i største mulig grad kan redusere risikoen med økte rekrutteringsproblemer. Et felles tiltak for kommunene er etablering av en fremtidsrettet interkommunal legevakt.

Etablering av en interkommunal legevakt (IKLV) for kommunene Karmøy, Tysvær og Bokn vil gi et godt fagmiljø innen akuttmedisin og beredskap. I forhold til en kommunal legevakt i Karmøy vil en interkommunal legevakt ha flere leger og sykepleiere på vakt samtidig, noe som vil styrke det faglige miljøet. Erfaringsvis ønsker yngre leger et større faglig felleskap, spesielt ved akuttmedisinske oppgaver. Samarbeidet vil gi en lavere vaktbelastning for legene og vil trolig styrke rekrutteringen av fastleger til alle kommunene i samarbeidet. En interkommunal legevakt på Raglamyr vil gi en

framtidens rett og likeverdig legevaktløsning for Karmøy kommunes innbyggere og vil bidra til en vesentlig bedre rekruttering av leger til kommunene.

Legevaktdelen av beredskapsbygget er planlagt så stort at det er mulighet for at Haugesund og Sveio kommuner å slutte seg til det interkommunale samarbeidet ved et senere tidspunkt. En interkommunal legevakt for hele regionen ville gi en ubetinget positiv effekt på rekrutteringen av leger for alle kommunene. I tillegg vil det gi stordriftsfordeler organisatorisk og økonomisk.

Rådmannens foretrukne alternativ er en ren interkommunal legevakt på Raglamyr uten underavdeling. Alternativet gir det beste potensialet for rekruttering av fastleger til kommunene og har den laveste kostnaden, og vil derfor gi den beste utnyttelsen av ressursene. Alternativet gir mulighet til å etablere en regional interkommunal legevakt for hele Haugalandet.

Fra denne anbefalingen er det utarbeidet en konseptstudie over en interkommunal legevakt på Raglamyr. Arbeidet med konseptstudien med interkommunal legevakt er gjort i samarbeid med representanter fra dagens legevakt i Åkrehamn, samt hovedverneombud. Konseptstudien konkluderer med at tomt på Raglamyr er egnet til formålet.

Vedtatt budsjettamme for Beredskapssenter, lege og brann viser en netto investeringsramme på 151,7 mill. kroner, hvor ny interkommunal legevakt har en ramme på 37,4 mill. kroner. Prosjektet er i rød fase – behov og konseptutvikling. Avsatt budsjettamme er basert på svært usikre tidligestimater.

Oppdatert kostnadsestimat viser følgende nye estimat: 53,7 mill. kroner inklusive moms. Det nye estimatet utgjør en økning på 15,5 mill. kroner.

Fremdriftsplan viser en ferdigstilling september 2024, dette forutsetter at det ikke oppstår uforutsette hindringer og forsinkelser.

Anbefalt modell vil gi en økt driftskonsekvens (DKI) for Karmøy kommune på 2.588.000 kroner per år.

Bakgrunn for saken

Tilbake til 2015 og 2016 henholdsvis i sak 29/15 og 91/16 ble det vedtatt at det skulle etableres en interkommunal legevakt med mulighet for kommunal øyeblikkelig hjelp døgnopphold på Raglamyr, hvor Karmøy kommune er vertskommune. Dette var en tomt som også kunne gi plass for brann og redning, ambulanse samt mulighet for andre interkommunale fellesfunksjoner.

Dette gav mandat for utarbeidelse av en behovsmelding i 2017, samt en konseptstudie i 2019. På oppdrag fra Karmøy kommune ble det gjennomført en konseptstudie for beredskapssenter med samlokalisert interkommunal legevakt, ambulansetjeneste og Haugaland Brann og redning. Det ble også sett på et løsningsalternativ der ambulansetjenesten ikke inngikk i prosjektet. Det ble konkludert med at avsatt tomt på Raglamyr, øst for fylkesvei 47 egnet seg for formålet, og at et beredskapssenter for de tre tjenestene kunne oppføres på tomta. En kunne oppnå en effektiv bruk av tomten som ivaretar de tre tjenestenes behov ved å bygge en bygning på to etasjer.

