FORVALTNINGSREVISJON

Fastlegetjenesten

Sørreisa kommune
Dyrøy kommune

KOMREV NORD

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 legekontor. 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 legekontoret 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 legekontor 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 legekontor 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. Legekontoret skal, og har rutiner for å, vurdere haste- og alvorlighetsgrad. Daglegevakta i Sørreisa kan i kontorets 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. Legekontoret 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 legekontoret 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. Legekontoret 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 legekontor både via SMS og på internett.

- *Revisors vurdering er at kommunene Sørreisa og Dyrøy har **oppfylt** revisjonskriteriet om å sørge for at det er fraværsdekning ved ordinært fravær i fastlegetjenesten.*
  Ifølge forskrift om fastlegeordning i kommunene § 21 femte ledd skal fastlegen sørge for fraværsdekning 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 legekontor, har kommunen uansett ansvaret for fraværsdekning på samme måte som i øvrige kommunale tjenester. Opplysningene revisor har fått tilsier at kommunen sørger for fraværsdekning i form av vikar ved lengre, planlagte fravær som permisjoner. Ved fastlegekontoret er det også innført 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.

- *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 legekontor 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, instrukser, 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 allmennmedisin (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 legekontor 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 legekontor 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 fastlegekontor

[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 Utledning av revisjonskriterier for problemstilling 1 ..... *5*
2.2.2 Utledning av revisjonskriterier for problemstilling 2 ..... *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 Rapport: Dyrøy og Sørreisa legekontor. Historikk, status og veien videre. *12*
4.1.2 Utredning av fastlegetjenesten i Dyrøy kommune *13*
4.1.3 Dyrøy og Sørreisa legekontor i dag *17*
4.2 Kapasitet i fastlegeordningen 17
4.3 Tilgjengelighet i fastlegetjenesten 21
4.3.1 Åpningstider og timebestilling *21*
4.3.2 Ventetid på telefon *22*
4.3.3 Ventetid på konsultasjon *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 legekontor*. 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 fastlegekontor

Vertskommunesamarbeidet Dyrøy og Sørreisa fastlegekontor ble opprettet gjennom avtale mellom Dyrøy kommune og Sørreisa kommune høsten 2010. Avtalen ble revidert i desember 2012. Avtalen henviser til kommuneloven § 28 punkt b[3]:

§ 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 vetskommunesamarbeidet 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 videredelegasjon 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 tilsetting i stillinger og har arbeidsgiveransvar.

Økonomisk fordeling mellom kommunene følger av samarbeidsavtalen om felles legekontor. 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 legekontortjeneste. 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 fastlegeordningen[6] 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 legekontor 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-prinsippet[9] 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 delegere 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 sluttilbøyeligheten 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

2.1 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.

2.2 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 brukersikkerhet[10] 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. Listeinnbyggeren[12] 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 fravær[13] skal fastlegen sørge for fraværsdekning. 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 fraværsdekning 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 etterleves*. 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, instrukser, 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, instrukser, 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 forvaltningsrevisjon[14]. 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 legekontor, 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 Sørreisa[15]
- 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 allmennmedisin som består av:

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

[14] *RSK 001Standard 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.

3.2 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.

3.3 Avgrensing 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 fraværsdekning 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 legekontor ble opprettet i 2010 gjennom samarbeidsavtale mellom de to kommunene - som redegjort for i kapittel 1.2. Ordningen med samarbeid om felles legekontor 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 legekontor. 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 legekontor. 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 ansettelser 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 legekontor, 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 legekontor 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 legekontoret 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 legekontoret 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 legekontoret 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 legekontoret åpent fem dager i uka med to leger, eventuelt en lege og en turnuslege. Det redegjøres også kortfattet for ordningen med felles legekontor 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 legekontor 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 by 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 ambulanse virkeområdet.*
- *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 ambulanse 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 legekontoret 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 legekontoret 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. Legekontoret 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 allmennmedisin[16]. Seks leger er i spesialisering som leger i allmennmedisin. Det er også én turnuslege som arbeider ved legekontoret. Videre jobber det fem sykepleiere og fire helsesekretærer ved kontorene.

Fastlegekontoret i Sørreisa ivaretar funksjon som *daglegevakt*. Fastlegekontoret har avsatt ledige timer for øyeblikkelig hjelp i kontorets 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 fastlegekontor deltar i vaktordning ved Finnsnes interkommunale legevakt.

