

# ÅRSMELDING

for



SYS IKL

SUNNFJORD OG YTRE SOGN INTERKOMMUNALE LEGEVAKT

**Driftsåret 2012**

**Årsmelding  
Årsrekneskap  
Revisjonsrapport**

# INNHALD:

<u>ÅRSMELDING</u> .....	1
<u>1.0 Innleiing:</u> .....	3
<u>2.0 Generelt</u> .....	5
<u>3.0 Organisasjon:</u> .....	5
<u>3.1 Organisasjonskart SYSIKL:</u> .....	5
<u>3.2 Medlemer i styrande organ:</u> .....	6
<u>4.0 Lover, forskrifter og føringar.</u> .....	6
<u>5.0 Målsetting / oppgåver:</u> .....	7
<u>6.0 Måloppnåing:</u> .....	7
<u>7.0 Personalsituasjon:</u> .....	9
<u>8.0 Statistikk</u> .....	11
<u>9.0 Økonomi:</u> .....	13
<u>10.0 Overgrepsmottak:</u> .....	13
<u>11.0 Vidare driftsmål:</u> .....	14
<u>12.0 Oppsummering:</u> .....	14
<u>13.0 Vedlegg</u> .....	15
<u>13.1 Årsreksneskap</u> .....	15
<u>13.2 Revisjonsrapport</u> .....	15

## 1.0 Innleiing:

*Underteikna byrja i stilling som legevaktsjef ved SYSIKL får 1. August 2012. Det første halvåret har eg nytta til å bli kjend med organisasjonen. Det har og vore mykje fokus på endeleg organisering av eit permanent overgrepsmottak for Sogn og Fjordane, og det har gått med aukande tid til arbeidet med å etablere interkommunale ØH-plassar.*

*Når det gjeld drifta av SYSIKL er det ein stor overgang etter å ha arbeidd som legevaktsjef og vaktlege i fleire år ved Alta Legevakt. Utfordringane er av anna karakter, og eg ser fleire områder som det lyt gripast tak i i tida som kjem. Legevakta har no vore operativ i tre år, og er nok komen over dei første innkøyringsvanskane. Det er utarbeidd gode interne rutinar, og mykje av det organisatoriske fungerer godt. Eg vil likevel fokusere mest på dei utfordringa eg ser, og vonar at det kan gje innspel til refleksjon over kva vi meiner SYSIKL skal være i framtida.*

- 1. Eit lågt tal av vaktene dekkast av regionens fastlegar, og talet kan sjå ut til å bli mindre. Tek ein med i berekninga at om lag 30 % av fastlegane i SYSIKL har fritak frå legevaktarbeid pga alder, så tek dei attverande fastlegane ein større del av sine vakte enn kva tala umiddelbart tilseier. Likevel må ein sei at det er uheldig at så mange vakter vært tekne av andre leger enn fastlegane. Legevakt bør være ein integrert del av fastleganes arbeide. Ein må rekne at erfarne fastlegar som kjenner distriktet er dei legane som er best egna til dette arbeidet. Fast kontakt med øyeblikkeleg hjelp medisiner og naudsynt for å halde oppe den reelle beredskapsevna blant fastlegane i regionen. Det er her viktig å få med at legane opprettheld øyeblikkeleg hjelp plikta på dagtid i dei enkelte kommunane, og av den grunn kan ein ikkje på bakgrunn av tala frå SYSIKL seie at legane heilt misser denne erfaringa.*

*Eg har snakka med mange av dei fastlegane som arbeider innanfor SYSIKL, og oppfatninga deira av kvifor dei tek relativt få vaktar står i stil med egne erfaringar som vaktlege her, og med det som vært tilbakemeldt frå andre interkommunale vaktamarbeid i landet. Trass i fordelane som ligg i færre vaktar, vært ulempene av fleire opplevd som større. Før var det 9 kommunar, og 9 legar på vakt. No er det ein region og 1 lege på vakt, for den same pasientpopulasjonen. Vaktlegane kjenner altså ikkje lenger det distriktet dei arbeider i som før, og dei har ansvaret for ei langt større gruppe med pasientar, i eit langt større geografisk område. Trass i eit mykje større vaktansvar har ein ikkje andre kollegar å spele på, og ein går nattevaktene utan hjelpepersonell unnateke helgane. Dette vært oppfatta som utrygt, og fagleg lite haldbart.*

*Ein annan måte å sjå problemet på er at det i 40 av vekas 168 timar er 36 legar på arbeide. I 128 av vekas timer er det ein lege på arbeid. Dette er då den kanalen som omtrent alle pasientkontaktar skal rettast. I periodar vært presset svært høgt, og det kan då lett bli utført dårlege vurderingar. Dette er ein hovudårsak til at legevaktene i landet er blant dei helseinstansane som opplever flest pasientklagar. Dette var og ei av årsakene til at legevaktarbeide vart kalla for "medisinsk høgrisosport" av professor Steinar Hunskaar i ein kronikk i Bergens Tidende 2. November 2012. Dette er ein situasjon som gjev dårlege signal både for rekruttering og stabilisering av legar til legevakt.*

*Ei anna problemstilling er stadig høgre generelt arbeidspress som fastlege, og mindre aksept for å vere borte frå ordinært fastlegearbeide på dagtid, noko ein som oftast må gjere dag etter vakt ved SYSIKL.*

*Eg vil understreke at det ikkje er grunnlag for å kritisere turnus- og vaktlegane som ofte er å treffe på legevakta. Vikarlegane er oftast røynde legar med lang fartstid frå distriktet, og gjer ein god jobb. Vakterfaring er også ein viktig del av turnustenesta, så lenge det er gode arbeidsforhold for dei nyutdanna legane, då særleg tenker eg på sikker bakvaksordning. Dette ansvaret ligg på kvar enkelt kommune å organisere i forhold til sin eigen turnuslege.*