Kommunene på Haugalandet (Haugesund, Tysvær, Bokn, Sveio, Utsira og Karmøy) hadde siden høsten 2013 vært sammen om en utredning av interkommunal legevakt. En interkommunal legevakt skulle samle lege- og sykepleiekompetanse i et større fagmiljø. I 2019 trakk kommunene Haugesund, Utsira og Sveio seg fra samarbeidet.

Spesialisthelsetjenesten (Helse Fonna) har ambulansestasjoner på Karmøy og i Haugesund, begge er samlokalisert med legevakt. Samlokalisering er et uttalt mål for Helseforetaket og for kommunene, og dette begrunnes med en samdriftsgevinst for både ambulansetjenesten og legevakt i forhold til blant annet utrykning, faglig utvikling samt å kunne utnytte felles arealer som ambulansestasjonen er påkrevd å ha tilgjengelig for sine ansatte. Dermed ønsker ikke Helse Fonna å flytte sin ambulansestasjon til Raglamyr før det blir enighet om en

samløkalisering av legevakt mellom kommunene Karmøy og Haugesund, og har dermed lagt sine planer på hold.

En interkommunal legevakt på Raglamyr for Tysvær, Bokn og Karmøy vil ha et svekket befolkningsgrunnlag i forhold til utgangspunktet der også Haugesund og Sveio deltok. Forutsetningene for planlegging av bygg og etablering av drift er endret og det er på bakgrunn av dette også utredet alternativer til legevakt for Karmøy kommune.

Saks- og faktaopplysninger

Interkommunal legevakt på Raglamyr

Denne modellen vil gi felles legevaktstjenester for Karmøy, Tysvær og Bokn som til sammen har et innbyggertall på 54.000. I tillegg vil det gis avgrensa legevakttilbud, i hovedsak betjening av legevaktsentral, til kommunene Vindafjord, Etne, Sauda og Suldal (omtalt som VESS kommunene). Beredskapsbygget og legevaktlokalene vil være spesialtilpasset for formålet. Det er planlagt for framtidige behov og laget mulighet for smitte/pandemimottak. Lokalenes utforming og størrelse gir også mulighet til å gi tjenester til Haugesund, Sveio og Utsira dersom de ønsker å slutte seg til samarbeidet ved et senere tidspunkt.

Legevakten vil være samlokalisert med brann og redning. Ambulansetjenesten vil fortsatt ha lokasjon ved Haugesund legevakt. Et fortsatt godt samarbeid med ambulansetjenesten vil gi hyppig kontakt med legevakten i forbindelse med pasienttransport og akuttmedisinsk arbeid.

I legevaktsamarbeidet med alle kommunene på Haugalandet var målet en felles legevakt for kommunene Haugesund, Karmøy, Tysvær, Sveio, Bokn, Utsira og VESS kommunene. Dette er det mest framtidsrettede alternativet. Med en etablering av en interkommunal legevakt på Raglamyr for Karmøy, Tysvær og Bokn er visjonen fortsatt å få samlet alle kommunene til en felles legevaktstjeneste for regionen. Dette ville medført at ambulansetjenesten også trolig blir samlokalisert, og det er blitt gitt signaler om at en ønsker å gå i dialog for å få til en samlokasjon. Det ville gitt et helhetlig beredskapsbygg for regionen. Det er per i dag ny dialog med administrasjonen i Haugesund kommune, og det er ønske fra begge kommunene om en videre dialog om samarbeid.

