

**Forvaltningsrevisjonsrapport fra
Kommunerevisjon IKS**

**Sør-Aurdal kommune
- Helsetjenesten**

Formål:
**Påpeke forbedringsmuligheter i
helsetjenesten generelt og legetjenesten spesielt**

Område: Helsetjenesten

Kommune: Sør-Aurdal

Utført i perioden: Mars-November 2014

Dato: 13.11.2014

Revisor: Dagny Thon Hovrud

Innhold

Oppsummering	3
1 Innledning	4
2 Statistikk	5
3 Er organisasjonen rustet for samhandlingsreformen?	9
4 Legeavtalene	11
5 Kapasitet og kvalitet ved legekantoret	13
6 Oppgaver og arbeidsdeling på legekantoret	16
7 Rådmannens kommentarer	17

Oppsummering

Helse- og omsorgstjenesten står overfor en rekke utfordringer med bl.a. økning i antall eldre og implementering av samhandlingsreformen. Legene er sentrale i arbeidet med å møte disse utfordringene. Kommunerevisjon IKS har på forespørsel fra kontrollutvalget og rådmannen vurdert helsetjenesten i Sør-Aurdal kommune (SAK) generelt og legetjenesten spesielt.

I rapportens del 2 presenteres statistikker som viser at SAK har flere sykehusinnleggelser og flere legekonsultasjoner pr. 1.000 innbygger enn øvrige Valdreskommuner. SAK sine sykehusinnleggelser har imidlertid et lavere antall DRG-poeng, og dermed kostnad, enn øvrige Valdreskommuner. Vi anbefaler at rådmannen undersøker årsakene til at SAK kommer slik ut på statistikkene. Videre anbefaler vi rådmannen å vurdere følgende i utvikling av kommunens helse- og omsorgstjeneste.

- ***Gi en person myndighet til å koordinere driften og utviklingen av helse- og omsorgssektoren:***
SAK har en desentral struktur hvor flere tjenesteledere innenfor helse og omsorg rapporterer direkte til rådmannen. Med bakgrunn i de utfordringene helse- og omsorgssektoren står overfor anbefaler vi at rådmannen vurderer å gi en person myndighet og ansvar til å koordinere drift og utvikling av sektoren. Dette for å sikre at samhandling innad i kommunen, og i relasjon til det regionale samarbeidet og spesialhelsetjenesten, skjer til det beste for innbyggerne. Rådmannen mener at SAK langt på vei møter anbefalingen gjennom «samhandlingsforum», men sier at det kan være hensiktsmessig å formalisere ansvaret. Både rådmann og revisjon er opptatt av at en eventuell endring må gjøres uten ressurskrevende omorganiseringsprosesser.
- ***Forenkle rutiner og styrke internkontrollen, herunder oppgjør rutinene, ved legekantoret:***
Vi anbefaler at det innføres system og rutiner som medfører at alle betalinger registreres i det de mottas fra pasienten og at kvittering skrives ut rutinemessig. Det kan være mer rasjonelt at legesekretærene mottar betalingen i stedet for legene. Internkontroll knyttet til forbruk av, og betaling for, forbruksmateriell og medisiner kan også forbedres. Videre anbefaler vi å øke tilgjengeligheten på telefon, fase ut papirbasert journal og motivere innbyggerne til å bruke elektronisk timebestilling.
- ***Gjennomføre brukerundersøkelse i legetjenesten:***
Vi anbefaler at det gjennomføres jevnlige brukerundersøkelser, slik at innbyggerne kan gi tilbakemelding på hvordan tjenesten fungerer for dem. Eksempelvis om de opplever likebehandling og møtes med respekt, om antallet konsultasjoner er hensiktsmessig, om de opplever mye venting og om det er nok fastleger. Fastlegene i SAK har vel 1.000 pasienter på sine lister, mens snittet for legene i øvrige Valdreskommuner er 760.
- ***Foreta en forventningsavklaring mellom legene og samarbeidende enheter:***
Tjenestelederne i helse- og omsorgssektoren ønsker mer deltagelse fra legene både i drift og utvikling av sektoren. Det er nødvendig å foreta en forventningsavklaring mellom legene og tjenesteledere innenfor kommunens helse- og omsorgstjenester, og eventuelt også i forhold til samarbeidende enheter eksternt. Alle ønsker å gi best mulig tjenester til innbyggerne, og da er det viktig at aktørene kommuniserer og deler kompetanse, og har kunnskap om og viser respekt for hverandres arbeidssituasjon og -oppgaver. Samarbeidet bør uansett evalueres jevnlig.
- ***Oppdatere avtalene mellom kommunen og legene:***
Det kan være hensiktsmessig å oppdatere legeavtalene, spesielt mht. rammene for allmennlegeoppgavene. Eksempelvis kan legenes oppgaver og ansvar spesifisere i stedet for at det angis tidsrammer. Videre kan kommunens etiske grunnverdier implementeres i avtalene. Eksempelvis: *Rettferdighet* i form av likebehandling; *Åpenhet og ærlighet* i form av kvalitetsmålinger; *Respekt* for pasienters og kollegaers tid ved ikke å la dem vente og *Kvalitet* i form av ivaretagelse av både psykisk og fysisk helse samt forebyggende arbeid.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn og formål

Rådmannen og kontrollutvalget i Sør-Aurdal (SAK) har bedt Kommunerevisjon IKS vurdere kommunens helsetjeneste generelt, og legetjenesten spesielt. Formålet med forvaltningsrevisjonsprosjektet er å påpeke forbedringsmuligheter knyttet til organisering, ressursituasjon og arbeidsdeling.