*2. Lite hjelpepersonell på vakt. Det er naudsynt for legevaktlegen å kunne bruke si tid og energi på å stille rett diagnose og gje rett behandling til pasientane, ofte under stort tidspress. Hjelpepersonellet er her uvurderleg i all annan kontakt med pasientane, og for å hjelpe legen til å finne fram utstyr og anna som trengs i arbeidet. Legane er sjeldan på vakt, om dei følgjer sin turnus er det om lag ei vakt i månaden, i praksis er det færre når ein ser på statistikken over kven som tek vaktene. Det stabile personellet på ei legevakt vil alltid være hjelpepersonellet. Med så låg bemanning som vi har, har dei aller fleste av hjelpepersonellet låge stillingsbrøkar, og hovudarbeidsgivar er ikkje SYSIKL. Hjelpepersonell også til stade på natt vil gje ein langt tryggare arbeidssituasjon, og vil også kunne gje auka stillingsbrøkar, begge deler med positive ringverknader for legevakta.*

*3. Låg uttrykingsfrekvens på legevakt. I 2012 var om lag 0,5 % av konsultasjonane sjukebesøk. Det er godt dokumentert i norske forskingsarbeider at legevaktslege bør rykke ut på alle raude responsar (om lag 3-4 % av dei kontaktane som kjem til legevakta), og nok også på ein del gule responsar. Mykje tydar på at dette gir betre diagnostikk på staden, og reduserer "unødvendige" innleggingar på sjukehus, noko som skuldast at kring 75% av raude responsar visar seg å ha lågare responsgrad når lege har vurdert pasienten. Det aukar også akutt-kunnskapen og beredskapsevna til legevaktslegane. Ved SYSIKL er det i praksis vanskeleg å kunne rykke ut til anna enn situasjonar som oppstår heilt i nærområdet, grunna kun ein lege på vakt. Med ei betre legedekning ville utrykking kunne bli regelen i staden for unntaket, og ein ville også kunne rykke ut i langt større grad til hendingar langt unna vakta. I dei mest alvorlege tilfella skal Legehelikopter med anestesilege rykke direkte ut. Det er i dag heilt klårt eit overforbruk av denne tenesta (direkte tilbakemelding frå legar ved helikopteret), noko som svekker denne viktige beredskapen med auka risiko for samtidskonfliktar og feilprioriteringar.*

*4. Legevaktsentral. I dag dekkast denne tenesta av AMK ved Førde Sentralsjukehus. Om lag ¼ av pasientkontaktane er telefoniske. Med dagens løysing er det lang avstand mellom telefonoperatør og legevaktslege, og ofte vært ikkje legen tatt med i vurderinga av situasjonen. Erfaring tilseier at dette ofte gir betre vurdering av hasterespons og styring av ressursar, og mykje kan og løysast på telefon utan at det trengs konsultasjon. Vidare aukar det den faglege utfordringa og vidare kompetansen til hjelpepersonalet ved legevakta om dei har ansvaret for legevaktsentral. I 2013 innførast nasjonalt legevaktsnummer 116117, og det er ynskjeleg at ein på sikt kan få dette nummeret kanalisert til ein reell legevaktsentral, og ikkje AMK som no.*

*5. Areal. Dagens areal er svært knapt, og allereie for lite. Skal ein få til nokon som helst utvikling av legevakta vil det krevje eit langt større areal. SYSIKL er representert i arealplangruppa til Helse Førde der ein har fokus på dette behovet.*

*Dette er dei 5 viktigaste områda for utvikling slik eg ser det. Dette er ikkje unike utfordringar for SYSIKL, den same problematikken går igjen hjå mange legevakter i landet. Det er von om at ny akuttmedisinsk forskrift vil stille høgre krav til denne sentrale institusjonen i det norske helsevesenet. Denne forskrifta kjem til høyring sommaren 2013. Uansett kva innhaldet i forskrifta blir, er det naudsynt at både fagfolk og politikarar som har med legevaktsarbeid å gjere, ser behovet for ein velfungerande legevakt, og at ein er villige til å legge ned arbeide og ressursar for å få dette til.*

*Det er òg synergieffektar å hente når ein ser på dei ulike ønska ein har for samarbeidet: Legevakt, ØH-sengar og Legevaktsentral.*