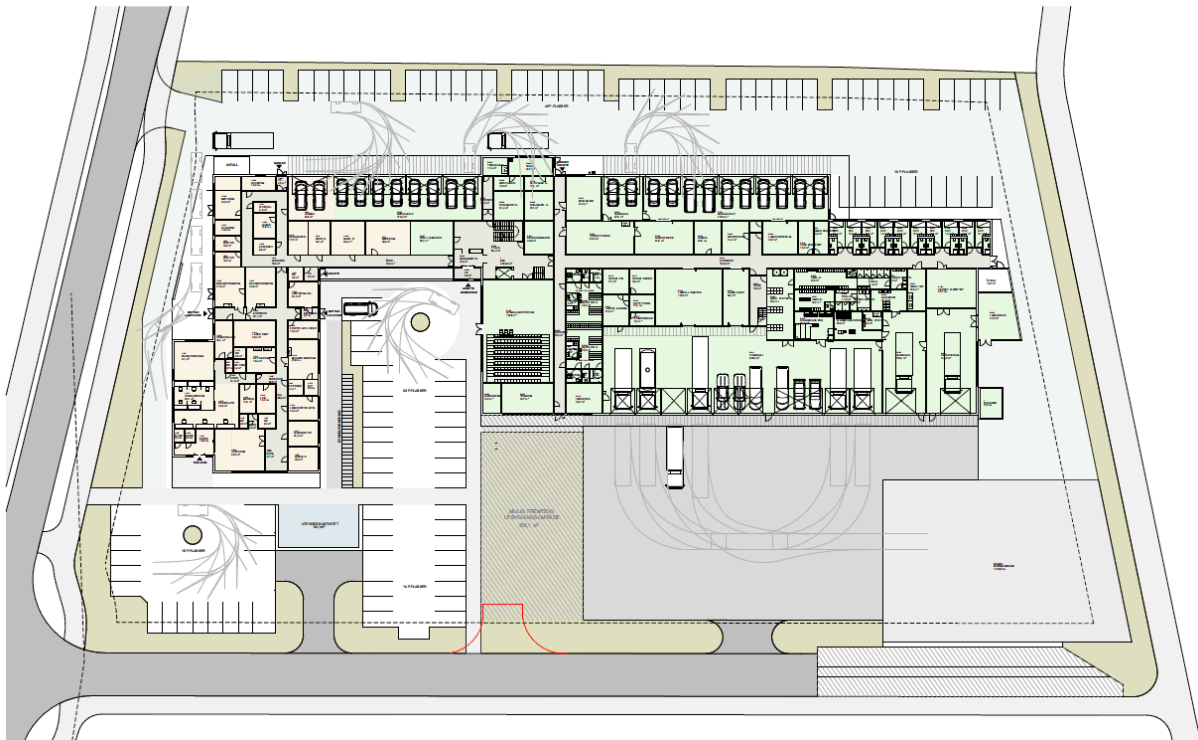
For interkommunal legevakt på Raglamyr er det utarbeidet konseptstudie med rom- og funksjonsskjema. Den baserer seg på konseptstudien for de seks samarbeidskommunen før Haugesund og Sveio trakk seg fra samarbeidet. Arbeidet med revidering av konseptstudiet for interkommunal legevakt inneholder rom og funksjonsskjema, og er gjort i samarbeid med representanter fra dagens legevakt i Åkrehamn, samt hovedverneombud i Karmøy kommune. Konseptet er bearbeidet av arkitekt og er ikke endelig, men det viser at alle funksjoner kan plasseres innenfor bygningskroppen og at funksjonene kan plasseres på et hensiktsmessig vis med tanke på drift av legevakten.

Premisser for bygging av en interkommunal legevakt på Raglamyr:

- Interkommunal legevakt bygges som del av beredskapsbygg på Raglamyr og kan bygges samtidig eller som fase to i bygging av hovedbrannstasjon.
- Interkommunal legevakt skal dekke behovet for kommunene Karmøy, Tysvær og Bokn. I tillegg skal den dimensjoneres for å kunne takle en kapasitetsøkning om kommunene Haugesund, Utsira og Sveio velger å knytte seg til samarbeidet.
- Bygg for interkommunal legevakt skal dimensjoneres for en utvidelse av 2.etg. Her kan det være mulighet for å etablere interkommunal øyeblikkelig hjelp avdeling og/eller andre aktuelle interkommunale samarbeidsfunksjoner.
- Bygget må plasseres slik på tomta at Helse Fonna skal kunne etablere ambulansestasjon i tilknytning til Beredskapssenteret ved et senere tidspunkt.
- Karmøy kommune, helse og omsorgsetaten, vil dekke kostnader og benytte overskytende areal i bygget så lenge andre kommuner ikke slutter seg til samarbeidet.
- Alle kostnader knyttet til tomt, utbygging av lokaler, drift av lokaler og den medisinske

driften er medtatt i kostnadsestimatet.

