



Dyrøy kommune

Den lærende kommune

Møteinnkalling

Utvalg: Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne
Møtested: Kommunehuset, Dyrøy kommune, Møterom 2
Dato: 14.09.2020
Tidspunkt: 12:00

Eventuelt forfall må meldes snarest på tlf. 77 18 92 00.

Vararepresentanter møter etter nærmere beskjed, som gis pr. telefon.

Nordavind Utvikling AS ved Kjell-Sverre Myrvoll kommer for å snakke om "Informasjon og medvirkning Sentrumsutvikling"

Saksliste

Utvalgs- saksnr	Innhold	Unntatt offentlighet	Arkiv- saksnr
	Saker til behandling		
PS 7/20	Referatsaker		
	Saker til behandling		
PS 8/20	Inntreden i Astafjordlegen		2017/1100
PS 9/20	Forvaltningsrevisjonsprosjektet		2019/721

Roger Tronstad

PS 7/20 Referatsaker



Saksframlegg

Inntreden i Astafjordlegen

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
Eldrerådet	20/20	09.09.2020
Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne	8/20	14.09.2020
Oppvekst- og omsorgsutvalg	19/20	15.09.2020

Vedlegg

- 1 Høringssvar LHL
- 2 Høringssvar Pensjonistforeningen
- 3 Høringssvar Sanitetsforeningen
- 4 Astafjordlegen prosjektgruppens utredning 21.6.18

Rådmannens innstilling:

Dyrøy kommune trer inn i Astafjordlegen i henhold til vedtak på 13 punkter (vedlagt).

Rådmannens innstilling:

Dyrøy kommune trer inn i Astafjordlegen i henhold til vedtak på 13 punkter (vedlagt).

Behandling i Eldrerådet – 09.09.2020:

Vedtak i Eldrerådet – 09.09.2020

Kort sammendrag

Dyrøy kommune har legevaktsamarbeid med Bardu interkommunale legevakt der leger fra Målselv, Bardu, Salangen og Lavangen dekker vaktene. Dyrøy kommune kjøper smittevernoverlegetjeneste fra Astafjordlegen. Legesamarbeidet med Sørreisa kommune er oppsagt med virkning fra 01.07.2021. Dyrøy kommune skal ha på plass en legetjeneste til 01.07.2021.

Saksopplysninger

Tidligere relevante saker:

27.04.2017: KS vedtak om Deltakelse i utredning av Astafjordlegene (KS sak 13/17).

20.06.2018: Rapporten «Prosjekt – Astafjordlegen» ferdigstilt.
03.06.2019: Høring til lag og foreninger om veivalg i legetjenesten.
13.06.2019: KS vedtak om opprettholdelse av legesamarbeid med Sørreisa (KS Sak 34/19)
27.02.2020: KS vedtak (sak 16/20) om deltakelse i Bardu IK legevakt fra 01.04.2020.
19.05.2020: KS godkjenner avtale med Bardu IKL (sak 34/20) og
19.05.2020: avtale med Astafjordlegen om IK overlege (sak 35/20).
18.06.2020: Sørreisa kommune sier opp legesamarbeidsavtale med Dyrøy
18.06.2020: Kommunestyrevedtak i Dyrøy (sak 65/20):

Administrasjonen legger frem sak for kommunestyret innen 01.10.20, om legesamarbeid fra 01.06.2021. Den skal i forkant ha vært til høring hos frivillige lag og foreninger.

Avtale om legesamarbeid med Sørreisa opphører fra 01.07.21. Avslutning av samarbeidet skjer etter vedtak i Sørreisa kommunestyre, sak om oppsigelse var samme dag klar for behandling i Dyrøy kommunestyre. Dette er en tidligere påpekt konsekvens av legevaktbyttet, da legevakten er avhengig av deltakerkommunenes leger for å dekke vakter.

Kommunestyret har gjennom tidligere vedtak pekt på deltakelse i Astafjordlegen som et alternativ til samarbeidet med Sørreisa. Rapporten «Prosjekt – Astafjordlegen» ble ferdigstilt i juni 2018, og danner grunnlaget for oppbyggingen av dette samarbeidet. Formell oppstartsdato for Astafjordlegen var 1. september 2019, med kommunene Lavangen, Salangen og Ibestad som deltakere. Dyrøy kommune valgte da å fortsette samarbeidet med Sørreisa kommune. Avgjørelsen var i stor grad basert på at et skifte ville føre til opphør av legevaktsamarbeidet mot Finnsnes IKL.

Dyrøy kommune inngikk fra 01.04.20 legevaktsamarbeid med Bardu kommune. Det er også inngått avtale med Astafjordlegen om kommunoverlegefunksjonen.

Administrasjonens vurdering

Vurdering

Samarbeid om legetjenester har oppstått som en konsekvens av at det er utfordrende å rekruttere og beholde nødvendig fagkompetanse til kommunene. Samtidig er det økende krav til veiledning av turnusleger (LIS1) og leger i spesialisering (LIS3). Dette tilsier at det ikke er et alternativ for Dyrøy å forsøke å løse disse oppgavene alene.

Astafjordlegen bygger på at det skal være lokal drift ved legekantorene i deltakerkommunene. Det betyr at legekantoret i Dyrøy skal være bemannet mandag til fredag. Noe tid vil settes av til felles faglig utvikling. I tillegg kan det påregnes annet fravær som påvirker kapasiteten, dette kan være kurs, fri etter legevakt, sykehjemsoppfølging og sykefravær. Ved stor kapasitetssvikt vil reserveløsningen være å bemanne fra annet legekantor i Astafjordlegen for å sikre daglegevakt lokalt.

Dersom det fattes en avgjørelse om å ikke delta i Astafjordlegen, vil det medføre at Dyrøy kommune må finne alternative løsninger for både legevakt, kommuneoverlege og legetjeneste. Vedlagte uttalelser fra pensjonistforeningen, sanitetsforeningen og LHL – Dyrøy spriker.

Ut ifra utviklingen i legesamarbeidene og helheten i disse, anser administrasjonen det som hensiktsmessig og nødvendig at Dyrøy kommune innlemmes i Astafjordlegen.

Økonomi

Tallgrunnlag for kostnader satt opp mot dagens løsning vil legges fram når de er klare. I henhold til utredningen som ble utført i 2018, viser tallene at løsningen i utgangspunktet kan bli noe dyrere enn det samarbeidet vi har hatt med Sørreisa. Usikkerhetsmomenter innen denne beregningen vil være:

1. legenes lønnsnivå (Ansiennitet og utdanningsnivå)
2. Inntjeningspotensialet i forhold til refusjon fra Helfo. (Dette knyttes direkte til antall og type konsultasjoner).

Beregninger på kostnad legges fram i møtet med oppdatert tallgrunnlag.

Vedtak

1. Dyrøy kommune trer inn i Astafjordlege-samarbeidet, som er etablert mellom kommunene Ibestad, Lavangen og Salangen med utgangspunkt i Kommunelovens §28, administrativt vertskommunesamarbeid. Salangen kommune er vertskommune og de tre øvrige kommunene blir samarbeidskommuner.
2. Det gjennomføres virksomhetsoverdragelse i henhold til Arbeidsmiljølovens §16.
3. Astafjordlegen opprettholder legekantor i hver kommune. Kontorene skal bemannes fem dager i uka på hverdager med minimum to leger, hvorav den ene kan være turnuskandidat. Videre bemannes det enkelte kontor med minst to medarbeidere per legedag.
4. Astafjordlegen ledes faglig av en kommuneoverlege. Det avsettes 1 årsverk til kommuneoverlegefunksjon. Funksjonen fordeles på flere personer med ulike faglige ansvarsområder, herunder faglig ledelse.
5. 100% stilling som administrativ leder er opprettet.
6. Leger og øvrige medarbeidere som ansettes etter iverksettelsen av Astafjordlegene ansettes i Astafjordlegene men med et spesifikt arbeidssted. Det er behovet for opprettholdelse av legekantor i hver kommune som bestemmer hvilke tjenestesteder den nyansatte blir ansatt på. Ved behov må ansatte påregne å jobbe ved andre legekantor.
7. Ordningen med både kommunalt ansatte og privatpraktiserende leger videreføres.
8. Satsingen på turnusleger, legestudenter og andre studenter videreføres og systematiseres.
9. Det innføres felles system for pasienthåndtering og telefon. Elektroniske system for pasientenes kommunikasjon med legekantorene videreutvikles, og det innføres systematisk bruk innenfor lovens begrensninger av teknologiske hjelpemidler.
10. Eksisterende kostnader ved drift av de respektive legekantorene dekkes av de respektive kommunene. Merkostnadene ved innføring av Astafjordlegene fordeles slik: 20% fordeles likt og 80% fordeles etter befolkningstall.
11. Det nedsettes en egen referansegruppe bestående av rådmenn/administrasjonssjefer fra alle deltakende kommuner. Vertskommunen, Salangen kommune, har ansvaret for å innkalle og informere referansegruppen. Salangen kommune har prosjektlederansvaret frem til administrativ leder har tiltrådt.
12. Dyrøy kommune er innforstått med at dersom en kommune trekker seg fra samarbeidet, så vil andelen felleskostnader øke.
13. Dyrøy kommune sin eventuelle merkostnad legges inn i budsjettet for budsjettåret 2021.

Til
Dyrøy kommune
v/Karl Johan Olsen.

22.08.2020

Angående høring om ny legetjeneste /legevakt.

Vi har forstått at legevakt og legetjenester må ses i sammenheng, og vil derfor si noe om begge deler.

Legevaktstjenesten har vært endret i forholdsvis kort tid, så vi har ikke så mange fysiske erfaringer her, men et medlem hos oss skadet seg for en tid siden og i den forbindelse vil vi gjerne komme med noen spørsmål, kommentarer.

- Behandlingen på legevakten var helt grei, men er det fast regel at hvis vedkommende skal videre til sykehus så velges det alltid Narvik sykehus?
- Kan pasienten be om å få reise videre til Tromsø eller Harstad sykehus?
- Ved kontroll og videre behandling opplevde pasienten at reise til og fra Narvik ble svært slitsomt. Drosje hjemmefra til E6. Buss videre til Bjerkvik og vente på drosje der som kjørte til Narvik.
Dette er ikke akseptabelt når pasienten kunne tatt hurtigbåt til Tromsø eller Harstad. For pasienter som er svært gamle eller syke bør dette tas med i betraktning.(Det har vel også en samfunnsøkonomisk side.)
- Lhls medlemmer har ofte en følgesykdom som hjerteproblem , lungesykdommer med fare for hjerneslag, diabetes osv. Hvis disse får akutte problem, vil det være viktig at de blir sendt videre fra legevakt til sykehus hvor de ev. har vært behandlet tidligere eller hvor de har eksperter på sykdommen. Det kan gi trygghet til pasienter med kroniske sykdommer.
- Når det gjelder legetjenesten, ser det ut for oss som om organiseringen av denne er helt grei.
Vi er spesielt fornøyde med at det ev. vil bli legebemanning på Dyrøy legekantor fem dager i uken og at legene blir knyttet til en kommune.
- Vi ser at bruken av teknologiske hjelpemidler skal utvides. Vi ber om at det i den forbindelse tas hensyn til eldre som ikke bruker disse til daglig.

- Økonomi. Vi har oppfattet at hovedgrunnen til at Dyrøy kommune endret legevakt og legetjeneste var at prisen for å fortsette med samarbeid mot nye Senja kommune ble for høy. Vi undres nå på dette når man sier at det blir dyrere å drifte legetjenesten enn det vi har i dag. Vi ønsker gjerne å få en forklaring på om det likevel lønner seg for kommunen å endre legetjenesten?

I Lhl Dyrøy er det pr dato ganske stor tvil og skepsis til den nye ordningen. De fleste som uttaler seg ønsker fortsatt legesamarbeid med Sørreisa og legevakt på Finnsnes.

Det vil derfor være fint om vi kan få tilbakemelding på våre innspill slik at vi får best mulig kunnskap om den nye ordningen. Det kan gi oss bedre grunnlag for å vurdere denne.

Med vennlig hilsen
Styret i Lhl Dyrøy
v/May Johnsen,leder.


Epost:johnsenmay@outlook.com

Dyrøy Pensjonistforening

v/Edgar Øvre

Fossmoveien 15

9311 Brøstadbotn

 DYRØY KOMMUNE	
24 AUG 2020	
S.beh.: <i>Kjo</i>	Saksnr.: <i>17/1100</i>
Kopi:	§:

Dyrøy kommune

v/kommunalsjef helse og omsorg

Dyrøytunet 1

9311 Brøstadbotn.

Vedr. brev datert 17.07.20 Ny høring om legetjeneste.

Dyrøy Pensjonistforening tok opp overnevnte sak til høring i medlemsmøte 19. 08.2020.

Av 19 frammøtte stemte 18 for samarbeide med Sørreisa og en ville avgi stemme på LHL. møte.

Med hilsen

Dyrøy Pesjonistforeing

Edgar Øvre



Dyrøy pensjonistforening
9311 BRØSTADBOTN

Vedlegg:

Karl Johan Olsen

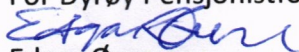
I forbindelse med høringen kom det endel spørsmål som jeg ikke kunne svare på:

Spørsmål som: Kan man ha samme fastlege som før ? . Er der rønken på Setermoen eller må man til Finnsnes ? . Hva med sykehus må man til Narvik eller ?.

Håper du har mulighet en gang å komme på et møte og orienter (svare), jeg kontakter deg senere når det passer.

Mvh

For Dyrøy Pensjonistforening


Edgar Øvre

Fra: Hilde Espejord (h.espejord@gmail.com)

Sendt: 10.08.2020 22:16:32

Til: Dyrøy kommune postmottak

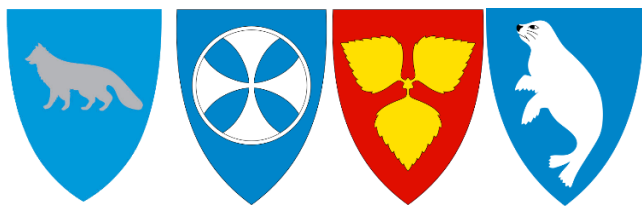
Kopi:

Emne: Høring om legetjeneste 2017/1100

Vedlegg:

Brøstadbotn Sanitetsforening har i styremøte 10.08.2020 gjort følgende vedtak om fremtidig legesamarbeid: Styret bifaller at Dyrøy kommune inngår legesamarbeid med Ibestad, Lavangen og Salangen og innlemmes i Astafjordlegen. Det er viktig for oss at legekantoret bemannes alle dager.

Vennlig hilsen
Hilde Espejord



2018

Prosjekt - Astafjordlegen



Astafjord Utvikling

20.06.2018

Sammendrag

Iverksetting av prosjekt Astafjordlegen har bakgrunn i at det gjennom en periode over mange år har vist seg at det i større eller mindre grad er blitt mer krevende å rekruttere og beholde leger til kommunehelsetjenesten.

Ei enstemmig arbeidsgruppe tilrår at Astafjordlegen innføres. Det opprettholdes legekontor i hver kommune, som bemannes av leger og medarbeidere på alle hverdager. Dagens leger og øvrige medarbeidere ansettes i Astafjordlegen, og beholder sine nåværende arbeidssteder. Det motiveres og tilrettelegges for at disse ved kompetanseheving, sykdom og ferieavvikling kan ambulere mellom de ulike legekantorene. Personer som ansettes etter iverksettingen av Astafjordlegen ansettes på et tjenestested men med plikt til å ambulere ved kompetanseheving, sykefravær eller ferieavvikling. Kjøring mellom ulike tjenestesteder foregår i arbeidstiden, og ved bruk av kjøretøy eid eller leaset av Astafjordlegen. Det innføres felles kommuneoverlegefunksjon fordelt på flere personer som samlet ivaretar bred fagkompetanse. Astafjordlegen ledes faglig av en av kommuneoverlegene og administrativt av en administrativ leder (stillingen nyopprettes). Kompetanseheving av leger og øvrige medarbeidere prioriteres, og det legges opp til systematisk videreutvikling for mottak og oppfølging av turnusleger og studenter. Det innføres felles system for pasientjournalhåndtering og felles telefonsystem, og kommunene inngår administrativt vertskommunesamarbeid i henhold til Kommunelovens §28. Før inngåelse av avtale utarbeides det avtaler for ansvar, myndighet, delegering, økonomi samt utvikling og evaluering.

Innføring av Astafjordlegen vil ha flere effekter på kort og lang sikt. Tilgang på felles system for pasientjournalhåndtering vil føre til at den enkelte lege og medarbeider i enda sterkere grad kan gi den enkelte pasient et godt tilbud. Innføring av felles telefonsystem vil føre til mindre ventetid for pasienter som for eksempel ønsker å bestille legetime. Det vil bli lettere å benytte dagens kompetanse mer effektivt på tvers av kommunegrensene. For eksempel gjennom at spesialister i allmenntidisin kan veilede andre leger, turnuskandidater og studenter, eller at andre medarbeidere med spesialkompetanse kan bli en ressurs for alle fire kommunene. Kommunene kan videreutvikle og systematisere deling av systemer og rutiner. Felles faglig og administrativ ledelse vil føre til bedre utnyttelse av den samlede kapasiteten som vil føre til mindre sårbarhet i forbindelse med kompetanseheving, sykdom og ferieavvikling. Videre vil det bli lettere å planlegge for rekruttering av nye leger og øvrige medarbeidere, samt at mulighetene for veiledning og kompetanseheving forenkles.

Sjøvegan 28. mai 2018

ARBEIDSGRUPPA FOR PROSJEKT ASTAFJORDLEGEN

Karl-Johan Olsen
Dyrøy kommune

Anita Dahl-Solbakken
Ibestad kommune

Kjell-Are Pettersen
Lavangen kommune

Lars A. Nesje
Salangen kommune

Innhold

1.0	Bakgrunn	3
2.0	Hovedmål og arbeidsoppgaver for fase 2	4
2.1	Prosjekt mål for fase 2	4
2.2	Fokusområder og arbeidsoppgaver fase 2.....	5
3.0	Prosjektorganisering	6
4.0	Organisering av legetjenesten i Dyrøy, Ibestad, Lavangen og Salangen	6
4.1	Kart over kommunene Dyrøy, Ibestad, Lavangen og Salangen	7
4.2	Folketallsutvikling	8
4.3	Avstander mellom legekantorene	8
5.0	Tiltak og løsninger	8
5.1	Generelle forhold	8
5.2	Faglig og administrativ ledelse.....	9
5.3	Forholdet til etablerte legevaktordninger	9
5.4	Kommuneoverlegefunksjon	10
5.5	Praktiserende leger	11
5.6	Medarbeidere på legekantorene.....	13
5.7	Felles pasientjournalhåndtering	14
5.8	Felles telefonsystem	14
5.9	Faglig utvikling	15
5.10	Merkostnader for drift av legekantorene ved innføring av Astafjordlegen	16
6.0	Alternativer og anbefaling	18

1.0 Bakgrunn

I kommunene Dyrøy, Ibestad, Lavangen og Salangen har det gjennom de siste årene fremkommet bekymring i forhold til legedekningen i distriktet, nye oppgaver som legges til kommunene, samt utfordringer med å rekruttere og beholde leger. Gjennom 2016 har de fire kommunene utviklet og jobbet med et prosjekt kalt Astafjordlegen. Prosjektet har tatt utgangspunkt i Senjalegen, og med utgangspunkt i dette prosjektet ønsker kommunene å utvikle en modell, tilpasset egne ønsker og behov.

Å gi befolkningen i de respektive kommunene et fullgodt legetilbud har til tider vært krevende. Fravær av gode søkere har ført til at legestillinger har stått vakant, og utbredt bruk av vikarleger fra vikarbyrå har vært benyttet. Manglende tilstedeværelse av nødvendig kompetanse har medført at enkelte kommuner ikke har kunnet motta turnusleger. Ulike samarbeidsordninger har ikke i tilstrekkelig grad gitt befolkningen den primærhelsetjenesten de etterspør. Små legekontor med én til tre leger gjør det vanskelig å planlegge når ferie skal avvikles og sykdom oppstår. Det samarbeidet som er inngått med hensyn til legevakt, der de respektive kommuners leger må ta vakter, bidrar også til en svekkelse av legetjenesten i kommunen. Det er også stor fare for at det systematiske samfunnsmedisinske og lovpålagte arbeidet nedprioriteres ettersom det ikke er kapasitet.

Med dette som bakgrunn ble det gjennomført møte mellom de fire rådmennene/administrasjonssjefene der målet var å avklare om det var ønskelig med et interkommunalt samarbeid. Resultatet av dette møtet var at det ble besluttet å gjennomføre et prosjekt delt inn i tre faser:

Fase 1.

Avklare grunnlaget for videre arbeid med prosjekt Astafjordlegen. Fase 1 ble gjennomført i 2016 og førte til likelydende politiske vedtak i alle kommunestyrene.

1. *Kommunestyret tar orienteringen vedrørende etablering av Astafjordlegen til etterretning.*
2. *Kommunestyret ber arbeidsgruppen iverksette fase 2 i prosjektet, som omhandler detaljplanlegging, utarbeide organisasjonsmodeller, foreta økonomiske beregninger og klargjøre for rekruttering og implementering.*
3. *Kommunestyret ber om at saken fremmes for ny politisk behandling etter at fase 2 er gjennomført.*

Fase 2.

Prosjekt Astafjordlegen skal detaljplanlegges (utarbeide organisasjonsmodeller, foreta økonomiske beregninger og klargjøre for rekruttering). Opprettelse av Astafjordlegen vil ikke føre til billigere tjenester for kommunene, men en bedre tjeneste.

For å bistå i arbeidet med fase 2 besluttet referansegruppa, bestående av rådmenn/administrasjonssjefer i de fire kommunene, at det skulle engasjeres ekstern prosjektleder. Etter en forenklet anbudsrunde besluttet referansegruppa i samråd med Finnut AS at Astafjord Utvikling AS skulle engasjeres som prosjektleder.

Fase 3.

Gjennomføres dersom politikerne i de fire kommunene etter fase 2 beslutter å gå videre med prosjektet. I denne fasen skal prosjektet kunne implementeres uten videre utredning.

2.0 Hovedmål og arbeidsoppgaver for fase 2

Kommunene Dyrøy, Ibestad, Lavangen og Salangen skal med utgangspunkt i Senjalegen utvikle egen modell kalt Astafjordlegen, som skal tilpasses ønsker og behov hos de fire kommunene.

2.1 Prosjektmål for fase 2

1. Utvikle en modell Astafjordlegen slik at befolkningen i Dyrøy, Lavangen, Ibestad og Salangen får et fullgodt legetilbud i egen kommune. Herunder ivareta allmennmedisinske og samfunnsmedisinske oppgaver som kommunene er pålagt.
2. Prosjekt Astafjordlegen skal detaljplanlegges (utarbeide organisasjonsmodeller, foreta økonomiske beregninger og klargjøre for rekruttering).
3. Med den detaljerte prosjektbeskrivelsen som bakgrunn skal det utarbeides et saksfremlegg med nødvendige vedlegg som kan legges frem for de respektive kommunene for politisk behandling.

Det er i oppdragsgivers bestilling for fase 2 understreket at prosjektet ikke er iverksatt for å spare penger, men for å sikre stabil legedekning gjennom tiltak for primært å rekruttere og beholde leger og sekundært for å videreutvikle øvrige medarbeidere.

I nesten alle OECD land er det ifølge Ono med flere (2014) slik at leger er fordelt ulikt mellom ulike regioner. I følge Holte (2015) finnes det ikke vitenskapelige studier som dokumenterer at ustabil legetjeneste som fører til vikarbruk, påvirker helsen til folk. Imidlertid er det ifølge Cabana og Jee (2004) påvist positiv sammenheng i forhold til kontinuitet i forholdet mellom lege og pasient, og utbyttet dette gir pasienten. Spesielt er slik kontinuitet viktig for mennesker som er kronisk syke. Det er av Grobler med flere (2015) beskrevet fire strategier for å påvirke helsepersonell til å arbeide i områder med personellmangel:

- Utdanning (for eksempel via fortrinnsrett, god praksistilrettelegging med mer).
- Reguleringer (for eksempel fordelinger av leger i primær- og spesialisthelsetjenesten og påvirkning av geografisk spredning).
- Finansielle (for eksempel inntekt som har kortsiktig effekt, men ingen dokumentert langsiktig effekt).
- Personlig eller profesjonell støtte (for eksempel ikke-økonomisk støtte men faglig utvikling).

2.2 Fokuserområder og arbeidsoppgaver fase 2

Fokuserområdene og oppgavene er satt opp stikkordsmessig i uprioritert rekkefølge. Lista er ikke utfyllende og en av oppgavene i forbindelse med fase 2 vil være å utdype, konkretisere og prioritere lista (herunder kravet til involvering av ansattes organisasjoner samt forholdet til gjeldende lov- og avtaleverk):

- Eksisterende stillingshjemler som kommunene har, skal videreføres.
- Ved nytilsetninger, må tilsatte være villig til å samarbeide praktisk og faglig som beskrevet.
- Legekontorene skal bestå i de respektive kommunene, og være bemannet med lege og medarbeidere, normalt på alle hverdager.
- Videreføre og videreutvikle samarbeidsavtaler med UiT Norges Arktiske Universitet (Tromsø).
- På sikt er det ønskelig å kunne inngå i forsknings- og fagutviklingsarbeid.
- For leger som skal betjene de mindre legekontorene, er det hensiktsmessig at de også har faste arbeidsdager på andre kontorsteder.
- Det forventes at det tilrettelegges felles faglige møter, både for leger og øvrige medarbeidere.
- Forholdet til etablerte legevaktordninger, og krav til disse.
- Det etableres felles journalsystem (EPJ) der hensynet til personvern, legale krav, krav om tilgang til nødvendige og relevante opplysninger (også ved fravær blant legene) er ivaretatt.
Det må avklares hvordan legevirkosheten organisatorisk skal driftes, for legalt å kunne drifte et felles journalsystem (EPJ).
- Kompetanse- og bemanningskrav i akuttforskriften er utsatt til 2020. Kommunene plikter å etablere bakvaksordning for leger i vakt, som ikke oppfyller kravene for å jobbe alene. Videre at helsepersonell som arbeider sammen med lege i vakt skal ha gjennomført kurs i akuttmedisin og kurs i vold og overgrepshåndtering.
- Ta hensyn til at et overordnet interkommunalt legevaktsamarbeid eventuelt kan føre til ytterligere samarbeid (Kommunale, akutte døgnplasser, KAD, innen rus/psykiatri, helsesøstertjeneste, psykososialt kriseteam, jordmortjeneste, folkehelsearbeid, visuelle tjenester med mer). Dette punktet ligger utenfor prosjektets mandat, men må hensyn tas ved implementering av eventuell ny organisasjonsmodell.

3.0 Prosjektorganisering

Prosjekteier;

Dyrøy, Ibestad, Lavangen og Salangen kommune.

Oppdragsgiver/Prosjektansvarlig:

Roe Jensen, på vegne av oppdragsgiver.

Styringsgruppe;

Roe Jensen (leder)	Rådmann i Ibestad kommune
Karl-Johan Olsen	Kommunalsjef for helse og omsorg i Dyrøy kommune
Erling Hansen	Rådmann i Lavangen kommune
Frode Skuggedal	Administrasjonssjef i Salangen kommune

Prosjektleder;

Astafjord Utvikling AS v/Bjørn Nordmo og Ingrid Frantzen.

Arbeidsgruppe;

Karl-Johan Olsen	Kommunalsjef for helse og omsorg i Dyrøy kommune
Kjell-Are Pettersen	Kommuneoverlege i Lavangen kommune
Anita Dahl-Solbakken	Leder av HSO i Ibestad kommune
Lars A. Nesje	Kommuneoverlege i Salangen kommune

Referanser;

Helen Brandstorp (leder av Nasjonalt senter for distriktsmedisin – UiT) med flere.
Evy Nordby (Senjalegen).

4.0 Organisering av legetjenesten i Dyrøy, Ibestad, Lavangen og Salangen

Per 1.4.18 er det et legekantor i hver av de fire kommunene. Felles for alle disse legekantorene er at de lokalisert i hensiktsmessige lokaler med god adkomst og godt medisinsk utstyr som kreves og forventes på et moderne legekantor.

Kantoret i Dyrøy er bemannet mandager, onsdager og fredager mens de øvrige er bemannet alle hverdager innenfor normal arbeidstid. I Dyrøy er det totalt syv legedager i løpet av ei uke. Seks av disse er fordelt på hver av de tre dagene nevnt ovenfor med to leger på hver dag, og den syvende dagen er avsatt til institusjon.

I Dyrøy er legekantoret samlokalisert i Brøstadbotn sammen med kommuneadministrasjonen, NAV, fysioterapi, ambulanse og helsestasjon. Det er kort veg mellom legekantoret og sykehjemmet.

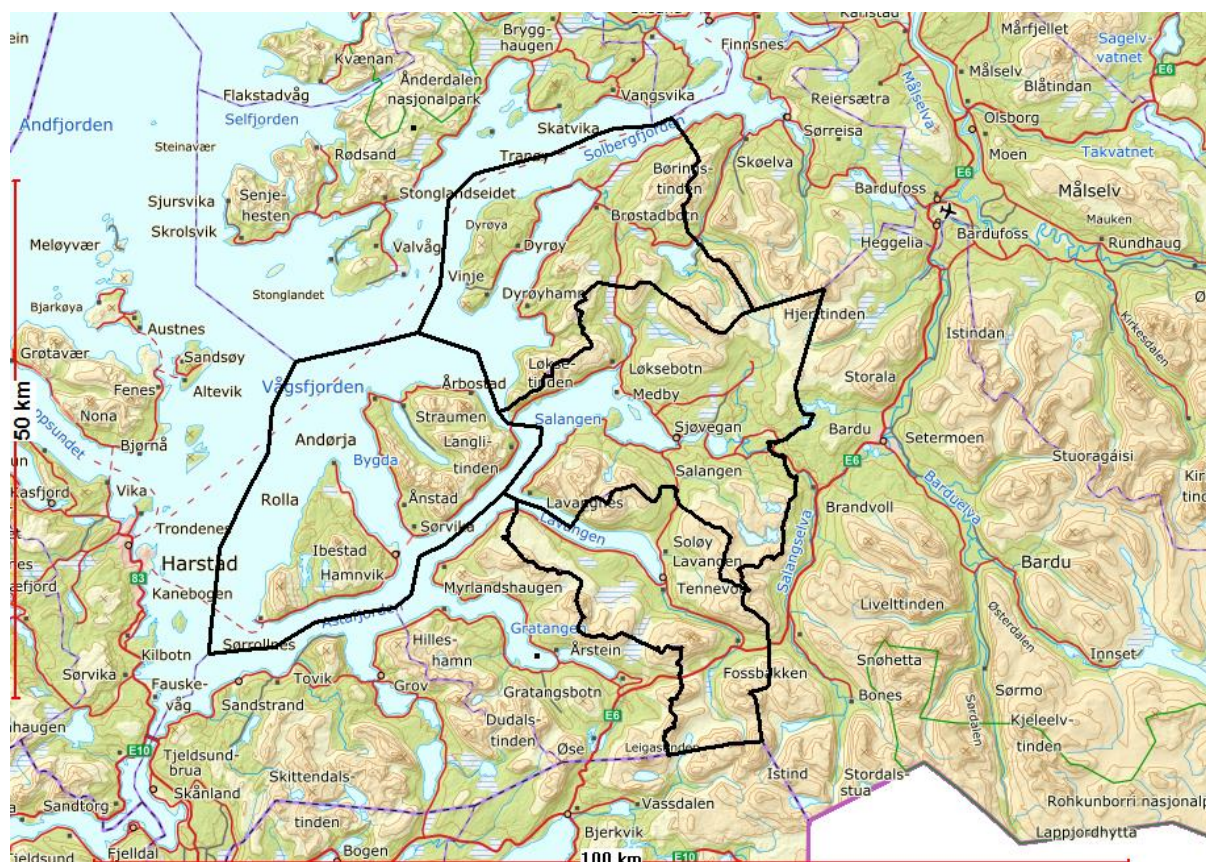
På Ibestad er legekantoret samlokalisert med Pleie- og omsorgstjenesten, helsestasjon, fysioterapitjenesten, den offentlige tannhelsetjenesten, NAV og sykehjemmet i Hamnvik sentrum. Det er gangavstand fra legekantoret til ambulansesasjon og kommuneadministrasjonen.

I Lavangen er legekantoret nylig flyttet fra Soløy til Tennevoll, og er nå samlokalisert med helsestasjonen. Den nye lokaliseringen er nær både sykehjem og kommuneadministrasjon.

I Salangen ligger legekantoret på Sjøvegan, og er samlokalisert med ambulansesasjon, helsestasjon, fysioterapitjenesten, psykiaritjenesten og den offentlige tannhelsetjenesten. Det er gangavstand både til sykehjem og kommuneadministrasjon.

Nærhet til ambulansetjenesten er viktig, og opprettholdelse av dagens struktur er av vesentlig betydning i forhold til den akuttmedisinske beredskapen for innbyggerne. Kommunene Dyrøy og Lavangen har i tillegg valgt å utdanne deltidsmannskaper i Brannvesenet i forhold til «First responder» for å styrke beredskapen ved hjerte-lungeredning. Det ligger forpliktelser for samtrening mellom alle aktører som inngår i den akuttmedisinske beredskapen, og det må prioriteres og tilrettelegges for at dette i tilstrekkelig grad blir utført.

4.1 Kart over kommunene Dyrøy, Ibestad, Lavangen og Salangen



4.2 Folketallsutvikling

Kommune	2010	2017	Endring
Dyrøy	1233	1138	-95
Ibestad	1408	1394	-14
Lavangen	1012	1076	+64
Salangen	2211	2220	+9

Kilde: Kommuneprofilen

Totalt folketall per 31.12.17 for de fire kommunene = **5828** innbyggere. Ved utgangen av 2010 var befolkningstallet 5864. Det er syv år mellom de ulike tellingene og i perioden har det vært en nedgang i folketallet på 42 personer.

4.3 Avstander mellom legekantorene

Brøstadbotn	Hamnvik	49 km
Brøstadbotn	Tennevoll	54 km
Brøstadbotn	Sjøvegan	30 km
Hamnvik	Tennevoll	63 km
Hamnvik	Sjøvegan	44 km
Tennevoll	Sjøvegan	18 km

Kjøreavstandene mellom de fire legekantorene, Brøstadbotn (Dyrøy), Hamnvik (Ibestad), Tennevoll fra og med 1.6.18 (Lavangen) og Sjøvegan (Salangen) er i snitt 43 km. Samtlige avstander er under 70 km. Mellom Sjøvegan og Hamnvik vil det enkelte dager på vinteren kunne være stengt enten på grunn av ras eller fare for ras. Videre er kvaliteten på vegene av noe varierende standard. På tross av dette anses alle avstandene og strekningene å være innenfor akseptabel dagpendleravstand.

5.0 Tiltak og løsninger

Med bakgrunn i prosjektets mandat, prosessen som er gjennomført og beskrevet ovenfor, drøftes aktuelle utfordringer og problemstillinger i dette kapittelet.

5.1 Generelle forhold

Detaljene i gjennomføringen vil i liten grad bli beskrevet. Arbeidsgruppa anbefaler å vedta prinsippene rundt Astafjordlegen i dette stadiet av prosjektet. Når disse eventuelt er fattet vil det være opp til den nye organisasjonen å detaljplanlegge og implementere. Dialog med fagforeningene vil stå sentralt i dette arbeidet, noe som på grunn av ressurstilgang ikke har vært prioritert i denne fasen av prosjektet.

I prosjektets mandat fremkommer det at man skal sette seg inn i, og benytte erfaringer fra, innføringen av Senjalegen der dette ikke går ut over oppdragets rammer. Videre ble det forutsatt at prosjektet skulle ha dialog med Nasjonalt senter for distriktsmedisin og deres

erfaringer/forskning i forhold til denne typen samarbeid. Der det er naturlig vil erfaringer fra ovenfor nevnte, helt eller delvis bli henvist til.

Felles for kommunene er at de på ulik måte prioriterer, planlegger, organiserer, tilrettelegger for og tar imot turnuskandidater, legestudenter og andre studenter. Det er krevende å gjennomføre dette på en optimal måte både for turnuskandidat/student og arbeidsgiver, men erfaringene konkluderer med at det er svært hensiktsmessig å fortsette med å videreutvikle dette arbeidet. Turnuskandidater/studenter som blir tatt godt imot og får godt faglig og sosialt utbytte av sin utplassering får først og fremst relevant faglig påfyll, men de blir også gode ambassadører for det stedet de har vært. Dette både i forhold til selv å komme tilbake, men også for å påvirke andre. Utplassering av turnuskandidater/studenter virker rekrutteringsfremmende, og bør inngå som en viktig del av den fremtidige organiseringen.