1.2 Avgrensninger, problemstillinger og revisjonskriterier

Prosjektet vektlegger i utgangspunktet legetjenesten, men trekker også inn samspillet med øvrige enheter innenfor helse- og omsorgssektoren. Prosjektet har følgende problemstillinger:

- Er helse- og omsorgstjenesten hensiktsmessig organisert, jf. del 3?
- Er avtalene mellom legene og kommunen hensiktsmessige, jf. del 4?
- Er kapasitet og kvalitet ved legekantoret hensiktsmessig, jf. del 5?
- Er samhandlingen og arbeidsdelingen ved legekantoret hensiktsmessig, jf. del 6?

Rapporten vurderer ikke den helsefaglige kvaliteten i tjenesten, men legger vekt på å se legetjenesten fra pasientens synspunkt. Det presenteres også en del statistikker i del 2, som sammenligner hovedtall knyttet til legetjenesten i SAK med øvrige Valdreskommuner.

For å belyse problemstillingene har vi utledet revisjonskriterier fra aktuelt lovverk, i første rekke helse- og omsorgstjenesteloven (hol.), med tilhørende forskrifter. De konkrete revisjonskriteriene presenteres innledningsvis i hver del av rapporten (del 3-6).

1.3 Arbeidsprosessen og sentrale dokumenter

Vi har basert prosjektet på følgende arbeidsprosess:

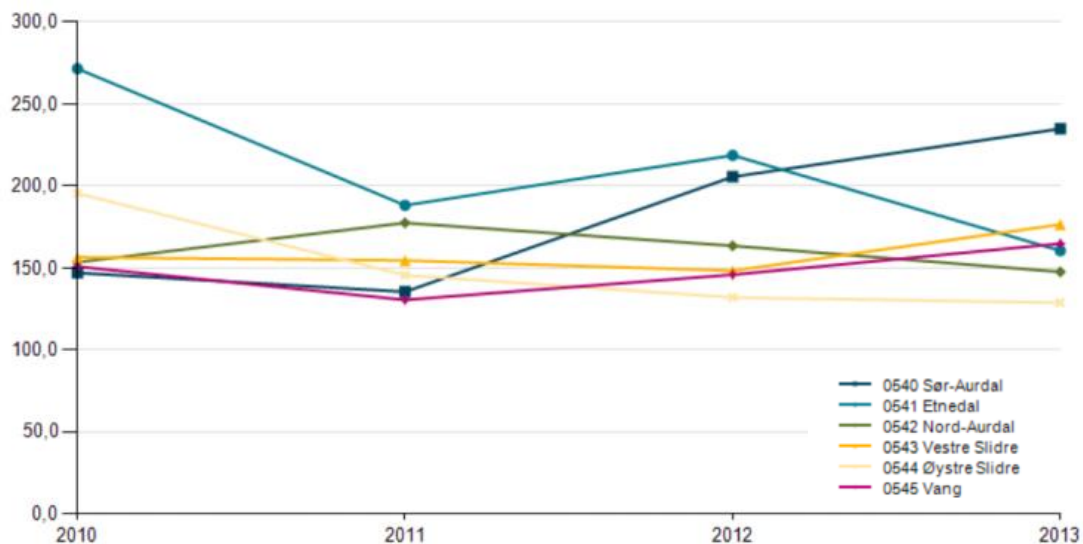
- Gjennomgang av sentralt regelverk relatert til legetjenesten/fastlegeordningen.
- Samtale med rådmannen.
- Samtaler med ledere innenfor helse- og omsorgstjenesten i SAK.
- Gjennomgang av kommunens avtaler med legene.
- Gjennomgang av offentlige statistikker tilgjengelig på internett, relatert til legetjenesten.
- Sammenstilling av materiale, gjennomgang og vurderinger.
- Gjennomgang av rapporten med rådmannen, legene, leder for legesekretær og tjenesteleder for helse/familie og barnehage. Deres kommentarer er innarbeidet i rapporten så langt vi har funnet det hensiktsmessig. Rådmannens kommentarer for øvrig fremgår av rapportens del 6.

2 Statistikk

I det følgende presenteres statistikk helseledelsen og folkehelseinstituttet relatert til helsetjenesten i SAK. Det er viktig å være oppmerksom på at det kan være elementer i slike statistikker som kan slå uheldig ut for enkeltkommuner. Tallene viser uansett enkelte trender for SAK som det kan være viktig å kjenne til, og ikke minst undersøke årsaken til. Statistikken viser for å gi et bilde av innbyggernes bruk av sykehus- og legetjenester, og av befolkningens helsesituasjon.

2.1 Sykehusinnleggelser

Nedenfor vises utviklingen i antall sykehusinnleggelser pr. tusende innbygger i årene 2010-2013 for de seks Valdreskommunene. Dette er innleggelser (Diagnosegrupper/DRG-er¹) som kommunen har medfinansiert f.o.m. 01.01.2012. Innleggelser er sykehusopphold som er registrert ved sykehusavdelinger i det pasientadministrative systemet for innlagte pasienter. Innleggelser omfatter både akuttinnleggelser og planlagte innleggelser, men ikke polikliniske konsultasjoner. Statistikken kan også vises med antall innleggelser pr. tusende innbygger i ulike aldersgrupper.