I tillegg til samarbeidet om legevakt samarbeider de samme kommunene om intermediæravdeling[17], 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: Medisinskfaglig rådgiver, smittevern, miljørettet helsevern, medisinskfaglig 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 fastlegekontoret 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 fastlegekontoret 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 legeforening 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 legekontor.
[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 legekontoret 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 legekontoret 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 AMK[19] 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 kommunikasjonssentral

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 allmennmedisin[20], 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 ytterlige 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 legekontor, 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 legekontoret 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 legekontor 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-hjelpstime[21] samme dag. Dersom pasienten kan vente og tilstanden kan ses an noen dager, skal pasientens symptomer samt fastlegekontorets 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 legekontor finnes det flere ulike timetyper, og i rutine for vurdering av pasienthenvendelse per telefon er disse oppsummert som følger:

<u>Akutt-timer</u>

- Livstruende sykdom eller skade

<u>P-timer</u>

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

<u>Ø-timer</u>

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

<u>U-timer</u>

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

<u>F-timer</u>

- Time for forlengelse av sykemelding

<u>T-timer</u>

- 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 legekontoret 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 fastlegekontoret. 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 legekontor. 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 legekontor

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 legekontor. 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 legekontorene 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 2016[22] 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 2017[23] 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. Legekontoret skal, og har rutiner for å, vurdere haste- og alvorlighetsgrad. Daglegevakta i Sørreisa kan i kontorets 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. Legekontoret 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 legekontoret 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. Legekontoret 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 legekontor både via SMS og på internett.

- *Revisors vurdering er at kommunene Sørreisa og Dyrøy har **oppfylt** revisjonskriteriet om å sørge for at det er fraværsdekning ved ordinært fravær i fastlegetjenesten.*
  Ifølge forskrift om fastlegeordning i kommunene § 21 femte ledd skal fastlegen sørge for fraværsdekning 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 legekontor, har kommunen uansett ansvaret for fraværsdekning på samme måte som i øvrige kommunale tjenester. Opplysningene revisor har fått tilsier at kommunen sørger for fraværsdekning i form av vikar ved lengre, planlagte fravær som permisjoner. Ved fastlegekontoret er det også innført 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.

- *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.

<u>Konklusjon</u>
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 legekontoret. 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 fastlegekontoret. Dette ledes av avdelingsleder, som har enhetsleder som sin nærmeste overordnede. Kommunalsjef for helse og omsorg har det overordnede ansvaret for fastlegekontoret, mens rådmannen er øverste ansvarlig. I kommunens årsmeldinger er det egen del om legekontoret. 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 medisinskfaglig 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 legekontoret».

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 boligtjenesten, 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), ressurssituasjonen (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 legekontor 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 legekontoret. 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, instrukser, 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 allmennmedisin. Følgende utgifter skal regnskapsføres på denne funksjonen:

- Basistilskudd fastleger per capita tilskudd[25]
- Eventuelle kommunale legekontor inkludert sykepleiere og annet personell på helsesenter/legekontor
- Legevakt
- Fengselshelsetjenesten
- Turnusleger (for eksempel tilskudd og utgifter til veiledning)
- Fysioterapi (med avtale og kommunalt ansatte i fysioterapipraksis)
- Ergoterapi
- Hjelpefunksjon 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 %
	Utgifter				
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 godtgjørlse*	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 %
	Refusjoner/inntekter				
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 %
	Utgifter				
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 godtgjørlse*	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 %
	Refusjoner/inntekter				
600-699	Salgsintekter	109 703	110 729	203 269	85,3 %
710-719	Sykepenger 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 legekontor 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 legekontor 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 omsorgstjenester[27] 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 omsorgtjenester 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 funksjonsnedsettelser, diagnose, behandling, re-/habilitering, helse- og omsorgstjenester i institusjon, helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende, medfinansiering av somatiske tjenester, akutthjelp 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 kommune-helsetjenesten[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 legekontor 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 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 funksjonsnedsettelser 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 allmennmedisin (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 legekontor 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 legekontor 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

Sørreisa kommune

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:

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

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

Offentlige anskaffelser,	*2019*
Eierskapskontroll Dyrøy Energi,	*2019*
Offentlige anskaffelser,	*2017*