5.2 Faglig og administrativ ledelse

En av nøkkelfaktorene for at innføringen av Senjalegen ble vellykket var fokus på, og strukturering av, den faglige og administrative ledelsen. Det anbefales at det overordnede faglige ansvaret tillegges en av legene med kommuneoverlegefunksjon. Det er ikke nødvendig at administrativ leder er lege, men det kreves gode lederegenskaper og ledererfaring. Senjalegen har ansatt administrativ leder med sykepleierbakgrunn. Ved ansettelse av administrativ leder for Astafjordlegen bør ledererfaring vektas i sterkere grad enn faglig bakgrunn.

Det anbefales at det ansettes en person i 100 % stilling for å implementere, iverksette og drifte Astafjordlegen. Det anbefales ikke at det ansettes administrativ leder i deltidsstilling, da dette ikke vil gi tilstrekkelig fokus til å kunne utføre en optimal jobb. Ved ansettelse i hel stilling bør det vurderes hvorvidt leder kan tillegges relevante merkantile oppgaver. Alternativt om disse helt eller delvis kan tillegges noen av de øvrige medarbeiderne, eller at de kjøpes hos en eller flere av de samarbeidende kommunene.

5.3 Forholdet til etablerte legevaktordninger

Fra mai 2018 har nasjonale myndigheter, i henhold til akuttmedisinforskriften, lagt opp til at leger må være spesialist i allmenntilleggsmedisin for å kunne gå selvstendig legevakt. Alternativt at det kan gås legevakt med en spesialist i allmenntilleggsmedisin som går bakvakt (iverksettelse av den nye forskriften er utsatt til 2020). Per i dag har Dyrøys innbyggere legevakt på Finnsnes sammen med kommunene Sørreisa, Lenvik, Berg, Torsken og Tranøy. Kommunene Ibestad, Lavangen og Salangen har felles legevakt på Setermoen sammen med Bardu og Målselv kommune. Det er slått fast at prosjekt Astafjordlegen ikke skal ta for seg dagens legevaktordning. Imidlertid er det grunn til å påpeke at dersom den nye akuttmedisinforskriften iverksettes som forutsatt vil dette kunne få vesentlig betydning både i forhold til å rekruttere leger, men også for å beholde leger i deltakerkommunene.

I henhold til høringsnotatet fra kommuneoverlegene for de kommunene som sokner til legevakta på Setermoen ble det ved en opptelling funnet at 72 % av legevaktene i en 4 måneders periode ble utført av leger som etter reglene fra 1.5.18 vil trenge bakvakt. Videre fremgår det at 1/3 av legene som inngår i vaktplanen er kompetente til selvstendig vakt, men at enkelte kan søke vaktfritak på grunn av alder (etter fylte 60 år). Dersom kravet om at leger med bakvakt skal ha utrykningsplikt, vil det kunne føre til at vaktbelastningen blir så stor for legene at det blir vanskelig både å beholde de som per dato er i kommunene eller å rekruttere nye. Videre vil den nye forskriften kunne bli avgjørende for om det kan opprettholdes eget legevaktdistrikt i vår region.

Flyttes nærmeste legevakt for eksempel til Narvik vil det bli enda lengre for den enkelte lege å reise fra bosted til legevakta, som igjen kan virke hemmende på å rekruttere og beholde leger og det medfører betydelig lengre reisevei for publikum.

5.4 Kommuneoverlegefunksjon

Ved inngangen til 2018 har Lavangen og Salangen kommuneoverlege med 40 % stilling hver Dyrøy samarbeider med Sørreisa og er som nevnt i legevaktdistrikt med de øvrige kommunene i Midt-Troms. Disse kommunene har samlet 1,5 årsverk. Dyrøy og Sørreisa deler på 0,5 årsverk. Det vil si 0,25 årsverk i Dyrøy. Ibestad har per dato ikke definert størrelse på funksjonen. I følge SSB (2016) ligger landsgjennomsnittet for kommuneoverlege på 0,5 årsverk per 10000 innbyggere. For Troms er gjennomsnittet på 0,7 årsverk, mens Samfunnsmedisinernes organisasjon – LSA (Leger i samfunnsmedisinsk arbeid) hadde i 2012 en anbefaling på 1,0 årsverk per 10000 innbyggere.

Ofte tillegges kommuneoverlegefunksjonen til fastleger, og det anbefales at kommuneoverleger er spesialister i samfunnsmedisin. Oppgavene som skal utføres er både lovbestemte innenfor Lov om helse- og omsorgstjeneste, Lov om psykisk helsevern, Lov om smittevern, Lov om folkehelse samt Dødsårsakregisterfunksjon. I tillegg kommer de ikke-lovpålagte oppgavene der det ofte er forventninger om ansvar selv uten tildelt myndighet.

Det er ulikt hvordan de fire kommunene har organisert helsesjefunksjonen. Bakgrunnen for valg av organisering er forskjellig, og avhenger for eksempel av om kommunen er organisert etter 2- eller 3-nivåmodell. Det tilrådes at den enkelte kommune på fritt grunnlag fortsetter å organisere sin helsesjefunksjon, og at dette i sin helhet holdes utenfor Astafjordlegen.

Etter iverksetting av fase to i prosjekt Astafjordlegen har det vært rettet en forespørsel fra kommunene Bardu og Målselv i forhold til mulig felles kommuneoverlegefunksjon for alle kommunene som sokner til den interkommunale legevakten på Setermoen. Prosjektet har deltatt på møte med de nevnte kommunene, og i etterkant av dette har arbeidsgruppa anbefalt at man ikke tiltrer forslaget. Begrunnelsen for dette er at de fire samarbeidende kommunene ønsker å avklare hvorvidt Astafjordlegen skal etableres, og at man innenfor denne rammen vil etablere en slik fellesfunksjon. Videre ønsker man ikke å tiltre et slikt samarbeid på grunn av geografiske avstander og sårbarhet ved fravær.

Arbeidsgruppa ønsker imidlertid å etablere felles kommuneoverlegefunksjon innenfor rammene av Astafjordlegen. Det påpekes at arbeidsoppgavene må fordeles på flere personer, der en kan få det overordnede ansvaret. Ved å fordele ansvaret på flere personer vil disse kunne spesialisere seg innenfor ulike fagfelt, og det vil kunne bli lettere å rekruttere til funksjonen. Dette gir også rom for stedfortrederfunksjon og større robusthet ved fravær.

Det anslås å være behov for 1 årsverk til kommuneoverlegefunksjon (se vedlegg 1)

5.5 Praktiserende leger

Per dato er legene i Lavangen og turnuskandidater lønnet av kommunen. I Ibestad og Salangen er det en blanding av kommunalt ansatte leger og næringsdrivende leger med driftstilskudd. Legene som praktiserer i Dyrøy er ansatt i Sørreisa kommune.

Det er til sammen 11 leger med ulik stillingsstørrelse som praktiserer. Antallet turnuskandidater er varierende og telles ikke med her. Det påpekes imidlertid at det er viktig å satse på turnuskandidater. Dette både i forhold til den totale legedekningen, men også i forhold til å rekruttere turnusleger til faste stillinger, samt at disse både kan og vil være gode ambassadører for rekruttering av andre leger.

I Dyrøy er det to stillinger på 60 %. Bortsett fra Dyrøy er det 4 kvinner og fem menn med en gjennomsnittsalder på 44,8 år og av disse er det to personer som er spesialister i allmenntilleggsmedisin, samt en person som er ferdig med sin spesialistutdanning i løpet av høsten 2018. I tillegg er den ene kommuneoverlegen spesialist i allmenntilleggsmedisin, men vedkommende praktiserer ikke. Tre av de ni legene er 60 år eller eldre, og dette kombinert med naturlig jobbrotasjon vil føre til store rekrutteringsutfordringer de nærmeste årene. Erfaringer både fra Senjalegen og i forhold til arbeidsgruppas egne ønsker og erfaringer tilsier at det bør være minimum to leger i tillegg til medarbeidere for hver enkelt legedag (normal arbeidsdag). Begrunnelsen for dette er å kunne overlape hverandre faglig og på den måten gi innbyggerne et optimalt tilbud:

«Legekontorene skal bestå i de respektive kommunene og de skal være bemannet med 2 leger (hvorav den ene kan være turnuskandidat) og to medarbeidere, normalt på alle hverdager»

Med fire legekontor vil dette kreve 40 legedager, mens det totale antallet legedager som produseres per i dag er 47. I forhold til de 47 legedagene er det viktig å ta hensyn til at Dyrøy per dato har lege tre av fem uke dager, og da bemannet med to leger. Det vil si seks legedager fordelt på 2 x 60 % stilling. For å sikre minimumsdekning med to leger på jobb alle hverdager også i Dyrøy så må Dyrøy øke stillingsressursen med 0,8 årsverk (fire legedager). Totalt antall legedager som produseres i løpet av ei arbeidsuke blir 51.

Dersom Astafjordlegen innføres, videreføres stillingshjemlene som kommunene har i dag. gjennomføres det virksomhetsoverdragelse i henhold til Arbeidsmiljølovens §16. Det må avklares hvorvidt det er mulig og ønskelig at også dagens kommunalt ansatte og selvstendig næringsdrivende ved kompetanseheving, sykdom og ferieavvikling ambulerer mellom de

ulike legekantorene. Ved å stimulere til dette vil det være mulig å holde alle fire legekantorene åpne med minimum to leger til stede på hvert kontor hver dag. Videre vil det være mulig å gjennomføre fagdager og en vil være mindre sårbare enn i dag i forhold til ferie, permisjoner, sykdom med mer.

For å lykkes er det viktig med god dialog med den enkelte lege og deres organisasjon, og merarbeidet/merbelastningen må kompenseres på en hensiktsmessig måte. I Senjalegen har de organisert seg slik at de kjører i arbeidstiden og at kjøring foretas i kjøretøy administrert av Senjalegen. Utfordringen med kjøring i arbeidstiden er at antallet timer hver enkelt lege behandler pasienter synker (legetimer). Hvor stor nedgang i antallet legetimer produsert per dag dette vil føre til, avhenger av kjørelengden. I Senjalegen (all utkjøring foretas fra Silsand i Lenvik) er nedgangen på over 30 % i forhold til kontoret på Skaland (nåværende Berg kommune).

Ved nyrekruttering må det være fleksibilitet i forhold til stillingsstørrelser og ved hvilket av de fire legekantorene stillingshjemplene plasseres. Ansatte tilsettes i Astafjordlegen med arbeidssted spesifisert til et av de fire legekantorene, og fordeles ut fra behovene til enhver tid, samt preferansene for den/de som skal tilsettes.

For å oppnå et felles fagmiljø, gode samarbeidsrelasjoner og et godt tjenestetilbud for kommunens innbyggere må leger som skal tilsettes ved behov påregne å ha arbeidsdager på andre kontorsteder enn der den primære ansettelsen er foretatt.

Kjøring fra primært arbeidssted til andre lokasjoner er å anse som arbeidstid og kan foretas innenfor normal arbeidstid og i kjøretøy som driftes av Astafjordlegen.

Der legen er selvstendig næringsdrivende, mottar de pasientegenandeler og refusjoner fra HELFO. Disse legene betaler husleie til kommunen og kommunen yter basistilskudd per capita, til den enkelte legen. Basistilskuddet ligger i rammeoverføringene til kommunene.

Der legene er fastlønnet beholder kommunen basistilskuddet, og kommunen mottar pasientegenandeler og refusjoner fra HELFO. Legene betaler ikke husleie og kommunen betaler lønn til den enkelte legen.

I 2015 ble leger ansatt i Senjalegen godtgjort slik:

- Grunnlønn i 100 % stilling kr 720.000,- per år.
- Spesialister i allmennmedisin gis et tillegg på kr 100.000,- per år.
- Hver lege gis 20 % av inntjeningen på sine pasienters innkrevde egenandel, og 20 % av tilhørende innkrevde refusjoner fra HELFO.
- Leger som betjener utekontor gis et lønnstillegg på kr 50.000,- per år.

5.6 Medarbeidere på legekantorene

Ifølge Nasjonalt senter for distriktsmedisin er involvering av øvrige medarbeidere en fellesnevner for å lykkes i forhold til arbeid med å bedre legedekningen. Ved utgangen av mars 2018 er det gjennomført møte med medarbeiderne på samtlige fire legekantor. I disse møtene har prosjektet, status for prosjektet og den videre fremdriften blitt presentert. I samtlige av disse møtene har det vært uttrykt tilfredshet med å få informasjon. Det ble påpekt fra medarbeiderne at man ser behovet for prosjektet, men at man er opptatt av hvordan egen fremtidig arbeidssituasjon vil bli, og at eventuelle endringer må skje i nær dialog med medarbeiderne samt at eventuelle endringer ikke må føre til økt arbeidsbelastning i forhold til ukompensert arbeidstid osv. Det er imidlertid uttrykt klart at nye arbeidsoppgaver fulgt opp av kompetanseheving og samarbeid med andre er ønskelig.

Som det fremkommer av tabellen i kapittel 4.3 «Fordeling av yrkesgrupper, kjønn og stillingsprosent» er det samlet sett svært god og variert kompetanse blant medarbeiderne.

Det er til sammen 13 kvinner med følgende utdanning og stillingsstørrelse:

Det er tre sykepleiere med totalt 2,5 årsverk. Dyrøy (70 %), lbestad (80 %) og Salangen (100 %). I Dyrøy har sykepleieren videreutdanning som kreftsykepleier og i lbestad som diabetessykepleier.

Samtlige fire kommuner har helsesekretærer fordelt på seks personer og 4,0 årsverk. Dyrøy (100 %), lbestad (80 %), Lavangen med tre personer (80 %, 60 % og 60 %) og Salangen (20 %).

Det er to bioingeniører med henholdsvis 70 % og 80 % stilling, og begge disse jobber i Salangen.

Salangen har også to andre medarbeidere i 100 % og 30 % stilling, og for disse er det ikke spesifisert utdanning.

Aldersspredningen på medarbeiderne er fra 26 år til 64 år med en gjennomsnittsalder på 43,2 år. Tre av medarbeiderne er over 60 år, og dette sammen med naturlig jobbbrotasjon gjør at samarbeidskommunene også i forhold til sine medarbeidere vil ha utfordringer med rekruttering i årene som kommer.

De fire kommunene har god og allsidig kompetanse blant sine medarbeidere og bør systematisk jobbe med å videreutvikle og spre denne.

Det anbefales at det utarbeides plan for rekruttering av medarbeidere. Hver lokasjon bør ha minimum to medarbeidere med særlig tanke på å redusere sårbarhet i forhold til permisjoner, ferie og sykdom. Ved nyansettelse må det i hvert enkelt tilfelle gjøres ei vurdering av hvilken type kompetanse som skal etterspørres. Dette for å ivareta den enkelte kommune sitt behov, men også for å sikre at Astafjordlegen til enhver tid har godt sammensatt kompetanse blant sine medarbeidere.

Medarbeiderne og deres organisasjoner må gis anledning til medbestemmelse i forhold til den praktiske organiseringen. Imidlertid bør det ligge til grunn for nyrekruttering at disse i

likhet med nyrekruttede leger må påregne å ambulere mellom de ulike lokasjonene. Slik ambuleringsmå kompenseres på lik linje med de ordninger som blir gjort gjeldende for legene (for eksempel kjøring i arbeidstid). I forbindelse med innføring av Astafjordlegen må det tilrettelegges for at medarbeidere på legekantorene kan møtes til strukturert oppfølging av faglig utvikling, utvikling av nye samarbeidsrelasjoner samt at medarbeiderne gis tilbud om økt kompetanse innen akuttmedisin. Et høyt kompetansenivå blant medarbeiderne i forhold til akuttmedisin vil bidra til økt trygghet for innbyggerne i den enkelte kommunen.

5.7 Felles pasientjournalhåndtering

Det er mulig å innføre felles pasientjournalhåndtering for to eller flere kommuner. I følge Fylkeslegen i Troms er ei forutsetning for dette med innføring av eget organisasjonsnummer. Både Senjalegen og ETS-samarbeidet (Evenes, Tjeldsund og Skånland) er organisert etter vertskommuneprinsippet med felles organisasjonsnummer og felles pasientjournal.

Kommunene Dyrøy, Ibestad, Lavangen og Salangen deltar alle i ulike former for interkommunalt samarbeid. I henhold til Kommunelovens §28a gis det mulighet til at en kommune kan utføre tjenester i og for en eller flere andre kommuner.

Kommuneloven §28a «overføring av myndighet til vertskommune»

En kommune kan overlate utførelsen av lovpålagte oppgaver, herunder deleger myndighet til å treffe vedtak som omtalt i forvaltningsloven §2 første ledd bokstav a (offentlig myndighetsutøvelse) til en vertskommune etter §§ 28b og 28c hvis den aktuelle lov ikke er til hinder for det.

Det er tre typer samarbeid som kan iverksettes: 1) **Administrativt vertskommunesamarbeid** og 2) **vertskommunesamarbeid** med folkevalgt nemd. Hos de deltakende kommunene er det gode erfaringer med administrativt vertskommunesamarbeid der en av kommunene tillegges eller påtar seg vertskommunerollen. Det siste alternativet er 3) **interkommunalt selskap** som passer best for tilnærmet forretningsdrift som for eksempel avfallsselskap.

Arbeidsgruppa anbefaler at kommunene inngår et administrativt vertskommunesamarbeid i henhold til §28. Før inngåelse av avtale utarbeides det avtaler for ansvar, myndighet, delegering, økonomi samt utvikling og evaluering.

5.8 Felles telefonsystem

I prosjektets oppdrag er innføring av felles telefonsystem et av temaene. Dette temaet var et av de momentene som ble drøftet i møtene med medarbeiderne på de ulike legekantorene. Her fremkom det at de fleste så positivt på dette, og at et slikt felles system ville bidra til å gi pasientene et enda bedre tjenestetilbud. Slik situasjonen er nå kan det være nødvendig å stenge sentralbordet dersom kontoret holder felles kurs eller møter. I en slik situasjon vil brukerne oppleve at legekantoret er utilgjengelig. Spesielt for de mindre

legekontorene vil det samme være gjeldende både ved sykdom og ved avvikling av ferie og permisjon. Innføring av felles telefonsystem vil gi økt tilgjengelighet til det enkelte legekontor. Ved innføring av felles telefonsystem forutsettes at det utvikles god dialog og samarbeid mellom de enkelte legekontorene og de medarbeiderne som har ansvar for å følge opp telefoniske henvendelser. Ved innføring av felles telefonsystem vil det være ei forutsetning at system for felles pasientjournalhåndtering blir innført. Ved innføring vil det til enhver tid kunne tilrettelegges for raske besvarelser av telefonhenvendelser.

Det opprettes felles telefonsystem med rullerende svarfunksjon mellom kontorene. Alarmvakt kan vurderes lagt til et av kontorene etter nærmere avtale. I livstruende tidskritiske situasjoner er det et lovkrav at nærmeste lege gir nødvendig helsehjelp.

Det anbefales at parallelt med innføring av felles telefonsystem videreutvikles det elektroniske systemet for kommunikasjon med legekontorene. Dette systemet må markedsføres på en slik måte at det motiverer til økt bruk. Dette vil være tidsriktig spesielt for yngre brukere, og vil i tillegg bidra til mindre trykk på telefon og fysisk oppmøte.

5.9 Faglig utvikling

Tradisjonelt har den enkelte kommune i sin helhet forestått å rekruttere og beholde leger. Ofte har dette ført til utstrakt og dyr vikarbruk, mye vakanser og stor turn over. Nasjonalt senter for distriktsmedisin påpeker at i de kommunene og regionene der man har lyktes med å endre den tradisjonelle metodikken for å rekruttere og beholde leger, så har de særlig vektlagt å utvikle kompetansen både til den enkelte legen, men også til hver enkelt av de øvrige medarbeiderne. Både Senjalegen og i Alta kommune er det satset på å utdanne medarbeiderne i forhold til akuttmedisin. På den måten opprettholdes et godt akuttmedisinsk tilbud på det enkelte legekontoret selv om antallet legedager og legetimer er redusert. Dette kommer innbyggerne til gode, og virker motiverende og stimulerende både på de medarbeiderne som er ansatt og i forhold til rekruttering av nye.

Hvilken type faglig utvikling det skal legges til rette for både ovenfor leger og øvrige medarbeidere må fremkomme gjennom utvikling av kompetanseutviklingsplan. Kompetanseplanen utarbeides med bakgrunn i krav, ønsker og behov sett i forhold til dagens gruppe ansatte og deres utviklingsønsker og potensial. I tillegg må kompetanseutviklingsplanen ta hensyn til fremtidige behov for rekruttering og derigjennom rotasjon av kompetanse og behov for endret kompetanse.

I Senjalegen var det i 2015 et betydelig antall ukentlige kontakter mellom pasienter og det enkelte legekontor, som ikke ble foretatt av leger, men øvrige medarbeidere. Ved å organisere tjenestetilbudet slik blir det mindre sårbarhet i forhold til om et legekontor enkelte dager ikke er bemannet med lege. Omfanget av en slik organisering må fastsettes sammen med de enkelte medarbeiderne og under ledelse av faglig og administrativ ansvarlig. I tillegg til kompetanseheving for medarbeidere, anbefales systematisk bruk innenfor lovens begrensinger av teknologiske hjelpemidler.

5.10 Merkostnader for drift av legekantorene ved innføring av Astafjordlegen

I tillegg til dagens kostnader vil det komme ekstra kostnader. Noen av disse vil være felleskostnader, mens andre vil være ekstrakostnader for enkeltkommuner.

Kostnader for enkeltkommuner:

For å oppnå målet med to leger per ukedag må Dyrøy øke sin ressursbruk med 0,8 årsverk. Med utgangspunkt i tallene for Senjalegen (kapittel 5.5) vil det med full stilling, spesialistutdanning og kontor på andre steder utgjøre kr 870.000 per år.

80 % = kr 696.000 x 1,24 (sosiale utgifter) = kr 863.040

Summen av pasientegenandeler og refusjoner fra HELFO anslås til kr 270.000 per år (*1).

80 % av kr 270.000 = kr 216.000 per år.

Total merutgift per år: Lønn inkludert sosiale utgifter kr 863.040 minus pasientegenandeler og refusjoner fra HELFO kr 216.000 = kr **647.040**

Per dato har Lavangen og Salangen til sammen 0,8 årsverk som kommuneoverlege, og Dyrøy 0,25 årsverk. 1 årsverk som kommuneoverlege for de fire kommunene fordeles likt på hver av de fire kommunen. Med utgangspunkt i Senjalegen utgjør et årsverk kr 870.000 x 1,24 (sosiale utgifter) = 1.078.800:4 = kr 269.700. For Lavangen og Salangen vil det bety en besparing på 0.15 årsverk i forhold til dagens forbruk. For Dyrøy vil kostnaden bli som for dagens nivå og for lbestad vil det bli en merkostnad på kr 269.700.

Merkostnad Dyrøy = kr **647.040**

Merkostnad lbestad = kr **269.700**

*1 Det er den enkelte lege og turnuskandidat som i henhold til HELFO sine systemer skal sende inn refusjonskrav. Størrelsen på årlig refusjonsinnkreving ligger mellom kr 250.000 og kr 800.000 avhengig av om det for eksempel er turnuslege eller en erfaren lege, samt i forhold til antallet pasienter på den enkelte fastleges liste. I utregningen er det lagt opp til et lavt årlig anslag i forhold til refusjoner fra HELFO.

Felleskostnader per år

Dersom en kommune velger ikke å delta vil kostnadene for de tre andre kommunene samlet øke tilsvarende kostnadene for den kommunen som ikke deltar.

Ansettelse av administrativ leder:

Godt kvalifisert leder (høgskoleutdannet). Årslønn kr 675.000x1,24 = kr **837.000** per år.

Kompetanseheving:

Kritisk suksessfaktor ved innføring av Astafjordlegen og gjelder for alle ansatte. Det settes av kr **200.000** per år.

Møtearenaer og intern nettverksbygging:

Det settes av kr **100.000** per år.

Leasing av biler:

Kostnad ved 4 kjøretøy (et kjøretøy ved hvert legekantor) anslås til kr. 3.500 per måned per kjøretøy = kr 14.000 per måned x 12 måneder = **kr 168.000** per år.

Innføring av Elektronisk pasientjournalsystem – EPJ, og felles telefonsystem:

Engangskostnad. System, lisenser, innleie kr 250.000 for EPJ og kr 100.000,- for felles telefonsystem = **kr 350.000**.

Drift av Elektronisk pasientjournalsystem – EPJ, og felles telefonsystem:

Det forutsettes det at IT support ivaretas av en eller flere av de eksisterende dataavdelingene. Kostnad per år **kr 100.000**.

Totalt **kr 1.755.000** Av dette vil kr 350.000 være engangskostnad, Det vil si at fra og med år to vil felleskostnadene være kr 1.405.000.

Fordeling av felleskostnader per år

Felleskostnadene fordeles med A) 20% likt på hver enkelt kommune og B) 80% fordelt etter befolkningstall.

A. 20 % fordelt likt på hver kommune:

20 % av kr 1.755.000 = kr 351.000 fordeles likt på 4 kommuner = **kr 87.750**

B. 80 % fordelt etter folketall:

80 % av kr 1.755.000 = kr 1.404.000 fordeles etter folketall. I henhold til tabell 4.2 er folketallet 5828 innbyggere = kr 240,90 per innbygger.

Dyrøy:	1138 innbyggere x kr 240,90 = kr 274.144
Ibestad:	1394 innbyggere x kr 240,90 = kr 335.814
Lavangen:	1076 innbyggere x kr 240,90 = kr 259.208
Salangen:	2220 innbyggere x kr 240,90 = kr 534.798

Sum A) og B):

Dyrøy:	kr 87.750 + kr 274.144 = kr 361.894
Ibestad:	kr 87.750 + kr 335.814 = kr 423.564
Lavangen:	kr 87.750 + kr 259.208 = kr 346.958
Salangen:	kr 87.750 + kr 534.798 = kr 622.548

Merkostnader per kommune:

	Merkostnad enkeltkommuner	Felles- kostnader	SUM
Dyrøy	Kr 647.040	Kr 361.894	Kr 1.008.934
Ibestad	Kr 269.700	Kr 423.564	Kr 693.264
Lavangen		Kr 346.958	Kr 346.958
Salangen		Kr 622.548	Kr 622.548

6.0 Alternativer og anbefaling

ALTERNATIV 1 – Nullalternativet:

Nullalternativet innebærer at kommunene fortsetter i henhold til dagens organisering. Alternativet vil innebære trygghet i forhold til at både ansatte og kommunens innbyggere vil ha et kjent tilbud. Velges dette alternativet vil utfordringene slik de er per i dag med vanskelig rekruttering, vakante stillinger og derigjennom ustabil tjenestetilbud til innbyggerne i de fire kommunene fortsette.

Arbeidsgruppa tilrår at dette alternativet ikke benyttes da utfordringene med å rekruttere og beholde både leger og øvrige medarbeidere vil bli uforholdsmessig store ved dette alternativet.

ALTERNATIV 2 – Senjalegen:

Dette er et sentraliseringsalternativ, som i prosjekt Astafjordlegen er beskrevet som uaktuelt. Prosjektgruppa vil imidlertid understreke at drift av Senjalegen gjennom flere år også har gode erfaringer. En analyse utført av Nasjonalt senter for distriktsmedisin viser at det er samfunnsøkonomisk lønnsomt å beholde utekontor fremfor å sentralisere hele legetjenesten. For Senjalegen var den beregnede innsparingen (transport og tidskostnader for pasienter og ledsagere) for samfunnet på 8,3 millioner kroner, mens kostnadene med drift (husleie, lønn, transport av ansatte og åpningstider) beløp seg til 1,5 millioner kroner. Gjennom Senjalegen har det vist seg at flere søker på stillinger som lyses ut, og at de blir i jobben fem år eller lengre. En av de største utfordringene for Senjalegen for å bemanne utekontorene (Skaland, Gryllefjord og Stonglandseidet) med det antallet legedager som er fastsatt må kjøring foretas i arbeidstiden. For Senjalegen har dette som nevnt i kapittel 5.5 ført til en reduksjon på over 30 % i antallet legetimer som produseres. Med denne organiseringen vil det være grunn til å anta at det ved nyrekruttering av øvrige medarbeidere vil kunne bli utfordrende. Produseres det legedager kun noen få dager i uka vil det være mindre attraktivt å være for eksempel helsesekretær på de øvrige ukedagene. Skal dette bli effektivt og ikke minst attraktivt vil man være helt avhengig av at medarbeiderne gis nye oppgaver slik at arbeidsdagene blir meningsfulle. Et annet element med denne typen organisering vil kunne være at de innbyggerne som normalt sokner til det spesifikke legekantoret samlet får så begrenset tilgang på legetimer at de bytter fastlege til et annet legekantore og derigjennom får økt avstand til egen fastlege. I en forlengelse av

dette vil en ytterligere sentralisering og nedleggelse av mindre legekantor kunne bli en konsekvens.

Arbeidsgruppa tilrår at heller ikke dette alternativet benyttes. Dette først og fremst fordi det ligger utenfor oppdraget, dernest fordi alternativet gir for mange usikkerhetsmomenter og at antallet legedager og legetimer blir redusert.

ALTERNATIV 3 – Astafjordlegen:

Astafjordlegen vil for kommunene Dyrøy, Ibestad, Lavangen og Salangen være en ny måte å organisere legetjenesten på. Modellen forutsetter at det skal være legekantor i alle fire kommunene. Disse skal holdes åpne innenfor normal arbeidstid alle hverdager. Alle fire legekantorene skal innenfor dette bemannes med minimum to leger og to medarbeidere samtlige hverdager. Det inngås avtale i forhold til vertskommunemodell med Salangen kommune som vertskommune. Det innføres felles system for pasientjournalhåndtering og telefonsystem. Rådmenn/administrasjonssjefer utgjør styre/styringsgruppe og det utarbeides egne regler for samarbeidet. Astafjordlegen ledes faglig av en kommuneoverlege. I tillegg ansettes det administrativ leder (nyopprettet hel stilling) med bred ledererfaring og kompetanse. Astafjordlegen opprettes med eget organisasjonsnummer, og det gjennomføres virksomhetsoverdragelse i henhold til Arbeidsmiljølovens §16. Nåværende ansatte (både leger og øvrige medarbeidere) opprettholder sine arbeidsbetingelser, og stimuleres til å påta seg arbeidsoppgaver ved behov også på et eller flere av legekantorene utenom eget ansettelsessted. Nyansatte må som en del av sitt ansettelsesforhold påregne å reise til øvrige legekantor ved behov. Astafjordlegen vil gjøre det enkelte legekantoret mindre sårbart i forhold til ferie, permisjon og sykdom og vil gi et godt utgangspunkt for kompetanseheving, oppfølging av studenter, felles møter og samhandling med spesialisthelsetjenestene og ulike utdanningsinstitusjoner. Samlet vil Astafjordlegen bidra til å sikre bedre legetjeneste for den enkelte innbygger. Det skal tilrettelegges for kompetanseheving for alle ansatte, og ved arbeid utenfor primært ansettelsessted foregår transporten i arbeidstiden med leasede kjøretøy. Innføringen av Astafjordlegen vil medføre økte kostnader, men disse vil langsiktig bli innspart helt eller delvis ved at leger og øvrige medarbeidere i økt grad blir værende i jobben over flere år. Astafjordlegen vil gi den enkelte bruker en stabil legetjeneste som totalt vil virke positivt på den totale samfunnsøkonomien. Det vil være mulig å innføre Astafjordlegen dersom en av de fire kommunen beslutter å ikke delta, men det tilrådes ikke å fortsette dersom kun to kommuner ønsker å samarbeide.

Arbeidsgruppa tilrår at Astafjordlegen innføres og at de fire kommunene fatter likelydende vedtak inkludert plan for implementering av Astafjordlegen.

Dokumenter og litteratur

Eksterne dokumenter:

Cabana MD, Jee SH (2004) Does continuity of care improve patient outcomes? Journal of Family Practice, 53, 974-980

Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste m.v (akuttmedisinforskriften).

Først og fremst – Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus NOU 2015:17

Grobler L, Marais BJ, Mabunda SA. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 6 art.no CD005314.

Holte JH (2015). Remuneration and organization in general practice. Avhandling for phd-grad i helsevitenskap. UiT Norges arktiske universitet. Tromsø

Kommunal- og Regionaldepartementet. Veileder. Vertskommunemodellen i kommuneloven §28a flg 2011.

Ono T, Schoenstein M, Buchan J, Geographical Imbalance in Doctor Supply and Policy Responses, OECD Health working papers, NO 69, 2014.

Pasientjournalloven og helseregisterloven. Prop. 72 L (2023-2014).

Senjalegen – Modell for fremtidig god legetjeneste i kommunene, Berg, Lenvik, Torsken og Tranøy kommuner.

Senjalegen – en evaluering (2015) Nasjonalt senter for distriktsmedisin, Det helsevitenskaplige fakultet. Gaski M og Abelsen B

Interne dokumenter:

Etablering av legesamarbeid (saksfremlegg for politisk behandling i de fire deltakerkommunene)

Oppdragsavtale mellom Dyrøy, Ibestad, Lavangen og Salangen og Astafjord Utvikling AS vedrørende prosjektledelse for fase 2 «Astafjordlegen»

VEDLEGG 1

Stillingsramme for kommuneoverleger i Astafjordlegen

Notatet oppsummerer faglige og legale rammer for kommuneoverlegestillinger.

I vårt område er mange ulike oppgaver tillagt kommuneoverleger, andre kommuneleger og helsesjefer og kommunenes organisering er ikke ensartet.

Oppgavene omfatter:

- Faglig og eventuelt administrativ ledelse av kommunal helsetjeneste, herunder drift og ledelse av legekontor, medisinskfaglig ansvar for helsestasjon, rehabiliteringstjeneste, omsorg for psykisk utviklingshemmede, hjemmesykepleie og sykehjem
- Internkontroll og prosedyreutvikling i helsetjenesten
- Veiledning av turnusleger (LIS1- leger) og leger i spesialisering i allmenntilleggsmedisin (ALIS)
- Tilsyn, planarbeid og saksbehandling innen beredskap, folkehelse, miljørettet helsevern, smittevern, psykisk helsevern og allment planarbeid

Siden disse oppgavene kan organiseres, ledes og fordeles på mange måter, vil også stillingsrammen for å ivareta dette være fleksibel. Dersom rammen reduseres, vil flere oppgaver måtte fordeles på andre leger innenfor deres fastlønsramme.

Oppsummering av faglige og legale rammer for kommuneoverlegestillinger

Helse- og omsorgsdepartementet har vedtatt spesialitetsregler for samfunnsmedisin. Spesialitetskomiteen i samfunnsmedisin har vedtatt en målbeskrivelse for spesialiteten. Følgende er utdrag fra denne:

Samfunnsmedisin er grupperettet legearbeid for å:

- *ha oversikt over forekomsten av sykdom og helse i en befolkning og de samfunnsfaktorer som påvirker befolkningens helsetilstand*
- *tilrå, evaluere og eventuelt iverksette, og administrere målrettede helsefremmende tiltak.*
- *Bidra til god planlegging og organisering av helsetjenester på alle nivåer*
- *anbefale prioriteringer og fordeling av helseressurser basert på konsekvensanalyser*
- *utøve medisinsk faglig tilsyn med helsetjenesten i henhold til over og forskrifter.*

2.2.1. Kommunehelsetjeneste

Samfunnsmedisinsk praksis i en kommune har som mål å belyse og gi innsikt i:

- *hva slags lovpålagte oppgaver som finnes i kommunen, som miljørettet helsevern, smittevern og helseberedskap*
- *hvordan helsetjenestene forvaltes og hvordan beslutninger tas i et samspill mellom profesjonell rådgivning og politiske prosesser*
- *hvordan helsetjenestene kan utvikles på bakgrunn av de epidemiologiske, personalmessige, forvaltningsmessige og økonomiske forholdene i samfunnet*
- *utvikling og bruk av virksomhetens systemer for styring og evaluering av driften*
- *samarbeid med andre deler av helsetjenesten, kommuneforvaltningen, frivillige organisasjoner og enkeltpersoner*
- *bidrag til helsefremmende og forebyggende arbeid*
- *helsemessig og sosial beredskap, som risiko- og sårbarhetsanalyser, katastrofeplaner i forhold til helse- og sosialtjenesten, smittevernplan herunder pandemiberedskap.*
- *bidrag til et helhetlig helsetjenestetilbud for innbyggerne, gjennom samarbeid mellom kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og øvrig statlig helseforvaltning.*

Kommuneoverlegens oppgaver er dels fastsatt i lov.