Arealet på konseptstudiet er lagt til et minimum, hvor de nødvendige funksjonene er løst. Arealet for IKLV er på 1111m², hvorav 55m² er garasje. I tillegg er det satt av 100m² for tekniske rom i kostnadsestimatet.



Figur 1: Oversiktstegning konseptstudie. Lokalene som er merket lys gul planlagt for legevakt, lokaler som er merket grønn er brannstasjon

Legevakten er delt opp i fire hoveddeler. Den første er publikumsområdet, som pasientene kommer til når de kommer til legevakten, med entré, sluser og venterom. Den andre er ekspedisjon, operatørrum og legekontorer som ligger i tilknytning til venterom. Mesteparten av pasienthåndtering, aktivitet og konsultasjoner foregår i disse områder. Den tredje delen er noe skjermet fra publikumssonen, med skadestue, observasjonsrom og ulike behandlingsrom, ambulansemottaket og skjermet mottak. Den fjerde sonen er en personal- og administrative sone med ansattinngang, garderober, kontorer, møterom og sove-/hvilerom.

På bakgrunn av de siste års pandemi, har det også planlagt for et eget pandemimottak. Dett er løst ved at administrativ sone med få grep kan omgjøres til pandemimottak. For øvrig vises det til vedlegg 2 for konseptet for interkommunal legevakt på Raglamyr.

Det er gjort en grundig gjennomgang for å avdekke de risikoene prosjektet er eksponert for. Disse kan kort deles inn i organisatoriske og tekniske risikoer. Det er utført en vurdering av risikoene, og gjort tiltak for å kartlegge omfang og begrense disse.

På nåværende tidspunkt er det ikke signert intensjonsavtaler mellom Karmøy kommune og de andre kommunene. Også for de resterende samarbeidskommunene må det gjøres vedtak om samarbeidet. Inntil disse vedtakene er gjort vil Karmøy kommune stå for risikoen med prosjektet. Dette må avklares før prosjektet legges ut for offentlig anskaffelse.

Vedtatt budsjett for P526 – Beredskapssenter, lege og brann, er på 151.710.000 kroner, hvor den delen som gjelder ny interkommunal legevakt utgjør 38.238.000 kroner. Samtidig som prosjektet har endret karakter og omfang er det behov for en oppdatert kostnadsramme.

Oppdatert kostnadsestimat viser følgende nye estimat: 53.748.750 kroner inklusive moms. Det nye estimatet utgjør en økning på 15.510.750 kroner. Denne økningen er et resultat av følgende faktorer:

- Handlingsplanen har kuttet i rammene til Beredskapssenteret.
- Det siste året har vi opplevd unormalt høy prisstigning.

Basert på oppdatert kostnadsestimat vurderes vedtatt budsjettramme som urealistisk.

Det er utarbeidet en overordnet fremdriftsplan for prosjektet. Fremdriftsplan viser en ferdigstilling høsten 2024. Følgende hovedmilepæler er satt:

- Politisk behandling i løpet av april 2022
- Oppstart prosjektering juni 2022
- Utlysning av konkurranse og rammetillatelse januar 2023
- Oppstart bygging april 2023
- Ferdigstilling og driftsstart september 2024

Samarbeidet er organisert etter vertskommunemodellen, hvor Karmøy kommune tar på seg å drifte den interkommunale legevakten, og belaster deltagerkommunene for å delta, basert på befolkningsgrunnlag. Utgifter til forvaltning, forsikring, drift og vedlikehold av den interkommunale legevakten vil i første omgang bli bekostet av Karmøy kommune, men skal årlig fordeles mellom samarbeidende deltagerkommuner som Karmøy kommune er vertskommune for.