*Øystein Furnes  
Legevaktsjef SYSIKL*

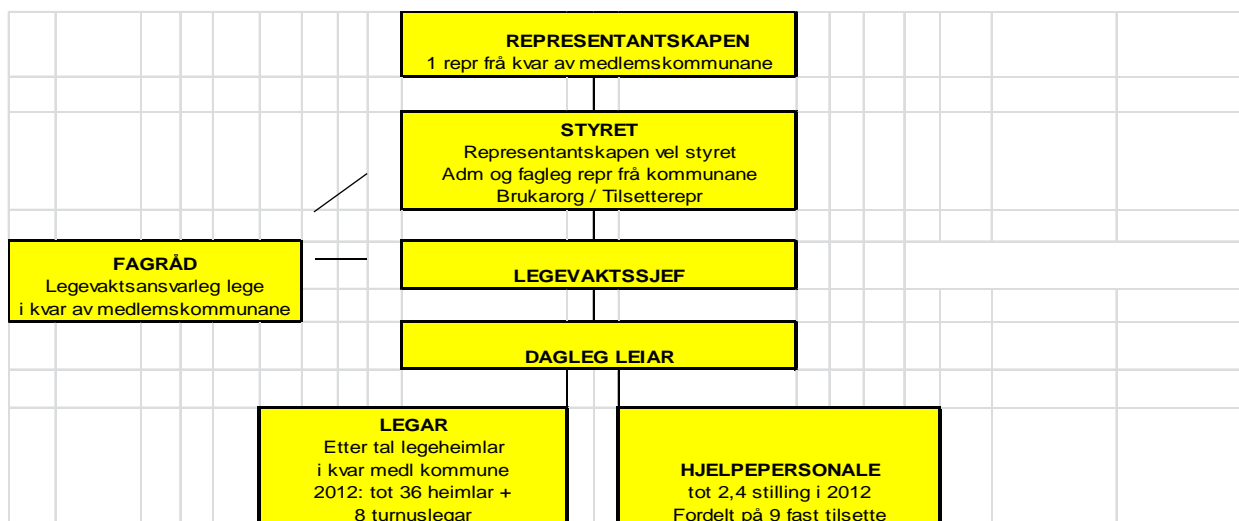
## 2.0 Generelt

SYS IKL Sunnfjord og ytre Sogn interkommunale legevakt utgjer legevaktstilbodet for kommunane Balestrand, Høyanger, Hyllestad, Fjaler, Askvoll, Gaular, Førde, Naustdal og Jølster.

## 3.0 Organisasjon:

SYSIKL er eit interkommunalt selskap etter *Lov om interkommunale selskaper av 29.01.1999 nr 06* gjennom vedtak av selskapsavtale i dei einskilde medlemskommunane.

### 3.1 Organisasjonskart SYSIKL:



## 3.2 Medlemer i styrande organ:

### Representantskapen:

Kommune	Medl repr skap	Tittel/funksjon	Varamedl repr skap	Tittel/funksjon
Førde	Olive Grotle	ordfører	Jan Thaule (V)	varaordfører
Balestrand	Harald Offerdal	ordfører	Arnstein Menes.	varaordfører
Høyanger	Petter Sortland	ordfører	Solveig L. Norevik	varaordfører
Hyllestad	Elin Beate Breivik	kst medlem	Kristin Lund	vara kst medl
Fjaler	Marita Solheim	Varaordfører	Nina Yndestad	kst medl
Askvoll	Frida Melvær	ordfører	Kjell Kristian Carlsen	varaordfører
Gaular	Mathias Råheim	ordfører	Norunn Lunde Furnes	varaordfører
Naustdal	Håkon Myrvang	ordfører	Harald Kvame	varaordfører
Jølster	Oddmund Klakegg	ordfører	Ragnhild Sæle	varaordfører

### Styret - SYSIKL:

Område	Representant	Vararepresentant:
Politisk	Arve Helle	Joakim Systaddal
Helseadm.	Kjell Idar Dvergsdal	Kurt Even Andersen
Helseadm.	Torill Varden	Kjell Skaflestad
Repr legar	Werner Garre	Arne Bjørnetun
Repr legar	Anders Rosø	Halvard Seljesæter
Repr hj pers	Kjersti Lunde	Ikkje valt.
Repr H Førde	Olav Hesjedal	Ikkje valt.
Brukar repr	Gerd Bjørkedal	Oddveig Birkeland:
Brukar repr	Gro Indrebø (FFO)	Ikkje utpeika

### Styre for overgrepsmottaket

Styret er personidentisk med styret i SYSIKL med tillegg av ein representant frå Nordfjordsamarbeidet og ein representant frå Sogn regionråd.

Overgrepsmottaket er under skiping og representantar er pr no (febr 2013) ikkje vald.

## 4.0 Lover, forskrifter og føringar.

Ei rekke lover er styrande for verksemda ved interkommunal legevakt.

Akutforskrifta, ("Krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus (FOR 2005-03-18 nr 252), "omtalar legevakt som del av den akuttmedisinske kjede som samla utgjør medisinsk naudmeldeteneste, legevaktordning og ambulanseteneste.

Forskrifta definerer legevakt som:

«- en organisert virksomhet som gjennom hele døgnet skal vurdere henvendelser om øyeblikkelig hjelp, herunder foreta den oppfølging som anses nødvendig.»

Medisinsk naudmeldeteneste definerast som:

«- et landsdekkende, organisatorisk og kommunikasjonsteknisk system for varsling og håndtering av henvendelser om behov for akuttmedisinsk hjelp og kommunikasjon innen helse- og omsorgstjenesten»

Den medisinske naudmeldetenesta er delt mellom AMK sentral (spesialisthelsetenesta) og legevaktssentral (kommunal teneste).

Forskrifta om legevaktssentral:

LV-sentralene:

- a) «skal motta og håndtere henvendelser via et fast legevaktsnummer innenfor et fastsatt geografisk område, herunder prioritere, iverksette og følge opp henvendelser til lege i vaktberedskap, hjemmesykepleier, jordmor, kriseteam og andre relevante instanser.»
- b) «skal kunne kommunisere direkte og videreformidle henvendelser om akuttmedisinsk hjelp til AMK-sentralen.»
- c) «må ha et forsvarlig system for dokumentasjon av kommunikasjon, og bør ha utstyr for logging av viktig trafikk.»

Kommunane i SYSIKL kjøper legevaktssentralteneste frå AMK. I praksis fungerer dette ut frå forholda godt, men gir avgrensa høve til koordinering av kommunale tenester. I tillegg erfarer ein at avstanden mellom dei som får første kontakt med pasienten og legevakta er for stor noko som har konsekvens for rådgjeving og vurdering av enkeltsituasjonar. Dei fleste interkommunale legevakter i landet ivaretek legevaktssentraltenesta sjølv og har ei meir samla og fagleg heilskapleg teneste. Leiinga er av den oppfatning at dette må òg vurderast òg ved framtidig drift ved SYSIKL.