- Helse- og omsorgstjenesteloven § 5-5: Kommunen skal ha en eller flere kommuneleger som skal utføre de oppgaver kommunelegen er tillagt i lov eller instruks.
- Psykisk helsevernloven § 3.1: Foreligger det behov for legeundersøkelse som nevnt i første ledd, men vedkommende unndrar seg slik undersøkelse, kan kommunelegen ..., vedta at det skal foretas en slik legeundersøkelse. Om nødvendig kan vedkommende avhentes og undersøkes med tvang. Kommunelegens vedtak om tvungen undersøkelse skal straks nedtegnes skriftlig.
- Smittevernloven § 7-2: Kommunelegen skal utføre de oppgaver innen smittevernet som pålegges i loven her; Planarbeid for smittevern og beredskap • Oversikt • Forebyggende arbeid og akutt problemløsende • Informasjon;
- Folkehelseloven (Hastekompetanse og rådgiver) § 9: Myndighet innen MHV i hastesaker § 27: Samfunnsmedisinsk kompetanse i kommunen. Det skal ansettes en eller flere kommuneleger som medisinsk-faglig rådgiver for kommunen for å ivareta blant annet: - samfunnsmedisinsk rådgivning i kommunens folkehelsearbeid, jf. §§ 4 til 7, inkl. epidemiologiske analyser, jf. § 5 - hastekompetanse ... i saker innen MHV, smittevern og helsemessig beredskap - andre oppgaver delegert fra kommunestyret.
- Dødsårsaksregisterforskriften § 2-3: Kommunelegen skal kontrollere at skjema, jf. § 2-2, er nøyaktig og fullstendig utfylt, og videresende skjema til Dødsårsaksregisteret senest to måneder etter at det er mottatt. Dersom det er nødvendig, skal kommunelegen innhente tilleggsopplysninger fra lege som har gitt helsehjelp til den person meldingen gjelder, før vedkommende døde.

Avtalefestede oppgaver:

- Rammeavtalen ASA 4310 regulerer forholdet mellom fastleger og kommunen. Kommuneoverlegen eller dennes stedfortreder har møteplikt i samarbeidsutvalget og er ansvarlig for å tilrettelegge møtene og følge opp saker hvor det er nødvendig
- SFS 2305 om vilkår for leger og turnusleger i kommunehelsetjenesten:
 - § 13 Samfunnsmedisin
 - 13.1 Kommunens medisinsk-faglige rådgiver benevnes kommuneoverlege. ...
 - 13.2 Kommuneoverlegen bør være spesialist i samfunnsmedisin – eller det skal legges til rette for slik utdanning.
 - 13.3 Kommunen skal tilstrebe at stillingen som kommuneoverlege utgjør minst 50 % av full stilling.
 - 13.4 For å sikre ..., kan det etableres kommunal eller interkommunal beredskapsordning

Andre oppgaver

- Medisinskfaglig rådgivning
 - Oppfølging av fastleger/Legevakt
 - Organisering av tjenesten
 - Planarbeid
 - Kvalitetsarbeid/ Internkontroll
 - Medarbeidersamtaler
 - Bekymringsmeldinger fra befolkningen, politi, ambulanse eller ansatte
 - Tvang:
 - Pasient- og brukerrettighetsloven kap 4 A
 - Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 10-2, § 10-3 og §10-4
 - Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester kap. 9

Orientering fra Bardu Legevakt vedrørende spørsmål fra LHL

- Narvik sykehus er geografisk klart nærmest IKL Bardu og er dermed det sykehuset som benyttes primært.
- Ved akutte livstruende hendelser kjøres pasienten direkte inn til sykehus, valg av behandlingssted avgjøres oftest av AMK og blir ofte UNN Tromsø pga behov for direkte tilgang til høyspesialisert kompetanse. Legevakten er ved slike innleggelser ikke involvert i avgjørelser rundt sykehusvalg.
- Valg av behandlingssted avgjøres av flere faktorer. Viktigst er kompetanse og transporttid, men også kapasitet og praktiske hensyn vektlegges.
- Kompetanse: Innad i UNN er det funksjonsfordeling, og for noen fagområder finnes kompetansen kun på UNN Tromsø som blir primær-sykehuset. En vurdering av kompleksitet i en problemstilling, usikkerhet mht diagnose med mer kan også gjøre at Tromsø benyttes primært. For en del ortopediske problemstillinger, med behov for operasjon, er Harstad ofte et godt alternativ.
- Transporttid er avgjørende ut fra særlig to vurderinger; pasienten raskest mulig til behandling, samt tid en ambulanse bindes opp i et oppdrag. Transport til Tromsø binder opp en ambulanse nesten dobbelt så lenge som tilsvarende Narvik-tur og svekker beredskapen i legevaktsdistriktet tilsvarende.
- Kapasitet. UNN styrer pasientflyten noe etter kapasitet. Dette er variabelt, og opplyses ved legevaktsleges henvendelse til sykehuset den aktuelle dagen.
- Praktiske forhold. Dersom en pasient sogner til del av legevaktsdistriktet som er transportmessig mye nærmere ette av sykehusene, har pårørende i en av byene eller under aktiv oppfølging ved en spesifikk avdeling tillegges dette vekt og det forsøkes tilrettelagt for innleggelse i det sykehuset som er best for pasienten.
- Kontroller. Dette er forhold som styres av UNN, ikke innleggende lege/legevakt. I hovedsak er min erfaring at UNN er fleksible og velger kontrollsted der det er mest praktisk for pasienten og billigst for samfunnet.
- Teknologiske løsninger er etablert i akuttkjeden til bruk ved utrykning av ambulanse. Vi opplever å ha adekvat kommunikasjon for å avgjøre gangen i et akuttmedisinsk oppdrag.



Arkiv:
G21

Arkivsaksnr:
2019/26-20

Saksbehandler:
Ann Kristin Evenstad

Utvalgssak	Utvalg	Møtedato
25/20	Hovedutvalg for Levekår	31.08.2020
15/20	Eldrerådet	10.09.2020
	Ungdomsrådet	
	Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne	
27/20	Hovedutvalg for Levekår	02.09.2020

Oppfølging -Forvaltningsrevisjonsprosjekt Sørreisa kommunes fastlegetjenesten - dimensjonering av tjenesteområder

Rådmannens innstilling

1. Utvalg for levekår anbefaler at følgende tiltak iverksettes for å redusere ventetid i legetjenesten:
 - a) ...
 - b) ...
 - c) ...
2. Utvalgets forslag til tiltak legges fram for behandling i eldreråd, ungdomsråd og råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne. Rådene bes komme med innspill på framlagte forslag, samt gi råd til evt. alternative tiltak.

Hovedutvalg for Levekårs behandling av sak 25/2020 i møte den 31.08.2020:

Vedtak:

Enstemmig:

Saken utsettes og behandles i ekstraordinært møte i Hovedutvalget for Levekår. i løpet av denne uke.

**Hovedutvalg for Levekårs behandling av sak 27/2020 i møte den 02.09.2020:
Forslag Thomas Hansen**

1. Med bakgrunn i dagens økonomiske situasjon og tidligere vedtak i kommunestyret angående ekstra legehjemmel anbefaler levekårsutvalget om at rådmannen styrer etter beste evne for å ivareta liv og helse. Levekårsutvalget ber om at rådmannen evaluerer legetjenesten etter at samarbeidet med Dyrøy kommune er terminert. Frist 01.10.21

Beathe Hoel

2. Utvalg for levekår foreslår at det legges inn i budsjett for 2021 en midlertidig stilling for 1 sykepleier 100% fram til 01.07.2021. Dette for å avhjelpe legene, samt redusere ventetiden på telefon.

Otto Skogheim

Otto Skogheim og Ana Myrlund legger fram forslag til et punkt 3 levekårsutvalget:

1. Utvalget for levekår ber rådmannen følge utviklingen nøye og kunne sette inn tiltak ang. legesituasjonen hvis det blir nødvendig.

Behandling

Hovedutvalg for levekår legger fram omforent forslag.

Vedtak

Enstemmig:

1. Med bakgrunn i dagens økonomiske situasjon og tidligere vedtak i kommunestyret angående ekstra legehjemmel anbefaler levekårsutvalget om at rådmannen styrer etter beste evne for å ivareta liv og helse. Levekårsutvalget ber om at rådmannen evaluerer legetjenesten etter at samarbeidet med Dyrøy kommune er terminert. Frist settes til 01.10.21
2. Utvalg for levekår foreslår at det legges inn i budsjett for 2021 en midlertidig stilling for 1 sykepleier 100% fram til 01.07.2021. Dette for å avhjelpe legene, samt redusere ventetiden på telefon.
3. Utvalget for levekår ber rådmannen følge utviklingen nøye og kunne sette inn tiltak ang. legesituasjonen hvis det blir nødvendig.
4. Utvalgets forslag til tiltak legges fram for behandling i eldreråd, ungdomsråd og råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne. Rådene bes komme med innspill på framlagte forslag, samt gi råd til evt. alternative tiltak.

Kort sammendrag

Det foreligger nå en ferdigstilt forvaltningsrevisjonsrapport for legetjenesten. Rapporten ble forelagt kommunestyret til behandling 07.05.20.

Kommunestyret gav rådmannen i oppdrag å gi tilbakemelding til kontrollutvalget på hvilke tiltak som skal iverksettes for å imøtekomme anbefalingene gitt i rapporten. I arbeidet med å se på forbedrende tiltak forventer kommunestyret at Levekårsutvalget, eldreråd og evt. andre involveres. Levekårsutvalget behandlet sak om videre oppfølging og involvering i sak 21/2020. Rådmannen v/enhetsleder Helse og omsorg har nå utarbeidet en rapport som belyser legetjenestens ulike tjenesteområder, konsekvenser ved lavere dimensjonering av de ulike områdene og vurderinger knyttet til dette.

Saken legges nå fram for Levekårsutvalget, som skal utarbeide forslag til tiltak for forbedringsarbeid.

Saksutredning

Kontrollutvalget bestilte i møte 21.11.2018 en forvaltningsrevisjon av fastlegeordningen. Formålet med prosjektet har vært å få kunnskap om hvorvidt om Sørreisa kommune gir innbyggerne nødvendige og forsvarlige allmennlegetjenester iht. kravene i regelverket. Videre i hvilken grad kommunen, gjennom styring og oppfølging, sørger for at fastlegetjenesten driftes iht. kravene i regelverket.

Rapporten er ferdigstilt og ble behandlet i kommunestyrets møte av 07.05.20 –sak 21/20 (vedlegg 1).

Kommunestyret fattet følgende vedtak i saken:

1. *Kommunestyret viser til rapporten Fastlegetjenesten og ber rådmannen gi tilbakemelding til kontrollutvalget hvilke tiltak som iverksettes for å imøtekomme anbefalingene gitt i rapporten.*
2. *Frist for tilbakemelding til kontrollutvalget settes til 1. september 2020.*
3. *Kommunestyret forventer at Hovedutvalget for levekår og interessegrupper, eldreråd m.v. involveres i vurderinger av forbedrende tiltak.*

Hva er utfordringsbildet?

Forvaltningsrevisjonsrapporten konkluderer med at mye er på plass i fht. fastlegetjenesten, men at kommunen også har områder hvor fastlegeordningen ikke er i tråd med myndighetskrava. Det er pekt på 2 avviksområder/problemstillinger, hvor problemstilling 1 omhandler ventetid på legetime og telefon og problemstilling 2 omhandler manglende rutine for risiko og sårbarhetsanalyse. Avvik 2 rettes administrativt og vies ikke mer oppmerksomhet i denne saken.

Revisors konklusjoner på problemstilling 1 er:

1. Sørreisa kommune og Dyrøy kommune sørger ikke fullt ut for at innbyggerne gis nødvendige og forsvarlige allmennlegetjenester i henhold til kravene i regelverket.
2. Det er ikke i tilstrekkelig grad etablert en fastlegeordning med tilstrekkelig kapasitet.
3. Det er ikke i tilstrekkelig grad sørget for en fastlegeordning med god tilgjengelighet for

innbyggerne.

Vurderingene som ligger til grunn for konklusjonen er i korte trekk:

*Revisors vurdering er at kommunene Sørreisa og Dyrøy **ikke har oppfylt** revisjonskriteriet om å sørge for at innbyggere tilknyttet fastlegetjenesten normalt får tilbud om konsultasjon innen fem arbeidsdager.*

*Revisors vurdering er at kommunene Sørreisa og Dyrøy **ikke har oppfylt** revisjonskriteriet om å sørge for at systemet for mottak av telefonhenvendelser er innrettet slik at 80 prosent av alle henvendelser normalt besvares innen to minutter.*

Mer om vurderingen beskrives i vedlagt forvaltningsrevisjonsrapport (vedlegg 2).

Aktuelt per nå:

Rådmannen har forberedt tiltaksbeskrivelser for ulike områder av drifta i legetjenesten (vedlegg 4). Beskrivelsene sier noe om innholdet i tjenesten og konsekvenser ved omdisponering av kapasiteten på de ulike områdene. Dette er i tråd med plan for videre arbeid i Levekårsutvalgets sak 21/2020.

Ut fra vedlagte tiltaksbeskrivelser skal Levekårsutvalget nå utarbeide forslag til tiltak for forbedringsarbeid. Tiltakene skal sikre at problemstilling om for lang ventetid på telefon og til legetime kan avhjelpes, slik at Dyrøy og Sørreisa kommuner sikrer at innbyggerne får fullt ut nødvendige og forsvarlige allmennlegetjenester.

Utvalgets forslag til tiltak legges fra til behandling i kommunens Eldreråd, Ungdomsråd og Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne –før saken kommer tilbake til Levekårsutvalget i oktober for endelig forslag og innstilling til Kommunestyret.

Vurdering

Rådmannen har i tidligere sak til kommunestyre sak 58/19 gjort en vurdering av dimensjoneringen av fastlegehjemler og sykepleierressurs i legetjenesten (vedlegg 3). I denne saken konkluderte Rådmannen med at det vurderes urealistisk å effektivisere driften i legekantoret ytterligere, samtidig som lovpålagte oppgaver og endret oppgaveportefølje skal ivaretas.

Skal legekantoret lykkes i å sikre kortere ventetid på telefon og legetimer innenfor eksisterende rammer, må det gjøres omdisponering av ressurser fra andre områder i kantoret. Dette vil få konsekvenser for tjenestetilbudet som skal leveres.

For vurderinger rundt de enkelte tiltakene vises det til vedlagte rapport m/tiltaksbeskrivelser; oppfølging av forvaltningsrevisjonsprosjekt Sørreisa kommunes fastlegetjeneste (vedlegg 4).

Vedlegg

- 1 Særutskrift Forvaltningsrevisjonsrapport fastlegetjeneste
- 2 Forvaltningsrevisjon Fastlegetjenesten Sørreisa og Dyrøy
- 3 Særutskrift Dimensjonering legehjemler og sykepleierressurs legetjenesten
- 4 Rapport m/tiltaksbeskrivelser; oppfølging av forvaltningsrevisjonsprosjekt Sørreisa kommunes fastlegetjeneste



Arkiv:
G21

Arkivsaksnr:
2019/26-9

Saksbehandler:
Grete Nybakk Vaeng

Utvalgssak	Utvalg	Møtedato
21/20	Kommunestyret	07.05.2020

Forvaltningsrevisjonsrapport fastlegetjeneste

Kontrollutvalgets innstilling

Kontrollutvalget råar kommunestyret å treffe slikt v e d t a k:

1. Kommunestyret viser til rapporten Fastlegetjenesten og ber rådmannen gi tilbakemelding til kontrollutvalget hvilke tiltak som iverksettes for å imøtekomme anbefalingene gitt i rapporten.
2. Frist for tilbakemelding til kontrollutvalget settes til 30. juni 2020

Kommunestyrets behandling av sak 21/2020 i møte den 07.05.2020:

Forslag

Kontrollutvalgets innstilling

Kontrollutvalget råar kommunestyret å treffe slikt v e d t a k:

1. Kommunestyret viser til rapporten Fastlegetjenesten og ber rådmannen gi tilbakemelding til kontrollutvalget hvilke tiltak som iverksettes for å imøtekomme anbefalingene gitt i rapporten.
1. Frist for tilbakemelding til kontrollutvalget settes til 30. juni 2020

Jan-Eirik Nordahl

Endring pkt 2: frist settes til 1. september 2020.

Behandling

Astrid Indrebø, KomRev Nord redegjorde for forvaltningsrevisjonsrapporten fastlegetjeneste.

Rådmannen orienterte og besvarte på spørsmål.

Votering:

Tillegg pkt 3 - enstemmig

Endret pkt 2 - enstemmig

Vedtak

Enstemmig som kontrollutvalgets innstilling med endring:

1. Kommunestyret viser til rapporten Fastlegetjenesten og ber rådmannen gi tilbakemelding til kontrollutvalget hvilke tiltak som iverksettes for å imøtekomme anbefalingene gitt i rapporten.
2. Frist for tilbakemelding til kontrollutvalget settes til 1. september 2020.
3. Kommunestyret forventer at Hovedutvalget for levekår og interessegrupper, eldreråd m.v. involveres i vurderinger av forbedrende tiltak.

Saksutredning

Kontrollutvalget bestilte i møte 21.11.2018 en forvaltningsrevisjon av fastlegeordningen. Formålet med prosjektet har vært å få kunnskap om hvorvidt om Sørreisa kommune gir innbyggerne nødvendige og forsvarlige allmennlegetjenester iht. kravene i regelverket. Videre i hvilken grad kommunen, gjennom styring og oppfølging, sørger for at fastlegetjenesten driftes iht. kravene i regelverket. Det ble også forutsatt at kostra-tallene for sammenlignbare kommuner framkommer av rapporten.

KomRev Nord IKS har ferdigstilt rapporten og sekretariatet viser generelt til vedlagte rapport datert 18.12.2019.

Prosjektet er gjennomført som et samarbeid med Dyrøy kommune.

Vedlegg

- 1 Forvaltningsrevisjon Fastlegetjenesten Sørreisa og Dyrøy
- 2 Sørreisa sak 04 -20 - Forvaltningsrevisjonsrapport Fastlegetjenesten

FORVALTNINGSREVISJON

Fastlegetjenesten

Sørreisa kommune
Dyrøy kommune



Rapport 2019

Forord

På grunnlag av bestillinger fra kontrollutvalgene i Sørreisa kommune og Dyrøy kommune har KomRev NORD gjennomført forvaltningsrevisjon av de to kommunenes felles fastlegetjeneste; Dyrøy og Sørreisa legekantor. Kontrollutvalgets plikt til å påse at forvaltningsrevisjon gjennomføres, følger av lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) § 77 nr. 4. Ifølge forskrift om revisjon i kommuner og fylkeskommuner mv. (revisjonsforskriften) § 7 innebærer forvaltningsrevisjon å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak og forutsetninger.

Før igangsetting av forvaltningsrevisjonsprosjektet har revisjonen vurdert egen uavhengighet overfor begge de involverte kommunene, jf. kommuneloven § 79 og revisjonsforskriften § 6. Vi kjenner ikke til forhold som er egnet til å svekke tilliten til vår uavhengighet og objektivitet.¹

Vi takker kommunene for samarbeidet i gjennomføringen av forvaltningsrevisjonen.

Tromsø, 18.12.2019

Knut Teppan Vik
Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor
for Sørreisa kommune og Dyrøy kommune

Astrid Indrebø
Forvaltningsrevisor
Prosjektleder f.o.m. 1.9.2019

Renate Kristiansen
Forvaltningsrevisor
Prosjektleder f.o.m. 30.5.2018 t.o.m.
30.4.2019

¹ Ny kommunelov trådte i kraft fra og med det konstituerende møtet i kommunestyret ved oppstart av valgperioden 2019-2023. Forvaltningsrevisjon er i ny kommunelov definert i § 23-3. Kravene til revisor følger av kommuneloven § 24-4 og forskrift om kontrollutvalg og revisjon kapittel 5.

SAMMENDRAG

KomRev NORD har gjennomført forvaltningsrevisjon rettet mot fastlegetjenesten i kommunene Sørreisa og Dyrøy. Forvaltningsrevisjonen er bestilt av kontrollutvalgene i de to kommunene og er gjennomført med utgangspunkt i følgende problemstillinger:

1. Sørger Sørreisa kommune og Dyrøy kommune for at innbyggerne gis nødvendige og forsvarlige allmennlegetjenester i henhold til kravene i regelverket?
 - *I hvilken grad er det etablert en fastlegeordning med tilstrekkelig kapasitet?*
 - *I hvilken grad er det sørget for en fastlegeordning med god tilgjengelighet for innbyggerne?*
2. I hvilken grad sørger Sørreisa kommune og Dyrøy kommune, gjennom styring og oppfølging, for at fastlegetjenesten driftes i henhold til kravene i regelverket?

For å besvare problemstillingene har revisor utledet revisjonskriterier som kommunene vurderes opp mot, fra sentralt lov- og regelverk som blant annet helse- og omsorgstjenesteloven og forskrift om fastlegeordning i kommunene. Forvaltningsrevisjonen omhandler rammene for og styringen av fastlegetjenesten. Vi har ikke undersøkt eller gjort vurderinger av medisinskfaglige vurderinger eller medisinskfaglig kvalitet i fastlegetjenesten.

Sørreisa kommune og Dyrøy kommune samarbeider om fastlegetjeneste gjennom vertskommunesamarbeidet *Dyrøy og Sørreisa legekontor*. Avtale om samarbeidet ble inngått høsten 2010, og avtalen ble revidert i 2012. Sørreisa kommune er vertskommune for samarbeidet. Ansatte ved legekantoret er ansatte i Sørreisa kommune.

Dyrøy og Sørreisa fastlegekontor er organisert under enhet for helse og omsorg i Sørreisa kommune. Fastlegekontoret tilbyr timer ved to lokaliteter; Sørreisa og Brøstadbotn. I Sørreisa er kontoret åpent alle hverdager. I Dyrøy er kontoret åpent mandag, onsdag og fredag, og stengt tirsdager og torsdager.

Dyrøy kommune gikk i 2016 inn i et samarbeid med kommunene Ibestad, Salangen og Lavangen hvor hensikten var å se på muligheten for et nytt legesamarbeid; Astafjordlegene. I juni 2019 besluttet kommunestyret i Dyrøy at det var ønskelig å fortsette samarbeidet om legekontor med Sørreisa kommune. Det fremkommer av administrasjonens saksutredninger at hvordan fastlegeordningen organiseres, også har betydning for andre samarbeid som legevakt samt ambulanseberedskap.

Revisors konklusjoner på problemstillingene er:

1. Sørreisa kommune og Dyrøy kommune sørger ikke fullt ut for at innbyggerne gis nødvendige og forsvarlige allmennlegetjenester i henhold til kravene i regelverket.
 - Det er ikke i tilstrekkelig grad etablert en fastlegeordning med tilstrekkelig kapasitet
 - Det er ikke i tilstrekkelig grad sørget for en fastlegeordning med god tilgjengelighet for innbyggerne
2. Sørreisa kommune og Dyrøy kommune sørger i stor grad for at fastlegetjenesten, gjennom styring og oppfølging, driftes i henhold til kravene i regelverket.

Konklusjonen på problemstilling 1 bygger på følgende vurderinger:

- *Revisors vurdering er at kommunene Sørreisa og Dyrøy har **oppfylt** revisjonskriteriet om å sørge for at personer som ønsker det, får plass på fastleges liste.*
Hvor mange ledige plasser det er på liste til fastlege ved Sørreisa og Dyrøy legekantor endrer seg ettersom pasienter bytter fastlege. Per 28.10.2019 hadde to leger ved kontoret ledig kapasitet på sine lister, og det var 73 ledige plasser fordelt på disse to listene.
- *Revisors vurdering er at kommunene Sørreisa og Dyrøy **ikke har oppfylt** revisjonskriteriet om å sørge for at innbyggere tilknyttet fastlegetjenesten normalt får tilbud om konsultasjon innen fem arbeidsdager.*
Ifølge forskrift om fastlegeordning i kommunene, skal fastlegen prioritere listeinnbyggere ut ifra en konkret medisinsk vurdering av haste- og alvorlighetsgrad. Listeinnbyggeren skal få tilbud om konsultasjon så tidlig som mulig og normalt innen fem arbeidsdager. Av merknader til forskriftsbestemmelsen er det utdypet hva som menes med «normalt». Her fremgår det at det kun unntaksvis skal være mer enn fem dagers ventetid. Det kan likevel være situasjoner eller perioder der ventetiden vil være lengre. Dette kan for eksempel være i influensaperioder med stor pågang for noen typer tjenester, eller dersom kommunen over lengre tid har hatt problemer med å rekruttere fastleger til ledige hjemler. Noen typer attester vil det for eksempel ikke være hast med, og for at legen skal kunne gi kort ventetid til listeinnbyggere med høyere prioritet, kan ventetiden i noen tilfeller bli lengre for andre.

Ventetiden for å få time ved Sørreisa og Dyrøy legekantor har de siste årene blitt redusert. Det fremgår av Sørreisa kommunes årsmeldinger at ventetiden i 2015 var opp mot åtte uker, mens den ved utgangen av 2016 var rundt fire uker. I 2017 og 2018 lå ventetiden på rundt tre uker. Av dokumentasjonen revisor har blitt oversendt, fremgår det at gjennomsnittlig ventetid i 2019 (frem til slutten av oktober) også var i overkant av tre uker.

Det er viktig å presisere at de ovennevnte ventetidene gjelder ordinære forhåndsbestillbare konsultasjoner. Legekantoret skal, og har rutiner for å, vurdere haste- og alvorlighetsgrad. Daglegevakta i Sørreisa kan i kantorets åpningstid ta imot alle akutte henvendelser. Legene har også avsatt tid til ø-hjelpstimer, altså timer til pasienter som har behov for øyeblikkelig hjelp. Det vil si at når pasienten har en alvorlig tilstand og/eller behov for medisinsk hjelp raskt, er ventetiden langt lavere. Legekantoret har også andre typer timer som gjør at pasienter med behov for det, får time raskere enn ventetid på ordinære forhåndsbestillbare konsultasjoner tilsier. Revisor har ikke gjort vurderinger av de medisinskfaglige vurderingene som gjøres med hensyn til hvor raskt en pasient har behov for legetime, men vår undersøkelse viser at legekantoret har rutiner og systemer for å ivareta at det gjøres slike vurderinger. Vi presiserer også at ventetiden avhenger av om pasienten ønsker time kun hos fastlegen eller er åpen for å få time også hos en annen lege, samt ved hvilket kontorsted pasienten ønsker time.

- *Revisors vurdering er at kommunene Sørreisa og Dyrøy **ikke har oppfylt** revisjonskriteriet om å sørge for at systemet for mottak av telefonhenvendelser er innrettet slik at 80 prosent av alle henvendelser normalt besvares innen to minutter.*
Revisor har fått statistikk som viser blant annet antallet telefonhenvendelser, hvor mange oppringninger som ikke ble besvart, og gjennomsnittlig ventetid. Legekantoret mottar henvendelser per telefon til tre ulike numre; akutt-telefon, telefon i Dyrøy og telefon i Sørreisa. Gjennomsnittlig ventetid er henholdsvis 18 sekunder, ett minutt og 46 sekunder og fire minutter og fem sekunder. Til de tre numrene var det samlet 21,7 % av anropene som ikke ble besvart. Revisor har for ubesvarte anrop ikke informasjon om hvor lenge innringer

har ventet. Dette gjør at vi ikke med sikkerhet kan fastslå hvor mange telefonhenvendelser som besvares innen to minutter. Dersom det er veldig lang ventetid for enkeltsamtaler, vil dette også kunne gi utslag på gjennomsnittlig ventetid. Imidlertid indikerer en gjennomsnittlig ventetid på over fire minutter ved kontoret i Sørreisa, som mottar de fleste telefonhenvendelsene, at ikke 80 prosent av henvendelsene besvares innen to minutter. Vi vurderer derfor revisjonskriteriet som ikke oppfylt.

- *Revisors vurdering er at kommunene Sørreisa og Dyrøy har **oppfylt** revisjonskriteriet om å sørge for at det finnes ordning for elektronisk timebestilling.*
Det er mulig å bestille time ved Dyrøy og Sørreisa legekantor både via SMS og på internett.
- *Revisors vurdering er at kommunene Sørreisa og Dyrøy har **oppfylt** revisjonskriteriet om å sørge for at det er fraværstdekning ved ordinært fravær i fastlegetjenesten.*
Ifølge forskrift om fastlegeordning i kommunene § 21 femte ledd skal fastlegen sørge for fraværstdekning i forbindelse med ordinært fravær ved for eksempel ferie, kurs og etterutdanning. Fastlegene i Sørreisa og Dyrøy er ansatte i vertskommunen Sørreisa. Den vanligste modellen for fastlegeordningen i Norge, er at fastlegene driver privat og har avtale med kommunene. Når fastlegene er ansatte i kommunen, slik tilfellet er ved Dyrøy og Sørreisa legekantor, har kommunen uansett ansvaret for fraværstdekning på samme måte som i øvrige kommunale tjenester. Opplysningene revisor har fått tilsier at kommunen sørger for fraværstdekning i form av vikar ved lengre, planlagte fravær som permisjoner. Ved fastlegekontoret er det også innført en egen rutine kalt «fraværstassistent». Denne innebærer at ved fravær over fem dager, skal det oppnevnes en eller flere fraværstassistenter. Fraværstassistent skal eksempelvis sørge for at resepter signeres innen to virkedager etter at de er bestilt, besvare PLO-meldinger innen tre virkedager og gjøre andre oppgaver som vurderes bør håndteres før fastlegen er tilbake.
- *Revisors vurdering er at kommunene Sørreisa og Dyrøy har **oppfylt** revisjonskriteriet om at listeinnbyggere med behov for øyeblikkelig hjelp, kan mottas og vurderes av fastlege i åpningstiden.*
Ved kontoret i Sørreisa er det daglegevakt som tar imot pasienter som har, eller kan ha, behov for øyeblikkelig hjelp.

Konklusjonen på problemstilling 2 bygger på følgende oppsummerte vurderinger:

Av forskrift om fastlegeordning § 8 følger det at kommunen har ansvar for å legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og andre tjenesteytere samt mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten. Første ledd i § 8 lyder: *Kommunen skal legge til rette for samarbeid mellom kommunen og fastlegene.* Som tidligere nevnt er den vanligste modellen for fastlegeordningen i Norge at legene er privatpraktiserende og har avtale med kommunene, mens legene ved Sørreisa og Dyrøy legekantor er ansatte i kommunen. Fastlegene er dermed en del av kommunen. Når det gjelder samarbeid med øvrige tjenesteytere i kommunen og spesialisthelsetjenesten, har både Sørreisa kommune og Dyrøy kommune opplyst at de har systemer for samhandling mellom fastlegene og andre tjenesteytere i kommunen. Basert på opplysningene vi har fått, vurderer vi at revisjonskriteriet om at kommunen skal sørge for å legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og andre tjenesteytere i kommunen er **oppfylt**. Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6 forplikter kommuner og helseforetak til å inngå samarbeidsavtaler for å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester, og gjennom dette vurderer revisor at revisjonskriteriet om at kommunene skal legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten er **oppfylt**.

- *Etter revisors vurdering har kommunene Sørreisa og Dyrøy ikke fullt ut oppfylt revisjonskriteriet om å sørge for å planlegge fastlegetjenestens aktiviteter i tråd med § 6 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.*
 Det foreligger oversikt over virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter, organisering og ansvarsfordeling. Arbeidsgiver har oversikt over kompetansen til de ansatte ved fastlegekontoret. Det foreligger også oversikt over avvik, klager og er tidligere gjennomført brukerundersøkelser. Enhetsleder for helse og omsorg har opplyst at de ikke har rutiner for gjennomføring av risikoanalyser ved fastlegekontoret. At det ikke foreligger rutiner for å gjennomføre risikovurderinger er ikke ensbetydende med at risikovurderinger ikke gjennomføres, men med hensyn til planlegging av virksomhetens aktiviteter og arbeidet med kvalitetsforbedring anser revisor det som en svakhet at det ikke foreligger rutiner som skal bidra til å sikre systematiske risikovurderinger.. Det er gjennomført en risikoanalyse med hensyn til beredskap, men ikke rettet mot eventuelle svikt i selve tjenestetilbudet. Styringssystemet skal blant annet tilpasses risikoforhold, noe som etter revisors syn tilsier at det bør være rutiner for å gjennomføre risikovurderinger.
- *Etter revisors vurdering har kommunene Sørreisa og Dyrøy ikke fullt ut oppfylt revisjonskriteriet om å sørge for å gjennomføre legetjenestens aktiviteter i tråd med § 7 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.*
 Plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer blant annet å utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen. At kommunen har et avvikssystem er eksempel på et relevant tiltak. Imidlertid vektlegger revisor også i denne vurderingen at kommunen ikke har egne rutiner for å gjennomføre risikovurderinger.
- *Etter revisors vurdering har kommunene Sørreisa og Dyrøy ikke fullt ut oppfylt revisjonskriteriet om å sørge for å evaluere fastlegetjenestens aktiviteter i tråd med § 8 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.*
 Et relevant tiltak for evaluering av fastlegetjenestens aktiviteter er å gjennomgå og følge opp avvik, noe som gjøres gjennom Sørreisa kommunes avvikssystem. Et annet relevant tiltak er å vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienters erfaringer. Dette er gjort i 2016 og 2017, da kommunen selv utarbeidet brukerundersøkelse fordi det ikke foreligger standardiserte brukerundersøkelser. Også i denne vurderingen vektlegger revisor at det ikke er egne rutiner for å gjennomføre risikovurderinger.
- *Etter revisors vurdering har kommunene Sørreisa og Dyrøy ikke fullt ut oppfylt revisjonskriteriet om å sørge for å korrigere virksomhetens aktiviteter i tråd med § 9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.*
 Våre funn viser at det er utarbeidet flere rutiner med relevans for fastlegekontoret som er egnet til å bidra til å avdekke og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen. Revisjonskriteriet vurderes som ikke fullt ut oppfylt fordi det ikke er egne rutiner for gjennomføring av risikovurderinger. Systematiske risikovurderinger er egnet til å avdekke områder hvor det er behov for korrigerende tiltak i form av eksempelvis forbedrede rutiner/prosedyrer.

Kontrollutvalgene ønsket også at KOSTRA-tall for sammenliknbare kommuner skulle fremgå av rapporten. Det foreligger ikke KOSTRA-tall som viser ressursbruk til utelukkende fastlegetjenesten i kommunene. Vi har derfor sett på KOSTRA-tallene for allmenntjenestemedisin (funksjon 241).

Regnskapstallene for Sørreisa kommune viser at netto driftsutgift til funksjon 241 har økt med 33,2 % i perioden 2016-2018. Økningen knytter seg til økte lønnsutgifter (26,2 % i treårsperioden) og økt kjøp av konsulenttjenester. Kjøp av konsulenttjenester gjelder i hovedsak bruk av legevikarer fra foretak/vikarbyrå.

Dyrøy kommunes netto driftsutgift til allmennmedisin har også økt i treårsperioden – med 35,6 %. Økningen i utgiftene skyldes økte utgifter til varer og tjenester, som i hovedsak gjelder betaling for deltakelse i interkommunale samarbeid som legekantor og legevakt. Revisor har funnet at faktura som gjelder drift av barnevernstjenesten er feilført på funksjon 241 i 2018. Korrigert for dette er økning i netto driftsutgift i treårsperioden 27,9 %.²

KOSTRA-tallene viser at Sørreisa kommune har lavere utgifter per innbygger til de *samlede* kommunale helse- og omsorgstjenestene enn kommunegruppen de sammenliknes med. Dyrøy kommune har høyere utgifter per innbygger til de samlede kommunale helse- og omsorgstjenestene enn kommunegruppen de sammenliknes med.

Både Sørreisa kommune og Dyrøy kommune har flere avtalte legeårsverk per 10 000 innbyggere enn de respektive kommunegruppene de sammenliknes med. En del av forklaringen på dette kan være at fastlegene ved Sørreisa og Dyrøy legekantor er ansatte i kommunen – og ikke private næringsdrivende med avtaler med kommunene. Den mest utbredte modellen i Norge er private næringsdrivende som har avtaler med kommunene. Når legene er ansatte i kommunen har de færre pasienter på listene sine, noe som tilsier at det er behov for flere leger for å ha tilstrekkelig listekapasitet.

Andelen av netto driftsutgift til funksjon 241 har i perioden 2016 – 2018 økt i både Sørreisa og i Dyrøy. I 2018 var andelen av kommunens netto driftsutgift til funksjon 241 høyere i både Sørreisa kommune og Dyrøy kommune enn i de respektive referansegruppene.

På bakgrunn av våre funn, vurderinger og konklusjoner anbefaler vi Sørreisa kommune og Dyrøy kommune å:

- Oppdatere samarbeidsavtalen slik at den viser til oppdaterte lovhjemler
- Vurdere tiltak for å redusere ventetid på konsultasjon hos (fast)lege
- Vurdere tiltak for å redusere ventetid på telefon
- Utarbeide rutiner for gjennomføring av risikoanalyse rettet mot tjenestetilbudet ved Dyrøy og Sørreisa fastlegeskantor

² Vi må ta forbehold om at det *kan* være andre feilføringer vi ikke har avdekket.