For den interkommunale legevakten skal samarbeidskommunene betale for at vi er vertskommune, men store deler av kostnadene belastes Karmøy kommune da vi er den største kommunen. Dagens kostnad for legevaktjenester i Karmøy kommune 21.075.000 kroner.

Årlige driftskostnader for den nye legevakten er estimert til 888.819 kroner, dette inkluderer renhold, energiforbruk, forsikring, vaktmester og forvaltning. Videre er det beregnet en sum på 2.221.645 kroner som er kapitalutgifter for bygg og tomt. Premissene som er lagt til grunn er nedbetaling over 50 år, med en rente på 2,80 %. Rentestørrelsen som anvendes er den forskriftsfastsatte kalkylerenten for selvkost, dvs. 5 årig swaprente med et tillegg på ½ prosentpoeng. Kalkylerenten er ikke statisk, og den følger utviklingen i rentemarkedet. Rådmannen har i saken lagt til grunn en noe høyere kalkylerente enn tidligere. I 2021 ble kalkylerenten på 1,96 %, mens gjennomsnittlig kalkylerente for fem årsperioden 2017-2021 har vært 2,00 %.

Videre er det lagt inn lønnskostnader for sykepleiere, leger, samt driftskostnader knyttet til den medisinske virksomheten. Videre beregnes det et tillegg på 5 % administrasjonskostnader. Disse kostnadene skal dekke kostnader ved regnskapsføring, utlønning og andre administrasjonsutgifter, og fordeles mellom Karmøy, Tysvær og Bokn. Til slutt er dagens kjøp av legevaktjenester hos Haugesund kommune trukket fra, samt den estimerte reduksjonen i driftskostnader den nye interkommunale legevakten vil føre til på dagens legevakt på Åkrehamn. Estimerte årlige kostnader blir dermed 23.663.000 kroner. Endring i DKI for Karmøy kommune blir dermed en økning på 2.588.000 kroner per år.

Kommune	Kostnad ny IKL fordelt på innbyggertall. (-)	Interkommunal legevakt inkl adm.kostnader	Leiekostnader og drifting av bygg	Ny Total	Differanse IKS vs dagens ordning
Karmøy	20 900 956	340 000	2 421 989	23 662 945	2 587 945
Tysvær	5 517 319	180 000	639 343	6 336 663	1 511 910
Bokn	423 992	60 000	49 132	533 123	-42 377
VESS kommunene	0		0	0	0
Sum	26 842 267	580 000	3 110 464	30 532 731	4 057 478

Tabell 1: DKI Interkommunal legevakt uten underavdeling

Alternativer for interkommunal legevakt på Raglamyr

Alternativ med underavdeling på Åkrehamn vil være lik konseptet over for samarbeids-kommunene, men Karmøy kommune vil i tillegg opprette en underavdeling i Åkrehamn. Underavdelingen vil gi legevaktstjenester til innbyggere på sør-Karmøy (16.000 innbyggere) i deler av døgnet (hverdager kveld og helg dag og kveld).

Dette vil gi totalt 36 vakter ekstra pr måned og en vaktbelastning for Karmøylegene på 6,1 vakter pr lege pr måned (hovedstasjon og underavdeling). Det vil føre til økt belastning for Karmøy kommune sine fastleger, og kan gi betydelig negative konsekvenser for fremtidig rekruttering av fastleger.

Underavdelingen i Åkrehamn vil gi en ekstra driftskostnad på 2,7 mill. kroner. Den ekstra kostnaden bæres av Karmøy kommune. Dette gir ikke utslag for høyere kostnad per innbygger for de andre kommunene i samarbeidet. Dette vil ikke være en god utnyttelse av kommunens ressurser.

Interkommunal legevakt med underavdeling i Åkrehamn frarådes ut fra det faglige perspektivet, rekrutteringshensyn og økonomiske vurderinger.