## 5.0 Målsetting / oppgåver:

Hovudmål for SYSIKL er i tråd med retningslinene i akuttforskrifta:

*Sikra ei god legevaktteneste for innbyggjarane i kommunane prega av høg fagleg kvalitet, sikkerheit, kunnskapsbasert og einskapleg behandling, tilgjengelegheit, service og god brukaropplevd kvalitet.*

Delmål:

*Ved å redusere vaktbelastning, vil ein indirekte kunne betre arbeidssituasjonen og sikre ei stabil legedekning i samarbeidskommunane. Det gjeld særleg for dei små kommunane der stor vaktbelastning kan føre til svikt i legerutkrutteringa.*

## 6.0 Måloppnåing:

### **I høve til hovudmålsettinga – legevaktteneste med høg fagleg kvalitet.**

I eit interkommunalt legevaktssamarbeid med dei geografiske avstandar ein har i SYSIKL, er samspelet mellom elementa i den akuttmedisinske tenesta særst viktig.

Med den legebemanning ein har pr no, har ein svært få uttrykkingar (0,5 % av alle konsultasjonar) og tenesta må baserast på at pasienten møter på legevakta. Sjølv om ein har få uttrykkingar og pasienten har lang veg, har ein ikkje tilfelle der det ikkje er gjeve naudsynt helseteneste grunna avstand.

Samhandlinga med desse er fagleg sett god, men bruk av ambulanse og luftambulanse er auka. Leiinga deltek i samarbeidsmøte mellom AMK, akuttmottak, ambulansetenesta og luftambulansen.

Interkommunal legevakt av eit visst omfang inneber mange legar involvert og følgjeleg svekka kontinuitet i arbeidet. I tillegg til at ein har 36 legeheimlar, er det stor grad av byting av vakter frå fastlege til turnuslege og vikarlege. Samla sett er dette negativt for kontinuitet i

arbeidet og det er sterkt ønska at meir av vaktene vert ivareteke av dei mest erfarne allmenmedisinarane, som er fastlegane.

SYSIKL har utvikla kvalitetssystemet med hovudelementa *avtalegrunnlag, kvalitetshandbok, prosedyreverk og avvikssystem*. Systemet er laga lokalt, og er i samsvar med lovkrav. Det har likevel manglar som gjer at ein vurderer overgang til systemet TrinnVis som er utvikla for legekontor og legevakter.

Det er registrert 88 avvik. 72 av desse er mindre alvorlege avvik som ein har rutinar for å fange opp. Resterande 16 gjeld avvik frå interne retningslinjer. Avvik som kunne ha alvorleg konsekvens vert drøfta i fagråd. Eitt avvik har medført systemendring. Resten er materielle / tekniske avvik som har medført personlege påminningar / innskjerping i forhold til retningslinjer.

Ein har dette året ikkje hatt fleire klagar frå pasientar på behandling. Nokre er vurdert av fylkeslegen og ein situasjon har fått mediaoppslag.

Fagrådet består av legevaktsansvarleg lege frå kvar av medlems-kommunane. Deltakinga i fagrådet kunne vore meir regelmessig frå alle kommunane.

Fagrådet har handsama 29 saker i 2012.

### I høve målet om å redusere vaktbelastning og betra rekruttering i legestillingane i kommunane:

Gjennom interkommunalt samarbeid reduserer ein vaktbelastninga i den enskilde kommune. Dette har betra rekrutteringssituasjonen for fleire av kommunane. Tabellen under viser rekrutteringssituasjonen i medlemskommunane ved årsskiftet 2012-13.

Oversyn rekrutteringssituasjon for legar i SYSIKL kommunane:	tal kommunar										Total	% av alle
	Balestrand	Høyanger	Hylla	Fjaler	Askvoll	Gaular	Førde	Naustdal	Jølster			
<b>2013</b>												
Tal fastlegeheimlar	1	6	2	3	3	2	13	3	3	36		
Kor mange fastlegeheimlar står heilt utan lege ?	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2,78	
Kor mange av fastlegeheimlane er fylt av vikar?	0	0	1	1	1	1	1	0	0	5	13,89	
Kor mange av fastlegane har vore der meir enn to år ?	0	4	1	2	2	3	11	3	2	28	77,81	
Kor mange av legane har vaktfritak?	1	1	0	1	1	2	4	1	0	11	30,56	
Kor mange av fastlegane er i dag over 55 år ?	1	1	0	1	1	2	4	0	0	10	27,78	
Stillingsprosent, medisinsk fagleg rådgjevar:	30	50		>30%	20	20	20	15	40	4	44,44	% over 1/3 rådgj st

Til samanlikning: fylkeslegens tal for heile fylket:

Oppdaterte tal pr jan 2013, S&Fj:	2000	2004	2010	2012	2013
Tal fastlegeheimlar	99	104	114	114	117,5
Tal fastlegeheimlar heilt utan lege	21	13	1	0	3
Prosent fastlegeheimlar med vikar			19	15	13
Prosent fastlegar i same stilling > 2 år			67	82	80
Prosent fastlegar med vaktfritak		13	16	24	22
Prosent fastlegar > 55 år		25	22	31	28
Prosent kommunar med medisinsk fagleg rådgjevar >30% /IKS				46	62

Her er relativt små nyansar, men tabellen for SYSIKL indikerer at: Samanlikna med heile fylket syner tabellen at: (oppjusterast)

- Bruk av vikar i fastlegestillingane er lågare.



- Tal fastlegar med kort fartstid ligg noko under nivå for fylket.
- Ein har høgare grad av vaktfritak enn fylket.
- Graden av medisinskfagleg rådgjevar > 30 % stilling er lågare enn i fylket.

## 7.0 Personalsituasjon:

### Legar:

Frå 1. august vart det tilsett lege i legevaktssjefsstillinga med 40 % stilling. Dette har auka det faglege fokus i leiingsarbeidet, både i høve til legevakta, utvikling av overgrepsmottak og planarbeidet med ØH døgnplassar.