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG		
1	INNLEDNING	2
1.1	Bakgrunn og bestilling	2
1.2	Avtale mellom Dyrøy og Sørreisa kommuner om fastlegekontor	2
1.3	Om fastlegeordningen	3
2	PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER	5
2.1	Problemstillinger	5
2.2	Revisjonskriterier	5
2.2.1	<i>Utledning av revisjonskriterier for problemstilling 1</i>	5
2.2.2	<i>Utledning av revisjonskriterier for problemstilling 2</i>	7
3	METODE, DATAMATERIALE OG AVGRENSING	10
3.1	Metode og datamateriale	10
3.2	Gyldighet og pålitelighet.....	11
3.3	Avgrensing av prosjektet.....	11
4	KAPASITET OG TILGJENGELIGHET I FASTLEGETJENESTEN	12
4.1	Samarbeidet om fastlegekontor.....	12
4.1.1	<i>Rapport: Dyrøy og Sørreisa legekantor. Historikk, status og veien videre</i>	12
4.1.2	<i>Utredning av fastlegetjenesten i Dyrøy kommune</i>	13
4.1.3	<i>Dyrøy og Sørreisa legekantor i dag</i>	17
4.2	Kapasitet i fastlegeordningen	17
4.3	Tilgjengelighet i fastlegetjenesten.....	21
4.3.1	<i>Åpningstider og timebestilling</i>	21
4.3.2	<i>Ventetid på telefon</i>	22
4.3.3	<i>Ventetid på konsultasjon</i>	23
4.4	Oppsummering, vurderinger og konklusjon	24
5	STYRING OG OPPFØLGING AV FASTLEGETJENESTEN	27
5.1	Samarbeid mellom fastlegene, øvrige tjenesteytere og spesialisthelsetjenesten	27
5.2	Styringssystem for fastlegetjenesten	28
5.3	Oppsummering, vurderinger og konklusjon	31
6	RESSURSBRUK	33
6.1	Sørreisa og Dyrøy kommuners ressursbruk 2016 – 2018	33
6.2	KOSTRA-tall	37
6.3	Oppsummering.....	39
7	HØRING	41
8	ANBEFALINGER	41
9	REFERANSER	42

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn og bestilling

Kontrollutvalget i Sørreisa kommune besluttet i sak 15/18, behandlet i møte den 30.5.2018, å bestille forvaltningsrevisjon med temaet *fastlegetjenesten – organisering og bemanning*. Forvaltningsrevisjon med slikt tema inngår i Sørreisa kommunes plan for forvaltningsrevisjon for perioden 2016 - 2020. Bestillingen bygger på angivelige driftsutfordringer i kommunens fastlegetjeneste over tid. Revisors overordnede prosjektskisse ble vedtatt av kontrollutvalget i Sørreisa i sak 28/18 den 21.11.2018.

Sørreisa kommune samarbeider med nabokommunen Dyrøy om fastlegetjeneste gjennom vertskommunesamarbeidet *Dyrøy og Sørreisa legekantor*. Kontrollutvalget i Dyrøy besluttet i sak 3/19, behandlet i møte den 26.2.2019, å slutte seg til Sørreisa kommunes bestilling.

1.2 Avtale mellom Dyrøy og Sørreisa kommuner om fastlegekantor

Vertskommunesamarbeidet Dyrøy og Sørreisa fastlegekantor ble opprettet gjennom avtale mellom Dyrøy kommune og Sørreisa kommune høsten 2010. Avtalen ble revidert i desember 2012. Avtalen henviser til kommuneloven § 28 punkt b³:

§ 28 b. *Administrativt vertskommunesamarbeid*

1. *En kommune (samarbeidskommune) kan avtale med annen kommune (vertskommune) at vertskommunen skal utføre oppgaver og treffe avgjørelser etter delegert myndighet fra samarbeidskommunen i enkeltsaker eller typer av saker som ikke er av prinsipiell betydning.*
2. *Bestemmelsen i nr. 1 gjelder tilsvarende for fylkeskommuner.*
3. *Delegasjon av myndighet som nevnt i nr. 1 skjer ved at kommunestyret eller fylkestinget selv gir instruks til egen administrasjonssjef om delegasjon til administrasjonssjefen i vertskommunen.*
4. *Folkevalgte organer i vertskommunen har ikke instruksjons- eller omgjøringsmyndighet der delegasjon er skjedd i samsvar med nr. 3*
5. *En samarbeidskommune kan gi vertskommunen instruks om utøvelsen av den delegerte myndighet i saker som alene gjelder samarbeidskommunen eller berørte innbyggere.*
6. *For vedtak vertskommunen treffer etter delegasjon fra en samarbeidskommune, har samarbeidskommunen samme omgjøringsmyndighet som etter forvaltningsloven § 35 første ledd.⁴*

Sørreisa er *vertskommune* for samarbeidet, mens Dyrøy er *samarbeidskommune*. Av avtalen om vertskommunesamarbeidet fremkommer det at felles legetjeneste for Dyrøy og Sørreisa kommuner skal være faglig og kvalitetsmessig god, nær befolkningen, økonomisk effektiv og ha evne til å rekruttere gode medarbeidere. Gjennom avtalen delegerer kommunene myndighet til rådmannen i

³ På tidspunktet avtalen ble inngått, høsten 2010, var denne bestemmelsen gjeldende. På tidspunktet revidert avtale ble vedtatt av kommunestyrene (desember 2012) var nye bestemmelser i kommuneloven trådt i kraft, og denne bestemmelsen ble benevnt § 28-1 b. Foruten enkelte språklige endringer var imidlertid innholdet i bestemmelsen uendret. Ny kommunelov trådte i kraft i 2019 og bestemmelsen om interkommunalt samarbeid finnes i sjette del av den nye loven.

⁴ Forvaltningsloven § 35 første ledd: *Et forvaltningsorgan kan omgjøre sitt eget vedtak uten at det er påklaget dersom a) endringen ikke er til skade for noen som vedtaket retter seg mot eller direkte tilgodeser eller b) underretning om vedtaket ikke er kommet fram til vedkommende og vedtaket heller ikke er offentlig kunngjort, eller c) vedtaket må anses ugyldig.*

vertskommunen. Det forutsettes også i avtalen at det foretas videre delegasjon til lederen av felles legetjeneste for Dyrøy og Sørreisa av myndighet til å treffe vedtak etter *legetjenesteloven*⁵ på de områder som tilligger kommunene.

I samarbeidet skal Sørreisa kommunes administrative systemer benyttes. Vertskommunen vedtar også administrativt budsjett og forvalter dette innenfor avtalens rammer. Ved utfordringer i arbeidet i og vedtak fattet av tjenesten, plikter vertskommunen (Sørreisa) å underrette samarbeidskommunen. Vertskommunen skal også orientere samarbeidskommunen gjennom økonomiske rapporter og årsmeldinger. Minst en gang pr år eller når en av rådmennene krever det, skal det være et felles møte mellom legetjenesten og de to rådmennene, hvor man gjennomgår blant annet økonomien og situasjonen for øvrig for legetjenesten. Det er vertskommunen som foretar tilsetning i stillinger og har arbeidsgiveransvar.

Økonomisk fordeling mellom kommunene følger av samarbeidsavtalen om felles legekantor. I henhold til avtalen skal utgiftene til felles legetjeneste fordeles ved at 20 % av utgiftene deles likt, og at 80 % fordeles etter innbyggertall pr. 1.1. i budsjett-/regnskapsåret. Til fordeling skal være netto utgifter som har direkte sammenheng med administrasjon og drift av felles legetjeneste:

- Lønnsutgifter til leger og øvrig personale inkludert sosiale utgifter
- Kjøp av varer og tjenester
- Kommunale driftstilskudd
- Dataprogrammer

Inntekter i form av egenandel fra brukere, salg av medikamenter mv. og refusjoner/tilskudd skal trekkes fra. Vertskommunen fakturerer også kommunale legeoppgaver. Dette gjelder ifølge avtalen tilsynsfunksjonen ved sykehjemmene og legetjenesten ved helsestasjonene i begge kommunene. Dyrøy (samarbeidskommunen) betaler også et årlig beløp til Sørreisa kommune for administrasjon av felles legekantortjeneste. Dette omfatter arbeidsgiveroppgaver, datadrift, regnskap, budsjettering og rapportering. Utgifter til kontorfasiliteter er ikke en del av denne fordelingen. Kommunene skal hver for seg holde egnede lokaler og ordinært kontorinventar samt IT- og kontorteknisk utstyr.

1.3 Om fastlegeordningen

Fastlegeordningen ble innført i 2001. Formålet var å bedre kvaliteten og kapasiteten i allmennlegetjenesten ved å gi alle som ønsker det én fast lege å forholde seg til. Et av formålene med ordningen er å sikre kontinuitet i forholdet mellom lege og pasient.

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven at kommunen har ansvaret for å tilby fastlegeordning. Fastlegeordningen kan organiseres på ulike måter. Hovedmodellen for drift i fastlegeordningen⁶ er basert på *privat næringsdrift* gjennom listepasienttilskudd, folketrygdrefusjon og egenandel fra pasienter. Det vil si at fastlegene er selvstendig næringsdrivende og inngår avtale med kommunen. Kommunen kan også velge å ansette legene på fastlønn. Ved Dyrøy og Sørreisa legekantor er fastlegene ansatte i kommunen med fastlønn. Per 31.12.2018 var andelen av landets fastlegepraksiser med fastlønn 15,2 %.⁷

⁵ Revisor er ikke kjent med at det finnes en lov som omtales som *legetjenesteloven* og antar at det menes annen lovgivning med relevans for helse- og legetjenester.

⁶ Jf. *Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen*, Ipsos i samarbeid med Samfunnsøkonomisk analyse, mai 2018.

⁷ Jf. *Styringsdata for fastlegeordningen 4.kvartal 2018*, Helsedirektoratet

Majoriteten av fastlegehjemlene-/stillingene i landet er basert på privat næringsdrift.⁸ Imidlertid drives under halvparten av alle fastlegehjemlene-/stillingene helt privat. Flere steder er det inngått private næringsdriftavtaler med kommunal leieavtale for lokaler, utstyr og/eller personell. I flere kommuner kombineres også ulike driftsformer – altså varierer driftsform mellom fastlegene.

Stortinget besluttet i 2018 at fastlegeordningen skulle evalueres. EY har i samarbeid med Vista Analyse gjennomført evalueringen på oppdrag fra Helsedirektoratet, og denne er gjennomført i perioden september 2018 – september 2019. Det fremkommer av evalueringen at hovedinntrykket er at fastlegeordningen vurderes som en formålstjenlig institusjon. Idealet om kontinuitet og stabilitet i lege-pasientforholdet trekkes jevnt over frem som den viktigste enkeltfaktoren for høy kvalitet i allmennlegetjenesten.

Videre følger det av evalueringen at presset på fastlegeordningen er reelt. Fastlegene opplever en vesentlig økning i arbeidsbelastning. Årsakene er sammensatte: Tilførsel av nye oppgaver og volumøkninger på etablerte oppgaver. Medisinskfaglig og teknologisk utvikling går raskere enn tidligere og øker mulighetsrommet for behandling. Prosedyrer som tidligere krevde sykehusinnleggelse, gjøres nå poliklinisk eller hos fastlegen. I tråd med LEON-prinsippet⁹ forskyves oppgaver til fastlegene. Noe må da prioriteres bort såfremt kapasiteten blant allmennlegekorpset ikke øker. En vesensforskjell mellom spesialisthelsetjenesten og primærleger er at sistnevnte har hatt få muligheter til å delegerer videre. Oppgaveøkningen for fastlegene har skutt fart de siste årene. Samhandlingsreformen, eldre og sykere pasienter som behandles i primærhelsetjenesten, endringer i demografi, holdninger i befolkningen og krav i revidert fastlegeforskrift fra 2012 er sentrale elementer i dette, ifølge rapporten.

Det fremgår av evalueringen at statistiske analyser viser at slutttilbøyeligheten øker. Statistikk fra fastlegeregisteret viser at andelen åpne hjemler og vikarbruk er stigende, noe som langt på vei indikerer at utfordringene som følger av legeavgang allerede er tilstede i kommunene. Blant medisinstudenter og turnusleger er det få som oppgir at de ønsker å bli fastlege. I tillegg ønsker disse tryggheten som en fast ansettelse i kommunen representerer; sosial, faglig og økonomisk sikkerhet som nyutdannet lege, ofte i en etableringssituasjon. Etter gjennomført spesialisering øker andelen som foretrekker næringsdrift. Evalueringen viser at kommunene ivaretar sitt «sørge for»- ansvar, men at oppfølgingen av legene må styrkes. Kommunene vurderer at de har tilstrekkelige ressurser både i form av kommuneoverlegefunksjon og administrativ ledelse til oppfølging av fastlegeordning. Flere kommuner peker på en vanskelig rekrutteringssituasjon. Organiseringen av ordningen, hvor hovedmodellen er selvstendig næringsdrift, ser ut til å skape en distanse mellom kommunen og fastlegene. Det fremgår også av evalueringen at fastlegeordningen er underfinansiert; flere fastleger bør inn i ordningen.

⁸ Jf. *Fastlegeordningen i kommuner med under 20 000 innbyggere*. Nasjonalt senter for distriktsmedisin, 2016.

⁹ LEON står for Laveste Effektive OmsorgsNivå og prinsippet innebærer at alt forebyggende og helsefremmende arbeid bør foregå i så nær tilknytning til hjemmemiljøet som mulig.

2 PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER

21 Problemstillinger

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført med utgangspunkt i følgende problemstillinger:

- 1. Sørger Sørreisa kommune og Dyrøy kommune for at innbyggerne gis nødvendige og forsvarlige allmennlegetjenester i henhold til kravene i regelverket?**
 - *I hvilken grad er det etablert en fastlegeordning med tilstrekkelig kapasitet?*
 - *I hvilken grad er det sørget for en fastlegeordning med god tilgjengelighet for innbyggerne?*
- 2. I hvilken grad sørger Sørreisa kommune og Dyrøy kommune, gjennom styring og oppfølging, for at fastlegetjenesten driftes i henhold til kravene i regelverket?**

I tråd med kontrollutvalgenes vedtak inneholder rapporten også en fremstilling av Sørreisa og Dyrøy kommuners ressursbruk innenfor allmennmedisin sammenliknet med sammenliknbare kommuner.

22 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er krav, normer og/eller standarder som kommunens praksis på det reviderte området skal vurderes i forhold til. I denne forvaltningsrevisjonen utleder vi revisjonskriterier fra følgende kilder:

- **Lov 24.6.2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)**
- **Lov 2.7.1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)**
- **Forskrift 29.8.2012 nr. 842 om fastlegeordning i kommunene**
- **Forskrift 20.3.2015 nr. 231 om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften)**
- **Forskrift 28.10.2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten**

2.2.1 Utledning av revisjonskriterier for problemstilling 1

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd at kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Det følger videre av lovens § 3-2 at for å oppfylle ansvaret angitt i § 3-1, skal kommunen blant annet tilby *utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning*. Videre følger det av helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 at alle helse- og omsorgstjenester kommunen tilbyr skal være forsvarlige.

Fastlegeordningen ble innført i 2001. Formålet var å bedre kvaliteten og kapasiteten i allmennlegetjenesten ved å gi alle som ønsker det én fast lege å forholde seg til. Et av formålene med ordningen er å sikre kontinuitet i forholdet mellom lege og listeinnbygger. Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1c at *enhver som er bosatt i en norsk kommune, har rett til å stå på liste hos lege med fastlegeavtale. Det samme gjelder asylsøkere og deres familie når de er medlem av folketrygden*. I forskrift om fastlegeordning i kommunene § 4 fremkommer kommunens ansvar for dette: *Kommunen skal organisere fastlegeordningen og sørge for at personer som ønsker*

det, får tilbud om plass på fastleges liste [...]. Videre følger det av bestemmelsen i forskriften at kommunen skal sørge for at tilstrekkelig antall leger deltar i ordningen. Hvor mange leger som skal ansettes, eller hvor mange fastlegeavtaler som skal inngås, er ikke regulert ved lov eller av sentrale myndigheter. Det er den enkelte kommunes ansvar å ansette personell eller inngå det antall driftsavtaler som er nødvendig. Av ovennevnte utleder vi som revisjonskriterium at kommunene Sørreisa og Dyrøy skal sørge for at personer som ønsker det, får tilbud om plass på fastleges liste.

I forskrift om fastlegeordning i kommunene § 7 angis kommunens ansvar for kvalitet i den kommunale allmennlegetjenesten. Av bestemmelsen følger det at *kommunen skal sørge for at befolkningen gis et forsvarlig tilbud av allmennlegetjenester, hvor fastsatte kvalitets- og funksjonskrav i fastlegeordningen overholdes, jf. kapittel 4.* Forskriftens kapittel 4 inneholder nærmere bestemte kvalitets- og funksjonskrav for fastlegeordningen. Disse kommer vi nærmere tilbake til nedenfor. Av forskriftens § 7 følger også at kommunen skal sørge for at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet¹⁰ og at tjenestene er i tråd med krav fastsatt i helse- og omsorgslovgivningen og i forskrifter gitt med hjemmel i disse lovene. Kommunens ansvar for kvalitet i den kommunale allmennlegetjenesten gjelder uavhengig av om tjenestene ytes av kommunalt ansatte leger eller om det inngås avtaler med selvstendig næringsdrivende leger om å yte tjenestene.

Kommunen skal altså sørge for at bestemmelsene i *forskrift om fastlegeordning i kommunene, kapittel 4, overholdes.* Formålet med fastlegeordningen fremgår av forskriftens § 1, og er *å sikre at alle får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid, og at personer bosatt i Norge får en fast allmennlege å forholde seg til.* Av merknader til denne bestemmelsen følger det at god tilgang til tjenesten og kontinuitet i forholdet mellom legen og innbyggerne på listen er viktige indikatorer på kvalitet. Videre fremgår det av merknadene at «til rett tid» ikke er en rettslig standard, og vil kunne variere avhengig av legens medisinske vurdering. Begrepet må ses i sammenheng med §§ 21 og 22 om tilgjengelighet og tilgang til øyeblikkelig hjelp på dagtid. Forskriftens § 21 angir allmenne tilgjengelighetsbestemmelser. Ifølge bestemmelsen skal fastlegen kunne motta og vurdere alle typer henvendelser i sin åpningstid. Med alle typer henvendelser menes spørsmål om øyeblikkelig hjelp, ønske om time eller sykebesøk som følge av mistanke om sykdom, spørsmål om råd og veiledning, spørsmål om fornying av resepter med mer.¹¹ Fastlegen skal prioritere ut fra en konkret medisinsk vurdering av haste- og alvorlighetsgrad. Listeinnbyggeren¹² skal få tilbud om konsultasjon så tidlig som mulig og normalt innen fem arbeidsdager. Av merknader til denne bestemmelsen i forskriften, fremgår det at det kun unntaksvis skal være mer enn fem dagers ventetid. Det kan likevel være situasjoner eller perioder der ventetiden vil være lengre. Dette kan for eksempel være i influensaperioder med stor pågang for noen typer tjenester, eller dersom kommunen over lengre tid har hatt problemer med å rekruttere fastleger til ledige hjemler. Noen typer attester vil det for eksempel ikke være hast med, og for at legen skal kunne gi kort ventetid til listeinnbyggere med høyere prioritet, kan ventetiden i noen tilfeller bli lengre for andre.

Av forskriften § 21 tredje ledd følger at *systemet for mottak av telefonhenvendelser skal innrettes slik at 80 prosent av alle henvendelser normalt kan besvares innen to minutter.* Med «normalt» menes her at systemet, og kapasiteten i dette, må innrettes slik at dette kravet kan oppfylles på arbeidsdager med normal pågang. Av bestemmelsens fjerde ledd følger det at *fastlegen skal kunne motta timebestilling elektronisk.* Med «elektronisk» menes her for eksempel e-post, SMS og forsendelser via nettportaler. De samme krav til ventetid for time må gjelde uavhengig av hvordan

¹⁰ Jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og § 4-2.

¹¹ Jf. Merknader til forskriftens § 21.

¹² Med «listeinnbygger» menes innbygger som står på listen til en fastlege.

forespørselen mottas. Fastlegen er ikke forpliktet til å motta andre typer henvendelser enn timebestillinger elektronisk. I forbindelse med ordinært fravær¹³ skal fastlegen sørge for fraværdeknning. Med bakgrunn i dette utleder vi som revisjonskriterier at kommunene Dyrøy og Sørreisa skal sørge for at:

- *innbyggere tilknyttet fastlegetjenesten normalt får tilbud om konsultasjon innen fem arbeidsdager*
- *systemet for mottak av telefonhenvendelser er innrettet slik at 80 prosent av alle henvendelser normalt besvares innen to minutter*
- *det finnes ordning for elektronisk timebestilling*
- *det er fraværdeknning ved ordinært fravær i fastlegetjenesten*

Forskrift om fastlegeordning i kommunene § 22 lyder som følger: *Fastlegen skal innrette sin praksis slik at listeinnbyggere som må ha øyeblikkelig hjelp, kan mottas og vurderes i åpningstiden.* Som tidligere nevnt skal kommunen sørge for at bestemmelsene i forskriftens kapittel 4 overholdes. Det følger også av *forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv.* (akuttmedisinforskriften) § 6 at kommunen skal tilby legevaktordning som sikrer befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp, og må sørge for at minst en lege er tilgjengelig for legevakt hele døgnet. Vi utleder som revisjonskriterium at *kommunene Sørreisa og Dyrøy skal sørge for at listeinnbyggere med behov for øyeblikkelig hjelp, kan mottas og vurderes av fastlege i åpningstiden.*

2.2.2 Utledning av revisjonskriterier for problemstilling 2

Kommunene har ansvar for å tilrettelegge for samarbeid med fastlegene. Det følger av forskrift om fastlegeordning i kommunene § 8 at kommunen skal tilrettelegge for samarbeid mellom fastlegene og andre tjenesteytere og sikre en hensiktsmessig og god integrering av fastlegeordningen i kommunens øvrige helse- og omsorgstjenestetilbud. Det følger også av forskriften at kommunen skal legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten. På denne bakgrunn utleder vi som revisjonskriterier at:

- *Kommunene Sørreisa og Dyrøy skal legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og andre tjenesteytere i kommunen*
- *Kommunene Sørreisa og Dyrøy skal legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten*

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten trådte i kraft 1.1.2017. Formålet med forskriften er, jf. forskriftens § 1, *å bidra til faglige forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterlevs.* Det følger av forskriften at den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med forskriften og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette. Styringssystem for helse- og omsorgstjenesten er i forskriften definert som den del av virksomhetens styring som omfatter hvordan *virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen.*

Det følger av § 5 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten at styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig. Det følger videre av bestemmelsen at *hvordan pliktene etter denne*

¹³ Fravær i forbindelse med ferie, kurs og etterutdanning er oppgitt som eksempler på «ordinært fravær» i forskriften.

forskriften etterleves, skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig ut ifra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Helsedirektoratets veileder til forskriften utdyper bestemmelsene, og av denne fremgår det at kravet til både omfang og innhold i selve styringssystemet, og kravet til dokumentasjon, er *forholdsmessig*. Det fremgår av veilederen at dersom alle rutiner og gjøremål blir nedtegnet skriftlig, blir systemet unødvendig omfattende, uoversiktlig, og det vil kunne inneholde dokumentasjon om selvfølgeligheter som alle kan og vet. Ifølge veilederen må det vurderes nøye hvilke tiltak og ordninger som skal dokumenteres skriftlig, slik at dokumentasjonen blir passe omfattende og inneholder de deler av virksomheten der skriftliggjøring oppleves som nødvendig og meningsfylt. Skriftlige prosedyrer må være i aktiv bruk og følges opp, bare å skrive dokumentene gir liten kvalitetsforbedring, ifølge veilederen.

Plikten til å *planlegge* følger av forskriftens § 6. Plikten til å *gjennomføre* følger av § 7 i forskriften, mens plikten til å *evaluere* følger av forskriftens § 8. Forskriftens § 9 omhandler plikten til å *korrigere*.

Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer, i henhold til forskriftens § 6, følgende oppgaver:

- a) *ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal gå klart frem hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten*
- b) *innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene*
- c) *ha oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere, og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten*
- d) *ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten*
- e) *planlegge hvordan risiko beskrevet i § 6 d kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt*
- f) *ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring*
- g) *ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglige forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet*

Vi utleder som revisjonskriterium at *kommunene Sørreisa og Dyrøy må sørge for å planlegge fastlegetjenestens aktiviteter i tråd med § 6 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.*

Plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer, i henhold til forskriftens § 7, følgende oppgaver:

- a) *sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføres*
- b) *sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet*
- c) *utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet*

- d) *sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes*
- e) *sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende*

Vi utleder som revisjonskriterium at *kommunene Sørreisa og Dyrøy må sørge for å gjennomføre fastlegetjenestens aktiviteter i tråd med § 7 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.*

Plikten til å evaluere virksomhetens aktiviteter innebærer, i henhold til forskriftens § 8, følgende oppgaver:

- a) *kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres*
- b) *vurdere om gjennomføringen av oppgavene, tiltakene og planene er egnet til å etterleve krav i helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet*
- c) *evaluere om iverksatte tiltak ivaretar kravene i helse- og omsorgslovgivningen*
- d) *vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer*
- e) *gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges*
- f) *minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten*

Vi utleder som revisjonskriterium at *kommunene Sørreisa og Dyrøy må sørge for å evaluere fastlegetjenestens aktiviteter i tråd med § 8 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.*

Plikten til å korrigere virksomhetens aktiviteter innebærer, ifølge forskriftens § 9, følgende oppgaver:

- a) *rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold*
- b) *sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen etterleves, inkludert faglig forsvarlige tjenester, og at systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient og brukersikkerhet gjennomføres*
- c) *forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet*

Vi utleder som revisjonskriterium at *kommunene Sørreisa og Dyrøy må sørge for å korrigere fastlegetjenestens aktiviteter i tråd med § 9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.*

Revisjonskriteriene gjengis innledningsvis i kapitlene de benyttes.

3 METODE, DATAMATERIALE OG AVGRENSING

3.1 Metode og datamateriale

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i henhold til gjeldende standard for forvaltningsrevisjon¹⁴. Ved oppstart av forvaltningsrevisjonen sendte vi brev til Sørreisa kommune v/rådmannen og ba om å få oppnevnt en kontaktperson vi kunne forholde oss til i gjennomføringen av forvaltningsrevisjonen. Enhetsleder for helse og omsorg ble oppnevnt som kontaktperson. Revisor avholdt 7.10.2019 møte med enhetsleder for helse og omsorg på rådhuset i Sørreisa kommune. I etterkant av møtet har vi etterspurt og fått tilsendt informasjon og skriftlig dokumentasjon av relevans for forvaltningsrevisjonen per e-post.

Sørreisa kommune er vertskommune for samarbeidet om felles legekantor, og vi har dermed fått mye av den nødvendige informasjonen fra dem. Fra Dyrøy kommune har vi fått informasjon fra kommunalsjef for helse og omsorg gjennom telefonmøte samt per e-post.

Datamaterialet rapporten bygger på består av:

- Saksfremlegg og -dokumenter til politiske saker i kommunene Dyrøy og Sørreisa
- Offentlig tilgjengelige rapporter/utredninger om fastlegeordningen
- Muntlige opplysninger fra henholdsvis enhetsleder helse og omsorg i Sørreisa kommune og kommunalsjef helse og omsorg Dyrøy kommune
- Skriftlige rutiner i Sørreisa kommune med relevans for fastlegetjenesten
- Statistikk for ventetid på telefon og time hos fastlege, fremskaffet av Sørreisa kommune
- Skriftlig oversikt over den enkelte leges arbeidsoppgaver/-belastning
- Relevante opplysninger per e-post fra henholdsvis kommunalsjef i Dyrøy og enhetsleder i Sørreisa¹⁵
- Regnskapstall for årene 2016, 2017 og 2018 for begge kommunene
- KOSTRA-tall for de samme årene for begge kommunene

KOSTRA står for Kommune-Stat-Rapportering. Alle landets kommuner skal rapportere data om sine tjenester til Statistisk Sentralbyrå (SSB) som sammenstiller disse og tilbyr styringsinformasjon til kommunene. Kommunene rapporterer til KOSTRA i henhold til en bestemt funksjonskontoplan, og det er funksjon 241 *Diagnose, behandling, re-/habilitering* som er relevant for å belyse kommunenes ressursbruk innenfor fastlegetjenesten. Denne funksjonen omfatter utgifter til allmenntilleggsmedisin som består av:

- Basistilskudd fastleger per capita tilskudd
- Eventuelle kommunale legekantor inkludert sykepleiere og annet personell på helsesenter/legekantor
- Legevakt
- Fengselshelsetjenesten
- Turnusleger (for eksempel tilskudd og utgifter til veiledning)
- Fysioterapi
- Ergoterapi
- Hjelpetjenester til fysioterapeuter og ergoterapeuter

¹⁴ RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon fastsatt av Norges kommunerevisorforbunds styre 1. februar 2011

¹⁵ Enhetsleder i Sørreisa har involvert flere i kommunen i fremskaffelsen av dokumentasjon til revisor, herunder kommunalsjef for helse og omsorg og avdelingsleder for fastlegetjenesten.

- Formidling av hjelpemidler (ekskl. arbeidsinnsats knyttet til vurdering/utplassering av hjelpemidler som utføres av personell knyttet til funksjonene 234, 253 eller 254)
- Tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning

Som de ovennevnte punktene viser, omfatter funksjon 241 mer enn kun fastlegetjenesten. KOSTRA tilbyr ikke tall som gjør det mulig å «isolere» ressursbruken på fastlegetjenesten.

SSB har delt alle landets kommuner inn i såkalte KOSTRA-grupper etter tre variabler; folketall, frie inntekter og bundne kostnader. Sørreisa kommune tilhører KOSTRA-gruppe 2 (KG2), som består av små kommuner med middels bundne kostnader per innbygger og lave frie disponible inntekter. Dyrøy kommune tilhører KOSTRA-gruppe 5 (KG5) som består av små kommuner med høye bundne kostnader per innbygger og middels frie disponible inntekter. Vi sammenlikner Sørreisa kommune med gjennomsnittet for KG2, mens vi sammenlikner Dyrøy kommune med gjennomsnittet for KG5. Vi gjør oppmerksom på at når kommunene Sørreisa og Dyrøy ikke tilhører samme KOSTRA-gruppe, har det sin bakgrunn i at de har ulike forutsetninger; Sørreisa kommune har middels bundne kostnader per innbygger, mens Dyrøy har høye bundne kostnader per innbygger. Videre har Sørreisa lave frie disponible inntekter, mens Dyrøy har middels frie disponible inntekter. Det er derfor ikke særlig relevant å gjøre sammenlikninger *de to kommunene imellom*. Vi sammenlikner kommunene mot deres respektive KOSTRA-grupper.

32 Gyldighet og pålitelighet

Med gyldige data menes at dataene som samles inn i undersøkelsen, skal utgjøre et relevant og tilstrekkelig grunnlag for å vurdere den reviderte virksomheten opp imot revisjonskriteriene og problemstillingene. Revisor mener at det skriftlige datamaterialet som beskrives i rapporten er relevant for å belyse de problemstillingene som søkes besvart. Vi mener også at henholdsvis enhetsleder for helse og omsorg (Sørreisa) og kommunalsjef for helse og omsorg (Dyrøy) er relevante informanter, fordi de i kraft av sine stillinger må forutsettes å ha god kjennskap til fastlegetjenesten. Vi vurderer det samlede datamaterialet som tilstrekkelig for å besvare problemstillingene og gjøre vurderinger opp mot revisjonskriteriene.

Med pålitelige data menes at dataene skal være mest mulig nøyaktige. Revisor har vurdert eventuelle feilkilder i det innsamlede datamaterialet. Vi har sammenliknet de ulike typene data med hverandre for å avdekke eventuelle motsetninger i opplysninger som fremkommer i dem. I tillegg har vi framlagt datamaterialet for kommunene og korrigert eventuelle faktafeil. På bakgrunn av forannevnte vurderinger, sammenlikninger og verifiseringer, forutsetter vi at det ikke er vesentlige feil i datamaterialet som presenteres i rapporten. Vi gjør likevel oppmerksom på at vi benytter KOSTRA-tallene med forbehold om at de kan inneholde feil.

Påliteligheten og gyldigheten i det presenterte datamaterialet er på et overordnet nivå også søkt sikret gjennom revisjonens interne kvalitetssystem.

33 Avgrensning av prosjektet

Forvaltningsrevisjonen omhandler rammene for og styringen av fastlegetjenesten. Vi har gjennom forvaltningsrevisjonen ikke undersøkt eller gjort vurderinger av medisinskfaglige vurderinger eller medisinskfaglig kvalitet i fastlegetjenesten.

4 KAPASITET OG TILGJENGELIGHET I FASTLEGETJENESTEN

Sørger Sørreisa kommune og Dyrøy kommune for at innbyggerne gis nødvendige og forsvarlige allmennlegetjenester i henhold til kravene i regelverket?

- *I hvilken grad er det etablert en fastlegeordning med tilstrekkelig kapasitet?*
- *I hvilken grad er det sørget for en fastlegeordning med god tilgjengelighet for innbyggerne?*

Revisjonskriterier

Kommunene Sørreisa og Dyrøy skal sørge for at

- *personer som ønsker det, får plass på fastleges liste*
- *innbyggere tilknyttet fastlegetjenesten normalt får tilbud om konsultasjon innen fem arbeidsdager*
- *systemet for mottak av telefonhenvendelser er innrettet slik at 80 prosent av alle henvendelser normalt besvares innen to minutter*
- *det finnes ordning for elektronisk timebestilling*
- *det er fraværdekning ved ordinært fravær i fastlegetjenesten*
- *listeinnbyggere med behov for øyeblikkelig hjelp, kan mottas og vurderes av fastlege i åpningstiden*

4.1 Samarbeidet om fastlegekontor

Dyrøy og Sørreisa legekantor ble opprettet i 2010 gjennom samarbeidsavtale mellom de to kommunene - som redegjort for i kapittel 1.2. Ordningen med samarbeid om felles legekantor startet 1.1.2011. Før opprettelsen av samarbeidet drev begge kommunene legetjenesten selv. Dyrøy kommune hadde én legehjemmel og en turnuslege, mens Sørreisa kommune hadde tre legehjemler og en turnuslege. I tillegg hadde Sørreisa en legehjemmel som ble driftet privat.

Frem til sommeren 2014 hadde kontorstedene i begge kommunene åpent alle ukedager. Sommeren 2014 ble kontorstedet i Dyrøy stengt i forbindelse med ferieavvikling i tjenesten.

4.1.1 Rapport: Dyrøy og Sørreisa legekantor. Historikk, status og veien videre.

Enhetsleder og kommunalsjef i Sørreisa kommune skrev i 2015 en rapport om Dyrøy og Sørreisa kommuners legetjeneste; *Dyrøy og Sørreisa legekantor. Historikk, status og veien videre*. Av rapporten fremkommer det at innholdet i, og kravet til, fastlegetjenesten de siste to-tre årene hadde endret seg vesentlig som følge av samhandlingsreformen, sentral særavtale (SFS 2305), fastlegeforskriften samt generelle samfunnsutviklingstrender. Det fremgår av rapporten at disse endringene har medført økt press på fastlegetjenesten og har gitt legetjenesten i Dyrøy og Sørreisa betydelige utfordringer med å sikre forsvarlig drift av tjenestene innenfor de gitte økonomiske rammene. Enhetsleder og kommunalsjef skriver i rapporten fra 2015 at tjenesten hadde mottatt flere klager i denne perioden, med dårlig tilgjengelighet ved kontorstedet i Sørreisa som gjennomgangstema. Dette var knyttet til både åpningstider på telefon, åpningstider på laboratoriet/skadestue og tilgangen på legetimer. Kontorstedet i Dyrøy hadde mottatt klager på ustabilitet i legedekningen og få valgmuligheter for fastlege ved kontoret.

For å imøtekomme de faglige kravene, var tjenesten ifølge rapporten nødt til å endre på organiseringen. Tidligere fordeling av bemanningsressurser mellom de to kontorstedene hadde ikke stått i sammenheng med pasientgrunnlaget og de offentlige oppgavene som skulle utføres av fastlegene. Dette ga en skjevfordeling, hvor kontorstedet i Sørreisa hadde vesentlig mindre tilgjengelige ressurser for hjelpepersonell og legetimer. Fra april 2015 ble det prøvd ut en modell hvor kontorstedet i Dyrøy var stengt en dag per uke og hadde redusert bemanning to dager i uken. Av rapporten fra september 2015 fremkommer det at denne modellen har vist seg å være sårbar og lite hensiktsmessig. Ny midlertidig modell ble iverksatt fra 19.10.2015, hvor kontorstedet i Dyrøy kommune stenges to dager per uke og har full drift tre dager i uka.

I rapporten er rekruttering av leger et tema. Det står at i utlysninger av ledige stillinger søkes det primært leger som kan drive med driftstilskudd, men søkermassen ser ikke ut til å ønske dette. Kommunen har derfor tilbudt kommunale ansettelse som leger. Tendensen til at legene ikke ønsker å drifte privat, vises ifølge rapporten spesielt i landets to nordligste fylker – i sterk kontrast til landet for øvrig. Videre fremgår det at en kommunalt ansatt lege har lavere antall pasienter på sin fastlegeliste og gjennomfører på generelt grunnlag færre konsultasjoner per dag enn en privat lege. En mulighet for å påvirke dette er ifølge rapporten å innføre en bonusordning som lønnskompensasjon. Dette kan være et positivt insentiv til å øke antall konsultasjoner av den enkelte lege.