Dersom vi ikke inngår et samarbeid om interkommunal legevakt, kan det i stedet bygge en ny legevakt på Karmøy, som betjener hele kommunens 42.000 innbyggere. Fagmiljøet vil bli noe økt i forhold til dagens bemanning på Karmøy legevakt. En kommunal legevakt vil ha en døgnbemanning av lege og sykepleier. Det vil være 1 lege på vakt hele døgnet. Det vil i tillegg være 1 lege i bakvakt på kveld og helg dag/kveld. Totalt vil 100 vakter måtte dekkes ut fra oppsatt vaktplan. Dette medfører 5 vakter pr fastlege pr måned.

En kommunal legevakt vil gi likeverdige legetjenester til hele kommunens befolkning. Lokalisering på Vea vil være sentralt for alle kommunens innbyggere. Innbyggerne på nord- Karmøy og fastlandssiden vil få noe lengre vei til legevakten, mens for midt og sør-Karmøy vil det gi en tilsvarende tilgjengelighet som i dag. Driftskostnaden for alternativet er på 24,7 mill. kroner og er det nest rimeligste alternativet.

Alternativet anbefales ikke av rådmannen på bakgrunn av den høye vaktbelastningen og utfordringer med å rekruttere fastleger til kommunen. Rådmannen ser likevel at dette alternativet kan være aktuelt og vurderes som det nest beste alternativet. Dersom det ikke vedtas en interkommunal legevakt på Raglamyr (uten en underavdeling), er dette alternativet å foretrekke.

Til sist er det vurdert et alternativ med en to-delt legevaktordning. Alternativet tilsvarer dagens legevaktordning og forutsetter at Karmøy kommune fortsetter å kjøpe legevaktstjenester av Haugesund kommune. Det vil være en ulik legevaktstjeneste for kommunens befolkning. Innbyggere på nord Karmøy og fastlandssiden vil fortsatt ha legevaktstjenester ved Haugesund legevakt. Dette gjelder alle innbyggere nord for Bøkrossen. Innbyggere på midt- og sør-Karmøy vil fortsatt få legevaktstjenester fra Karmøy legevakt i Åkrehamn.

I en todelt ordning vil fastlegene som er lokalisert til fastlandssiden fortsatt ha vaktplikt ved Haugesund legevakt og antall vakter vil avhenge av hvor mange leger som deltar i legevaktordningen der. Ut fra inngått avtale med Haugesund kommune i 2018 hadde hver lege 4,3 vakter pr måned ved avtaleinngåelse.

Alternativet gir en høyere vaktbelastning for fastlegene enn en interkommunal legevakt og dermed en risiko for at kommunen fortsatt vil oppleve dårlig rekruttering til fastlegetjenesten i Karmøy. Dette kan gi en legevakt med dårligere kvalitet for befolkningen i Karmøy i framtiden.

Årlige driftskostnad for Karmøy kommune vil utgjøre 26,9 mill. kroner. Dette inkluderer drift av

Karmøy legevakt og avtale med Haugesund legevakt. Kostnaden er utarbeidet ut fra dagens avtale med Haugesund kommune. Økonomisk er dette alternativet med høyest årlig kostnad.

Konklusjonen er at dette alternativet ikke anbefales ut fra det faglige perspektivet, rekrutteringshensyn og økonomiske vurderinger.

Beredskap

Med en interkommunal legevakt på Raglamyr vil fagmiljøet bli økt i forhold til dagens bemanning på Karmøy legevakt. Legevakten vil ha 2 leger tilstede hele døgnet, sammen med sykepleiere. Det vil bli økt kapasitet på ettermiddag/kveld med 2 leger i vakt, slik at ventetid fortsette vil være lav ved at det fortsatt vil praktiseres timebestilling. Økt kapasitet på legesiden gir korte ventetider. Med 2 leger i vakt vil det også bli mindre ventetid ettersom den ene legen kan ta seg av utrykninger. Fastleger vil delta i vaktordningen på kveld, natt og helg. På dagtid i hverdagene benyttes det fast tilsatte leger. Det er også mulighet til å prøve ut fast tilsetning av fastleger på kveld, natt og helg i en vaktordning. Det vil ikke være behov for bakvakt for leger som ikke er spesialister eller fyller kompetansekravene til selvstendig arbeid.