Dei aktive vaktene i turnus utgjer 3,68 stillingar og dekkjer kveld/natt (15:30-08:00) i veka og heile døgnet på helg og høgtidsdagar.

Oppteljing av vaktfordeling i 2012 viser flg fordeling:

Vaktperiode:	Fast lege	Turnus lege	Vikar lege	Total
Tal vakter første halvår	53	45	160	258
Prosentfordeling første h år	20,5	17,4	62,0	100
Tal vakter andre halvår	70	57	95	222
Prosentfordeling andre h år	31,5	25,7	42,8	100
Snitt prosent:	26,0	21,6	52,4	
	snitt vakter turnuslegar vår:	2,5		
	snitt haust:	8,1		

Tabellen syner at om lag 80 % av vaktene er dekkja av vikarar og turnuslegar første halvår og om lag 70 % andre halvår. Dette er svært låg grad av fastlegedeltaking og ei forverring frå 2011 då fordelinga var om lag 1/3 på kvar gruppe.

Den høge bruken av vikarar må sjåast i lys av at 11 av dei 37 fastlegane i regionen har fritak frå legevakt grunna alder (> 55 år). Vidare er det i 4 av heimlane i 2012 tilsett vikarlegar, og 1 heimel var det ikkje tilsett lege. Totalt sett er altså 21 av dei 37 heimlane besett av fastlegar som deltek i vaktordninga, og den reelle vakttdeltakinga frå desse vært då høgare enn dei 25 % som kjem fram av årsmeldinga. Vikarane som vært nytta er dels faste langtidsvikarar, dels legar i distriktet med anna fast arbeid (t.d. sjukehuslegar), og dels korttidsvikarar

I Fastlegeforskriften heiter det om deltaking i vaktarbeid:

### **§ 13. Fastlegens plikt til deltaking i legevakt**

*Fastlegen plikter å delta i:*

- a) Kommunal eller interkommunal legevakt utenfor ordinær åpningstid.*
- b) Kommunens organiserte øyeblikkelig hjelp-tjeneste i kontortid, herunder tilgjengelighet i helseradionettet/nødnettet og ivaretagelse av utrykningsplikten.*

Låg deltaking av fastlegane er uheldig av fleire grunnar:

- SYSIKL har totalt 36 heimlar forutan 6-7 nye turnuslegar kvart halvår og 7 vikarar. Dette utgjer altfor stor variasjon i persongalleri til å kunne skape kontinuitet i arbeidet.
- SYSIKL har opplevd fleire klagar dette året enn tidlegare og det er grunn for å sjå nærare på om avvik og feil oppstår som flg av manglande rutine og stress i arbeidssituasjonen. Ein må kunne rekne med at større deltaking av erfarne fastlegar vil vere viktig i denne samanheng.

- Fastlegane har ansvar for ØH teneste i kontortid. Legevaktsarbeid aukar fokus og praktisering av akuttmedisin. Dette vil komme til nytte i det daglege arbeid i kommunane.
- God kontakt mellom kommunelegetenesta og spesialisttenesta er viktig i det daglege arbeidet. Legevaktsamarbeidet vil kunne vere ein arena for samhandling og betra kontakt mellom kommunemiljøet og spesialisthelsetenesta.
- SYSIKL vart oppretta mellom anna for å redusere vaktbelastninga særleg i småkommunane. Vaktbelastninga er redusert frå 1: 4-6 delt til 1:36 delt. Dette er så låg frekvens at sjølve vaktbelastninga kan ikkje lenger vurderast om eit problem.

Når det gjeld sjukefråvær, er dette generelt sett uproblematisk blant legane. Erstatning ved fråvær på kort varsel kan likevel vere ei utfordring til tross for ei stor legegruppe. Legevakta har i sine statuttar ikkje mynde til å ordre legar til vakt og inntak av vikar må skje på frivillig basis. På bakgrunn av erfaringar, er det grunn for å sjå nærare på retningsliner her.

Nasjonal ordning for legeheimlar i koommunane vert avskaffa frå 01 06 13.

### **Anna helsepersonale:**

Vaktene tilsvare 2,46 stillingar og dekkjer kveld kl 15:30-23:15 i veka og heile døgnet på helg og høgtidsdagar.

Anna helsepersonale består av sjukepleiarar og helsesekretærar. Med bakgrunn i at arbeidet er utelukkande utanom vanleg arbeidstid, er vaktene vesentleg dekkja av personale som har anna deltidstilling. Som følgje av dette har det tidlegare vore utfordrande å rekruttere og halde på personale. Siste halvår har dette betra seg.

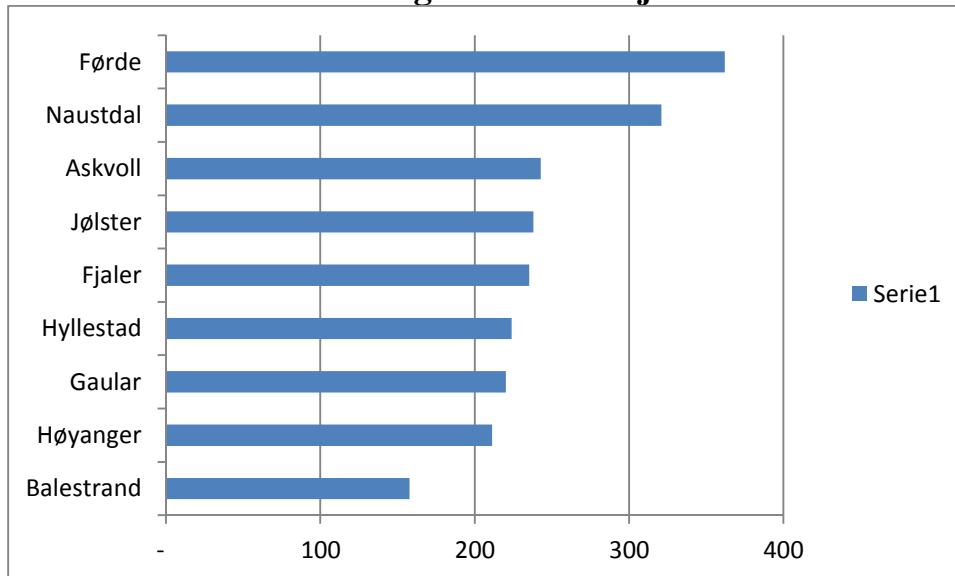
Fylkesmannen har gjeve tilskot til opplæring og det er gjennomført opplæring både ved lokale kurs og ved deltaking i kurs utanfor fylket.