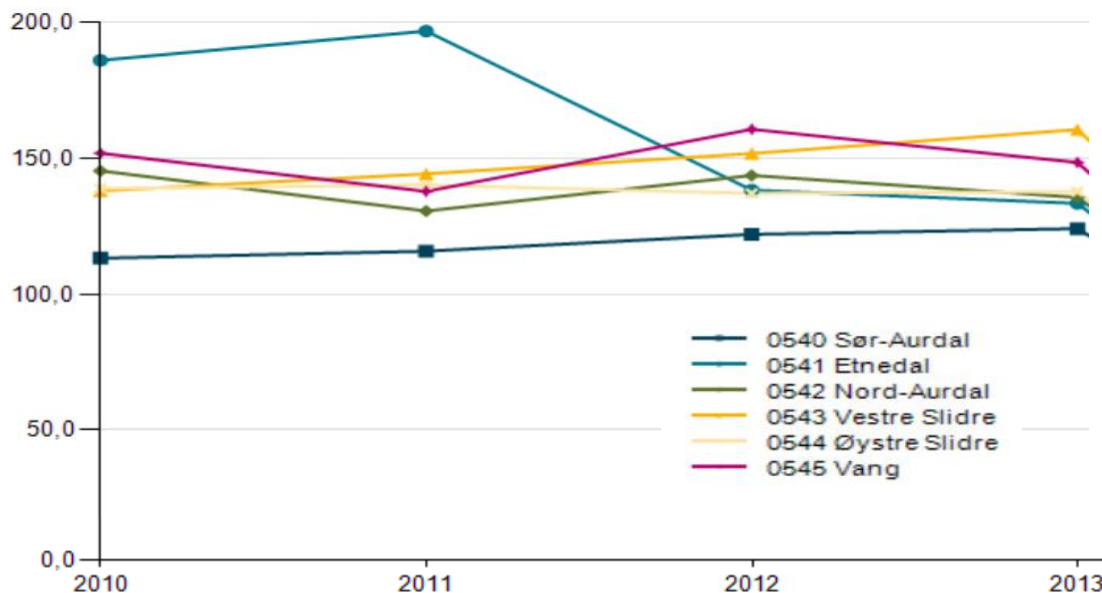
Kilde: www.helsedirektoratet.no (Tall og statistikk, styringsdata for kommuner, kommunens bruk av somatiske sykehus, velg Sør-Aurdal, lag tabeller og figurer med alle data)

SAK hadde i 2013 det høyeste antallet innleggelser pr. 1.000 innbygger i Valdres, og antallet har økt de siste årene. Etnedal har i samme periode hatt en reduksjon i antallet innleggelser pr. 1.000 innbygger. Øvrige Valdreskommuner har hatt et jevnere antall innleggelser i perioden enn SAK og Etnedal. Det er i første rekke i aldersgruppene 50-66 år og 80-89 år økningen i antall innleggelser i SAK har kommet. Statistikken fra helseledelsen viser også at SAK sine innbyggere har lengre gjennomsnittlig liggetid enn innbyggere fra de fleste andre Valdreskommunene.

Legene i SAK stiller seg spørrende til om antallet innleggelser virkelig er så høyt, men påpeker at det er viktig at pasientene blir henvist til sykehus når det er nødvendig.

¹ DRG står for DiagnoseRelaterte Grupper. De kliniske diagnosene som legene setter er delt inn i grupper, og det er beregnet en gjennomsnittskostnad for behandlingen av de diagnosene i den enkelte gruppe. I enkelte sammenhenger blir sykehusene delfinansiert ut fra en definert DRG-pris.

Dersom vi sammenligner DRG-poeng pr. 1.000 innbygger for de seks Valdreskommunene ser bildet annerledes ut. DRG-poeng sier noe om kostnadene knyttet til innleggelsene. Kommunene er blitt belastet deler av denne kostnaden fra 01.01.2012, som en del av medfinansieringen av sykehusinnleggelseser.



Kilde: www.helsedirektoratet.no (Tall og statistikker, styringsdata for kommuner, kommunens bruk av somatiske sykehus, velg Sør-Aurdal, lag tabeller og figurer med alle data)