Det vil være 2-4 sykepleiere på vakt gjennom døgnet, total 13,2 årsverk/uke.

En interkommunal legevakt bestående av Tysvær, Bokn og Karmøy vil til sammen ha 41 fastleger som har vaktplikt. For tiden har 11 av dem fritak fra legevakt av ulike grunner. I tillegg benytter kommunene sykehusleger og andre vikarleger inn i legevaktordningen. Vikarlegene har ingen vaktplikt.

En interkommunal legevakt på Raglamyr kan gi økte rekrutteringsmuligheter av vikarer fra sykehus og andre institusjoner.

Ut fra oppsatt bemanningsplan skal 128 vakter dekkes på kveldstid, natt og helg, der fastlegen har vaktplikt. Dette vil gi en vaktbelastning på 4,3 vakter pr måned for hver av fastlegene i samarbeidet.

Samlokasjon med brann og redning vil gi potensiale for øvelser og økt samarbeid. Det er en ulempe at legevakten ikke blir samlokalisert med ambulanse, noe som er anbefalt av NKLM (nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin). Selv om ambulansetjenesten ikke vil være samlokalisert med legevakten, vil et tett samarbeid i det daglige og planlagte øvelser med alle beredskapsaktører gi en god akutt beredskap for kommunene. Det vil gi god mulighet til samhandling, øvelser og samarbeid mellom aktørene i den akuttmedisinske kjede og med brann og redning.

Det kan være en risiko for at ambulanseberedskapen kan svekkes på øya ettersom ambulanse vil få flere langturer til og fra legevakten på Raglamyr. Ved at ambulansen er borte fra øya kan dette få negative konsekvenser for akutte ambulanseoppdrag lenger sør på Karmøy. På den annen side vil ambulanse fra Haugesundstasjonen hente personer fra legevakten som skal til sykehuset, noe som sparer oppdag for Karmøy-ambulansene som utfører oppdragene i dag. Det er ambulansetjenesten som vil måtte vurdere beredskapen og logistikken på ambulansebilene slik at beredskapen på Karmøy blir tilfredsstillende ivarettatt.

Ved at den interkommunale legevakten ikke blir samlokalisert med ambulansetjenesten vil det planlegges med en legevaktbil med utrykningsstatus og personell som har utrykningssertifikat slik at legen når hendelsesstedet samtidig med ambulansen.

Mer detaljer beskrivelse av beredskap, samt beredskap for øvrige alternativer er beskrevet i vedlegg 1.

Vurdering

Etablering av en interkommunal legevakt for Tysvær, Karmøy og Bokn på Raglamyr vil gi et godt

fagmiljø innen akuttmedisin og beredskap. I forhold til en kommunal legevakt i Karmøy vil en interkommunal legevakt ha flere leger og sykepleiere på vakt samtidig, noe som vil styrke det faglige miljøet. Erfaringsvis ønsker yngre leger et større faglig felleskap, spesielt ved akuttmedisinske oppgaver. Det er en ulempe at det ikke er samlokasjon med ambulansetjenesten. Samarbeidet vil gi en lav vaktbelastning for legene og vil trolig styrke rekrutteringen av fastleger til alle kommunene i samarbeidet.

En lokalisering på Raglamyr vil være en sentral plassering for alle samarbeidskommunene. Det vil være nærhet til befolkningen på nord- Karmøy og fastlandssiden i Karmøy. Det vil medføre en lengre avstand til legevakt for innbyggere på sør-Karmøy. Legevakten vil ha en nærhet til sykehuset som medføre at hele befolkningen i Karmøy vil oppleve å kjøre i riktig retning til legevakt med tanke på en eventuell sykehusinnleggelse. Vaktapoteket er i dag også lokalisert i Haugesund.