Arbeidet for anna helsepersonale føregår åleine på vakt, noko som medfører lite kollegial kontakt. Ein prøver å kompensere dette ved regelmessig personalmøte og tidvise sosiale tiltak. Arbeidsmiljøet må vurderast som godt.

Sjukefråværet har vore på ca 19 % første halvår. Av dette utgjer langtidsfråvær ca.12 % med endring frå hausthalvåret då sjukefråværet har vore på vel 2 %. Vikarsituasjonen utgjorde ei utfordring 1. halvår, men mindre i 2. halvår.

## 8.0 Statistikk

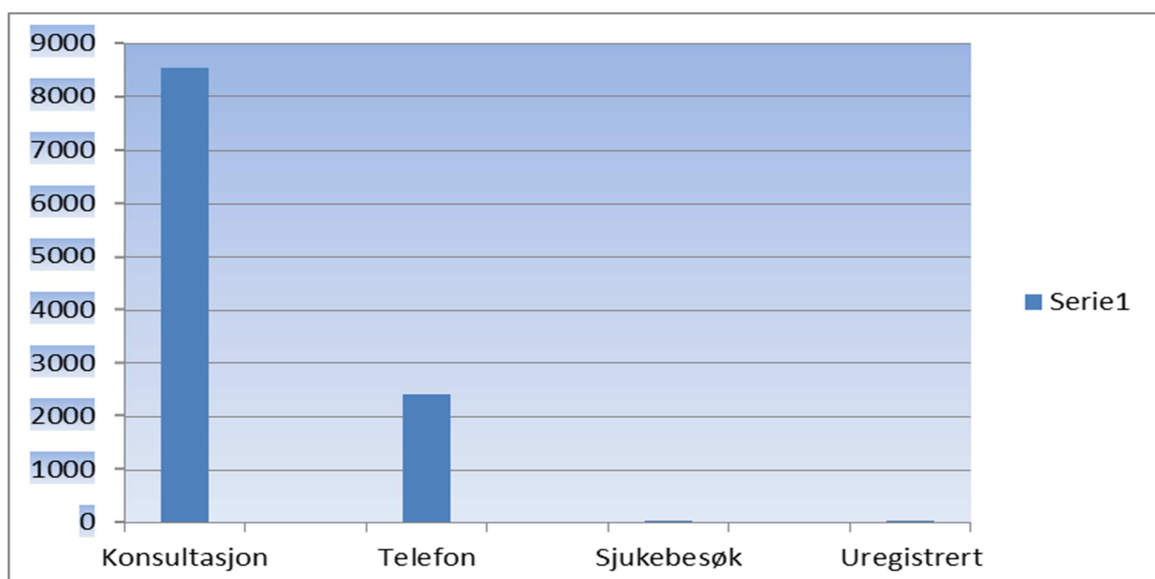
### 8.1 Kommunevis fordeling av konsultasjonar



Mønsteret frå dei føregåande år går her igjen. Talet på konsultasjonar ved SYS IKL har klar samanheng med avstanden til denne. Ein har likevel ikkje indikasjonar på at pasientar lengst vekk frå har latt vere å søke hjelp når det har vore naudsynt.

Det er dessutan pasientar frå eit stort tal kommunar som har vore innom legevakta, til saman 117 ulike kommunar er representerte. Som førre år er det Bergen og Flora som er størst, kvar med over 100 konsultasjonar i 2012.

### 8.2 Typar av pasientkontakt

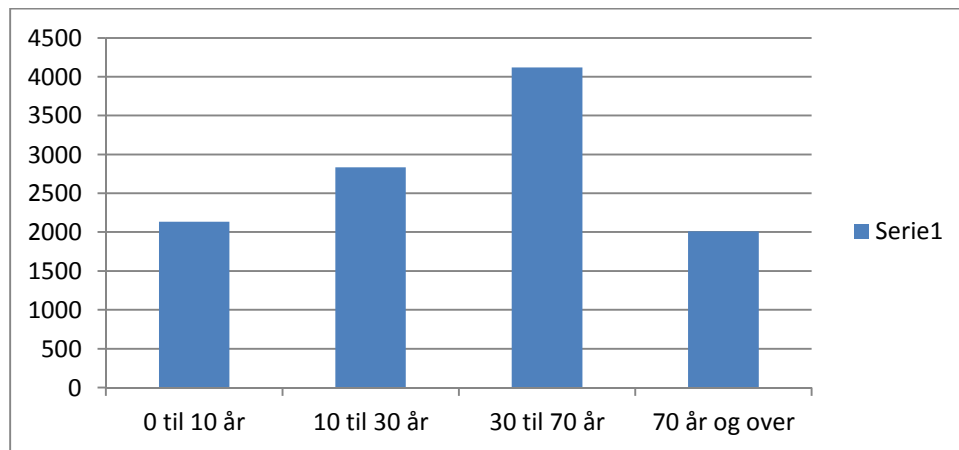


Mønsteret er også her i stor grad lik dei føregåande åra. Om lag 2/3 av konsultasjonane skjer gjennom oppmøte til konsultasjon ved legevakta (fråsett eit lite tal der det har vore nytta videokonferansekonsultasjon). Om lag 1/3 av kontaktane skjer via telefon.