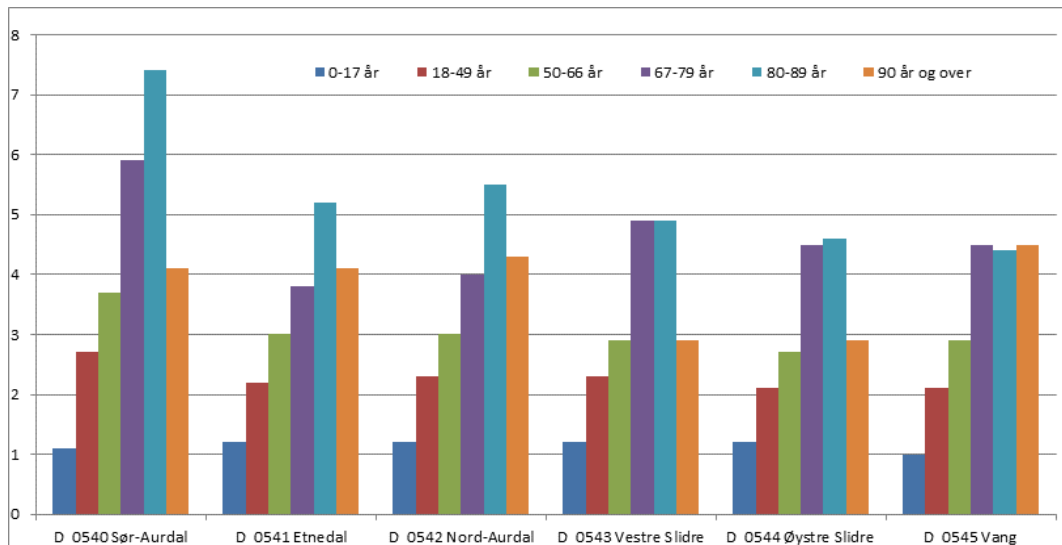
SAK har lavest DRG-poeng, og dermed kostnad, for sykehusinnleggelseser pr. 1.000 innbygger i Valdres. SAK har følgelig mange, men «rimelige» innleggelseser på sykehus målt i DRG-poeng. Vi ser av diagrammet at kostnaden har økt de siste årene.

Revisjonens kommentar: Som følge av samhandlingsreformen har kommunene en periode blitt fakturert for 20 % av DRG-prisen for definerte sykehusinnleggelseser/diagnoser (medfinansiering). Kommunene har samtidig fått en økning i rammefinansieringen basert på antallet sykehusinnleggelseser ved oppstart av medfinansieringen. Økningen i antallet sykehusinnleggelseser i SAK kan bidra til å forklare at kommunens kostander på dette området er høyere enn inntektene i 2012/ 2013. Det ligger an til at den nye regjeringen reverserer denne ordningen, og et høyt antall sykehusinnleggelseser vil således ikke få direkte økonomiske konsekvenser for SAK i 2015. Vi anbefaler at rådmannen søker å finne årsaken til økningen i antall innleggelseser og DRG-poeng.

2.2 Legekonsultasjoner

Nedenfor vises gjennomsnittlig antall legekonsultasjoner pr. innbygger i definerte aldersgrupper for de seks Valdreskommunene i 2013. Gjennomsnittstall gjør det mulig å sammenligne kommuner med ulikt antall innbyggere.

	0-17 år	18-49 år	50-66 år	67-79 år	80-89 år	90 år og over
D 0540 Sør-Aurdal	1,1	2,7	3,7	5,9	7,4	4,1
D 0541 Etnedal	1,2	2,2	3	3,8	5,2	4,1
D 0542 Nord-Aurdal	1,2	2,3	3	4	5,5	4,3
D 0543 Vestre Slidre	1,2	2,3	2,9	4,9	4,9	2,9
D 0544 Øystre Slidre	1,2	2,1	2,7	4,5	4,6	2,9
D 0545 Vang	1	2,1	2,9	4,5	4,4	4,5



Kilde: www.helsedirektoratet.no (tall og statistikker, styringsdata for kommuner, kommunens bruk av fastlege og legevakt, type kontakter, lag tabeller og figurer med alle data, kontakter pr. innbygger etter type kontakt).

Vi ser at SAK har det høyeste gjennomsnittlige antallet konsultasjoner pr. innbygger i Valdres. Dette gjelder for alle aldersgrupper med unntak av den yngste og eldste. Spesielt høyt er antallet konsultasjoner for aldersgruppen 67-79 år og 80-89-år.

Revisjonens kommentar: Vi anbefaler at rådmannen undersøker årsaken til, og konsekvensene av, at SAK ligger høyt mht. antall legekonsultasjoner pr. innbygger. Legene selv forklarer det høye antallet konsultasjoner pr. innbygger med at de følger opp pasientene nøye, herunder forebygger fremtidige helseproblemer. Vi ser at tett oppfølging er viktig og positivt for pasientene, samtidig vet vi at legekonsultasjoner koster både for pasienter og trykkesystemet.