Når det gjelder vikarer, fremkommer det i rapporten at det har vist seg vanskelig å rekruttere til stillinger tilknyttet Dyrøy legekantor, samtidig som de fast tilsatte legene ved kontoret i Dyrøy hadde mye fravær i form av ferie og permisjoner. Generelt var det lettere å rekruttere vikarer til Sørreisa. Det fremgår av rapporten at vurderingen er at dette ikke handler om Dyrøy kommune eller Dyrøy legekantor som sådan, men at legene ønsker å tilhøre et større kollegium/fagmiljø. Også ved utlysning av faste stillinger var erfaringen at rekruttering til Sørreisa var enklere.

Rapporten omtaler også klager på tjenesten, og disse har primært omhandlet lang ventetid for å få legetime, lang ventetid på legekantoret for å komme inn til lege, lang ventetid for å ta blodprøve, vanskelig å nå tjenesten per telefon (Sørreisa), misnøye med at det er få fastleger å velge mellom (Dyrøy) og misnøye med ikke å få time hos fastlege. På grunn av misnøye med få fastleger å velge mellom i Dyrøy, har flere innbyggere i Dyrøy valgt fastlege i Sørreisa. Dette medførte fulle lister i Sørreisa, og at innbyggere i Sørreisa valgte fastlege i andre kommuner – primært i Lenvik, noe som ga fulle lister også i Lenvik. Dette har også økonomiske konsekvenser; kommunene må tilbakebetale deler av tilskuddet de mottar for å drifte fastlegeordningen.

I rapporten omtales også omfanget av offentlige oppgaver, regelverket av relevans for drift av fastlegetjenesten samt andre relevante forhold.

Under «konklusjon og veien videre» i rapporten står det at for å sikre forsvarlig drift av fastlegetjenesten i kommunen, må det gjøres mer permanente endringer i organiseringen av drifta. Dette vil omhandle både økonomi, kontorstedenes åpningstider og antall leger som skal betjene kontorstedet i Dyrøy kommune. På denne bakgrunn har Sørreisa kommune i rapporten beskrevet tre ulike modeller for fremtidig organisering - som må danne grunnlaget for videre politisk behandling av vertskommunesamarbeidsavtalen fremover.

4.1.2 Utredning av fastlegetjenesten i Dyrøy kommune

Kommunestyret i Dyrøy behandlet i møte 5.10.2015, sak 36/15, rapporten omtalt i forrige delkapittel. Av protokoll fra møtet følger det at følgende vedtak ble fattet:

1. *Dyrøy formannskap finner det vanskelig å ta stilling til utredede modeller uten at budsjett er på plass.*
2. *Som foreløpig innspill krever vi tilstedeværelse ved legekantoret i Dyrøy med minimum 4 dager pr. uke.*
3. *Andre løsninger for organisering av tjenesten utredes. Samarbeidsavtalen gjennomgås, herunder ordning med vertskommunemodell med eget styre med politisk representasjon.*
4. *Det forutsettes at Dyrøy kommune tas med som likeverdig part i det videre arbeidet.*
5. *Det forutsettes at valgt ordning er en prøveordning som skal evalueres etter maks. 6 mnd.*

I kommunestyrets møte 27.4.2017 ble sak 13/17 *Utredning Legesamarbeid mellom Salangen, Lavangen, Ibestad og Dyrøy* fremlagt og behandlet. I saksfremlegget vises det til at bakgrunnen for inngått samarbeid med de nevnte kommunene om utredning av felles legesamarbeid, er ovennevnte vedtak, hvor rådmannen fikk i oppdrag å utrede andre løsninger for organisering av legetjenesten. Videre fremgår det at rådmannen henvendte seg til Ibestad kommune som hadde hatt utfordringer med rekruttering av leger, og at dette i 2016 dannet grunnlag for oppstart av et samarbeid med Ibestad, Salangen, Lavangen og Dyrøy kommune hvor hensikten har vært se på muligheten for et nytt legesamarbeid; Astafjordlegene. Det ble fremlagt likelydende sak om etablering av legesamarbeid i de fire samarbeidskommunene. Saksfremlegget var utarbeidet av Ibestad kommune.

I saken redegjøres det blant annet for arbeidet som er gjort så langt, målsetningen med samarbeidet, hvilke krav som gjelder for fastlegetjenesten, status i de ulike kommunene samt vurderinger.

Kommunestyret fattet følgende vedtak i sak 13/17:

1. *Kommunestyret tar orienteringen vedrørende etableringen av Astafjordlegene til etterretning.*
2. *Kommunestyret ber arbeidsgruppen iverksette fase 2 i prosjektet, som omhandler detaljplanleggingen, utarbeide organisasjonsmodeller, foreta økonomiske beregninger og klargjøre for rekruttering og implementering.*
3. *Dyrøy kommunestyre presiserer at legekantoret i Dyrøy skal være åpen for legetjenesten 5 dager i uken.*
4. *Kommunestyret ber om at saken fremmes for ny politisk behandling etter at fase 2 er gjennomført.*
5. *Dyrøy kommunestyre ber administrasjonen også ivareta den legetjenesten vi har i dag til evt. ny avtale trer i kraft.*

Sak 18/19 *Veivalg for legetjenesten* ble behandlet av kommunestyret i Dyrøy i møte 11.4.2019. Av saksfremlegget fremgår det at utredningen av Astafjordlegen konkluderer med at Dyrøy kommune skal ha legekantoret åpent fem dager i uka med to leger, eventuelt en lege og en turnuslege. Det redegjøres også kortfattet for ordningen med felles legekantor for Dyrøy og Sørreisa. Økonomi i de to løsningene fremgår også av saksfremlegget.

Under «administrasjonens vurdering» fremgår det at antall listetimer i et samarbeid om Astafjordlegene sannsynligvis vil være det samme lokalt som det er i samarbeidet med Sørreisa, fordi det også må løses andre arbeidsoppgaver ved lokalt legekantor enn kun pasientbehandling. Videre fremgår det at Astafjordlegen vil bli noe mer sårbar i forhold til bemanning ved fravær, all den tid de ikke har «ledige» dager der leger kan flyttes mellom kontorene. Det trekkes frem at tilbudet til innbyggerne angjeldende oppmøtested og ø-hjelpstimer vil oppleves positivt.

Det trekkes også frem i saksutredningen noen momenter som må vurderes nøye. Det ene er at det er veldig lite sannsynlig at Dyrøy kommune kan splitte opp fastlegesamarbeid og

legevaktsamarbeid. Fastlegene er pliktige til å delta i legevaktsordningen, og dersom de ble ansatt i Salangen kommune (Astafjordlegene), ville de «sokne» til legevakt i Bardu og ikke på Finnsnes. Det vil si at ved endring av legesamarbeid, ville det blitt 8 km lengre reisevei til legevakt samt omvei ved transport til UNN Tromsø. Videre måtte tjenester som diabetes team, kreft poliklinikk og intermediær avdeling også endres.

Det andre momentet i saksutredningen var ny akuttmedisinforskrift som skal tre i kraft i 2020. I forskriften stilles det strengere krav til leger som er alene på vakt, og vil bli behov for flere leger i bakvakt. Dersom krav om utrykningsplikt blir gjeldende, vises det i saksfremlegget til at det vil bli på problemer med å opprettholde legevakt på Setermoen.

Rådmannen la frem innstilling med to alternativer; å videreføre samarbeidet med Sørreisa kommune eller å gå inn i samarbeid med Lavangen, Salangen og Ibestad. Kommunestyret fattet følgende vedtak:

1. *Kommunestyret ber rådmannen utrede konsekvenser for de interkommunale helsetjenestene etter 01.01.2020. Samt evt. betydning for ambulansetilvirksomheten.*
- *Det gjennomføres åpen høring herunder i ungdomsråd, eldreråd og registrerte bygde(ungdoms)lag i Dyrøy kommune.*
2. *Kommunestyret ber rådmannen utrede kostnader og konsekvenser for å utvide tilstedeværelse i Dyrøy inntil 5 dager i dagens samarbeid med Sørreisa kommune.*
3. *Saken bes lagt frem for kommunestyret 13.6.2019.*

I kommunestyremøtet 13.6.2019 var det ny sak om veivalg for legetjenesten (sak 40/19). Av saksfremlegget går det frem at både nye Senja kommune og Bardu kommune er positive til legevaktsamarbeid. Det redegjøres også for hvilke tjenester som tilbys de to respektive stedene og kostnader ved deltakelse i de to ulike samarbeidene. Når det gjelder ambulansetjenesten, har ambulansetjenestens regionleder gitt tilbakemelding om at ved overgang til Astafjordlegene og legevakt i Bardu, vil det oppstå en endring i beredskap; dersom pasient skal transporteres videre fra legevakt i Bardu, vil ambulansen fra Dyrøy måtte vente og forestå videretransport. Ved Finnsnes legevakt vil annen ambulansetilvirksomhet overta for videretransport/retur og ambulansen fra Dyrøy kan returnere dit for å ivareta beredskap.

Instansene som hadde avgitt høringsuttalelse, ønsket videre samarbeid med Sørreisa. Ingen av disse satte som forutsetning at legekantoret skulle være åpent hver dag. Utklipp 1 på neste side viser administrasjonens vurdering, slik den fremkommer av saksfremlegget.

Utklipp 1: Utdrag fra saksfremlegg til sak 40/19**Administrasjonens vurdering**

Bakgrunnen for hele saken bunner i innbyggernes mangel på tilfredshet med legetjenesten, og da spesielt manglende åpningstider. Så langt i høringsprosessen, virker det som innbyggerne mener at tjenesten har gått seg til.

Så langt i prosessen er det også slik at innbyggerne har et sterkt ønske om å tilhøre legevakta på Finnsnes.

Flere innspill vil forhåpentligvis være tilgjengelig til kommunestyret i juni. Men allerede på nåværende tidspunkt er det gjennomskinnbart hva som ønskes.

Faglig sett er det flere momenter som spiller inn i vurderingen for å beholde samarbeidet mot Sørreisa, dette må sees i sammenheng med legevaktstjenesten:

- De legedagene som er satt opp lar seg i veldig stor grad gjennomføre. (forutsigbarhet).
- Godt innarbeidet samarbeid med sykehjem med to dager i uka er forebyggende og har medført stor reduksjon i bruk av akutt legevakt.
- Samarbeidet med Lenvik om flere helsetjenester inkluderer legestaben også i kurs og oppdateringer. Legevakt med de fasiliteter som tilhører er en populær praksisplass for turnuskandidater.
- Legevakta på Finnsnes er lokalisert sammen med Distriktsmedisinsk senter, der det også finnes muligheter for å ta røntgen. Dette betyr transport til ett sted der undersøkelsene blir ferdige.
- Ambulanseberedskapen vil reduseres noe om kommunen inngår samarbeid med Astafjordlegene.
- For Dyrøy sin del er det verdt å reflektere rundt realismen i Astafjordlegens bemanningskabal. Det vil være maken til den som var forsøkt i Sørreisasamarbeidet i perioden 2010-2015. Ved fravær ble resultatet avbestillinger av timer og mindre grad av forutsigbarhet.

Konklusjonen i vurderingen er at det eneste som i dag taler for et bytte, er muligheten for åpent 5 dager i uken. Hvorvidt dette egentlig vil gi flere pasient timer og stabilitet, må avveies.

Kommunestyret vedtok rådmannens innstilling og fattet dermed følgende vedtak:

1. *Ut i fra en helhetsvurdering av helsetjenestene til innbyggerne i Dyrøy kommune, viderefører Dyrøy kommune legesamarbeidet med Sørreisa kommune.*
2. *Administrasjonen fortsetter dialogen med Sørreisa om utvidet åpningstid ved legekantoret i Dyrøy. Egen sak om dette legges frem etter at Sørreisa har behandlet den politisk.*
3. *Administrasjonen i Dyrøy kommune bes gå i dialog med prosjektgruppen i nye Senja kommune om å videreføre de interkommunale samarbeidene rundt helsetjenestene som Lenvik kommune i dag er vertskommune for. I dette arbeidet inngår også kommunepsykologtjeneste som et mulig samarbeidsområde.*

Jf. vedtakets punkt 2, behandlet kommunestyret i Sørreisa sak om dette i møte 20.6.2019 (sak 30/2019). Kommunestyret i Sørreisa fattet følgende vedtak:

1. *Sørreisa kommune ønsker per nå ikke å endre driftsmodell for interkommunal fastlegetjeneste.*
2. *Dagens driftsmodell vil videreføres.*

4.1.3 Dyrøy og Sørreisa legekontor i dag

Dyrøy og Sørreisa fastlegekontor er organisert under enhet for helse og omsorg i Sørreisa kommune. Legekantoret ledes av avdelingsleder som i tillegg har ansvaret for fysioterapitjenesten i Sørreisa kommune.

Dyrøy og Sørreisa fastlegekontor tilbyr timer ved to lokaliteter; Sørreisa og Brøstadbotn. I Sørreisa er kontoret åpent alle hverdager fra kl. 08.00 til 15.30, med unntak av torsdager da det åpner kl. 10.00. I Dyrøy er åpningstidene mandag, onsdag og fredag fra kl. 08.00 til 15.30. Kontoret i Dyrøy er altså stengt tirsdager og torsdager. Pasienter som vanligvis benytter seg av kontoret i Dyrøy, blir tatt imot ved kontoret i Sørreisa disse dagene.

Dyrøy og Sørreisa fastlegekontor er bemannet med syv leger, herunder én spesialist i allmennmedisin¹⁶. Seks leger er i spesialisering som leger i allmennmedisin. Det er også én turnuslege som arbeider ved legekantoret. Videre jobber det fem sykepleiere og fire helsesekretærer ved kontorene.

Fastlegekantoret i Sørreisa ivaretar funksjon som *daglegevakt*. Fastlegekantoret har avsatt ledige timer for øyeblikkelig hjelp i kantorets åpningstider. Både Sørreisa og Dyrøy kommune deltar i interkommunalt samarbeid om *legevakt*, hvor Lenvik kommune er vertskommune. Finnsnes interkommunale legevaktsentral/legevakt er felles for kommunene Berg, Dyrøy, Lenvik, Sørreisa, Torsken og Tranøy, og er lokalisert på Finnsnes. Legevakten ivaretar legevaktfunksjon på ettermiddag, natt, helg og høytidsdager, og er et akuttmedisinsk tilbud for sykdomstilstander og skader som ikke kan vente til neste dag. Finnsnes interkommunale legevakt er bemannet med inntil to sykepleiere, en lege i aktiv vakt og en lege i bakvakt. Leger ved Sørreisa og Dyrøy fastlegekantor deltar i vaktordning ved Finnsnes interkommunale legevakt.

I tillegg til samarbeidet om legevakt samarbeider de samme kommunene om intermediæravdeling¹⁷, diabetesteam og kreftpoliklinikk. Disse tjenestene skal bidra til å kvalitetssikre pasientforløpet mellom primærhelsetjenesten og helseforetaket. Kommunene samarbeider også om samfunnsmedisinsk avdeling. Samfunnsmedisinsk avdeling har to kommuneoverleger som i felleskap dekker oppgavene: Medisinsk faglig rådgiver, smittevern, miljørettet helsevern, medisinsk faglig ansvar Finnsnes kommunale legevakt, folkehelse og forebygging og plan og beredskap. Lenvik kommune er vertskommune for disse tjenestene.

4.2 Kapasitet i fastlegeordningen

Per 24.10.2019 var det syv leger samt en turnuslege ansatt ved fastlegekantoret i Sørreisa og Dyrøy. En av legene er spesialist i allmennmedisin, mens de øvrige fast ansatte legene er i spesialisering. En lege arbeider i 90 %-stilling, mens en arbeider i 80 %-stilling. Per 24.10.2019 var to leger i permisjon og det var vikarer for disse. En av legene som er i permisjon arbeider i 80 %-stilling, mens vikaren har 100 %-stilling. En av stillingene var per 24.10.19 vakante, men det var vikar i denne stillingen. Ved fastlegekantoret er det også 3,7 sykepleierårsverk og 3,3 årsverk som helsesekretær. Fastlegetjenesten ledes av avdelingsleder som er bioingeniør.

Sentral forbundsvis avtale mellom KS og Den norske legeförening om vilkår for leger og turnusleger i kommunehelsetjenesten med arbeidsavtale, herunder leger i fastlegeordningen (SFS2305) er

¹⁶ Spesialist i allmennmedisin er også er medisinsk-faglig ansvarlig lege ved Dyrøy og Sørreisa legekantor.

¹⁷ Avdeling med fem plasser for pasienter som trenger behandling før/i stedet for sykehusbehandling. Tjenesten tildeles etter henvisning fra fastlege eller legevakt. Pasienter kan være innlagt på avdelingen i maksimalt syv døgn.

inngått med hjemmel i hovedtariffavtalen. Avtalen gjelder altså for leger og turnusleger som er ansatt i kommunene, slik som i legetjenesten i Sørreisa og Dyrøy. Av avtalen følger det at arbeidstiden er 37,5 timer per uke. Vakter ved interkommunalt legevaktsamarbeid kommer i tillegg til denne arbeidstiden.

Revisor har fra avdelingsleder fått en oversikt over hvor mye *kurativ tid* den enkelte lege har tilgjengelig. Med kurativ tid menes tid til pasientkonsultasjoner. Felles for alle legene er at de har avsatt tid til lunsj og administrasjon. Alle legene har administrative oppgaver tilknyttet oppfølging av pasientlisten sin. Hvor mye tid som er satt av til administrasjon varierer og avhenger av hvilke oppgaver legene har. Eksempelvis er det satt av administrasjonstid for veiledning av turnuslege. For alle leger er det også satt av 1,5 timer per uke til torsdagsmøte. Fastlegekontoret har stengt frem til kl. 10 hver torsdag. Denne tiden benyttes til møter. Minst to av torsdagene i måneden benyttes tiden til å oppfylle kravene om faglig veiledning og faglig påfyll, og disse møtene styrer legene i stor grad selv. Flertallet av fastlegene ved legekantoret i Sørreisa og Dyrøy er under spesialisering i allmennmedisin. Kommunen har et ansvar for å legge til rette for utdanningen av spesialister. Kommunenes ansvar for dette er tydeliggjort i spesialistforskriften.¹⁸ Blant annet skal kommunen legge til rette for at legen får nødvendig veiledning og supervisjon.

I henhold til forskrift om fastlegeordning i kommunene § 12 kan fastlege i fulltidspraksis pålegges å delta inntil 7,5 timer per uke i andre allmennlegeoppgaver i kommunen, for eksempel i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, sykehjem og fengsler. Dette følger også av legenes arbeidsavtaler med Sørreisa kommune. Enhetsleder for helse og omsorg opplyser at slike oppgaver fordeles i dialog mellom avdelingsleder og legene, og at det ikke har vært noen utfordringer knyttet til å «få dekt opp» disse oppgavene. Per oktober 2019 er det to av legene som arbeider ved helsestasjon (i Sørreisa og Dyrøy). Tre leger arbeider ved sykehjemmene i Sørreisa og Dyrøy.

Som redegjort for i kapittel 2, skal fastlegen innrette sin praksis slik at listeinnbyggere som må ha øyeblikkelig hjelp, kan mottas og vurderes i åpningstiden. Kommunen skal også ha en organisert øyeblikkelig-hjelp tjeneste i kontortid og fastlegen plikter å delta i denne. Ved legekantoret i Sørreisa er det daglegevakt, og det er til enhver tid en lege som har vakt ved denne. I Dyrøy er det ambulansestasjon, noe det ikke er i Sørreisa. Enhetsleder for helse og omsorg har opplyst at tjenesten erfarer at AMK¹⁹ oftere nå enn tidligere ber lege rykke ut på oppdrag. Årsaken til dette er ofte at situasjonen er vurdert så prekær at lege må rykke ut, mens det noen ganger skyldes at ambulansen vil bruke lengre tid enn legen på å rykke ut. Fastlegekontoret har to tjenestebiler. Den ene benyttes av personalet som er i Dyrøy tre dager i uka, mens den andre bilen er tilgjengelig for sykepleiere/leger som må rykke ut i Sørreisa.

De ovennevnte oppgavene innebærer at av den ukentlige arbeidstiden på 37,5 timer, er det en del timer som går med til andre arbeidsoppgaver enn til pasientlisten. For legene som også arbeider ved kontoret i Dyrøy, inngår også kjøretid i arbeidstiden. Turnuslege har ikke egen pasientliste, og arbeider på alle fastlegenes lister.

Avdelingsleder har laget en oversikt som viser hvor mange kurative timer den enkelte lege har tilgjengelig i løpet av en arbeidsuke – altså hvor mange klokketimer som er tilgjengelige til konsultasjoner av pasienter på den enkeltes fastleges liste. Dette varierer fra 10,2 timer per uke til 16,5 timer per uke. Legene har ulik listelengde, altså ulikt antall pasienter på listen sin. Dette varierer fra 450 til 720 og avhenger av hvor mange andre oppgaver legen har samt stillingsprosent. Samlet

¹⁸ Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften).

¹⁹ Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral

sett har fastlegetjenesten listekapasitet på 4875. Av oversikten til avdelingsleder fremgår det også hvor mange pasienter den enkelte lege har per kurative time. Dette varierer fra 38 pasienter per kurative time til 53 pasienter per kurative time. Imidlertid planlegges det endringer, slik at alle legene vil ha mellom 43 og 47 pasienter per kurative time.

I løpet av én kurativ time er det beregnet at det i gjennomsnitt kan gjennomføres 2,2 konsultasjoner. Hvor mange konsultasjoner den enkelte lege kan gjennomføre i løpet av en uke, varierer da med hvor mange oppgaver de har og hvor mye tid de har tilgjengelig for konsultasjoner. Antall konsultasjoner den enkelte lege kan gjennomføre i løpet av en uke, varierer fra 22 til 36. I tallene inngår ikke konsultasjoner ved daglegevakt eller e-konsultasjoner.

Ved fravær blant legene som følge av sykdom eller lignende, melder de fra om dette til arbeidsgiver på lik linje med andre arbeidstakere i kommunen. Ved fastlegekontoret har de en egen rutine kalt «fraværsassistent». Denne innebærer at ved fravær over fem dager, skal det oppnevnes en eller flere fraværsassistenter. Fraværsassistent skal eksempelvis sørge for at resepter signeres innen to virkedager etter at de er bestilt, besvare PLO-meldinger innen tre virkedager og gjøre andre oppgaver som vurderes bør håndteres før fastlegen er tilbake. Ved fravær av lang varighet settes det inn vikar.

I oktober 2019 fikk helse- og sosialutvalget i Sørreisa kommune til behandling sak om dimensjonering legehjemler og sykepleierressurs. Rådmannen vurderte det som hensiktsmessig og nødvendig å tilføre legetjenesten en ny fastlegehjemmel i 100 % og en sykepleierstilling i 100 %. Av saksfremlegget fremgår det at de nye ordningene for spesialisering i allmenntilleggsmedisin²⁰, medfører krav til arbeidsgiver om mer tilrettelegging og tid til veiledning og oppfølging av leger i spesialisering; *Dette innebærer at vi må ta annen lege ut av kurativt arbeid, for å veilede lege i spesialisering. [...] Samlet innebærer dette at tjenesten «mister» lege i kurativt arbeid tilsvarende 35 % stilling. Dette er noe tjenesten ikke har tilgjengelige ressurser til å hente inn gjennom øvrige tiltak, og ressursene må derfor sikres gjennom å enten redusere pasientrettet tid eller tilføres i form av økt legeressurs.* Det fremgår videre av saksfremlegget at fastlegetjenesten over tid har fått, og fremdeles får, overført oppgaver innen somatikk, psykiatri og rehabilitering i tillegg til økt omfang av andre oppgaver som tidligere ikke var tillagt fastlege; legeerklæringer for sertifikat, legeerklæringer ved sykdom i videregående skole, tettere oppfølging av sykemeldte i samarbeid med NAV med mer. Det fremgår også at behovet for legetilsyn ved sykehjem øker, og at legetilsynet ved sykehjemmet i Dyrøy nå også er økt opp mot anbefalt nivå, uten at det er tilført ytterligere ressurser. I saksfremlegget står det også at for å beholde og rekruttere fastleger er det viktig med konkurransedyktig lønn, lav listestørrelse, tilstrekkelig tid til å følge opp pasientene (konsultasjonstid), gode vilkår for kurs, videreutdanning og annen faglig utvikling, lav vaktbelastning i legevakt, vikarfunksjon ved fravær og god fordeling av de offentlige oppgavene. En ekstra fastlege vil ifølge saksfremlegget bidra til å imøtekomme dette.

Økning av sykepleierressurs foreslås som følge av at tilførsel av legehjemler gir mye ekstra arbeid inn til kontoret for øvrig, og at hjelpepersonellressursene derfor må dimensjoneres tilsvarende.

Under «økonomi» i saksfremlegget står det at kostnadene ved tilførsel av disse stillingene vil være ca. kr 2 200 000. Samtidig er det forventet at legestilling genererer inntjening tilsvarende ca. kr 700 000, slik at samlet merkostnad for tjenesten vil bli ca. kr 1 500 000.

²⁰ Jf. endringer i forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften)

Helse- og sosialutvalget behandlet saken i møte 8.10.2019, sak 24/2019, og fattet følgende vedtak: «I forhold til den økonomiske situasjonen og at kommunen står foran en utfordrende budsjettprosess, mener HSU at tiden ikke er inne for en så betydelig økning av bemanningsressursen slik det innstilles fra rådmannen.»

Enhetsleder for helse og omsorg fortalte i møte med revisor at det er noen fysiske utfordringer/begrensninger knyttet til lokalene ved kontoret i Sørreisa. Arealene er begrensede, og det er ikke plass til å utvide med eksempelvis flere prøvestoler eller mer hjelpepersonell. Enhetsleder har videre opplyst at arealene også skaper begrensninger for tverrfaglig samarbeid med andre kommunale helsetjenester (demens, kreft, diabetes m.m.) og vil på sikt vanskeliggjøre kommunens forpliktelser i forhold til samhandling, helhetlige pasientforløp med mer. Fastlegens rolle fremheves ofte som den mest sentrale brikken for å lykkes med slikt arbeid. For å legge til rette for mer samarbeid med fastlegen er det derfor viktig at det er arealer tilgjengelig i fastlegens umiddelbare nærhet. Dette er tatt opp, og i økonomiplan for 2019-2022 er det satt av kr 500 000 i 2020 til dette. Av økonomiplanen fremgår det at investeringen skal benyttes til en mulighetsstudie/rom og funksjonsprogram, som sikrer en fysisk utforming som muliggjør utviklingen av tjenesten per nå og i årene fremover.

I årsmeldingene til Sørreisa kommune omtales Sørreisa og Dyrøy legekantor, og det inngår informasjon om antall konsultasjoner ved Dyrøy og Sørreisa legetjeneste. Utklipp 2 nedenfor er hentet fra Sørreisa kommunes årsmelding for 2018, og viser at kapasiteten til konsultasjoner økte betydelig fra 2015 til 2016. I denne perioden ble det gjennomført endringer i organiseringen av fastlegetjenesten, og tjenesten ble også tilført en sykepleierstilling og ny legehjemmel. Fra 2016 til 2017 falt antall konsultasjoner noe, før det var en økning fra 2017 til 2018. Økningen i antall konsultasjoner fra 2015 til 2018 er på 40 %.

Utklipp 2: Informasjon om antall konsultasjoner i Sørreisa kommunes årsmelding for 2018

Antall konsultasjoner ved Dyrøy og Sørreisa legetjeneste (samlet begge kontorstedene):

2013	2014	2015	2016	2017	2018
23 282	23 897	25 746	33 376	32120	36064

På www.helsenorge.no er det oversikt over hvilke fastleger som finnes ved legekantoret samt om de har ledige plasser på sin liste. Her kan man bytte fastlege eller sette seg på venteliste hos fastlege. Hvor mange ledige plasser det er på liste til fastlege ved Sørreisa og Dyrøy fastlegekontor vil derfor endre seg ettersom pasienter bytter fastlege. Per 28.10.2019 hadde to leger ledig kapasitet på sine lister, og det var 73 ledige plasser fordelt på disse to listene.

Som innbygger i en kommune kan en velge fastlege i den kommunen en ønsker. En trenger ikke ha fastlege i den kommunen en er bostedsregistrert. Eksempelvis er det vanlig at yrkesaktive som pendler velger fastlege i kommunen de arbeider i, og at studenter velger fastlege på studiestedet sitt. Dersom mange innbyggere fra andre kommuner velger fastlege i Sørreisa/Dyrøy, vil det ha betydning for kapasiteten i fastlegetjenesten. Helfo lager hvert år et såkalt gjesteinnbyggeroppgjør, som viser det økonomiske oppgjøret mellom kommuner som følge av gjesteinnbyggere. Sørreisa kommune hadde i 2018 beløp til gode i gjesteinnbyggeroppgjøret, noe som betyr at det er flere innbyggere utenfor Sørreisa som har fastlege der, enn det er innbyggere i Sørreisa som har fastlege i en annen kommune. For Dyrøy sin del er det motsatt; det er flere innbyggere i Dyrøy som har fastlege i andre kommuner, enn det er innbyggere fra andre kommuner som har fastlege i Dyrøy.

4.3 Tilgjengelighet i fastlegetjenesten

4.3.1 Åpningstider og timebestilling

Legekontoret i Sørreisa er åpent alle dager og har følgende åpningstider:

- På telefon: 8.30 – 11.30 og 12.30 – 14.00
- Laboratoriet og skadestue: 8.30 – 11.30 og 12.30 -14.30 alle dager med unntak av torsdag da det åpner kl. 10.
- Resepsjon: 8.30 – 11.30 og 12.30 – 15.00 med unntak av torsdag da det åpner kl. 10.

Legekontoret i Brøstadbotn er stengt tirsdager og torsdager, men har for øvrig de samme åpningstidene som legekontoret i Sørreisa.

Dyrøy og Sørreisa legekantor har egne nettsider. Her er det blant annet mulig å bestille/avbestille time hos fastlegen og å fornye resepter på faste medisiner. Det er også mulig å kontakte legekontoret med andre (ikke-medisinske) henvendelser. Det er også anledning til å bestille time hos fastlegen via SMS.

Legekontoret har egne rutiner for vurdering av pasienthenvendelser. Henvendelser deles inn i tre «hovedkategorier»; *akutt*, *haster* og *kan vente*. Ved akutte henvendelser skal pasienten ha hjelp umiddelbart og AMK kontaktes. Ved henvendelser som *haster*, skal pasienten settes opp på ø-hjelpstime²¹ samme dag. Dersom pasienten kan vente og tilstanden kan ses an noen dager, skal pasientens symptomer samt fastlegekantorets vurderinger og rådene de har gitt journalføres. Pasienten kan også settes opp på time litt frem i tid. Enten såkalt U-time, som innebærer at pasienten settes opp på time innen syv dager eller P-time som benyttes til problemstillinger som kan vente opptil 1-2 måneder.

Ved Dyrøy og Sørreisa legekantor finnes det flere ulike timetyper, og i rutine for vurdering av pasienthenvendelse per telefon er disse oppsummert som følger:

Akutt-timer

- Livstruende sykdom eller skade

P-timer

- «Vanlige» forhåndbestillbare timer
- Pasienten skal alltid på P-time hos sin fastlege

Ø-timer

- Time for øyeblikkelig hjelp, til problemstillinger hvor helsetilstanden kan bli farlig/livstruende dersom helsehjelp ikke gis i løpet av de neste 24 timene

U-timer

- Time som kan bestilles kun en uke i forveien av hjelpepersonell

F-timer

- Time for forlengelse av sykemelding

T-timer

- Telefontime

²¹ Øyeblikkelig hjelp time

R-timer

- Resepttime

B-timer

- Time for korte pasientrelaterte beskjeder

I samtale med revisor fortalte kommunalsjef for helse og omsorg i Dyrøy kommune at gjennom utredningen av inntreden i samarbeid om Astafjordlegene, ble det også gjort en grundig gjennomgang av hva kommunen får igjen for samarbeidet med Sørreisa. Han fortalte at Dyrøy kommune fikk god innsikt i dette. Blant annet at antall konsultasjonstimer ikke er lavere enn det ville vært i egen/annen løsning med leger med fast kontorsted i Dyrøy. Årsaken er at de to dagene det ikke er leger tilstede på kontoret i Dyrøy, brukes til andre typer oppgaver, som administrasjon, veiledning, permisjoner med videre. Disse oppgavene må utføres uavhengig av kontorsted. Han fortalte også at det tidligere var sårbart og uforutsigbart; ved sykdom hos lege ble timer ved legekantoret i Dyrøy avlyst. Dette har bedret seg de siste årene, og forutsigbarheten har økt; har du bestilt og fått time, er det liten sannsynlighet for at denne blir avlyst.

4.3.2 Ventetid på telefon

Revisor har fra Sørreisa kommune fått oversendt oversikt over ventetid på henholdsvis telefon og på konsultasjon ved fastlegekantoret. Tabell 1 nedenfor inneholder informasjon om telefonhenvendelser og ventetid på telefon på akutt-telefonen ved legevakta. Tallene i tabellen gjelder perioden 1.1.2018 – 14.10.2019. Som tabellen nedenfor viser, var den gjennomsnittlige ventetiden ved henvendelser til akutt-telefonen 18 sekunder.

Tabell 1: Telefonhenvendelser, akutt-telefon

Totalt antall samtaler	Besvarte samtaler	Ubesvarte samtaler	Gjennomsnittlig samtaletid	Maks ventetid	Min. ventetid	Gjennomsnittlig ventetid
743	693	50	2 min og 14 sekunder	3 min og 36 sekunder	0 sekunder	18 sekunder

Tabell 2 nedenfor inneholder tilsvarende informasjon for telefonhenvendelser til Dyrøy legekantor. Som det fremgår av tabellen var gjennomsnittlig ventetid 1 minutt og 46 sekunder. Maksimal ventetid var 1 time og 24 minutter, mens 356 anrop ikke ble besvart.

Tabell 2: Telefonhenvendelser, Dyrøy legekantor

Totalt antall samtaler	Besvarte samtaler	Ubesvarte samtaler	Gjennomsnittlig samtaletid	Maks ventetid	Min. ventetid	Gjennomsnittlig ventetid
1918	1562	356	1 min og 54 sekunder	1 time, 24 minutter og 30 sekunder	0 sekunder	1 minutt og 46 sekunder

I tabell 3, på neste side, er informasjon om telefonhenvendelser til Sørreisa legekantor. Som det fremgår av tabellen, var maksimal ventetid her 54 minutter og 54 sekunder, mens gjennomsnittlig ventetid var 4 minutter og 5 sekunder. Det var 2496 anrop som ikke ble besvart.

Tabell 3: Telefonhenvendelser, Sørreisa legekontor

Totalt antall samtaler	Besvarte samtaler	Ubesvarte samtaler	Gjennomsnittlig samtaletid	Maks ventetid	Min. ventetid	Gjennomsnittlig ventetid
10716	8220	2496	3 minutter og 8 sekunder	54 minutter og 54 sekunder	0 sekunder	4 minutter og fem sekunder

Tabellene 1, 2 og 3 viser at det var flere telefonhenvendelser som ikke ble besvart ved begge legekantorene og ved akutt-telefonen. Samlet sett var det 2902 anrop til de tre numrene som ikke ble besvarte, noe som utgjør en andel på 21,7 % av alle telefonhenvendelser. Revisor har spurt om dette kun gjelder henvendelser som ikke besvares innenfor åpningstidene, eller om eventuelle telefonhenvendelser utenfor åpningstid også inngår her. Vi har fått tilbakemelding om at dette kun er telefoner i åpningstiden.

Enhetsleder for helse og omsorg opplyser at de er kjent med at det har vært misnøye knyttet til ventetid på telefon, da dette fremkom av brukerundersøkelser. I 2016 og 2017 gjennomførte de brukerundersøkelser ved Dyrøy og Sørreisa legekontor, hvor et av spørsmålene omhandlet ventetid på telefon. Resultatene fra brukerundersøkelsen i 2016²² viser, som det fremkommer av tabellen nedenfor, at 28 % av de som besvarte undersøkelsen opplevde å få svar på telefon *innen fem minutter*. Ved brukerundersøkelsen i 2017²³ var det 24,2 % som svarte at de opplever å få svar *innen fem minutter*.