Talet på sjukebesøk er enno lågare enn tidlegare, med berre 40 slike registrert i 2013. Dette utgjør om lag ½ prosent av alle konsultasjonar.

Samla sett er det registrert 11 102 pasientkontaktar i 2012. Dette er auke på 234 frå 2011 2010, og tyder på at bruken legevakta er stabil i opptaksområdet.

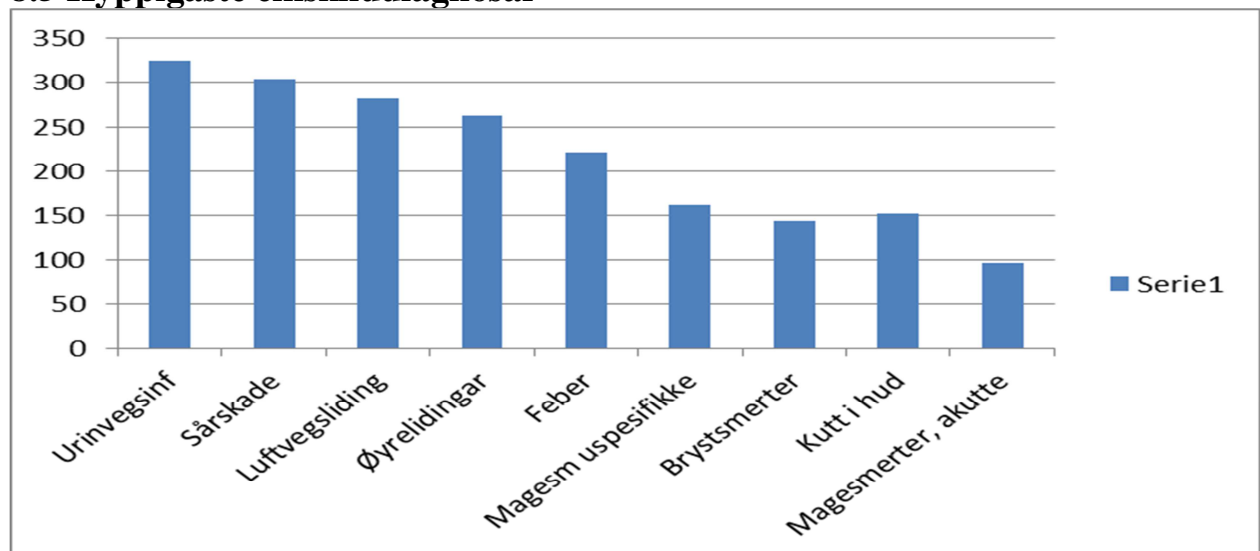
### 8.3 Alderssamansetning i pasientmengda registrert i SYS IKL



Samansetninga i alders er uendra frå fjordåret. Hovudgruppa er vaksne personar, men ikkje så stor del gamle.

Samla sett har ein registrert 45 289 pasientar i journalsystemet, ein auke på 2143 frå fjordåret. Dette er forventa grunna at det kjem til nye pasientar heile tida og alle blir liggande i pasientarkivet.

### 8.5 Hyppigaste einskilddiagnosar



Som i tidlegare år er urinvegsinfeksjonar største gruppe, saman med sårskadar, luftveglidingar og ulike febersjukdomar.

## 9.0 Økonomi:

### Driftsrekneskapen - grovt oversyn hovudpostar (tal i heile tusen):

Hovudpost	avvik	kommentar
Salsinntekter	132,8	Pasientauke, prisauke
Refusjonar	427,4	Ref plan overgrepsmottak, løn russamarb, sjukeløn.
Overføring	-5,7	tekn føring årsskifte
Samla innt	554,5	Meirinntekter
Løn inkl sos utg	109,2	Meirutg vikarløn, russamarb, pensjon.
Andre dr utg	-80,9	Innsp generelt. Størst på husleige, porto,, med utstyr.
Samla utg	28,3	Meirutg.
Renteinntekter	27,9	
Diff	554,1	Samla overskot

Tabellen syner betydeleg større inntekter enn budsjettet medan utgiftene er om lag i samsvar med budsjettet. Kr 217 000 av dette er refusjon av kostnader med plan for overgrepsmottak som SYSIKL har teke over 2 år. Reelt overskot er på om lag 330 000. Dette har si årsak i stram drift og i tillegg vart forhandlingane mellom Dnlf og KS utsett til januar 2013 grunna ny fastlegeforskrift. Ein har såleis ikkje med lønsauke pr 01 07 12 som venteleg må etterreknast og belastast i inneverande år.

Det er trong for fornying av noko medisinsk utstyr. Adm vil komme med framlegg om bruk av deler av overskotet til dette.

Viser vidare til årsrekneskap og kommentarar frå Økonor.

### **Kommentar til postar i balanserekneskapen:**

#### Omløpsmidlar:

Kortsiktige fordringar inneber momskompensasjon 6. termin, siste kundeoppgjer, siste oppgjer HELFO.

Kasse, bankgiro og bankinnskot: Midlar på fleire kontoar inkl skattetrekkkonto.

Renteavkastning – plassering av likvide midlar vert vurdert ut frå etter likviditetsbehovet og best mulig renteavkastning.

#### Eigenkapital:

Bundne driftsfond: Restsaldoar ulike tilskot jfr note 5.