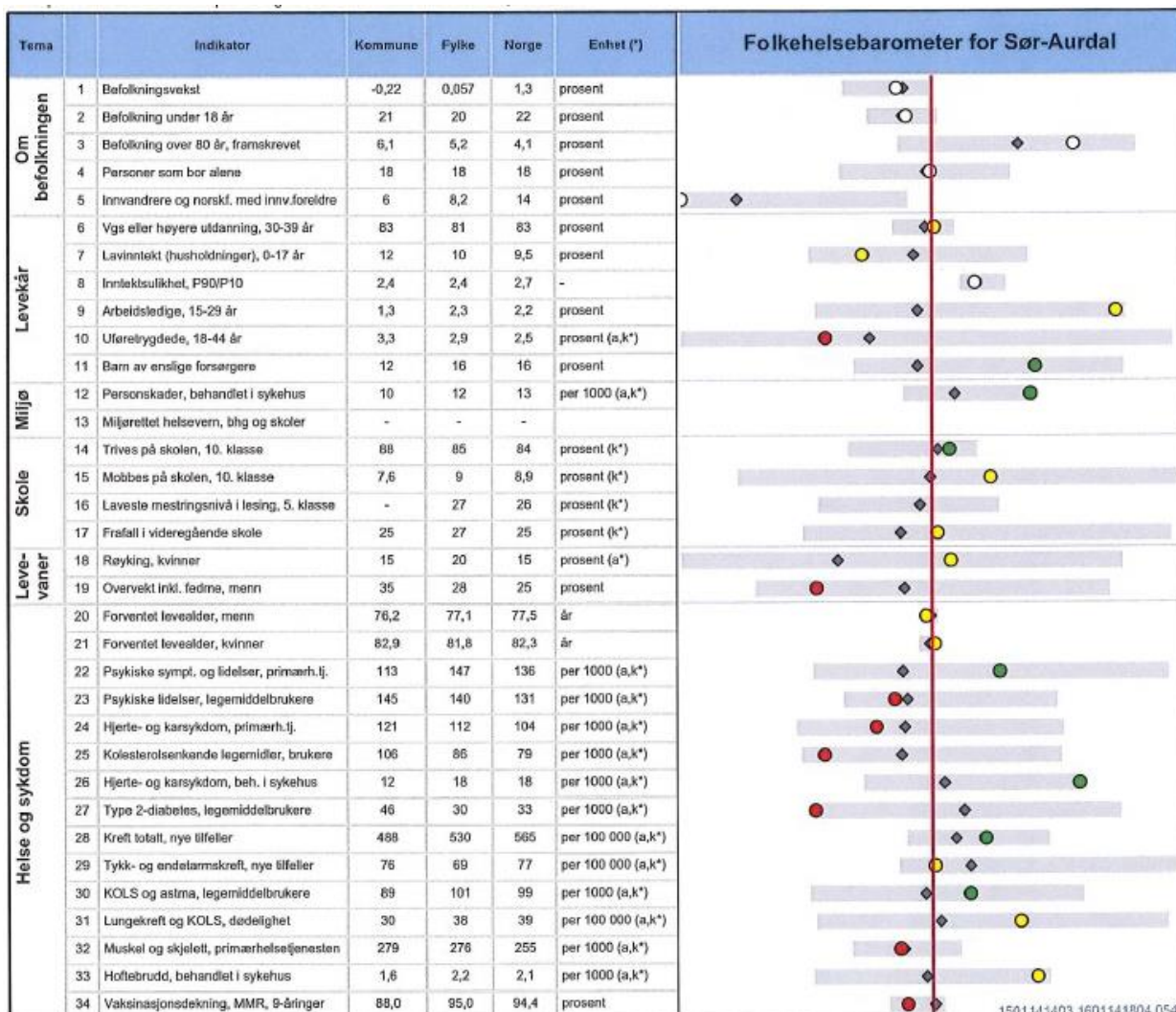
2.3 Folkehelseprofilen

På neste side sammenlignes en rekke folkehelseindikatorer for SAK med samme indikatorer for fylket og landet. Profilen er hentet fra folkehelseinstituttet sin folkehelseprofil pr. januar 2014.

Oppsummert viser tabellen følgende sammenlignet med fylket og landet:

- SAK har mange innbyggere over 80 år, og en forventet levealder omtrent som landet og fylket.
- SAK har lav ungdomsledighet, men en høy andel uføretrygdete under 44 år.
- SAK er relativt lik landet og fylket når det gjelder om de unge trives på skolen, om det er mye mobbing og frafallet fra videregående skole.
- Andelen kvinner som røyker er som landsgjennomsnittet, men lavere enn fylkesgjennomsnittet. Dette måles i andelen kvinner som oppgir at de røyker i begynnelsen av svangerskapet.
- Andelen overvektige menn er vesentlig høyere enn gjennomsnittet for landet og fylket. Dette måles i antall menn på sesjon med KMI over 25 kg/m².
- Sammenlignet med fylket og landet har SAK hyppigere forekomst av hjerte- og karsykdommer som behandles av fastlegene, muskel og skjelettplager og type 2 diabetes. SAK har også flere tilfeller med bruk av legemidler for psykiske lidelser og kolesterolutfordringer.
- Sammenlignet med fylket og landet har SAK en lavere forekomst av psykiske lidelser som behandles av fastlegene, hoftebrudd, hjerte- og karsykdommer som behandles i sykehus, kreft og KOLS/Astma.

Legene kommenterer at de ved å ta tidlig tak i, og selv behandle, sykdommer som KOLS og diabetes, unngås i større grad alvorlige hjerte- og karsykdommer som må behandles på sykehus.



Kilde: www.fhi.no/folkehelseprofiler.

Forklaring: I midten vises tallene, og til høyre vises verdien for SAK med en sirkel og verdien for fylket med en firkant. Den gjennomgående streken viser snittet for landet, og de skraverte linjene variasjoner i verdier for fylket.

Revisjonens kommentar: Folkehelsebarometeret indikerer at helsen til innbyggerne i SAK ikke skiller seg vesentlig ut fra fylket og landet. Vi kan ikke se at oversikten nødvendigvis forklarer det høye antallet legeskonsultasjoner og sykehusinnleggelse. Det kan være interessant at rådmannen undersøker om det er noen sammenhenger her.

3 Er organisasjonen rustet for samhandlingsreformen?

3.1 Revisjonskriterier

Rådmannen har ansvar for at kommunen drives i samsvar med lover, forskrifter og kommunestyrets instruksjer, og at det blir gjennomført betryggende internkontroll, jf. kommunelovens § 23. Allment aksepterte ledelsesprinsipper tilsier at rådmannen har ansvar for å etablere en organisasjon med rutiner og systemer som bidrar til å sikre at kommunen når sine mål.