Tabell 4: Resultater brukerundersøkelser 2016 og 2017, spørsmål om ventetid på telefon

Svaralternativ→ Årstall↓	Innen 5 minutter	Innen 10 minutter	Innen 15 minutter	Mer enn 20 minutter
2016	28 %	32 %	18 %	22 %
2017	24,2 %	36,4 %	21,2 %	18,2 %

4.3.3 Ventetid på konsultasjon

Vi har også fått tilsendt oversikt over ventetid på konsultasjon hos den enkelte fastlege i 2018 og 2019. Oversikten vi har fått tilsendt viser ventetiden på konkrete datoer den enkelte måned. Ventetiden gjennom året vil variere, av flere årsaker. Det vil naturligvis variere hvor mange pasienter som ønsker time, og forhold som ferieavvikling blant legene har også betydning. Basert på oversikten vi har fått fra kommunen har revisor regnet ut gjennomsnittlig ventetid hos den enkelte fastlege i 2018 og perioden 1.1.2019 til 18.10.2019, samt samlet gjennomsnittlig ventetid. Fordi gjennomsnittstallene er basert på informasjon om ventetid på en konkret dato hver måned (og ikke for alle dager hele året), reflekterer de ikke fullt ut den reelle gjennomsnittlige ventetiden, men er etter revisors syn likevel tilstrekkelig for å gi et godt bilde av ventetiden. Tallene for ventetid på konsultasjon gjelder vanlige, forhåndsbestillbare timer – altså ikke tilfeller hvor pasienten har behov for akutt eller øyeblikkelig hjelp.

Ventetid i 2018: Gjennomsnittlig ventetid hos den enkelte lege varierte mellom i underkant av to uker til 4,5 uker. Samlet gjennomsnittlig ventetid var omtrent 3,5 uker.

²² Undersøkelsen ble besvart av 71 personer, 60 i Sørreisa og 11 i Dyrøy. Alle besvarte ikke alle spørsmål i undersøkelsen.

²³ I 2017 var det 66 personer som besvarte spørsmålet om ventetid på telefon.

Ventetid i 2019 (frem til 18.10.): Gjennomsnittlig ventetid hos den enkelte lege varierte mellom i underkant av tre uker til i underkant av seks uker. Samlet gjennomsnittlig ventetid ved kontoret var 3,8 uker.

I årsmeldingene til Sørreisa kommune er ventetid for konsultasjon (ordinær forhåndsbestillbar) omtalt. Av årsmelding for 2016 fremkommer at ventetiden i 2015 var oppimot åtte uker, mens den ved utgangen av 2016 var rundt fire uker. Av årsmeldingene for 2017 og 2018 fremkommer det at ventetid for konsultasjon var rundt tre uker begge disse årene. I årsmeldingen for 2018 står det at tjenestens fokus på å legge til rette for kortere ventetider fortsetter og at de søker å stabilisere seg på ventetider rundt to uker i 2019.

I de nevnte brukerundersøkelsene fra 2016 og 2017, var det også spørsmål om hvor lang tid de som besvarte undersøkelsen erfarte at det tok å få vanlig legetime. I 2017 erfarte 54,4 % av de som besvarte undersøkelsen at det tok *fire uker eller mer* å få time, mens 7,4 % erfarte å få time *innen en uke*. I 2016 var spørsmålstillingen noe annerledes. Det var et spørsmål om hvor lenge de opplever å måtte vente for å vanlig time hos lege, og et spørsmål om hvor lang tid de må vente for å få time hos sin personlige fastlege. I 2016 var svarte 45 % av de som besvarte undersøkelsen at de måtte vente i *fire uker eller mer* for å få time hos sin personlige fastlege, mens 15 % svarte at de fikk time innen en uke. På spørsmålet om hvor lenge de måtte vente for å få time hos lege, svarte 34 % at de opplevde å vente i *fire uker eller mer*, mens 29 % opplevde å få time *innen én uke*. Ventetiden for å få time hos lege opplevdes altså som kortere enn ventetiden for å få time hos sin personlige fastlege i 2016.

Når det gjelder vurderinger av hvorvidt pasienter kan ha behov for konsultasjon hjemme, har enhetsleder for helse og omsorg fortalt at det er en vurdering legene gjør. Revisor har stilt spørsmål om det er mottatt noen klager knyttet til dette; at det er personer som mener de burde fått konsultasjon hjemme uten at de har fått det. Enhetsleder for helse og omsorg i Sørreisa kommune har opplyst at hun ikke er kjent med at de har mottatt slike klager.

I samtale med revisor fortalte kommunalsjef for helse og omsorg i Dyrøy kommune at han ikke synes ventetiden for å få time hos lege er veldig lang, særlig ikke når man tar høyde for hvilken «hastegrad» konsultasjonen har. Samtidig fortalte han at ventetiden avhenger av tre parametere; hvorvidt man ønsker time raskt, om man ønsker time hos fastlege eller om man ønsker time ved kontoret i Dyrøy. Videre fortalte han at det kanskje ikke har vært tydelig nok kommunisert ut at ventetiden avhenger av disse parameterne.

4.4 Oppsummering, vurderinger og konklusjon

Kravene til fastlegetjenesten gjelder begge kommunene; begge kommunene har ansvar for å oppfylle forpliktelser som følger av lov-, regel- og avtaleverk. Gjennom vertskommunesamarbeidet har Dyrøy kommune delegert myndighet til Sørreisa kommune. I praksis innebærer dette at Sørreisa kommune har påtatt seg ansvaret for oppfyllelsen av mange av disse forpliktelsene. Dyrøy kommune har likevel et «sørge for»-ansvar, herunder må de vurdere om oppgavene løses på tilfredsstillende måte gjennom vertskommunesamarbeidet.

I det videre følger våre vurderinger av de utledete revisjonskriteriene:

- *Revisors vurdering er at kommunene Sørreisa og Dyrøy har **oppfylt** revisjonskriteriet om å sørge for at personer som ønsker det, får plass på fastleges liste.*

Hvor mange ledige plasser det er på liste til fastlege ved Dyrøy og Sørreisa fastlegekontor endrer seg ettersom pasienter bytter fastlege. Per 28.10.2019 hadde to leger ved kontoret ledig kapasitet på sine lister, og det var 73 ledige plasser fordelt på disse to listene.

- *Revisors vurdering er at kommunene Sørreisa og Dyrøy **ikke har oppfylt** revisjonskriteriet om å sørge for at innbyggere tilknyttet fastlegetjenesten normalt får tilbud om konsultasjon innen fem arbeidsdager.*

Ifølge forskrift om fastlegeordning i kommunene, skal fastlegen prioritere listeinnbyggere ut ifra en konkret medisinsk vurdering av haste- og alvorlighetsgrad. Listeinnbyggeren skal få tilbud om konsultasjon så tidlig som mulig og normalt innen fem arbeidsdager. Av merknader til forskriftsbestemmelsen er det utdypet hva som menes med «normalt». Her fremgår det at det kun unntaksvis skal være mer enn fem dagers ventetid. Det kan likevel være situasjoner eller perioder der ventetiden vil være lengre. Dette kan for eksempel være i influensaperioder med stor pågang for noen typer tjenester, eller dersom kommunen over lengre tid har hatt problemer med å rekruttere fastleger til ledige hjemler. Noen typer attester vil det for eksempel ikke være hast med, og for at legen skal kunne gi kort ventetid til listeinnbyggere med høyere prioritet, kan ventetiden i noen tilfeller bli lengre for andre.

Ventetiden for å få time ved Dyrøy og Sørreisa legekontor har de siste årene blitt redusert. Det fremgår av Sørreisa kommunes årsmeldinger i 2015 var opp mot åtte uker, mens den i 2017 og 2018 lå rundt tre uker. Av dokumentasjonen revisor har blitt oversendt, fremgår det at gjennomsnittlig ventetid i 2019 (frem til slutten av oktober) også var i overkant av tre uker.

Det er viktig å presisere at de ovennevnte ventetidene gjelder ordinære forhåndsbestillbare konsultasjoner. Legekantoret skal, og har rutiner for å, vurdere haste- og alvorlighetsgrad. Daglegevakta i Sørreisa kan i kantorets åpningstid ta imot alle akutte henvendelser. Legene har også avsatt tid til ø-hjelpstimer, altså timer til pasienter som har behov for øyeblikkelig hjelp. Det vil si at når pasienten har en alvorlig tilstand og/eller behov for medisinsk hjelp raskt, er ventetiden langt lavere. Legekantoret har også andre typer timer som gjør at pasienter med behov for det får time raskere enn ventetid på ordinære forhåndsbestillbare konsultasjoner tilsier. Revisor har ikke gjort vurderinger av de medisinskfaglige vurderingene som gjøres med hensyn til hvor raskt en pasient har behov for legetime, men vår undersøkelse viser at legekantoret har rutiner og systemer for å ivareta at det gjøres slike vurderinger. Vi presiserer også at ventetiden avhenger av om pasienten ønsker time kun hos fastlegen eller er åpen for å få time også hos en annen lege samt ved hvilket kontorsted pasienten ønsker time.

- *Revisors vurdering er at kommunene Sørreisa og Dyrøy **ikke har oppfylt** revisjonskriteriet om å sørge for at systemet for mottak av telefonhenvendelser er innrettet slik at 80 prosent av alle henvendelser normalt besvares innen to minutter.*

Revisor har fått statistikk som viser blant annet antallet telefonhenvendelser, hvor mange oppringninger som ikke ble besvarte og gjennomsnittlig ventetid. Legekantoret mottar henvendelser per telefon til tre ulike numre; akutt-telefon, telefon i Dyrøy og telefon i Sørreisa. Gjennomsnittlig ventetid er henholdsvis 18 sekunder, ett minutt og 46 sekunder og fire minutter og fem sekunder. Til de tre numrene var det samlet 21,7 % av anropene som ikke ble besvart. Revisor har for ubesvarte anrop ikke informasjon om hvor lenge innringer har ventet. Dette gjør at vi ikke med sikkerhet kan fastslå hvor mange telefonhenvendelser som besvares innen to minutter. Dersom det er veldig lang ventetid for enkeltsamtaler, vil dette også kunne gi utslag på gjennomsnittlig ventetid. Imidlertid indikerer en

gjennomsnittlig ventetid på over fire minutter ved kontoret i Sørreisa, som mottar de fleste telefonhenvendelsene, at ikke 80 prosent av henvendelsene besvares innen to minutter. Vi vurderer derfor revisjonskriteriet ikke oppfylt.

- *Revisors vurdering er at kommunene Sørreisa og Dyrøy har **oppfylt** revisjonskriteriet om å sørge for at det finnes ordning for elektronisk timebestilling.*
Det er mulig å bestille time ved Sørreisa og Dyrøy legekantor både via SMS og på internett.
- *Revisors vurdering er at kommunene Sørreisa og Dyrøy har **oppfylt** revisjonskriteriet om å sørge for at det er fraværdeknning ved ordinært fravær i fastlegetjenesten.*
Ifølge forskrift om fastlegeordning i kommunene § 21 femte ledd skal fastlegen sørge for fraværdeknning i forbindelse med ordinært fravær ved for eksempel ferie, kurs og etterutdanning. Fastlegene i Sørreisa og Dyrøy er ansatte i vertskommunen Sørreisa. Den vanligste modellen for fastlegeordningen i Norge, er at fastlegene driver privat og har avtale med kommunene. Når fastlegene er ansatte i kommunen, slik tilfellet er ved Sørreisa og Dyrøy legekantor, har kommunen uansett ansvaret for fraværdeknning på samme måte som i øvrige kommunale tjenester. Opplysningene revisor har fått tilsier at kommunen sørger for fraværdeknning i form av vikar ved lengre, planlagte fravær som permisjoner. Ved fastlegekontoret er det også innført en egen rutine kalt «fraværdeassistent». Denne innebærer at ved fravær over fem dager, skal det oppnevnes en eller flere fraværdeassistenter. Fraværdeassistent skal eksempelvis sørge for at resepter signeres innen to virkedager etter at de er bestilt, besvare PLO-meldinger innen tre virkedager og gjøre andre oppgaver som vurderes bør håndteres før fastlegen er tilbake.
- *Revisors vurdering er at kommunene Sørreisa og Dyrøy har **oppfylt** revisjonskriteriet om at listeinnbyggere med behov for øyeblikkelig hjelp, kan mottas og vurderes av fastlege i åpningstiden.*
Ved kontoret i Sørreisa er det daglegevakt som tar imot pasienter som har, eller kan ha, behov for øyeblikkelig hjelp.

Konklusjon

Med bakgrunn i våre funn og vurderinger konkluderer revisor med at:

- Det ikke i tilstrekkelig grad er etablert en fastlegeordning med tilstrekkelig kapasitet
- Det ikke i tilstrekkelig grad er sørget for en fastlegeordning med god tilgjengelighet for innbyggerne

Vår konklusjon på problemstilling 1 er dermed at Sørreisa kommune og Dyrøy kommune ikke fullt ut sørger for at innbyggerne gis nødvendige og forsvarlige allmennlegetjenester i henhold til kravene i regelverket.

5 STYRING OG OPPFØLGING AV FASTLEGETJENESTEN

I hvilken grad sørger Sørreisa kommune og Dyrøy kommune, gjennom styring og oppfølging, for at fastlegetjenesten driftes i henhold til kravene i regelverket?

Revisjonskriterier

Kommunene Sørreisa og Dyrøy

- skal legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og andre tjenesteytere i kommunen
- skal legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten
- må sørge for å planlegge virksomhetens aktiviteter i tråd med § 6 i forskrift om kvalitetsforbedring og ledelse i helse- og omsorgstjenesten
- må sørge for å gjennomføre legetjenestens aktiviteter i tråd med § 7 i forskrift om kvalitetsforbedring og ledelse i helse- og omsorgstjenesteloven
- må sørge for å evaluere legetjenestens aktiviteter i tråd med § 8 i forskrift om kvalitetsforbedring og ledelse i helse- og omsorgstjenesten
- må sørge for å korrigere virksomhetens aktiviteter i tråd med § 9 i forskrift om kvalitetsforbedring og ledelse i helse- og omsorgstjenesten

5.1 Samarbeid mellom fastlegene, øvrige tjenesteytere og spesialisthelsetjenesten

Revisor spurte enhetsleder for helse og omsorg i Sørreisa om hvordan samarbeid mellom fastlegetjenesten og andre tjenester i kommunen, eksempelvis hjemmetjenesten og rus/psykiatri, fungerer. Enhetsleder fortalte at de har deltatt i prosjektet «Helhetlig pasientforløp» i regi av KS. Kronisk syke og eldre var målgruppen. Kommunen har tatt utgangspunkt i at dette skal gjelde alle kronisk syke (også psykisk syke) og alle med behov for helhetlige, koordinerte pasientforløp.

Videre fortalte enhetsleder at dersom hjemmetjenesten, psykiatri eller boligtjenesten har behov for å drøfte en pasient med en fastlege, kan de melde dette inn. Det settes da opp møte torsdag fra 8-8.30 (i forkant av fastlegenes torsdagsmøter). Hun fortalte at dette nok ikke er lagt inn som en skriftlig rutine, for det har vært litt utprøving av løsningen.

Utover dette benyttes elektronisk meldingsutveksling av alle kommunale helsetjenester, altså både sykehjem og hjemmebaserte tjenester, opp mot den enkelte fastlege. Enhetsleder fortalte at elektronisk meldingsutveksling egner seg godt til konkrete forhold, mens mer overordnede drøftinger og/eller sammensatte forhold kan tas opp på torsdagsmøtene. Revisor spurte om det er formaliserte rutiner for samarbeid mellom tjenester i kommunen, som fastlegetjenesten, sykehjem, hjemmetjenesten o.l. Enhetsleder svarte at hun ikke tror de har formaliserte, skriftlige rutiner på dette. Kommunen har egne rutiner for elektronisk meldingsutveksling mellom hjemmetjenester og fastlegene. Disse rutinene kommer frem av referat fra møte hvor formålet var å komme frem til felles rutiner for reseptbestilling og utveksling av pasientinformasjon. Av rutinene fremgår det hva begge partene har ansvar for.

Om samarbeid mellom fastlegene og andre tjenesteytere i Dyrøy kommune, har kommunalsjef for helse og omsorg opplyst til revisor at det avholdes samarbeidsmøter mellom legetjenesten og sykehjem. De har også rutiner på elektronisk meldingsutveksling og for journalnotat. Når det gjelder hjemmetjenester, foregår samarbeidet med fastlege primært via e-meldinger (dialogmeldinger

mellom journalsystemene). Det er svarfrist på 72 timer på disse meldingene. En utfordring ved dette er at dersom lege er borte som følge av sykefravær, permisjon eller lignende, så blir ikke meldingene besvart. Fastlegene har derfor gitt beskjed om at dersom noe haster, skal man ringe. For hjemmetjenesten er utfordringen at det ikke er så enkelt å treffe på lege, særlig ikke i det tidsrommet det passer for hjemmetjenesten. Dette innebærer at etablerte rutiner med meldingsutveksling ikke alltid er til å stole på.

Utover dette opplyste kommunalsjef i Dyrøy at hjemmetjenesten uttrykker tilfredshet med respons på henvendelser. Når det gjelder rus og psykiatri, er deres største utfordring vedrørende kommunikasjon at de forholder seg til fastleger i andre kommuner, noe som gjør det vanskelig å få til dialog via e-meldinger.

Når det gjelder samarbeid med spesialisthelsetjenesten, har alle kommuner samarbeidsavtale med helseforetak. Enhetsleder for helse og omsorg i Sørreisa har opplyst at det ikke foreligger en særskilt avtale mellom fastlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten utover dette. Det er elektronisk samhandling i forbindelse med henvisning. Noen sykehusavdelinger har laget en ordning hvor legene enkelt kan ringe inn med spørsmål. Samarbeidet varierer litt fra avdeling til avdeling ved sykehuset, ifølge enhetsleder. Videre fortalte hun at fastlegene ikke får tilstrekkelig informasjon om innleggelse av pasienter på sykehuset. Det kan ta to-tre uker før epikrise kommer, og det tar derfor lang tid før fastlegene får informasjon om at pasienter har vært innlagt, og at de eventuelt har behov for oppfølging i ettertid.

5.2 Styringssystem for fastlegetjenesten

Plikten til å planlegge omfatter blant annet å ha oversikt over virksomhetens oppgaver, mål, aktiviteter og organisering. Videre innebærer det å innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å planlegge oppgavene, ha oversikt over regelverk, ha oversikt over områder med risiko for svikt, planlegge hvordan risiko kan minimaliseres, ha oversikt over kompetanse og ha oversikt over avvik og forbedringsarbeid.

Gjennomføring av virksomhetens aktiviteter, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, handler om å sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføres. Videre skal man sørge for at medarbeidere har nødvendig kunnskap og kompetanse, utvikle og iverksette nødvendige tiltak for å rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, sørge for medvirkning fra medarbeidere og pasienter, brukere og pårørende.

Plikten til å evaluere, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, handler om å kontrollere at oppgaver og planer gjennomføres, vurdere effekten av gjennomføring, evaluere iverksatte tiltak, vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer, gjennomgå avvik og uønskede hendelser samt gjennomgang av styringssystemet.

Plikten til å korrigere, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, innebærer at uforsvarlige forhold og andre lovstridige forhold må rettes opp.

Pliktene til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere henger sammen. Eksempelvis vil det å ha et system for melding og oppfølging av avvik være relevant for å oppfylle disse kravene.

Som redegjort for i kapittel 2, følger det av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten at styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og

risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig. Hvordan pliktene etter forskriften etterleves, skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig ut ifra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. HelseDirektoratets veileder til forskriften utdyper bestemmelsene, og av denne fremgår det at kravet til både omfang og innhold i selve styringssystemet, og kravet til dokumentasjon, er *forholdsmessig*.

Revisor har spurt enhetsleder for helse og omsorg om beskrivelse av styringssystemet de har for legekantoret. Enhetsleder har gitt tilbakemelding om at de ikke har bygget et konkret styringssystem for bruk i styring –og utvikling av tjenesten. Videre har hun opplyst at arbeidsgiver mener å ha tilgjengelig informasjon for det som er nødvendig – og beskrivende av status i tjenesten til enhver tid. Ut fra dette, og tett dialog med ansatte/tillitsvalgte og leder (som for samarbeid med øvrige avdelinger i kommunen), vurderer arbeidsgiver dette til å være tilstrekkelig for å sikre oppfølging av tjenesten.

I det videre redegjør vi for forhold som etter revisors oppfatning er av relevans for å belyse styringssystemet for fastlegetjenesten.

Sørreisa kommune har flere overordnede dokumenter av relevans for planlegging, eksempelvis budsjett og økonomiplan, delegasjonsreglement og organisasjonskart. Det er etablert en tydelig lederstruktur for fastlegekantoret. Dette ledes av avdelingsleder, som har enhetsleder som sin nærmeste overordnede. Kommunalsjef for helse og omsorg har det overordnede ansvaret for fastlegekantoret, mens rådmannen er øverste ansvarlig. I kommunens årsmeldinger er det egen del om legekantoret. Av årsmelding for 2018 fremgår det at det er planlagt at alle fastleger i 2019 skal ta i bruk «Digital Dialog med fastlegen».²⁴ Ett av målene er at det skal bli lettere å komme i dialog med fastlegen. Digital kommunikasjon kan gjøres både gjennom tjenestens hjemmeside, og gjennom Helse Norge sine hjemmesider. Enhetsleder har opplyst at Digital dialog kun kan benyttes av fastleger som er tilsatt i fast stilling. Helse Norge har satt begrensninger som gjør at dette ikke kan benyttes når det er vikar i fastlegestilling. Et annet mål for 2019 som fremkommer av årsmeldingen for 2018 er å redusere ventetiden på konsultasjon hos lege ytterligere, slik at ventetiden stabiliseres på rundt to uker.

Sørreisa kommune har utarbeidet funksjonsbeskrivelse for medisinsk faglig ansvarlig lege, hvor det blant annet fremkommer hvilket ansvar denne har. Det foreligger egen beskrivelse for LIS1 (turnuslege), herunder hvilket ansvar turnuslegen, tjenesten og veileder har. Også for daglegevakt er det egen retningslinje som beskriver hva den som har daglegevakt har ansvaret for. Kommunen har faglig rettede rutiner, eksempelvis veileder for praktisk forståelse av avverge-, opplysnings- og taushetsplikt i helse og omsorgstjenesteloven, med det formål at ansatte som kommer i kontakt med personer utsatt for vold eller overgrep skal kjenne lovverket som omhandler taushetsplikt, opplysningsplikt og avvergeplikt.

Enhetsleder har opplyst at de ikke har egne rutiner for gjennomføring av risiko- og sårbarhetsanalyser. I 2017 ble det gjennomført felles risiko- og sårbarhetsanalyse for helse og omsorg; «Enhetlig risiko- og sårbarhetsanalyse beredskap. Enhet for helse og omsorg.» Denne ble revidert i 2019. Som det fremgår av tittelen til risiko- og sårbarhetsanalysen omhandler den beredskap. Det følger av *forskrift om kommunal beredskapsplikt* at kommunen skal gjennomføre en helhetlig risiko- og sårbarhetsanalyse for uønskede hendelser som kan inntreffe i kommunen og hvordan disse kan påvirke kommunen.

²⁴ Digital dialog er fire tjenester mellom fastlege og pasient som gjør det mulig med sikker informasjon over internett. Tjenestene er «Bestill time», «forny resept», «start e-konsultasjon» og «kontakt legekantoret».

Sørreisa kommune har egne rutiner for behandling av eventuelle klager. I perioden 13.11.17 – 10.12.18 kom det åtte klager på legetjenesten. Syv av disse omhandler klage på pasientbehandling, mens en omhandler klage på svartid på telefon. Klager mottas og besvares gjennom kommunens saksbehandlingssystem. Kommunen har også egne rutiner for avviksrapportering- og håndtering. Disse er felles for hele kommunen. Av rutinene følger det at ansatte som avdekker avvik, og som selv ikke kan rette forholdene, skal melde fra. Nærmeste leder skal gjennomgå avviket. Det er enhetsleder som har ansvar for at avviket blir saksbehandlet og at det iverksettes tiltak for å lukke avvik når dette er nødvendig. Dersom enhetsleder ikke kan lukke avviket, og det omhandler forhold av betydning for drift, ansatte/brukeres sikkerhet, budsjett, oppfyllelse av lovkrav eller andre årsaker, skal dette rapporteres videre til rådmann og hovedverneombud orienteres. Nærmeste leder må behandle avviket senest innen 14 dager. Dersom et avvik ikke er lukket innen 14 dager, sendes det automatisk videre opp tjenestevei. Det følger også av rutinene at etter alvorlige avvik, skal det vurderes å foreta en risikovurdering. Resultatet av risikovurderingen skal dokumenteres. I perioden 1.1.2018 – 24.10.2019 er det meldt fire avvik til legetjenesten. Ingen av disse hadde høy alvorlighetsgrad.

Enhetsleder for helse og omsorg har opplyst at kommunen ikke har skriftlige rutiner for innhenting og bruk av pasient-/brukerfaringer for fastlegetjenesten. Dette gjennomføres annet hvert år for hjemmetjenesten, sykehjem og boligjenesten, med standardiserte undersøkelser som gjentas og gir godt utgangspunkt for måling. Det ble i 2016 og 2017 gjennomført egne brukerundersøkelser ved fastlegekontoret. Enhetsleder for helse og omsorg har opplyst til revisor at kommunen selv har utarbeidet disse – i mangel på standardiserte brukerundersøkelser som finnes for andre tjenesteområder.

Revisor har blitt forelagt oversikt over alle ansatte, deres formelle kompetanse og stillingsprosent. Avdelingsleder har utarbeidet en detaljert oversikt over den enkelte fastleges arbeidsoppgaver og ressursbruk på disse, herunder hvor mye tilgjengelig tid de har til konsultasjoner. Det fremgår av dokumentasjonen vi er forelagt samt opplysningene vi har fått, at det gjøres justeringer i arbeidsoppgaver/listelengde for legene ved behov, slik at ikke arbeidsbelastningen blir for høy for enkelte. Slike endringer avklares i dialog mellom avdelingsleder og legene. Justering av arbeidsoppgaver/listelengde har også betydning for ventetid hos den enkelte lege.

Enhetsleder for helse og omsorg har fortalt at arbeidsgiver avholder ca. en gang i måneden felles møte med alle ansatte ved fastlegekontoret. Utover møtene gir arbeidsgiver informasjon per e-post og følger opp ansatte på samme måte som andre ansatte i kommunen følges opp av sine ledere.

Av saker som er fremlagt for politisk behandling, fremgår det at administrativ ledelse for fastlegekontoret har oversikt over relevant regelverk (herunder også regelverk som ikke er iverksatt, men skal implementeres), ressursituasjonen (bemanning og lokaler) og organisering av tjenesten. Eksempler er saker som er redegjort for i kapittel 4; *Rapport om Dyrøy og Sørreisa legekontor. Historikk, status og veien videre (2015)*, *Henvendelse fra Dyrøy kommune vedrørende endring i organisering av fastlegetjenesten* (sak for kommunestyret i Sørreisa juni 2019) og *Dimensjonering legehjemler og sykepleierressurs* (sak for helse- og omsorgsutvalget oktober 2019). Av sistnevnte sak fremgår det også at administrasjonen er oppdatert på eksterne rapporter som omhandler fastlegetjenesten.

Som følge av at fastlegekontoret drives gjennom et vertskommunesamarbeid, har revisor spurt kommunalsjef for helse og omsorg i Dyrøy om hvordan de opplever dette samarbeidet. Kommunalsjef fortalte at han opplever at samarbeidet fungerer bra. Kommunalsjef fortalte at han har mest dialog med kommunalsjef i Sørreisa og opplever å få god informasjon samt raskt svar på

spørsmål. Han mener tilbudet som gis er faglig forsvarlig, og opplever at det arbeides godt med kursing og opplæring i fastlegetjenesten. Videre fortalte han at Sørreisa har etablert et godt samarbeid med tjenestene som Lenvik kommune er vertskap for, og som begge kommunene deltar i samarbeid om. Kommunalsjef fortalte at dor Dyrøy kommune sin del er det litt utfordrende at de har liten innflytelse på kostnadene. Dersom budsjettet ikke holder, kommer det kostnader i ettertid. Da må Dyrøy i ettertid finne inndekning for disse kostnadene. Han presiserte imidlertid at de føler seg trygge på at regnskap og budsjett er riktige, og at en slik utfordring er vanskelig å gjøre noe med i et vertskommunesamarbeid.

5.3 Oppsummering, vurderinger og konklusjon

Av forskrift om fastlegeordning § 8 følger det at kommunen har ansvar for å legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og andre tjenesteytere samt mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten. Første ledd i § 8 lyder: *Kommunen skal legge til rette for samarbeid mellom kommunen og fastlegene.* Som tidligere nevnt er den vanligste modellen for fastlegeordningen i Norge at legene er privatpraktiserende og har avtale med kommunene, mens legene ved Sørreisa og Dyrøy legekantor er ansatte i kommunen. Fastlegene er dermed en del av kommunen. Når det gjelder samarbeid med øvrige tjenesteytere i kommunen og spesialisthelsetjenesten, har både Sørreisa kommune og Dyrøy kommune opplyst at de har systemer for samhandling mellom fastlegene og andre tjenesteytere i kommunen. Basert på opplysningene vi har fått, vurderer vi at revisjonskriteriet om at kommunen skal sørge for å legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og andre tjenesteytere i kommunen er **oppfylt**. Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6 forplikter kommuner og helseforetak til å inngå samarbeidsavtaler for å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester, og gjennom dette vurderer revisor at revisjonskriteriet om at kommunene skal legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten er **oppfylt**.

Styringssystem for helse- og omsorgstjenester skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig. Hvordan pliktene etter forskriften etterleves, skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig ut ifra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Både omfanget av og innholdet i styringssystemet, og i hvor stor grad det skal dokumenteres er *forholdsmessig*. Det innebærer at revisor ikke kan oppstille konkrete krav til omfanget av styringssystem for fastlegekontoret eller hvordan dette skal dokumenteres. Revisor har spurt enhetsleder for helse og omsorg om beskrivelse av styringssystemet de har for legekantoret. Enhetsleder har gitt tilbakemelding om at de ikke har bygget et konkret styringssystem for bruk i styring –og utvikling av tjenesten. Det foreligger imidlertid flere rutiner og systemer av relevans for styring og utvikling av tjenesten. Nedenfor gjennomgår vi våre vurderinger av de utledete revisjonskriteriene.

- *Etter revisors vurdering har kommunene Sørreisa og Dyrøy ikke fullt ut oppfylt revisjonskriteriet om å sørge for å planlegge fastlegetjenestens aktiviteter i tråd med § 6 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.*

Det foreligger oversikt over virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter, organisering og ansvarsfordeling. Arbeidsgiver har oversikt over kompetansen til de ansatte ved fastlegekontoret. Det foreligger også oversikt over avvik, klager og er tidligere gjennomført brukerundersøkelser. Enhetsleder for helse og omsorg har opplyst at de ikke har rutiner for gjennomføring av risikoanalyser ved fastlegekontoret. At det ikke foreligger rutiner for å gjennomføre risikovurderinger er ikke ensbetydende med at risikovurderinger ikke gjennomføres, men med hensyn til planlegging av virksomhetens aktiviteter og arbeidet med

kvalitetsforbedring anser revisor det som en svakhet at det ikke foreligger rutiner som skal bidra til å sikre systematiske risikovurderinger.. Det er gjennomført en risikoanalyse med hensyn til beredskap, men ikke rettet mot eventuelle svikt i selve tjenestetilbudet. Styringssystemet skal blant annet tilpasses risikoforhold, noe som etter revisors syn tilsier at det bør være rutiner for å gjennomføre risikovurderinger.

- *Etter revisors vurdering har kommunene Sørreisa og Dyrøy ikke fullt ut oppfylt revisjonskriteriet om å sørge for å gjennomføre legetjenestens aktiviteter i tråd med § 7 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.*
Plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer blant annet å utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen. At kommunen har et avvikssystem er eksempel på et relevant tiltak. Imidlertid vektlegger revisor også i denne vurderingen at kommunen ikke har egne rutiner for å gjennomføre risikovurderinger.
- *Etter revisors vurdering har kommunene Sørreisa og Dyrøy ikke fullt ut oppfylt revisjonskriteriet om å sørge for å evaluere fastlegetjenestens aktiviteter i tråd med § 8 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.*
Et relevant tiltak for evaluering av fastlegetjenestens aktiviteter er å gjennomgå og følge opp avvik, noe som gjøres gjennom Sørreisa kommunes avvikssystem. Et annet relevant tiltak er å vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienters erfaringer. Dette er gjort i 2016 og 2017, da kommunen selv utarbeidet brukerundersøkelse fordi det ikke foreligger standardiserte brukerundersøkelser. Også i denne vurderingen vektlegger revisor at det ikke er egne rutiner for å gjennomføre risikovurderinger.
- *Etter revisors vurdering har kommunene Sørreisa og Dyrøy ikke fullt ut oppfylt revisjonskriteriet om å sørge for å korrigere virksomhetens aktiviteter i tråd med § 9 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.*
Våre funn viser at det er utarbeidet flere rutiner med relevans for fastlegekontoret som er egnet til å bidra til å avdekke og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen. Revisjonskriteriet vurderes som ikke fullt ut oppfylt fordi det ikke er egne rutiner for gjennomføring av risikovurderinger. Systematiske risikovurderinger er egnet til å avdekke områder hvor det er behov for korrigerende tiltak i form av eksempelvis forbedrede rutiner/prosedyrer.

Konklusjon

Med bakgrunn i våre funn og vurderinger er revisors konklusjon at Sørreisa kommune og Dyrøy kommune i stor grad sørger for at fastlegetjenesten, gjennom styring og oppfølging, driftes i henhold til kravene i regelverket.

6 RESSURSBRUK

6.1 Sørreisa og Dyrøy kommuners ressursbruk 2016 – 2018

Kommunenes regnskap kan deles inn i *funksjoner*. Statistisk sentralbyrå utarbeider en funksjonskontoplan som viser hvilke utgifter som skal føres på hver funksjon. Hver funksjon omfatter en type tjeneste/tjenesteområde. Funksjon 241 *Diagnose, behandling, re-/habilitering* omfatter utgifter til allmenntilleggsmedisin. Følgende utgifter skal regnskapsføres på denne funksjonen:

- Basistilskudd fastleger per capita tilskudd²⁵
- Eventuelle kommunale legekantor inkludert sykepleiere og annet personell på helsesenter/legekantor
- Legevakt
- Fengselshelsetjenesten
- Turnusleger (for eksempel tilskudd og utgifter til veiledning)
- Fysioterapi (med avtale og kommunalt ansatte i fysioterapi praksis)
- Ergoterapi
- Hjelpfunksjon til fysioterapeuter og ergoterapeuter
- Formidling av hjelpemidler (ekskl. arbeidsinnsats til vurdering/utplassering av hjelpemidler som utføres av personell knyttet til funksjonene 234, 253 eller 254)
- Tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning

Revisor har hentet ut relevante KOSTRA-tall for Sørreisa og Dyrøy. I tillegg har vi tatt ut kommunenes regnskapstall for samme funksjon for å kunne gi litt mer informasjon om hva pengene brukes på. Som det fremgår av oversikten ovenfor og redegjort for i kapittel 3, omfatter funksjon 241 mer enn kun fastlegeordningen. KOSTRA tilbyr ikke tall som muliggjør sammenlikninger av ressursbruken på kun fastlegeordningen.

²⁵ Kommuner som har avtale(r) med selvstendig næringsdrivende lege(r) betaler et tilskudd til legen per pasient legen har på listen sin. Per 1.juli 2019 var basistilskuddet på kr. 499 per pasient per år.

Regnskapstall for Sørreisa kommune

Tabell 5: Netto driftsutgifter til allmennmedisin (funksjon 241), Sørreisa kommune 2016 - 2018

Art		R 2016	R 2017	R 2018	Økning i %
	<u>Utgifter</u>				
010-019	Fast lønn	9 609 138	11 421 932	12 443 970	29,5 %
020-029	Vikar	388 751	420 322	313 124	-19,5 %
030-039	Ekstrahjelp	759 562	649 122	520 577	-31,5 %
040-049	Overtid	115 675	74 272	35 706	-69,1 %
050-089	Annen lønn og godtgjørelse	20 288	40 471	337 643	1564,2 %
090-098	Pensjon m.m.	1 952 958	1 947 535	2 609 117	33,6 %
099	Arbeidsgiveravgift	635 968	711 050	760 425	19,6 %
010-099	SUM LØNNSUTGIFTER	13 482 341	15 264 704	17 020 561	26,2 %
100-489	Varer og tjenester	5 864 320	5 925 079	6 958 996	18,7 %
590	Avskrivninger	0	62 940	62 940	
100-489 + 590	SUM ANDRE UTGIFTER	5 864 320	5 988 019	7 021 936	19,7 %
	<u>Refusjoner/inntekter</u>				
600-699	Salgsinntekter	2 368 395	2 572 996	2 508 172	5,9 %
710-719	Sykepenger og svangerskapsref.	496 880	829 058	1 226 343	146,8 %
700-709,720-899	Øvrige inntekter	7 663 681	8 592 007	8 564 279	11,8 %
600-899	SUM INNTEKTER	10 528 956	11 994 061	12 298 795	16,8 %
	NETTO DRIFTSUTGIFT	8 817 705	9 258 663	11 743 702	33,2 %

Kilde: Sørreisa kommunes regnskaper for 2016, 2017 og 2018

Tabell 5 viser at samlede netto driftsutgifter til allmennmedisin har økt med 33,2 % i tre-årsperioden. Vi ser av tabellen at økningen i netto driftsutgifter knytter seg til økning i lønnsutgifter, herunder i størst grad utgifter til fast lønn. I 2016 ble tjenesten tilført en legehjemmel og en sykepleierstilling. I tillegg ble noen stillinger som legesekretær omgjort til sykepleier. Fra 2016 ble også stillingen som avdelingsleder omgjort til 100 % administrativ stilling. Tidligere var det 50 % administrativ ressurs som ble kombinert med 50 % stilling på laboratoriet. Det ble derfor også gjennomført økning av 50 % stilling ute i tjenesten. Også utgifter til pensjon og arbeidsgiveravgift har økt i perioden. Disse utgiftene henger sammen med antall ansatte/lønnsutgifter og økningen i disse forklares av økningen i lønnsutgiftene og antall ansatte.