Alternativet gir redusert tilgang til legetjenester på øy-siden på bakgrunn av evt. stengt tunnel og/eller bro. Dette er en situasjon som er meget sjelden, og regnes ikke som en reell utfordring. Ved behov i krisesituasjoner er det mulighet for å etablere alternativ legeberedskap på øya i kommunale bygg. Lokaliseringen av tre akutt-medisinske enheter i nær geografisk avstand (Helse Fonna, Haugesund legevakt, interkommunal legevakt på Raglamyr) reiser spørsmålet om det er en god fordeling av de akuttmedisinske ressursene i regionen.

En interkommunal legevakt på Raglamyr vil gi en framtidsrettet og likeverdig legevaktløsning for Karmøy kommunes innbyggere og vil bidra til en vesentlig bedre rekruttering av leger til kommunene. Ingen innbyggere i Karmøy kommune vil få en reiseavstand på over 40 minutter, som er gitt som veiledende avstand fra kompetansesenter for norsk legevaktmedisin. Avstanden til den interkommunale legevakten er derfor forsvarlig og akseptabel ihht. anbefaling fra Norsk kompetansesenter for legevaktmedisin.

En interkommunal legevakt (IKLV) på Raglamyr gir et potensiale for å kunne få en regional legevakt og samle alle beredskapsfunksjoner for alle kommuner på Haugalandet i framtiden. Legevaktdelen av beredskapsbygget er planlagt så stort at det er mulighet for at Haugesund og Sveio kommuner å slutte seg til den interkommunale samarbeidet ved et senere tidspunkt. En interkommunal legevakt for hele regionen ville gi en ubetinget positiv effekt på rekrutteringen av leger for alle kommunene. I tillegg vil det gi stordriftsfordeler organisatorisk og økonomisk.

Lokaliseringen er sentral ut fra befolkningstettheten i samarbeidskommunene.

Alternativet gir det beste potensialet for rekruttering av fastleger til kommunene og har den laveste kostnaden, og vil derfor gi den beste utnyttelsen av ressursene. Alternativet gir mulighet til å etablere en regional interkommunal legevakt for hele Haugalandet.

Rådmannens konklusjon

Etter en helhetsvurdering av konseptstudien på Raglamyr og en presentasjon av de alternative modellene, er rådmannens innstilling at Interkommunal legevakt på Raglamyr uten en underavdeling på Åkrehamn er den beste løsningen for Karmøy kommune. En slik løsning vil ivareta behovet for en ny legevakt for Karmøy kommune, den vil styrke det faglige miljøet, samt være et tiltak for sikre rekruttering av kompetanse.

Vedlegg:

Vedlegg 1 - Alternative legevaktordninger for Karmøy kommune

Vedlegg 2 - IKLV Raglamyr



Saksbehandler: Elin Vikene

Kommunedirektør/rådmann: Vibeke Vikse Johnsen

Saksnr.	Utvalg	Møtedato
015/22	Eldrerådet	15.03.2022

Samlesak for referatsaker

Underliggende saker:

004/22, Årsmelding 2021 for Pasient- og brukerombudet i Rogaland.



Saksbehandler: Lene Yvonne Kvilhaug

Kommunedirektør/rådmann: Vibeke Vikse Johnsen

Saksnr.	Utvalg	Møtedato
002/22	Hovedutvalg helse og omsorg	16.03.2022
	Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne	
004/22	Eldrerådet	15.03.2022

Årsmelding 2021 for Pasient- og brukerombudet i Rogaland.

Vedlegg:

Årsmelding-2021-Rogaland

POBO Nasjonal årsmelding 2021 (002)



KARMØY KOMMUNE

Dato: 09.03.2022

Arkivsak-ID.: 22/2171

JournalpostID: 22/15883

Saksbehandler: Elin Vikene

Kommunedirektør/rådmann: Vibeke Vikse Johnsen

Saksnr.	Utvalg	Møtedato
016/22	Eldrerådet	15.03.2022

Samlesak for spørsmål