Regnskapsmessig overskot for 2009, 2010 og 2011.

#### Kortsiktig gjeld:

Arb gjevjar avg, leverandørgjeld, skattetrekk, feriepengar, mv.

## 10.0 Overgrepsmottak:

Regjeringa gir i sin plan for tiltak mot vold i nære relasjonar føring på at kvart fylke skal ha overgrepsmottak lokalisert til ein av legevaktssentralane. Sogn og Fjordane har hatt mottak knytt til seksuelle overgrep mot kvinner gjennom samarbeid med gyn avd, Helse Førde medan sentrale føringar seier at overgrepsmottak skal handtere all vold i nære relasjonar.

Helse Førde sa opp dette tilbudet frå 01.05.12 grunna innskrenkingar i ressursar. Som ei mellombels ordning har Helse Førde likevel stilt legeressursar fram til 01.05.13. Det er etablert ei sjukepleiargruppe som står for den sjukepleiarfaglege handsaminga av overgrepsoffera som tek kontakt med mottaket.

Representantskapet for SYSIKL gjorde våren 2010 vedtak om at det skal utarbeidast plan for overgrepsmottak. Ei arbeidsgruppe med representantar frå kommunesamarbeida i fylket, RVTS (ressurssenter mot vold, traumatisk stress og sjølvmoordsførebygging), politiet sin Familievald- / SO koordinator, representant for legane og repr for hjelpepersonalet ved SYSIKL har stått for utgreiinga. Denne planen vart handsama av KS-styret i 2012, og alle kommunane i fylket gav si tilslutning.

Grunna manglande lokal og sentral fagleg forankring kring den modellen som vart vald når det kom til legeressursar, arbeide leiinga ved SYSIKL vidare med planen høsten 2012. Ein har lagt fram nye vurderingar kring organisering av legetenesta, på bakgrunn av erfaringar frå andre overgrepsmottak i landet og kontakt med Norsk Kompetansesenter for Legevaktmedisin, som er nasjonalt ressurscenter for overgrepsmottaka. Planen er og godkjent av den opphavslege arbeidsgruppa. KS-styret handsama revidert plan på nyåret 2013, og gjekk einrøystes inn for ein modell med som no eigen sjukepleiargruppe, og etablering av eigen legegruppe som vart tilkalla etter ”ringeliste”, med eigen vaktberedskap for helge- og høgtidsdagar. For meir detaljar kring dette syner vi til den eksisterande planen for overgrepsmottak i Sogn og Fjordane. Det som no står att er godkjenning frå kommunane, og etablering av eigen legegruppe.

## **11.0 Vidare driftsmål.**

### **Vidareutvikling av overgrepsmottak.**

Sak om etablering av overgrepsmottak er sendt til kommunane gjennom fylket si KS avdeling. Det ventast avklaring inneverande halvår. Dersom kommunane går inn for dette, vil etablering av permanent mottak bygge på erfaring og personale frå mellombels ordning som går til 01.05.13.

### **Akutt plassar:**

Som ein del av gjennomføringa av samhandlingsreforma, skal kommunane fram til 2016 gradvis etablere ordning for akutt plassar. Akutt plassar og legevakt er nært knytt opp til kvarandre. Leiinga deltek i planarbeid for utvikling av ØH døgnplassar.

### **Telemedisin:**

Ein har i 2012 fått midlar frå fylkesmannen til telemedisinsk utstyr på Værlandet og Balestrand. Frå før har ein utstyr i Høyanger og Askvoll. Hyllestad og Fjaler har signalisert ynskje om å få plassert utstyr til Telemedisin. Dette vert nærare vurdert inneverande år.

## **12.0 Oppsummering:**

Driftssituasjonen har generelt vore stabil gjennom året. Når det gjeld personellsituasjonen er vakt deltakinga blant fastlegane redusert frå 30 til 20 % som er altfor lågt. Snittet i landet ligg over 50 % deltaking. Fråværet blant anna helsepersonale har gått ned betydeleg i løpet av året.

Det har oppstått ein del avvik, mindre alvorleg grad som er løyst internt. Legevakta har motteke eit auka tal klagar dette året. Nokre er gått vidare til fylkeslegen/helsetilsynet.

Avstanden til deler av samarbeidet vert opplevd som stor. Balestrand, Høyanger og Askvoll har hatt vurderingar av legevaktssamarbeidet utan å kome fram til strukturelle endringar.

Det er utarbeida plan for permanent overgrepsmottak som er sendt kommunane. Alle kommunane i fylket gjekk inn for mellombels overgrepsmottak har vore i drift frå 01.05.12. Ein er i ferd med å etablere mottaksdrift for heile fylket og viktig kunnskap, erfaring og rutinar er i ferd med å komme på plass.

Telemedisin er utbygd på Værlandet og Balestrand i tillegg til Høyanger og Askvoll som før er etablert.

Rekneskapen syner overskot på 554 000. Kr 217 000 av dette er refusjon av kostnader med planarbeid for overgrepsmottak. Reelt overskot på kr 330 000 har si årsak stram drift og at forhandlingar mellom Dnlf og KS vart utsett til januar 2013 grunna ny fastlegeforskrift.

## **13.0 Vedlegg**

### **13.1 Årsrekneskap**

### **13.2 Revisjonsrapport**

#### **Førde den 14.03.13. Styret for SYS IKL:**

Arve Helle – styreleiar (s)

Kjell Idar Dvergsdal – nestleiar (s)

Torill Varden – styremedlem (s)

Werner Garre - styremedlem (s)

Anders Rosø – styremedlem (s)

Gerd Bjørkedal – styremedlem (s)

Gro Indrebø – styremedlem (s)

Kjersti Lunde – styremedlem (s)

Olav Hesjedal – styremedlem (s)