Utgifter til varer og tjenester har økt med 18,7 % i treårsperioden. Varer og tjenester omfatter blant annet medisinsk forbruksmateriell, medisiner, kontormateriell- og utstyr, tolketjenester og konsulenttjenester. Også utgifter til interkommunalt legevaktsamarbeid og kommunalt driftstilskudd til fysioterapeuter inngår her. Størsteparten av økningen i utgifter til varer og tjenester skjedde fra 2017 til 2018. Regnskapstallene viser at økningen først og fremst relaterer seg til økte

utgifter til *husleie* og *konsulenttjenester*. Utgiftene til husleie økte med i overkant av kr. 200 000 fra 2017 til 2018. Regnskapet viser at disse utgiftene er knyttet til felles legetjeneste for Sørreisa og Dyrøy. Utgiftene til konsulenttjenester økte med i overkant av kr. 1 000 000 fra 2017 til 2018. I 2018 er det regnskapsført kr. 1 199 839 i utgifter til konsulenttjenester, og alle disse utgiftene knytter seg til felles legetjeneste for Sørreisa og Dyrøy. Store deler av beløpet knytter seg til kjøp av tjenester fra et norskregistrert utenlandsk foretak innenfor bransjen «bemanning og rekruttering». Øvrige utgifter ført på konsulenttjenester knytter seg til organisasjonsutvikling, betaling til Kommunens Sentralforbund (KS), selskap som arbeider med dataprogramvare og utvikling samt selskapet TF Medinvest AS.

Utgiftene til konsulenttjenester gjelder altså i hovedsak bruk av vikarbyrå. Revisor har spurt hvordan kommunen går frem for å finne aktuelle foretak/bemanningsbyrå ved behov for vikarer. Vi har fått opplyst at kommunen tidligere har bedt om anbud/pris fra flere firma. I senere tid har de i hovedsak benyttet seg av et enkeltmannsforetak og et vikarbyrå med bakgrunn i gode erfaringer med disse. Kommunen har inngått avtale i begge tilfellene. Med vikarbyrået inngås det både formidlingsavtale med byrået og avtale med den ansatte.

Salgsinntekter i tabell 5 gjelder i all hovedsak egenandel fra brukere av legetjenesten. Andre større salgsinntekter i 2018 er husleie (kr. 126 188) og fordelte utgifter (kr. 271 500). Enhetsleder for helse og omsorg har opplyst at husleieinntektene kommer fra fremleie til vikarleger. Det er ofte en del av avtalen med vikarbyrå at kommunen er behjelpelig med bosted, og kommunen har leid boliger av Sørreisa Boligstiftelse som fremleies til legevikarer. Fordelte utgifter gjelder i all hovedsak tilsynslege ved sykehjem. I henhold til avtalen mellom Sørreisa og Dyrøy kommuner skal utgiftene til tilsynslege faktureres begge kommuner.

Sykelønns- og fødselspengerefusjon har økt i treårsperioden. Størrelsen på dette beløpet varierer naturlig med av omfanget fravær som følge av sykdom og foreldrepermisjon.

Øvrige inntekter omfatter refusjoner fra staten, momskompensasjon og refusjon fra andre kommuner. Refusjoner fra staten er blant annet refusjoner fra Helfo og Helsedirektoratet til felles legetjeneste for Sørreisa og Dyrøy. Refusjon fra andre kommuner gjelder blant annet betaling fra Dyrøy kommune til felles legetjeneste.

Regnskapstall for Dyrøy kommune

Tabell 6: Netto driftsutgifter til allmennmedisin (funksjon 241) Dyrøy kommune 2016 - 2018

Art		R 2016	R 2017	R 2018	Økning i %
	<u>Utgifter</u>				
010-019	Fast lønn	462 016	469 874	518 307	12,2 %
020-029	Vikar	14 412	2 405	5 076	-64,8 %
030-039	Ekstrahjelp	445	1 067	110	-75,2 %
040-049	Overtid	1 032	6 986	1 882	82,3 %
050-089	Annen lønn og godtgjørelse	35 393	19 186	17 147	-51,6 %
090-098	Pensjon m.m.	92 271	89 011	118 464	28,4 %
099	Arbeidsgiveravgift	29 894	29 126	32 334	8,2 %
010-099	SUM LØNNSUTGIFTER	635 463	617 655	693 321	9,1 %
100-489	Varer og tjenester	4 726 664	4 941 456	6 802 217	43,9 %
590	Avskrivninger	400	-400	0	-100,0 %
100-489 + 590	SUM ANDRE UTGIFTER	4 727 064	4 941 056	6 802 217	43,9 %
	<u>Refusjoner/inntekter</u>				
600-699	Salgsinntekter	109 703	110 729	203 269	85,3 %
710-719	Sykepenge og svangerskapsref.	12 240	3 991	4 030	-67,1 %
700-709,720-899	Øvrige inntekter	337 876	253 229	640 578	89,6 %
600-899	SUM INNTEKTER	459 820	367 949	847 877	84,4 %
	NETTO DRIFTSUTGIFT	4 902 707	5 190 762	6 647 662	35,6 %

Kilde: Dyrøy kommunes regnskaper for årene 2016, 2017 og 2018

Tabell 6 viser Dyrøy kommunes netto driftsutgifter til allmennmedisin for årene 2016 – 2018. Som tabellen viser, har Dyrøy kommune relativt lave lønnsutgifter innenfor dette tjenesteområdet. Samtidig har kommunen høye utgifter til varer og tjenester. Årsaken til det er at Dyrøy samarbeider med andre kommuner om tjenester innenfor allmennmedisin, og faktureres for tjenestene som ytes gjennom disse samarbeidene. Sørreisa kommune fører regnskapet for felles legekantor og fakturerer Dyrøy kommune. Dermed fremkommer Dyrøy kommunes utgifter til felles legetjeneste under varer og tjenester.

Utgiftene til *varer og tjenester* har økt med 43,9 % i løpet av treårsperioden. Utgiftene omfatter blant annet interkommunal legevakt, andel av legekantor samt utgifter til administrasjonsbygg, kontorutstyr m.m. Økningen i utgiftene var først og fremst fra 2017 til 2018. Regnskapet viser at økningen knytter seg til artene *kjøp fra kommuner, egenandel lege og overføring til staten*. I 2017 var det ingen oppføringer i regnskapet på art *135000 Kjøp fra kommuner*, mens det i regnskapet for 2018 er ført kr 582 779 på denne arten. Dette gjelder blant annet betaling for samfunnsmedisinsk tjeneste (kommuneoverlege) til Lenvik kommune. Beløp på kr 379 103 gjelder faktura fra Sørreisa

kommune på drift av barneverntjenesten. Etter revisors oppfatning er dette ført på feil funksjon i regnskapet, da disse utgiftene gjelder barnevern.²⁶ Videre er det i 2018 utgiftsført kr 890 855 på art 137800 *Egenandel lege*. I 2017 ble det ikke ført utgifter på denne arten. Disse utgiftene gjelder gjesteinnbyggeroppgjør (kr 104 595) og avregning legetjeneste (kr 786 259). Utgiftene til gjesteinnbyggeroppgjør knytter seg til at flere innbyggere i Dyrøy hadde fastlege utenfor kommunen, enn det var innbyggere i andre kommuner som hadde fastlege i Dyrøy. I 2018 er det utgiftsført kr 470 481 på art 140000 *Overføring til staten*. I 2017 ble det utgiftsført kr 36 969 på denne arten.

6.2 KOSTRA-tall

Som redegjort for i kapittel 3, tilhører Sørreisa kommune KOSTRA-gruppe 2 (KG2), som består av små kommuner med middels bundne kostnader per innbygger og lave frie disponible inntekter. Dyrøy kommune tilhører KOSTRA-gruppe 5 (KG5) som består av små kommuner med høye bundne kostnader per innbygger og middels frie disponible inntekter. Vi sammenlikner Sørreisa kommune med gjennomsnittet for KG2, mens vi sammenlikner Dyrøy kommune med gjennomsnittet for KG5. Derfor inngår tallene for begge kommunene og begge KOSTRA-gruppene i de påfølgende tabellene. Vi gjør oppmerksom på at når kommunene Sørreisa og Dyrøy ikke tilhører samme KOSTRA-gruppe, har det sin bakgrunn i at de har ulike forutsetninger; Sørreisa kommune har middels bundne kostnader per innbygger, mens Dyrøy har høye bundne kostnader per innbygger. Videre har Sørreisa lave frie disponible inntekter, mens Dyrøy har middels frie disponible inntekter. Det er derfor ikke særlig relevant å gjøre sammenlikninger *de to kommunene imellom*. Vi sammenlikner kommunene mot deres respektive KOSTRA-grupper.

Tabell 7: Utgifter og årsverk, kommunale helse- og omsorgstjenester

	Sørreisa 2018	KG2 2018	Dyrøy 2018	KG5 2018	Landet u/Oslo 2018
Utgifter kommunale helse- og omsorgstjenester pr. innbygger (kr)	29 913	34 569	50 504	44 056	27 244
Årsverk helse og omsorg per 10 000 innbyggere	248,6	394,8	561,3	492,1	311,6

Kilde: SSB/KOSTRA

Tabell 7 viser kommunenes *samlede* utgifter til alle kommunale helse- og omsorgstjenester²⁷ per innbygger i 2018 samt årsverk innenfor *helse og omsorg* per 10 000 innbyggere. Tabellen viser at Sørreisa kommunes utgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester per innbygger var lavere enn gjennomsnittet i KG2 i 2018. Sørreisa hadde også færre årsverk per 10 000 innbyggere innenfor helse og omsorg enn gjennomsnittet i KG2. Dyrøy kommunes utgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester per innbygger lå i 2018 over gjennomsnittet i KG5, og Dyrøy kommune hadde også flere årsverk innenfor helse og omsorg per 10 000 innbyggere enn gjennomsnittet i KG5.

²⁶ Funksjon 244 gjelder drift av barnevern. Funksjonene 251 og 252 knytter seg også til barneverntjenester.

²⁷ Med alle kommunale helse- og omsorgstjenester menes i denne sammenhengen brutto driftsutgifter til forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste, annet forebyggende helsearbeid, aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse, diagnose, behandling, re-/habilitering, helse- og omsorgstjenester i institusjon, helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende, medfinansiering av somatiske tjenester, akutt hjelp helse- og omsorgstjenester og institusjonslokaler. (KOSTRA-funksjonene 232, 233, 241, 253, 254, 255, 256, 261).

Tabell 8: Avtalte legeårsverk og netto driftsutgifter til legeårsverk

	Sørreisa 2018	KG2 2018	Dyrøy 2018	KG5 2018	Landet u/Oslo 2018
Avtalte legeårsverk per 10 000 innbyggere	18,1	13,5	19,5	16,8	11,3
Netto driftsutgifter til kommunehelsetjenesten ²⁸ i prosent av kommunens samlede driftsutgifter	6,4	5,5	7,9	6,2	4,8

Kilde: SSB/KOSTRA

Tabell 8 viser at Sørreisa kommune har flere avtalte legeårsverk per 10 000 innbyggere enn gjennomsnittet i KG2. Også Dyrøy kommune har flere avtalte legeårsverk enn gjennomsnittet i KG5. En del av forklaringen på dette kan være at fastlegene ved Sørreisa og Dyrøy legekantor er ansatte i kommunen – og ikke private næringsdrivende med avtaler med kommunene. Som redegjørt for i kapittel 1, er «hovedmodellen» private næringsdrivende som har avtaler med kommunene, og dette er det den mest utbredte modellen i Norge. Når legene er ansatte i kommunen har de færre pasienter på listene sine, noe som tilsier at det er behov for flere leger for å ha tilstrekkelig listekapasitet. Tall i KOSTRA viser at kommunene Sørreisa og Dyrøy hadde flere kommunalt ansatte leger enn gjennomsnittet i de respektive KOSTRA-gruppene både i 2018 og årene før. Tabell 9 nedenfor viser at gjennomsnittlig listelengde er kortere i Sørreisa enn i sammenliknbare kommuner.

Tabell 9: Gjennomsnittlig listelengde, Sørreisa, KG2 og landet u/Oslo

	2016	2017	2018
Sørreisa	599	604	600
KG2	876	848	821
Landet u/Oslo	1 091	1 074	1 063

Kilde: SSB/KOSTRA

Videre viser tabell 8 også at Sørreisa kommunes andel av netto driftsutgifter til kommunehelsetjenesten er noe høyere enn gjennomsnittet i KG2. Også Dyrøy kommunes andel av netto driftsutgifter til kommunehelsetjenesten er høyere enn gjennomsnittet i kommunens KOSTRA-gruppe, KG5.

I tabell 10 nedenfor, er oversikt over hvor stor andel av Sørreisa kommunes netto driftsutgifter som har blitt brukt på funksjon 241 *Diagnose, behandling og re-/habilitering* for årene 2016, 2017 og 2018. I tabellen inngår tilsvarende tall for KG2 og landet uten Oslo.

Tabell 10: Andel av netto driftsutgifter til funksjon 241 Diagnose, behandling og re-/habilitering, Sørreisa

	2016	2017	2018
Sørreisa	4,4 %	4,4 %	5,2 %
KG2	4,3 %	4,1 %	4,2 %
Landet u/Oslo	3,3 %	3,2 %	3,3 %

Kilde: SSB/KOSTRA

²⁸ Omfatter netto driftsutgifter til forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste, annet forebyggende helsearbeid, aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse samt diagnose, behandling re-/habilitering.

Hvor stor andel av kommunens netto driftsutgifter som benyttes til et konkret tjenesteområde, er et uttrykk for kommunens prioritering av det aktuelle tjenesteområdet. Av tabell 11 ser vi at Sørreisa kommunes prioritering i 2016 var tilnærmet lik som i KG2, og at denne har økt i treårsperioden. Samme tendens ser vi for Dyrøy kommune i tabellen nedenfor; andelen av netto driftsutgifter til tjenesteområdet har økt i treårsperioden.

Tabell 11: Andel av netto driftsutgifter til funksjon 241 Diagnose, behandling og re-/habilitering, Dyrøy

	2016	2017	2018
Dyrøy	5,4 %	5,0 %	6,1 %
KG5	4,9 %	4,9 %	5,0 %
Landet u/Oslo	3,3 %	3,2 %	3,3 %

Kilde: SSB/KOSTRA

Sørreisa kommune hadde alle tre årene 5,5 legeårsverk på funksjon 241. Dyrøy kommune hadde 1,8 legeårsverk registrert på denne funksjonen. Utover det har Sørreisa kommune noen (andeler av) avtalte legeårsverk på andre funksjoner i KOSTRA. I årene 2016, 2017 og 2018 hadde kommunen 0,1 legeårsverk på funksjon 120 *Administrasjon*. 0,1 årsverk var også registrert på funksjon 232 *Forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste*. På funksjon 233 *annet forebyggende arbeid*, var det alle tre årene registrert 0,2 årsverk. På funksjon 253 *helse- og omsorgstjenester i institusjon*, hadde Sørreisa kommune i årene 2016, 2017 og 2018 0,3 legeårsverk. Dyrøy kommune hadde i 2016 og 2017 0,2 legeårsverk på denne funksjonen, mens de i 2018 hadde 0,4 legeårsverk.

6.3 Oppsummering

Det foreligger ikke KOSTRA-tall som viser ressursbruk til utelukkende fastlegetjenesten i kommunene. Vi har derfor sett på KOSTRA-tallene for allmenntjenestemedisin (funksjon 241).

Regnskapstallene for Sørreisa kommune viser at netto driftsutgift til funksjon 241 har økt med 33,2 % i perioden 2016-2018. Økningen knytter seg til økte lønnsutgifter (26,2 % i treårsperioden) og økt kjøp av konsulenttenester. Kjøp av konsulenttenester gjelder i hovedsak bruk av legevikarer fra foretak/vikarbyrå.

Dyrøy kommunes netto driftsutgift til allmenntjenestemedisin har også økt i treårsperioden – med 35,6 %. Økningen i utgiftene skyldes økte utgifter til varer og tjenester, som i hovedsak gjelder betaling for deltakelse i interkommunale samarbeid som legekantor og legevakt. Revisor har funnet at faktura som gjelder drift av barnevernstjenesten er feilført på funksjon 241. Korrigert for dette er økning i netto driftsutgift i treårsperioden 27,9 %.²⁹

KOSTRA-tallene viser at Sørreisa kommune har lavere utgifter per innbygger til de *samlede* kommunale helse- og omsorgstjenestene enn kommunegruppen de sammenliknes med. Dyrøy kommune har høyere utgifter per innbygger til de samlede kommunale helse- og omsorgstjenestene enn kommunegruppen de sammenliknes med.

Både Sørreisa kommune og Dyrøy kommune har flere avtalte legeårsverk per 10 000 innbyggere enn de respektive kommunegruppene de sammenliknes med. En del av forklaringen på dette kan være at fastlegene ved Sørreisa og Dyrøy legekantor er ansatte i kommunen – og ikke private næringsdrivende med avtaler med kommunene. Som redegjort for i kapittel 1, er «hovedmodellen» private næringsdrivende som har avtaler med kommunene, og dette er det den mest utbredte

²⁹ Vi må ta forbehold om at det *kan* være andre feilføringer vi ikke har avdekket.

modellen i Norge. Når legene er ansatte i kommunen har de færre pasienter på listene sine, noe som tilsier at det er behov for flere leger for å ha tilstrekkelig listekapasitet.

Andelen av netto driftsutgift til funksjon 241 har i perioden 2016 – 2018 økt i både Sørreisa og i Dyrøy. I 2018 var andelen av kommunens netto driftsutgift til funksjon 241 høyere i både Sørreisa kommune og Dyrøy kommune enn i de respektive referansegruppene.

7 HØRING

Rapporten ble 5.12.2019 sendt på høring til Sørreisa kommune v/rådmann og Dyrøy kommune v/rådmann. Den 11.12.2019 mottok vi svar fra rådmannen i Sørreisa kommune. Dette er i sin helhet gjengitt nedenfor. Dyrøy kommune ga 18.12.2019 tilbakemelding om at de ikke har noen merknader til rapporten.

Hei!

Viser til høring oversendt per e-post den 05.12.2019, til rådmannen i Sørreisa kommune.

Høringen omhandler forvaltningsrevisjonsrapport- «Fastlegetjenesten». Rapporten er utarbeidet felles for Dyrøy og Sørreisa kommuner.

Rådmannen i Sørreisa opplever at rapporten framstår som grundig og tydelig.

Utover dette har Sørreisa kommune v/Rådmannen ingen merknader til revisors vurderinger og konklusjon eller til rapporten i sin helhet.

Mvh

Stig Jonny Haugen

Rådmann

Mobil: 95946108

E-post: stig.jonny.haugen@sorreisa.kommune.no



8 ANBEFALINGER

På bakgrunn av våre funn, vurderinger og konklusjoner anbefaler vi Sørreisa kommune og Dyrøy kommune å:

- Oppdatere samarbeidsavtalen slik at den viser til oppdaterte lovhjemler
- Vurdere tiltak for å redusere ventetid på konsultasjon hos (fast)lege
- Vurdere tiltak for å redusere ventetid på telefon
- Utarbeide rutiner for gjennomføring av risikoanalyse rettet mot tjenestetilbudet ved Dyrøy og Sørreisa fastlegekontor

9 REFERANSER

Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen, Ipsos/Samfunnsøkonomisk analyse, 2018

Styringsdata for fastlegeordningen 4.kvartal, Helsedirektoratet, 2018

Fastlegeordningen i kommuner med under 20 000 innbyggere, Nasjonalt senter for distriktmedisin, 2016

Evaluering av fastlegeordningen, EY og Vista Analyse, 2019

Lov 24.6.2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

Lov 2.7.1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)

Forskrift 29.8.2012 nr. 842 om fastlegeordning i kommunene

Forskrift 20.3.2015 nr. 231 om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften)

Forskrift 28.10.2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Forskrift om endring i forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften)

KOSTRA (Kommune-Stat-Rapportering). URL: www.ssb.no/kostra/

Om selskapet og vår forvaltningsrevisjonskompetanse

KomRev NORD IKS utfører helhetlig revisjon av kommuner, kommunale foretak, interkommunale selskaper, offentlige stiftelser, kirkeregnskap og legater. Selskapets eiere og oppdragsgivere er Troms fylkeskommune, alle kommunene i Troms, ni kommuner i Nordland og fire kommuner i Finnmark.

Vårt hovedkontor ligger i Harstad, og vi har avdelingskontorer i Tromsø, Narvik, Sortland, Finnsnes og Sjøvegan.

Vi har 36 medarbeidere som samlet innehar lang erfaring fra og god kunnskap om offentlig sektor og revisjon.

Selskapet er uavhengig i forhold til kommuner, stat, privat næringsliv og andre institusjoner i samfunnet.

Vårt forvaltningsrevisjonsteam består av åtte medarbeidere med høyere utdanning innen ulike fag:

- Rettsvitenskap
- Sosiologi
- Statsvitenskap
- Samfunnsøkonomi

KomRev NORD har tidligere gjennomført følgende forvaltningsrevisjoner i Sørreisa kommune:

<i>Barnevern,</i>	2018
<i>Byggesaksbehandling,</i>	2016
<i>Bemanningssituasjonen i rådmannens stab/støttefunksjon,</i>	2013
<i>Inntektsskapende virksomhet,</i>	2013
<i>Kvalitet og ressursbruk i eldreomsorgen,</i>	2012
<i>Gjerdsletta barnehage,</i>	2010
<i>Selvkost – Senja avfall IKS,</i>	2010
<i>Ressursbruk i grunnskolen,</i>	2010
<i>Vannavgift,</i>	2008
<i>Spesialundervisning i grunnskolen,</i>	2006
<i>Analyse av arbeidsmiljøet,</i>	2004
<i>Offentlige anskaffelser,</i>	2004

KomRev NORD har tidligere gjennomført følgende forvaltningsrevisjoner/eierskapskontroll i Dyrøy kommune:

<i>Offentlige anskaffelser,</i>	2019
<i>Eierskapskontroll Dyrøy Energi,</i>	2019
<i>Offentlige anskaffelser,</i>	2017





Arkiv: Arkivsaksnr: Saksbehandler:
2019/1299-1 **Bodil Hansen**

Utvalgssak	Utvalg	Møtedato
24/19	Helse- og sosialutvalget	08.10.2019
58/19	Kommunestyret	31.10.2019

Dimensjonering legehjemler og sykepleierressurs legetjenesten

Rådmannens innstilling

1. Det vedtas å opprette ny legehjemmel ved Dyrøy og Sørreisa legetjeneste. Hjemmelen opprettes av Sørreisa kommune.
2. Tjenesten tilføres hjelpepersonellressurs tilsvarende et sykepleierårsverk.
3. Tiltaket iverksettes tidligst 01.01.2020 og kostnader knyttet til ny legehjemmel og hjelpepersonellstilling innarbeides i budsjett 2020.

Helse- og sosialutvalgets behandling av sak 24/2019 i møte den 08.10.2019:

Forslag

Behandling

Vedtak

Enstemmig

I forhold til den økonomiske situasjonen og at kommunen står foran en utfordrende budsjettprosess, mener HSU at tiden ikke er inne for en så betydelig økning av bemanningsressursen slik det innstilles fra rådmannen.

Forslag

Paul Christian Dahlø Omforent forslag:

Kommunestyret vil først ha klarhet i den økonomiske situasjonen for kommunen. Saken realitetsbehandles ikke nå, den må være en del av vurderingene ved budsjettforhandlingen.

Behandling

Omforent forslag fremmet av Arbeiderpartiet holdes opp mot Helse- og sosialutvalgets innstilling.

Omforent forslag enstemmig.

Vedtak

Enstemmig omforent forslag:

Kommunestyret vil først ha klarhet i den økonomiske situasjonen for kommunen. Saken realitetsbehandles ikke nå, den må være en del av vurderingene ved budsjettforhandlingen.

Kort sammendrag

Legetjenesten har over tid fått tilført stadig nye oppgaver som skal følges opp av fastlegen. Det er iverksatt ulike tiltak for å sikre tjenesteproduksjon i tråd med behovene til hele befolkningen. Til tross for iverksatte tiltak erfares det at det økte omfang av oppgaver som overføres tjenesten reduserer den øvrige befolknings tilgang til fastlegetjenesten.

Skal legetjenesten videreutvikles i tråd med sentrale føringer og samfunnsutviklingen forøvrig, samtidig som tilgjengeligheten for befolkningen ikke skal forringes betydelig, vil det være nødvendig å øke antall legehjemler og sykepleierressurs i tjenesten.

Saksutredning

Nasjonale og regionale utredninger fastlegeordningen

På oppdrag fra Helsedirektoratet har EY, i samarbeid med Vista Analyse, evaluert fastlegeordningen.

Evalueringen er gjennomført i perioden september 2018 – august 2019. I denne sies det:

«Passet på fastlegeordningen er reelt. Våre undersøkelser viser at fastlegene har opplevd en vesentlig økning i arbeidsbelastning de siste årene. Mange fastleger opplever nå arbeidssituasjonen som uhåndterbar. Høy arbeidsbelastning påvirker fastlegenes livskvalitet samt muligheten til å holde ønsket kvalitet på pasientbehandlingen. Årsakene til økningen i arbeidsbelastning er sammensatte. Både tilførsel av nye oppgaver og volumøkning på etablerte oppgaver synes å være utslagsgivende. Medisinfaglig og teknologisk utvikling går raskere enn før og medfører at både i spesialisthelsetjenesten og blant allmennleger øker mulighetsrommet for behandling. Prosedyrer som tidligere krevde sykehusinnleggelse gjøres nå poliklinisk eller hos fastlegen. I tråd med LEON-prinsippet forskyves oppgaver til fastlegene. Noe må da prioriteres bort, såfremt kapasiteten blant allmennlegekorpset ikke øker. En vesensforskjell mellom spesialisthelsetjenesten og primærleger er at sistnevnte har hatt få muligheter til å delegerer videre. Til tross for at dette bildet er kjent og etablert, har oppgaveøkningen for fastlegene skutt fart de siste årene. Samhandlingsreformen, eldre og sykere pasienter som behandles

i primærhelsetjenesten, endringer i demografi, holdninger i befolkningen (kravmentalitet og forbrukssamfunnet), og krav i den revidert fastlegeforskriften fra 2012, er sentrale elementer i dette.»

Som et ledd i å sikre en bred evaluering av fastlegeordningen fikk Folkehelseinstituttet i 2018 oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om å gjennomføre en undersøkelsen om brukererfaringer med fastlegen. I denne sies det:

«Generelt viser denne og andre nasjonale undersøkelser at brukerne er godt fornøyd med fastlegene i Norge, og at brukerne har positive erfaringer på flere områder, for eksempel når det gjelder kommunikasjon og relasjonelle aspekter.

Dårligst resultater ser man på tilgjengelighet og ventetid, og samlet sett er det ifølge pasientene størst forbedringspotensial på følgende områder:

- *Venting på venterommet utover avtalt tidspunkt*
- *Ventetid på akutte timer*
- *Ventetid på ikke-akutte timer*
- *Tilgjengelighet til legekantoret på telefon*
- *Informasjon om bruk og bivirkninger av medisiner*
- *Om fastlegen har nok tid til pasienten*
- *Koordinering og samarbeid med andre helsetjenester»*

En tiltagende bekymring i Helse Nord RHF om at en krise i landsdelens fastlegetjeneste også vil ramme og svekke spesialisthelsetjenesten gjorde at Helse Nord RHF bestilte en utredning om fastlegetjenesten i Nord-Norge.

Rapporten er utarbeidet av en arbeidsgruppe ledet av Helse Nord RHF med øvrige medlemmer fra KS - Nord - Norge, Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM), ALIS - Nord, fylkesmannen i Troms og Finnmark, fastleger fra kommuner i Nord - Norge, og Universitetssykehuset Nord - Norge. Nasjonalt senter for distriktsmedisin avleverte sin rapport i mai 2018 og i denne trekkes det blant annet fram at: *«Tverrfaglige team blir stadig mer vanlig innen helsetjenesten, særlig vis a vis storforbrukere, kronisk syke pasienter og pasienter med flere sykdommer. Primærhelsemeldingen (Meld. St. 26 (2014 - 2015)) slo fast at sykdomsutviklingen i befolkningen stiller økte krav til både kapasitet og kompetanse i primærhelsetjenester.»*

«Meldingen konkluderte med at det er behov for en mer teambasert tjeneste og en tverrfaglig tilnærming for å skape helhet og kontinuitet og varslet at det ville bli etablert primærhelseteam ved å utvide fastlegekontor med andre personellgrupper og oppfølgingsteam i kommunehelsetjenesten. (...) Formålet med begge typer team er primært å forbedre kontinuiteten og kvaliteten på tjenesten e og nå brukere med store behov og svak etterspørselsevne; i hvilken grad teamene også avlaster fastlegene, vet vi foreløpig lite om.»

Aktuelt her hos oss

Historikk og status pr. i dag:

Dyrøy og Sørreisa legetjeneste har pr. i dag syv fastlegehjemler, en stilling som LIS 1 lege (tidligere turnuslege) og syv stillinger med hjelpepersonell. Av de syv fastlegehjemlene er en av disse spesialist i allmennmedisin, mens øvrige seks fastleger er i ulike faser av sin spesialisering i allmennmedisin. Tjenesten økte med en fastlegehjemmel og ett sykepleierårsverk i 2016. Dette var et helt nødvendig tiltak for både å legge til rette for å rekruttere –og beholde fastleger, balansere bemanningsnorm lege: hjelpepersonell, samt imøtekomme krav i forskrift –og behov i befolkningen. I etterkant av denne økningen har tjenesten erfart at driften har stabilisert seg og at alle stillinger har vært besatt i en periode på over tre år.

Tjenesten har i samme periode endret kompetansesammensetning av hjelpepersonell (økt ressurs med sykepleierkompetanse) for å i større grad kunne støtte –og avlaste fastlegen med tilpassede oppgaver – samt drifte deler av tjenestetilbudet mer selvstendig.

Utfordringsbildet:

Til tross for de iverksatte endringer fra 2016 erfarer legetjenesten fortsatt et økende press på de tjenester som skal leveres på. Dette gir legetjenesten stadig utfordringer med å imøtekomme alle de krav –og behov som stilles og finnes.

Primærhelsemeldingen viser til at vi i større grad må ha fokus på å forebygge sykdom, samt mer tverrfaglig samarbeid, med styrking av fastlegens rolle og funksjon.

Ny forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger:

Fra 1. mars 2017 ble forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger endret, med spesielt endrede krav til oppnåelse av læringsmål –og veiledning av LIS 1 og LIS 3 leger (leger i spesialisering for bl.a. allmenntilleggsmedisin).

Som et resultat av de nye ordningene for LIS 1 og LIS 3 kreves det at arbeidsgiver legger til rette for mye mer tid til veiledning og oppfølging i forhold til læringsmål m.m. Dette innebærer at vi må ta annen lege ut av kurativt arbeid, for å veilede leger i spesialisering.

For LIS 1 leger utgjør dette 10 % stilling, for LIS 3 leger: 25 % stilling. Samlet innebærer dette at tjenesten «mister» leger i kurativt arbeid tilsvarende 35 % stilling.

Dette er noe tjenesten ikke har tilgjengelige ressurser til å hente inn gjennom øvrige tiltak, og ressursene må derfor sikres gjennom å enten redusere pasienttrettet tid eller tilføres i form av økt legeressurs.

Oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten:

Fastlegetjenesten erfarer –og vil fortsette å erfare, at det overføres mange oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Dette er i tråd med de prosesser som startet med samhandlingsreformen. Overføringene av disse oppgaver har gitt et stort press på legetjenesten, og det har vært iverksatt mange tiltak for å bygge en drift som i størst mulig grad har gitt rom for å ta imot og ivareta disse oppgavene. Tjenesten har for så vidt lyktes godt i dette, men er nå kommet til en smertegrense hvor vi ikke finner rom for mer effektivisering av drift som tiltak for å møte det økte omfang av oppgaver. Skal tjenesten fortsette å utvikle seg i tråd med de statlige føringer og behov i befolkningen må det tilføres ressurser i form av legehjemmel for å imøtekomme dette.

I dag jobber hele den kommunale helsetjenesten med å bygge kompetanse og kapasitet for å fortsette å i større grad ta imot disse pasientene i egne hjem. Dette er en sårbar situasjon som vil ha stort behov for tett oppfølging fra fastlegen. Skal kommunen sikre trygge helsetjenester til befolkningen må fastlegetjenesten ha kapasitet til å imøtekomme dette.

Oppgaveoverføring fra sykehus til kommune har tidligere år primært omhandlet pasientgrupper innen somatikk. De siste to årene har det, som en del av samarbeidsavtaler og samhandlingsreformen, økt på med oppgaveoverføringer innen psykiatri og rehabilitering. Disse pasientgruppene vet vi av erfaring er svært ressurskrevende, samt at den oppfølging vi klarer å møte med fra starten av ofte blir avgjørende for hvor mye bistand som er nødvendig å gi over tid. Jo bedre opplegg –og oppfølging fra tilbakekomst til kommunen, jo mindre bistand trenger disse pasientene etter en tid.

Innen psykiatri og rehabilitering har ikke kommunen bygd ut sine tjenestetilbud i samme omfang som innen somatikk. Dette gjør at fastlegens rolle og oppfølging av disse pasientgruppene blir særdeles viktig for å lykkes med å gjøre disse menneskene mest mulig selvstendige- og slik at de kan lykkes i å mestre egen hverdag.

I tillegg til overføring av oppgaver fra somatikk, psykiatri og rehabilitering har fastlegetjenesten gjennom mange ulike beslutninger innen andre områder fått pålagt et økt omfang av oppgaver som tidligere ikke var tillagt fastlege i forhold til legeerklæringer sertifikat, legeerklæringer sykefravær videregående skole, tettere oppfølging sykemeldte NAV, mer arbeid med legeerklæringer forsikringsselskap osv.

Økt legetilsyn sykehjem:

Pasientgruppen på sykehjem blir sykere, med både komplekse og sammensatte sykdomsbilder. Dette som resultat av at vi lever lengre, samt oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Disse endringer krever mer og tettere legetilsyn -og oppfølging.

I det legetjenesten har økt legetilsynet på sykehjem opp mot anbefalt nivå også i Dyrøy har det ikke vært økt legeressurs i annen kurativ tjeneste. Dette utgjør 15 % stilling og det erfarer nå at dette gir

et økt press på tjenesten som ikke vi klarer å løse uten tilførsel av ressurser. Skal kommunen opprettholde fastlegetilgjengeligheten til øvrige befolkning må tjenesten styrkes gjennom flere legehjemler.

Rekruttere og beholde fastleger:

For å rekruttere og beholde fastleger erfarer tjenesten at de viktigste momentene, i tillegg til konkurransedyktig lønn, er: lav listestørrelse, tilstrekkelig tid til å følge opp pasientene (konsultasjonstid), gode vilkår for kurs, videreutdanning og annen faglig utvikling, lav vaktbelastning legevakt, vikarfunksjon ved fravær og god fordeling av de ulike offentlige oppgaver.

Slik situasjonen i tjenesten er i dag erfares det at de goder vi tidligere kunne tilby for å få de best kvalifiserte legene til å komme til oss, ikke er tilstrekkelig lengre, i og med at andre fastlegekontor tilbyr akkurat det samme. Det betyr at vi hele tiden må være 2-3 skritt lengre fremme enn større kommuner, for å sikre rekruttering –og for å beholde fastlegene.

I denne sammenheng vil en ekstra fastlege bidra til at momentene nevnt i første avsnitt her fortsatt imøtekommes.

Hjelpepersonell:

Ved tilførsel av legehjemler gir dette alltid mye ekstra arbeid inn til kontoret forøvrig. Ressurs hjelpepersonell må derfor dimensjoneres tilsvarende, og det må i denne sammenheng tilføres en sykepleierstilling i 100 %.

Økonomi:

Tilførsel ett legeårsverk som fastlege og ett årsverk som sykepleier vil medføre en økt lønnskostnad i tjenesten tilsvarende ca.kr. 2 200 000 (inkludert sosiale omkostninger).