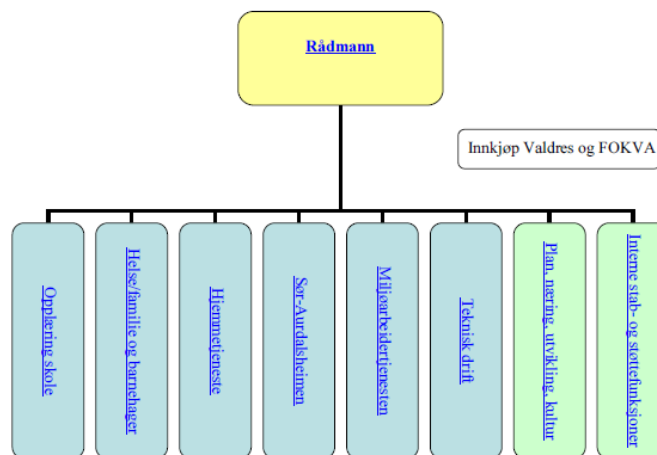
Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester, jf. helse- og omsorgstjenestelovens (hol.) §§ 3-1 og 3-2. Plikten omfatter alle pasient- og brukergrupper, og innebærer en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestens omfang og innhold er i samsvar med regelverket.

Samhandlingsreformen er sentral for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Hovedelementene i reformen, og dermed de mest sentrale pliktene for kommunen, kan oppsummeres slik:

- Fra 1.1.2012 betaler kommunene spesialhelsetjenesten/helseforetakene dersom de ikke kan ta imot utskrivningsklare pasienter når de får beskjed om slike fra sykehusene.
- Fra 1.1.2012 finansierte kommunene 20 % av DRG-kostnaden for pasienter som legges inn med en rekke definerte diagnoser. Hensikten med ordningen var å gi kommunene incentiver til å forebygge sykdom og til å behandle lokalt når det er mulig. Fra 01.01.2015 skal ikke kommunene medfinansiere sykehusinnleggelse, hvilket medfører en reduksjon i rammetilskuddet.
- Kommunene skal gi et tilbud om observasjon (øyeblikkelig hjelp) til pasienter som har behov for tilsyn, men som ikke må til sykehus. Dette er ikke snakk om livstruende tilstander, men kan for eksempel gjelde kronikere og personer med psykiske lidelser. Tilbudet skal fases inn frem til 1.1.2016.
- Gjennom økonomiske incentiver skal kommunene motiveres til å ta større ansvar for å forebygge sykdom, og for å gi tilbud til pasienter i stedet for, før og etter sykehusinnleggelse.

3.2 Informasjonsgrunnlag

SAK har en såkalt flat struktur, hvor rådmannen har syv tjenesteledere, stabsleder/assisterende rådmann og legene rapporterende direkte til seg, jf. organisasjonskartet.



Kilde: www.sor-aurdal.kommune.no. Kommunens organisasjonskart.

Helse- og omsorgstjenestene inkluderer mange enheter herunder Sør-Aurdalsheimen, hjemmetjenesten og miljøarbeidertjenesten. Videre rapporterer de to legene direkte til rådmannen, mens den kommunale delen av legekantoret (legesekretærene) sorterer under tjenesteleder for helse/familie og barnehage, der

også helsestasjonen ligger. I tillegg samarbeider SAK med Ringerike kommune om en felles fastlege på Nes. Legen administreres av Ringerike kommune, men avtalen følges opp av rådmannen.

Valdreskommunene samarbeider om Valdres Lokalmedisinske senter -Eiendom (VLMS-E) og driften av senteret hvor Nord-Aurdal kommune er vertskommune. Når senteret settes i drift må de ansatte der samarbeide både med hjemmetjenesten, sykehjemmet og legetjenesten i SAK. Videre samarbeider Valdreskommunene om felles legevakt, som legene i SAK er en del av. SAK har opprettet et lederforum for helse- og omsorgstjenestene, for bl.a. å ivareta koordineringen mot samarbeidsorganet for Valdreskommunene (HO-forum).

3.3 Revisjonens vurderinger og anbefalinger

Helse- og omsorgstjenesten står overfor store utfordringer, bl.a. med en fremtidig «eldrebølge» og tilpasninger til samhandlingsreformen. En reform hvis forutsetninger er under endring. Utviklingen setter i økende grad krav til at mange aktører skal spille godt sammen. Det gjelder legetjenesten både i og utenfor kommunen, sykehjem, hjemmesykepleie, sykehus, NAV, Valdres Lokalmedisinske Senter (VLMS), helsestasjon, skoler, barnehager, folkehelsekoordinator, frivillige organisasjoner osv. Dette forutsetter etter vår vurdering **en klar og enhetlig ledelse** av helse- og omsorgstjenesten i den enkelte kommune.

SAK har etablert en flat struktur, hvor rådmannen er «tett på» alle tjenestelederne. Tjenestelederne på sin side må nødvendigvis være relativt operative for å kunne drifte tjenesten på en hensiktsmessig måte. Med en slik struktur er det vanskelig å se hvem, med unntak av rådmannen og kommunestyret, som har det overordnede ansvaret for å sikre at SAK sin helse- og omsorgstjenester er godt nok rustet for fremtiden. Det faglige ansvaret for å planlegge, koordinere og legge til rette for de fremtidige utfordringene blir liggende på tjenestelederne som gruppe, med rådmannen som beslutningstaker.

Valdreskommunene valgte å møte samhandlingsreformens **plikt til lokal behandling og øyeblikkelig hjelp** gjennom bygging av det lokalmedisinske senteret. SAK har eierskap til et bygg hvor det er mulig å etablere et tilbud for lokal behandling og øyeblikkelig hjelp. Kommunene har imidlertid en utfordring mht. finansiering av driften ettersom kommunens medfinansiering av sykehusinnleggelse, og medfølgende økning i rammetilskuddet, er reversert fra 01.01.2015. Det er viktig at alle ledd i organisasjonen lojalt følger opp beslutningene som tas om hvordan VLMS skal benyttes av kommunene, slik at SAK får tjenester igjen for de drifts- og investeringskostnadene kommunen har påtatt seg.

Det andre sentrale elementet i samhandlingsreformen er **forebyggende helsearbeid**. Slik vi ser det er det viktig å tenke forebygging i alle ledd i tjenesteproduksjonen, både for de ansatte og for innbyggerne. Arbeidet begynner med barnehage og skole, men er også viktig i eldreomsorgen. Det er viktig at kommunen har en helhetlig tenkning på dette området.

Legetjenesten er sentral både mht. å gjennomføre lokal behandling og observasjon i tråd med retningslinjene Valdreskommunene er enige om, og for at det kommunale apparatet sammen kan gjennomføre forebyggende helsearbeid.

Med bakgrunn i ovenstående stiller vi spørsmål ved om SAK har valgt en hensiktsmessig organisering for en helse- og omsorgssektor i endring. Hvilken organisasjonsform som er mest hensiktsmessig avhenger av hvilke faktorer som vektlegges, ettersom alle modeller har sine styrker og svakheter. Etter vår vurdering er den mest sentrale utfordringen ved den modellen SAK har valgt koordineringen av helse- og omsorgssektoren både i kommunen, og i forhold til regionale fora og spesialhelsetjenesten.

Med denne bakgrunn anbefaler vi rådmannen å vurdere å gi en person det overordnede ansvaret for å utvikle helse- og omsorgssektoren i kommunen og samarbeidet med regionale fora og spesialhelsetjenesten. Rådmannen mener at SAK langt på vei møter anbefalingen gjennom «samhandlingsforum», men sier at det kan være hensiktsmessig å formalisere ansvaret. Både rådmann og revisjon er opptatt av at en eventuell endring må gjøres uten ressurskrevende omorganiseringsprosesser.

4 Legeavtalene

4.1 Revisjonskriterier

Kommunen organiserer fastlegeordningen enten med kommunalt ansatte leger eller gjennom avtale med privatpraktiserende leger, jf. forskrift om fastlegeordningen (fastlegeforskr.) §§ 2 og 4. Ved fast ansatte leger har kommunen som arbeidsgiver en styringsrett. For privatpraktiserende fastleger må det inngås avtaler, jf. fastlegeforskr. § 30. Avtalene bør som minimum dekke følgende forhold:

- a) Iht. til helse- og omsorgstjenestelovens (hol) § 5-5 skal kommunen ha en **kommunelege** som helsefaglig rådgiver knyttet til folkehelsearbeid, miljørettet helsevern, smittevern og beredskap, jf. også folkehelseovens § 27. Innhold og omfang av kommunelegeoppgavene bør avtales.
- b) Fastleger kan pålegges inntil 7,5 timer per uke i andre **allmennlegeoppgaver**, f.eks. i helsestasjon, skole og sykehjem, jf. fastlegeforskr. § 12. Det bør avtales hva oppgavene består av og omfanget. Videre bør det angis hvordan kommunen følger opp og sikrer at disse oppgavene blir ivaretatt.
- c) Iht. hol. § 3-2 skal kommunen ha en fastlegeordning, hvor fastlegene:
 - har ansvar for alle allmennlegeoppgaver innen somatikk, psykisk helse og rus for personene på listen, jf. fastlegeforskriften § 10.
 - plikter å delta i kommunens legevaktordning utenfor ordinær arbeidstid, og i kommunens øyeblikkelig hjelp-tjeneste innenfor ordinær arbeidstid, jf. fastlegeforskriften § 13.
 - skal ivareta en medisinskfaglig koordineringsrolle og samarbeide med andre tjenesteytere vedrørende egne listepasienter, jf. fastlegeforskriften § 18 og 20.
 - har for sine listepasienter ansvar for å tilby forebyggende tiltak og konsultasjoner når det er nødvending, jf. fastlegeforskriften § 19.
 - kan maksimalt ha 2.500 pasienter på listen, jf. fastlegeforskriften § 34.
- d) Finansieringen av fastlegeordningen består av tre komponenter, jf. fastlegeforskriftens § 9. Et angitt beløp pr. pasient på fastlegelisten (basistilskuddet) som kommunen mottar fra staten, refusjon fra folketrygden til legen for hver rapporterte konsultasjon, jf. folketrygdlovens § 5-4 og en egenandel fra pasienten, jf. forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester. Legen mottar følgelig betaling for hver konsultasjon ved legekontoret, mens de får betalt en avtalt godtgjørelse for allmennlege- og kommunelegeoppgaver. Avtaler mellom kommunen og legene bør regulere hvordan inntektene og kostnadene fordeles dem imellom.
- e) Hvor fastlegen skal ha kontorsted, og hvordan tilgjengeligheten skal være.
- f) Legers oppgaver og plikter reguleres av en rekke lover og forskrifter, hvilke vi forutsetter at legene etterfølger. Ut fra reelle hensyn kan det være hensiktsmessig at kommunen, gjennom avtalene, indikerer hvilke forventninger den har til sine fastleger/allmennleger ut over regelverket.