Kr. 675 000 sykepleierstilling

Kr. 1 525 000 fastlege

Det er forventet at legestilling genererer inntjening tilsvarende ca. 700 000.

Samlet merkostnad for tjenesten vil derav bli ca. kr. 1 500 000.

Vurdering

Med utgangspunkt i det lokale utfordringsbildet vurderes det ikke som realistisk å kunne levere kurative tjenester i form av bestillbare timer i samme omfang som tidligere. Med en faktisk reduksjon i tid som kan brukes på dette, sier det seg selv at tilgjengeligheten for befolkningen reduseres. Videre vet vi at ventetiden på timer hos fastlege er et av de områdene som innbyggerne i Dyrøy og Sørreisa har gitt uttrykk for å være minst tilfredse med.

Tjenesten har hatt stort fokus på å gjøre grep i driften med tanke på å redusere ventetiden, men det vurderes nå som urealistisk å effektivisere driften ytterligere i forhold til dette. Uten å tilføre tjenesten en ny legehjemmel m/tilhørende hjelpepersonellressurs vil befolkningen oppleve en økning i ventetid på legetime.

Samfunnsutviklingen og tjenesteforskyvning gjør det nødvendig for fastlegetjenester å endre og videreutvikle sitt faglige nedslagsfelt; En stadig utvidet og endret oppgaveportefølje, kombinert med betydelige rekrutteringsutfordringer. Dette er også funn som det pekes på gjennom evalueringen av fastlege ordningen og i rapporten om fastlegetjenesten i Nord-Norge.

Skal Dyrøy og Sørreisa kommuners legetjeneste (og helsetjeneste forøvrig) kunne lykkes i en slik videreutvikling, hvor trygge og helhetlige tjenester til befolkningen står i sentrum, må tjenesten sikres et nødvendig kompetanse- og ressursgrunnlag.

Med bakgrunn i ovenfor nevnte momenter vurderer rådmannen det som hensiktsmessig og nødvendig å tilføre legetjenesten en ny fastlegehjemmel i 100 % og en sykepleierstilling i 100 %.



Rapport m/tiltaksbeskrivelser; oppfølging av forvaltningsrevisjonsprosjekt Sørreisa kommunes fastlegetjeneste

Følgende områder er pekt på, i forhold til tiltak for å redusere ventetid på time –og telefon:

1. Tilsyn i sykehjem
2. Helsestasjonsarbeid
3. Skadestue
4. Laboratoriet
5. Daglegevakt
6. Veiledning
7. Legevakt og fri i fbm dette
8. Administrasjonstid

Det er et omfattende lovverk –og forskrifter som styrer drift av den kommunale fastlegetjenesten. Det er mange samarbeidende instanser –og lovverk som følge av dette. Noen av disse er ramset opp nedenfor, oversikten er på ingen måte uttømmende.

Forskrift om fastlegeordningen i kommunene:

§ 4. Det kommunale ansvaret for organisering av fastlegeordningen

Kommunen skal 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.

Forskrift for sykehjem og boform med heldøgns omsorg og pleie, Kap. II, formål og oppgaver:

§ 2-1. Boform etter denne forskrift skal gi heldøgns opphold. I tilknytning til oppholdet skal det være organisert legetjeneste, fysioterapitjeneste og sykepleiertjeneste i samarbeid med andre deler av den kommunale helse- og sosialtjeneste.

Ut fra dette er det nødvendig med tilsynslegefunksjon på sykehjem.

Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten:

§ 1. Formål

...

- a) fremme psykisk og fysisk helse,
- b) fremme gode sosiale og miljømessige forhold,
- c) forebygge sykdom og skader,
- d) utjevne sosiale helseforskjeller og
- e) forebygge, avdekke og avverge vold, overgrep og omsorgssvikt.

§ 3.Kommunens ansvar for helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Kommunen skal tilby:

.....

- b) helsestasjons- og skolehelsetjeneste til barn og ungdom 0–20 år.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal ha et tverrfaglig tilbud.

Nasjonale faglige retningslinjer for helsestasjons –og skolehelsetjeneste

Bemanningen i tjenestene skal bestå av:

- *Helsesykepleier*
- *Lege*

Alle kommuner skal ha et gratis helsestasjonstilbud til ungdom opp til 20 år.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

§ 3-1.Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester

For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommune ha knyttet seg til lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor, helsesykepleier, ergoterapeut og psykolog.

For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen blant annet tilby følgende:

- a. *Helsetjenester i skoler*
- b. *helsestasjonstjeneste*

§ 3-2.Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester, punkt 3

- a. *legevakt,*
- b. *heldøgns medisinsk akuttberedskap,*
- c. *medisinsk nødmeldetjeneste, og*
- d. *psykososial beredskap og oppfølging.*

§ 3-5.Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp

Kommunen skal straks tilby eller yte helse- og omsorgstjenester til den enkelte når det må antas at den hjelp kommunen kan gi er påtrengende nødvendig. Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp etter første punktum gjelder undersøkelse, behandling eller annen hjelp som det er forsvarlig at kommunen yter.....

Akuttmedisin-forskriften

§ 6. Kommunens ansvar for kommunal legevaktordning

Kommunen skal tilby legevaktordning som sikrer befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp, og må sørge for at minst en lege er tilgjengelig for legevakt hele døgnet. Legevaktordningen skal blant annet

- a) vurdere, gi råd og veilede ved henvendelser om øyeblikkelig hjelp
- b) diagnostisere og behandle akutte medisinske tilstander ved legekonsultasjoner og sykebesøk og ved berednings- og akutttjenester i kommunen, blant annet fastlege, og eventuelt spesialisthelsetjeneste og
- c) yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, blant annet rykke ut umiddelbart når det er nødvendig

Forskrift om spesialistutdanning

LIS 1

§ 17. Ansvar for utdanningen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten i utdanningens første del

For en lege som gjennomfører praktisk tjeneste i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som en del av utdanningens første del, skal kommunen:

- a) legge til rette for læringsaktiviteter slik at legen kan oppnå læringsmålene knyttet til denne delen av
- b) **sørge for at legen får nødvendig veiledning og supervisjon**
- c) **sørge for at det oppnevnes en individuell veileder for den enkelte lege**
- d) sørge for at den enkelte lege får løpende vurdering av om læringsmålene er oppnådd
- e) sørge for at oppnådde læringsmål dokumenteres
- f) utstede bekreftelse på gjennomført praktisk tjeneste.

LIS 3

§ 25. Utdanningsvirksomhetenes ansvar for utdanningsløpet til den enkelte lege

Overfor den enkelte lege i spesialisering skal utdanningsvirksomheten legge til rette for at legen skal kunne oppnå læringsmålene og gjennomføre et utdanningsløp for henholdsvis utdanningens første del og for utdanningens andre og tredje del. Virksomheten skal blant annet

- a) sørge for at det utarbeides en individuell utdanningsplan med et utdanningsløp i samråd med legen og behov
- b) legge til rette for at utdanningen kan skje etter den individuelle planen
- c) legge til rette for at legen får nødvendig veiledning og supervisjon
- d) **oppnevne en individuell veileder**
- e) utstede bekreftelse på gjennomført praktisk tjeneste.

Veilederen for lege i utdanningens første del skal være en lege med nødvendig erfaring. Veilederen for lege i utdanningens andre og tredje del skal være godkjent spesialist i en av spesialitetene med felles faglig plattform for utdanningens andre del eller i den aktuelle spesialiteten for utdanningens tredje del.

SFS 2305

Legevakt med tilstedeplikt

Fastlønte og næringsdrivende leger som har deltatt i legevakt med tilstedeplikt etter kl. 23 foregående dag, skal sikres 8 timer arbeidsfri dag etter legevakt, uten trekk i lønn/basistilskudd.

Tilsyn Sykehjem

[Forskrift for sykehjem -og boform for heldøgns omsorg og pleie](#)

[Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. \(helse- og omsorgstjenesteloven\)](#)

Veileder i sykehjemsmedisin

Status:

27, 5 timer / uke til dette formål (13,75 timer hver i Dyrøy og Sørreisa).

60 % av denne tiden har legen tilstedeværende i sykehjem, 40 % av denne tiden er lege tilgjengelig fra jobb på legekantoret (veileder i sykehjemsmedisin utarbeidet av kommuneoverlege). Fordeling 60 % / 40 % har bakgrunn i den økende og omfattende oppfølging som er nødvendig for å ivareta pasienter i sykehjem (samhandlingsreformen m.m.)

Evt. «ubrukt tid» omdisponeres til vanlig pasientarbeid på fastlegens liste, hvis dette skulle forekomme. Forekommer sjeldnere nå enn for noen få år tilbake, som følge av samhandlingsreformen og kommunens økte ansvar med å ta imot og følge opp svært syke pasienter i egen kommune.

Tiltak	Brudd på lov/forskrift	Økonomi	Konsekvens
Redusere antall timer tilsynslege i sykehjem. 1 time reduksjon legetilsyn vil generere ca. 2-3 vanlige legekonsultasjoner hos fastlege.	Ingen brudd på lov eller forskrift, da det her ikke defineres konkret antall timer for legetilsyn. Fraviker anbefalinger i veileder sykehjemsmedisin	Sykehjem kan redusere faste utgifter tilknyttet denne funksjonen, tilsvarende reduksjon av antall timer. Sykehjemmet vil derimot få økte utgifter, sannsynlig mer enn det som i dag betales for tilsynslegefunksjon, i form av konsulentutgifter til legevakt. Dette da flere pasienter vil måtte henvendes til legevakt for oppfølging av tilstander som tilsynslegen ikke lengre har tilstrekkelig tid til å følge opp.	For sykehjemspasienten vil tilbudet bli mer usammenhengende – og mangelfullt i forhold til kontinuitet. Dette da legevaktslege vil måtte benyttes i mye større grad for oppfølging av tilstander som tilsynslegen opprinnelig har ivaretatt. Legevakt har inntil 23 leger i rulling, og det er sjelden man kommer til samme lege to ganger i løpet av den tid en situasjon har behov for å følges opp. Tilbudet vil på bakgrunn av dette også, med stor sannsynlighet, bli dårligere, da flere leger inn i et behandlingsforløp, fratrar både legen –og

		<p>Legetjenesten vil kunne opprettholde inntjening som følge av at «vanlige» listepasienter kan settes opp på legetime tilsvarende reduksjon tilsyn sykehjem</p>	<p>pasienten den ønskelige kontinuitet i forhold til god –og rett oppfølging av aktuelt tilfelle.</p> <p>Hensikten med tilsynslege er å sikre kontinuitet for sykehjemspasienter, lik den funksjon som fastlege har for sine listepasienter.</p> <p>Redusert tid sykehjem vil kunne gi inntil 30 vanlige legetimer for den øvrige befolkning. Størstedelen av denne tiden vil sannsynligvis «spises opp» ved at det må økes på tilbudet daglegevakt. Dette da sykehjem vil ha behov for en større del av de allerede avsatte timer til daglegevakt. For den øvrige befolkning vil det da ikke fremkomme en styrking av timekapasitet hos lege, i tillegg til at tilbudet fra daglegevakt sannsynligvis i stor grad vil være «brukt opp» til sykehjemspasienter.</p> <p>Sykehjemspasienter er noen av de sykeste innbyggerne i kommunen og vil derav ofte, i forhold til faglige retningslinjer for prioritering av legetilsyn, måtte prioriteres for oppfølging av legevaktslege. Den</p>
--	--	--	---

<p>Opphør av tilsynslegefunksjon for Dyrøy sykehjem, i forbindelse med avslutning interkommunalt samarbeid med Dyrøy kommune</p>	<p>Ingen brudd på lov eller forskrift</p>	<p>Legetjenesten vil kunne bruke opprinnelig avsatt tid til sykehjem i Dyrøy til vanlige legetimer. Disse vil generere inntjening tilsvarende den inntekt som kommer fra legetilsyn sykehjem.</p>	<p>Øvrige befolkning vil derav, ut fra tilstand kontoret kontaktes med, måtte avvente lengre –og evt. vente til fastlege har ledig tid i sin timebok.</p> <p>Reduksjon tilsyn sykehjem Dyrøy tilsvarende 13,75 timer / uke vil gi en økning på ca. 30 vanlige legetimer/uke for Sørreisa legekantor. Disse timene vil tilkomme den øvrige befolkning i form av økt tilgjengelighet på vanlige legetimer, da dette ikke vil «spises opp» av sykehjem i Dyrøy da de har denne funksjonen ivaretatt fra annet legesamarbeid.</p>
--	---	---	---

Vurdering:

Den tid som er satt av til tilsynslegefunksjon i dag er vurdert til å være nødvendig for å kunne ivareta –og sikre kontinuitet i oppfølgingen for pasientene på sykehjem, spesielt i forhold til økning i kompleksitet og at pasienter i sykehjem er sykere i dag enn tidligere.

Dyrøy sykehjem har tidligere hatt et lavere antall timer for samme antall pasienter som Sørreisa. Tjenesten erfarte da nettopp det som er beskrevet under konsekvenser i tabellen over; sykehjemspasienter i Dyrøy måtte ofte benytte seg av daglegevakt, noe som medførte at tilgangen til daglegevakt for øvrige innbyggere ble redusert betraktelig. Tjenestene, både lege og sykehjem, erfarte at denne ordningen gir mye mer uforutsigbarhet for både tjenestene og pasientene. Dette medførte videre at ventetiden på timer hos fastlegen økte, da det her måtte settes av enda mer tid til Ø-hjelpstimer hos den enkelte fastlege for å imøtekomme behovet. Behovet for antall Ø-hjelpstimer vil øke proporsjonalt med tid som reduseres på sykehjem. Antall timer til sykehjemstilsyn vurderes som u hensiktsmessig å redusere på.

Helsestasjonsarbeid

Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten:

[Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. \(helse- og omsorgstjenesteloven\)](#)

Nasjonale faglige retningslinjer for helsestasjons –og skolehelsetjeneste

Status:

2,75 timer / uke tilsammen for helsestasjon (Dyrøy 0,75 t/ uke og Sørreisa 1,5 t/uke)

1 time / uke helsestasjon for ungdom (Sørreisa).

Evt. «ubrukt tid» omdisponeres til vanlig pasientarbeid på fastlegens liste, hvis dette skulle forekomme.

Tiltak	Brudd på lov/forskrift	Økonomi	Konsekvens
Redusere ungdommens helsestasjon til 1 time annen hver uke	Ikke brudd på lov / forskrift	«tapt inntekt» for helsestasjon på kr. 10 000 – kr. 12 000 (regnet på helsestasjon for ungdom med opprinnelig 40 uker – nå kun 20 uker. Tilsvarende 2 legetimer / uke.	Utfordringer med å følge opp de særlig utsatte –og sårbare barn –og unge i kommunen. Redusert tilbud vil sannsynlig medføre at legetjenesten vil ta imot flere av disse ungdommene til oppfølging gjennom fastlegetjenesten. Vil derav ikke gi / fristille mer tid til vanlige legetimer.
Opphør av legefunksjon for Dyrøy helsestasjon, i forbindelse med avslutning interkommunalt samarbeid med Dyrøy kommune	Ikke brudd på lov / forskrift	Legetjenesten vil kunne opprettholde inntjening som følge av at «vanlige» listepasienter kan settes opp på legetime tilsvarende reduksjon tilsyn helsestasjon	Ingen konsekvenser, Dyrøy kommune får dette ivaretatt av andre. Tid avsatt, 0.75 t / uke, vil frigi 1-2 legetimer / uke.

Vurdering:

For å nå formål med lov –og forskrift vil det være uhensiktsmessig å redusere på dette tilbudet. Et dårligere tilbud gjennom helsestasjon vil allikevel måtte følges opp av fastlege, da situasjoner vedrørende barn –og unge vil øke i takt med jo lengre tid det tar før de fanges opp i systemene. Dette vil gi økt press på legetjenesten, med konsekvens lengre ventetid for legetimer.

Med fokus på forebygging, å fange opp –og følge opp ting så tidlig som mulig, har helsestasjonen – og det tilbudet de gir, en svært viktig funksjon i kommunen og blant barn –og unge. Ledende helsesykepleier beskriver tilbudet ungdommens helsestasjon som viktig for ungdommen i Sørreisa. Det er nødvendig at tilbudet er lett tilgjengelig, slik at ungdommen kan velge dette tilbudet fremfor å gå til fastlege.

Ved å redusere tilbudet til annenhver uke så vil tilgjengeligheten naturlig reduseres. Nettopp tilgjengelighet er en av suksessfaktorene til at bl.a. helsestasjon for ungdom fungerer.

Når tilgjengelighet reduseres er det sannsynlig at noen ungdommer lar være å oppsøke hjelp, og derav kommer i uønsket situasjon med eks. svangerskap, kjønnssykdommer og andre ting. Noen ungdommer vil derimot umiddelbart kontakte lege, for situasjoner som fortrinnsvis kan ivaretas ved helsestasjon for ungdom. Begge scenario vil sannsynlig skape en uønsket tilnærming til oppfølging av ungdom;

1. ting går for langt før det oppdages at ungdommen sliter –og har utfordringer den trenger hjelp til. Årsak for behov utvikler seg til mye mer omfattende og alvorlig
2. ungdommen blir raskere diagnostisert, og ivaretatt på et for høyt medisinsk nivå. Noe som igjen kan bidra til å «oppdra» den oppvoksende generasjon med en forventning om at legen skal ordne at.

Tanken bak tidlig inn, forebygge –og redusere risiko, forsvinner i form av både under –og overbehandling av de utfordringer ungdommen sliter med.

Fra høsten av (sannsynligvis) vil helsesykepleiere få mulighet til å skrive ut prevensjon til ungdommer under 16 år (i dag har de kun lovt til å skrive ut prevensjon til ungdommer over 16 år).

Det er uvisst om denne endringer vil påvirke behovet for tilgjengelig lege på helsestasjon for ungdom. Hvis så skjer kan evt. noe av den avsatte tid til helsestasjon for ungdom gjøres om til vanlige legetimer. Det er imidlertid snakk om så lite tid, i dette tilfellet, at det vurderes som lite sannsynlig at dette skal merkes i form av kortere ventetid for time hos lege.

Skadestue

Lov om kommunale helse -og Omsorgstjenster Akuttmedisinforskriften

Status:

Skadestuen innehar en viktig støttefunksjon for fastlegene –og kommune. Både generelt i legetjenestens funksjon, men også for å sikre å fylle de krav som følger av akuttmedisinforskriften.

Pr. i dag ivaretar tjenesten og sykepleier ved skadestue mange ulike henvendelser (akutfunksjon i samarbeid med lege, sårskift, oppfølging av ulike typer stomier, kontroll av pasienter i risikogrupper m.m.). Det er en sykepleier tilgjengelig hver dag på skadestue.

Tiltak	Brudd på lov/forskrift	Økonomi	Konsekvens
Å redusere tilbud skadestue til kun ivareta akuttberedskap for ambulanse / AMK. Personell kan evt. omdisponeres til besvarelse telefon når det ikke er behov for bistand til akuttmedisinsk oppfølging	Ingen brudd på lov / forskrift, så lenge håndtering av akutte situasjoner ivaretas. De ikke akutte situasjonene ivaretas av fastlege –eller hjemmesykepleie.	Tjenesten må ha en sykepleier tilgjengelig for å imøtekomme –og følge opp akutte behov. Gjennom å ivareta mange andre betalingspliktige oppgaver, utenom ivaretagelse av akuttberedskap, bidrar dette til inntjening for drift av tilbudet. Dette er med på å holde driftskostnader for sykepleierstilling så lavt som mulig. Økt utgifter drift hjemmesykepleie	Omdisponering personell vil kunne gi kortere ventetid på telefon. Det vil imidlertid gi lengre ventetid for time hos fastlege, da legen selv må ivareta mange flere områder som sykepleier ved skadestue nå gjør. Hjemmesykepleien vil sannsynligvis få flere henvendelser om å ivareta noen av disse oppgavene i større grad enn tidligere, da fastlegen ikke vil ha kapasitet til å følge opp alt på lik linje med det skadestuen gjør. Hjemmesykepleien kan ikke kreve betaling for disse oppgavene, på lik linje med fastlegetjenesten. Dette vil kreve derfor sannsynligvis kreve

		<p>ekstra ressurser i form av flere ansatte i hjemmetjenesten.</p> <p>Fastlegen «mister» noe av tilgangen for oppfølging av pasienten. For å sikre god –og rett oppfølging av pasienten må fastlegen, utfra forskyvning av oppgaver til hjemmesykepleien, bruke ekstra tid på dialog med disse.</p> <p>Press på allerede presset hjemmetjeneste. Hjemmetjenesten vil da sannsynligvis få utfordringer med å levere tjenester slik de gjør i dag. Noen oppgaver må mulig utgå for å frigi tid til overførte oppgaver. Lite handlingsrom for å jobbe forebyggende –og for å utsette funksjonsforringelse.</p>
--	--	---

Vurdering:

I tillegg til å ivareta akuttberedskapsfunksjon avlaster skadestuen fastlegene i stor grad, i form av å håndtere henvendelser som fastlegen selv har måttet besørge alene. I tillegg avlaster dette den øvrige kommunale helsetjenesten (hjemmesykepleie), i form av å ivareta behandling –og oppfølging av pasientgrupper som hjemmesykepleien sannsynligvis har måttet besørge alene.

I og med at akuttberedskapsfunksjon må ivaretas gjennom hele dagen vil det kreve at tjenesten har en sykepleier tilgjengelig for dette. Det vurderes derav som helt uhensiktsmessig å redusere dette tilbudet, da det vil medføre uheldige økonomiske konsekvenser, legge økt press på allerede presset fastlege –og hjemmesykepleie, samt dårlig ressursutnyttelse av sykepleierressurs.

Tilbudet, slik det er organisert og praktisert i dag, gir de beste forutsetninger for den beste faglig oppfølgingen. Tiltak flytter bare på trykket fra ett sted til et annet i tjenesten / kommunen.

Laboratoriet

Lov om kommunale helse -og Omsorgstjenester Akuttmedisinforskriften

Status:

Laboratoriet innehar en viktig støttefunksjon for fastlegene –og kommune. Både generelt, men også for å sikre å fylle de krav som følger av akuttmedisinforskriften.

Pr. i dag har laboratoriet 2-3 ansatte som jobber med å ivareta henvendelser som i stor grad avlaster legene i sin funksjon (blodprøver, urinprøver, avføringsprøver m.m.). Dette i tillegg til den akutte beredskapen de inngår i, gjennom daglegevakt og ambulanse.

Tiltak	Brudd på lov/forskrift	Økonomi	Konsekvens
Omdirigering av personell på laboratoriet, for å besvare telefon i resepsjon	Ingen brudd på lov / forskrift	Ingen besparelse, i form av at ansatte kun «omdirigeres» til andre oppgaver	Kortere ventetid telefon. Lengre ventetid for å få tatt blodprøver o.l. Lengre ventetid for time hos fastlege, da fastlegen selv må ivareta noe av funksjonen med prøvetaking, som personell laboratoriet ivaretar.

Vurdering:

Å redusere dette tilbudet, å flytte ansatte til eks. å svare telefon for raskere responstid der, vil medføre at ventetid for blodprøver –og legetime bli lengre. Flytter bare på trykket fra ett sted til et annet i tjenesten.

Daglegevakt

Lov om kommunale helse -og Omsorgstjenester Akuttmedisinforskriften Forskrift om fastlegeordningen i kommunene

Alle fastleger er pliktig til å delta i legevakt, både i –og utenfor vanlig åpningstid på kontoret.

Status:

I henhold til kommuneoverleges anbefaling skal Dyrøy –og Sørreisa legekantor ha 90 Ø-hjelpstimer tilgjengelig / uke (1 Ø-hjelpstime / 50 listepasient. 4500 innbyggere gir 18 Ø-hjelpstimer / dag).

Disse organiseres som følger:

- en mindre andel settes opp i den enkelte fastleges timebok
- en større andel settes opp på daglegevakt som ivaretar funksjonene på vegne av kommunene –og alle fastlegene.

7,5 timer daglegevakt alle dager legekantoret har åpent, tilsammen 37,5 timer / uke.

I tillegg har tjenesten siden mars 2020 hatt luftveisklinikk. Avsatte timer her inngår i tidsramme som er satt for daglegevakt.

Tiltak	Brudd på lov/forskrift	Økonomi	Konsekvens
Redusere daglegevakt / omorganisere daglegevakt ved å redusere tilbudet der, for dernest å styrke dette hos den enkelte fastlege.	Ingen brudd på lov / forskrift.	Ingen store økonomiske innsparing / merutgifter. Antas at sykepleier på skadestue –og lege på daglegevakt vil generere høyere inntekter enn hvis dette skal planlegges –og følges opp av den enkelte fastlege.	Fastlegene må sette av Ø-hjelpstimer i egen timebok proposjonalt med reduksjon av antall timer på daglegevakt. Dette vil derav ikke gi flere tilgjengelige timer hos fastlege, da økt antall timer uansett må brukes til Ø-hjelpsfunksjon.

Vurdering:

Å redusere daglegevakt -eller antall Ø-hjelpstimer vurderes uhensiktsmessig, i tillegg til å ikke gi kortere ventetid hos fastlegen.

Veiledning

Forskrift om spesialistutdanning

§ 17. *Ansvar for utdanningen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten i utdanningens første del*

§ 25. *Utdanningsvirksomhetenes ansvar for utdanningsløpet til den enkelte lege*

Kommunen skal «sørge for at legen får nødvendig veiledning og supervisjon», samt at de skal «sørge for at det oppnevnes en individuell veileder for den enkelte lege».

Status:

LIS 1:

Hos oss er det, etter anbefaling fra kommuneoverlege anbefalt 15 % stilling til den første LIS 1, og deretter en økning på 5 % stilling for hver ekstra LIS 1.

Dyrøy og Sørreisa legekantor har pr. i dag 1 LIS 1, med tilsammen 15 % stilling til veiledning.

Tjenesten har kontaktet Fylkesmannen og bedt om å få en ekstra LIS 1 (av de nye stillingene som er opprettet i HF). Uformelt fått dette «bekreftet», med oppstart 1.9.21. Hvis dette blir slik vi uformelt har fått bekreftet vil det fra 1.9.21 måtte settes av 20 % stilling til veiledning.

LIS 3:

Anbefaling sier 3 timer / mnd. i minimum 10,5 av årets måneder.

ALIS Nord (prosjekt for rekruttering av leger til allmenmedisin i Nord Norge) sier at dette er alt for lite. De anslår 10 % stilling for hver LIS 3.

Hos oss er det beregnet 10 % stilling til den første LIS 3 lege, deretter økning med 5 % stilling for hver ekstra LIS 3.

Dyrøy og Sørreisa legekantor har pr. i dag 3 LIS 3, med tilsammen 20 % stilling til veiledning.

Tiltak	Brudd på lov/forskrift	Økonomi	Konsekvens
Redusere tid til veiledning	Ingen brudd på lov / forskrift Motstridende til faglige anbefalinger	Legene kan øke inntjening på den tid som er redusert til veiledning. Denne inntjeningen vil sannsynligvis «spises opp», ved å stadig måtte lyse ut ledige stillinger, samt ta inn vikarer fra vikarbyrå.	Av erfaring vet vi at tilstrekkelig tid til veiledning (for både LIS –lege og veileder) er et punkt som etterspørres ved ledige stillinger. Ved å ikke sette av tilstrekkelig tid til denne oppgaven vil tjenesten sannsynlig måtte slite med å rekruttere leger til ledige stillinger. Ferdige spesialister vil, hvis det er avsatt for lite tid til veiledning, erfare mye ekstra trykk fra

			<p>LIS 1 og LIS 3 leger, for råd og Ad Hoc veiledning i den vanlige arbeidsdagen. Dette vil gi økt press på hele tjenesten og sannsynligvis gjøre tjenesten til en mindre attraktiv arbeidsplass</p> <p>Dårligere tilbud til befolkningen, da det sannsynlig vil bli en del utskiftninger av fastleger, samt periodevis ledige fastlegestillinger.</p>
--	--	--	--

Vurdering:

Veiledning av LIS 1 og LIS 3 vurderes uhensiktsmessig å endres på. Tjenesten har erfart – og får tilbakemeldinger som viser til at et godt opplegg omkring veiledning er et nødvendig tiltak for å få gitt gode LIS 1-og LIS 3 forløp, med hensikt å rekruttere leger til faste tilsetninger. Dette gir oss ro i tjenesten, i å utvikle –og bygge tjenesten for de fremtidige behov.

Legevakt -og fri etter nattevakt

Forskrift om fastlegeordningen

Deltakelse i kommunal legevakt eller interkommunal legevakt utenfor ordinær åpningstid kommer i tillegg til andre allmennlegeoppgaver kommunen kan pålegge fastlegen å utføre, jf. § 12.

Rett til Fri etter legevakt:

SFS 2305

Fastlønte og næringsdrivende leger som har deltatt i legevakt med tilstedeplikt etter kl. 23 foregående dag, skal sikres 8 timer arbeidsfri dag etter legevakt, uten trekk i lønn/basistilskudd.

Alle leger er pålagt (med noen få unntak) å delta i legevaktsarbeid

Status:

Pr. i dag deltar alle fastleger og LIS 1 lege i legevakt, både gjennom kontorets egen daglegevakt, samt som en viktig del av den interkommunale legevakt for Senja –og Sørreisa kommuner på kveld, natt og helg. Funksjon på kontorets egen daglegevakt ivaretas gjennom vanlig arbeidstid for legen. Funksjon ved interkommunal legevakt tilkommer til full stilling i kommunen. Denne funksjonen generere en stillingsstørrelse på ca. 15-20 % / mnd.

Når lege har hatt legevakt på natt, skal vedkommende sikres 8 timer arbeidsfri med lønn påfølgende dag. Dette ut fra en faglig ståsted hvor det i forhandlinger er enighet om at legen må være uthvilt for å kunne ivareta sin funksjon som fastlege.

For Dyrøy –og Sørreisa legetjeneste tilkommer retten til fri ca. 8 dager pr. mnd., 40 % stilling.

Tiltak	Brudd på lov/forskrift	Økonomi	Konsekvens
Redusere fastlegenes ivaretagelse av IK legevakt	Legene har en plikt å delta i, kommunen har plikt å ha legevakt. Sørreisa kommune har avtale med Senja kommune om å delta i felles IKL.	Fri etter nattevakt vil tilkomme sjeldnere, og denne tiden kan brukes til å ta imot pasienter på fastlegens liste (kortere ventetid)	Senja kommune vil sannsynligvis ikke godta et IK samarbeid på legevakt hvor leger fra Dyrøy –og Sørreisa legekantor skal bidra mindre enn legene fra Senja. IK samarbeid vil sannsynlig ikke fortsette og Sørreisa må ivareta denne funksjonen alene. Det vil generer store utfordringer, mye høyere vaktbelastning, og økt ventetid for time da hver lege vil ha fri en dag pr. uke pga. legevakt på natt.

<p>Opphør samarbeid legetjenesten Dyrøy</p>			<p>Ved tilfeller der Dyrøy kommune evt. mangler lege plassert i Dyrøy vil noen røde kategorier kan evt. forventes å blir «dirigert» til Sørreisa for oppfølging, da dette er nærmere enn det tilbud Dyrøy kommune da har (Salangen, Bardu, lbestad) (gjøres av AMK, ut fra hastevurdering). Dette vil evt. medføre at tjenestens daglegevaktstimer i noen grad vil forventes brukt av innbyggere fra andre.</p>
---	--	--	---

Vurdering:

Det vurderes som uhensiktsmessig –og ikke gjennomførbart å redusere legetjenestens legers medvirkning til legevakt. Sørreisa kommune har avtale med Senja kommune om interkommunalt samarbeid, hvor det naturlig forventes like forpliktelser til å drifte tjenesten.

Dagens legevaksordning er svært god, og av erfaring vet vi at den er en del det som gjør at vi klarer å rekruttere –og beholde leger i fastlegetjenestene i regionen.

Generelt om økonomi og drift når samarbeidet med Dyrøy kommune opphører

1.7.21:

Når opphøret av samarbeid om felles legetjeneste med Dyrøy opphører 1.7.21 må det påregnes økte utgifter for Sørreisa kommune i forhold til drift av tjenesten. Dette følger naturlig av at Dyrøys andel av driftsbudsjettet opphører.

I den første tiden etter opphør av samarbeidet vurderes det nødvendig å opprettholde tjenesten slik den er i dag, med det samme antall årsverk leger –og hjelpepersonell. Dette da Dyrøy kommune, i det de går ut av samarbeidet, ikke «tar med seg» innbyggerne sine ut fra gjenværende fastlegers lister.

Valg av fastlege i Norge er fritt. Du kan velge deg fastlege hvor du ønsker. Når samarbeidet opphører følger det naturlig at Dyrøy kommune oppretter nye legehjemler hos seg. Dette vil de sannsynligvis gjøre sine innbyggere oppmerksomme på, samt be de om å velge seg fastlege i sin kommune. Av erfaring vet vi at en slik «flytting av pasienter» ikke skjer raskt. I flere tilfeller vil nok pasienter som bor i Dyrøy velge å fortsette med sin fastlege i Sørreisa (dette kompenseres Sørreisa gjennom gjesteinnbyggeroppgjøret som avregnes ved årsslutt hvert år).

På bakgrunn av dette vurderes det nødvendig å opprettholde tilbudet ved Sørreisa legetjenesten, i den første tiden etter at samarbeidet er avsluttet.

Ved å opprettholde antall årsverk i tjenesten, etter at samarbeid med Dyrøy kommune er avsluttet, så vil Sørreisa legekontor få tilgang på samme antall konsultasjoner / uke, med ca. 1050 færre innbyggere å ivareta. Det vurderes som svært sannsynlig at dette vil gi kortere ventetid for å få time hos sin fastlege. Ved at legekantoret i Dyrøy ikke lengre skal holde åpent tre dager i uken vil det flyttes over to hjelpepersonell til Sørreisa legekantore disse dagene. Det vurderes som svært sannsynlig at dette vil gi kortere ventetid på telefon, da vi kan øke antall ansatte som besvarer telefonen.

Disse momentene henger tett sammen med antall listepasienter som tilhører kontoret, og vil derav være noe avhengig at innbyggere i Dyrøy velger seg fastlege i sin kommune.

Med tiden vil nok flere innbyggere i Dyrøy velge seg over til sin kommune sine leger, og da vil det være nødvendig å se på drift av Sørreisa legetjeneste, om alle legehjemler er nødvendig å fortsette med. Behovet for hjelpepersonell vil selvfølgelig følge antall fastlegehjemler.

Som for de fleste tjenester / bedrifter så henger alle deler av legetjenestens drift sterkt sammen. Tjenestens hovedutfordring i forhold til både ventetid for legetime, samt ventetid for å komme igjennom på telefon, er at tjenesten har for lite tilgjengelig ressurser for ivaretagelse av den totale driften. Dette betyr at hvis en flytter på ressurser fra en del / oppgave, til en annen del / oppgave, så oppnås det kun en styrking dit ressursene er flyttet. Dette uten av delen ressursene er hentet fra har kapasitet til å gi fra seg ressursene.

For legetjenestens sin del innebærer dette at ressurser som flyttes for å styrke resepsjon / svartid for telefon svekker tjenestens tilbud i forhold til ventetid for legetime, da fastlegen da i større grad må ivareta flere oppgaver i oppfølgingen av pasienten enn slik det praktiseres i dag med skadestuefunksjon. På samme måte vil en styrking av skadestue for å avlaste legen mer i forhold til oppfølgingsoppgaver til pasienten, og derav kortere ventetid for legetime, øke ventetid for å komme igjennom på telefon. Videre er det slik at det er begrenset hvor mange oppgaver som kan overføres fra fastlege til eks. sykepleier ved skadestue. Dette innebærer at det er begrenset hvor mye kortere ventetid for legetime en kan oppnå ved å overføre oppgaver fra fastlegen til skadestue.

De faglige råd som gis vedrørende drift av legetjenester viser til en bemanningsnorm på 1 lege : 1 – 1,2 hjelpepersonell. For vår tjeneste har vi i dag 1 lege : 0,88 hjelpepersonell. Dette er et godt stykke unna de anbefalinger som er gitt.

For å lykkes med å følge lovkrav om ventetid for legetime –og svartid på telefon må det tilføres ressurser til både lege –og hjelpepersonell.

Enheten har tidligere belyst at nåværende bemanningsnorm ikke følger faglige anbefalinger, samt at det må tilføres mer legeressurs, i tillegg til mer hjelpepersonell. Enhetsleder er klar over at dette gir økt press økonomisk, på en allerede presset kommuneøkonomi. Fra et faglige ståsted ser imidlertid enheten svært klart at en ikke tilstrekkelig legetjeneste både kortsiktig –og langsiktig er svært fordyrende for både kommunen som helhet, men også spesielt for øvrige helsetjenester i kommunen. Sørreisa kommunens legetjeneste må tilføres ressurser for å kunne imøtekomme både dagens –og fremtidens behov for legetjenester –og helhetlig oppfølging av brukergruppen.

Utarbeidet av
Bodil Hansen , Enhetsleder Helse