4.2 Informasjonsgrunnlag

SAK har inngått fastlegeavtale og allmenn-/kommunelegeavtale med hver av de to fastlegene som har kontor på Bagn. Avtalene er inngått i juni 2001. Kommunen inngikk i 2012 en egen avtale som regulerer legenes deltagelse i felles legevaksordning for Valdres.

Kommune-/Allmennlegeavtalen inkluderer bl.a. følgende momenter:

- Det er inngått avtale med de to legene på Bagn om ansettelse som hhv. kommunelege I og kommunelege i 10 timer pr uke. Tidsbruk pr. uke er spesifisert slik:
 - Tilsynslege ved sykehjemmet, 3 og 5 timer pr. uke.
 - Samarbeid med hjemmesykepleien, en lege 3 timer pr. uke.
 - Helsestasjonslege, 1,5 timer pr. uke for hver av legene.
 - Skolelege 0,5 timer pr. uke for hver av legene.

- Hhv. 3 og 2 timer pr. uke er disponibelt til samarbeidsmøter, saksbehandling, kontorarbeid og møtevirksomhet (beredskap).
- Det ytes praksiskompensasjon iht. gjeldende satser. Deltagelse i legevaktordningen i Valdres avlønnes etter egne satser. Det vises til hovedtariffavtalen og at legenes plikter iht. særavtale mellom KS og legeföreningen.

Fastlegeavtalene inkluderer bl.a. følgende momenter:

- Overordnet mål om best mulig primærhelsetjeneste, samt effektiv og rasjonell drift iht. lovverket.
- Maksimalt antall pasienter på fastlegelisten er satt til 1.100 innbyggere.
- Legekantoret skal være på Tingvoll, med åpningstid mandag til fredag kl. 08.00-15.30. Arbeidsåret er på 44 uker. Øvrige åtte uker disponerer legene til ferie, videreutdanning mv. Legen har selv ansvar for å skaffe vikar ved fravær.
- Legene forplikter seg til å drifte legesenteret innenfor de rammer kommunestyret har satt.
- Kommunen stiller til disposisjon nødvendig hjelpepersonell, lokaler med utstyr og inventar. Ved overtidarbeid for hjelpepersonalet knyttet til legens arbeid skal fastlegen kompensere kommunen for utgiftene. Kommunens utgifter avregnes mot basistilskuddet kommunen mottar.
- Kommunen anskaffer medisiner og medisinske forbruksvarer, og får selv inntekter fra salget. Utenom kontortid påtar legen seg innkrevingen for kommunen.

SAK inngikk i 2005 en avtale med Ringerike kommune om felles fastlege på Nes. I avtalen mellom kommunene fremgår det at legen skal være en del av Ringerike kommunes legetjeneste. Innbyggere i ytre del av SAK har anledning til å velge fastlegen på Nes. Et eventuelt underskudd ved legekantoret skal deles mellom kommunene etter antall innbyggere på fastlegelisten.

4.3 Revisjonens vurderinger og anbefalinger

Etter vår vurdering fremstår avtalene mellom SAK og fastlegene som ryddige og kortfattede, og inneholder sentrale momenter. Vi vurderer avtalene som følger, jf. revisjonskriteriene i del 4.1:

- a) Legeavtalene kan forstås slik at legene skal bruke hhv. tre og to timer i uken til kommunelegeoppgaver iht. Hol § 5-5. Etter vår vurdering kan det være hensiktsmessig å spesifisere oppgavene som ligger i kommunelegefunktjonen, eksempelvis rådgivningsoppgaven og deltakelse i samarbeids-/ utviklingsarbeid i kommunen og regionen.
- b) I punktet «arbeidsoppgaver» er det angitt hvor mye tid som skal brukes på hhv. hjemmetjenesten, sykehjemmet, helsestasjonen og på skolene. Det kan vurderes om det er hensiktsmessig med slik eksakt tidsangivelse ettersom behovet på de ulike stedene vil variere over tid. Etter vår vurdering er det mer hensiktsmessig å presisere hvilke oppgaver som skal utføres og hvilket ansvar legene har. Det er nødvendig med en forventningsavklaring mot samarbeidende enheter, og en periodisk evaluering av om behovene blir dekket, jf. også rapportens del 5.
- c) Fastlegeavtalene inneholder de fleste momenter som er angitt i del 4.1. Det er inngått egne avtaler om legevakt, og antallet pasienter pr. lege er godt under taket på 2.500. Selv om det følger av regelverket kan det vurderes å inkludere i avtalene at fastlegene plikter å delta i kommunens øyeblikkelig hjelp-tjeneste og at fastlegene har helsefaglige «totalansvar» for egne listepasienter, herunder forebyggende arbeid og deltakelse på ansvarsgruppemøter.
- d) Avtalene regulerer økonomiske forhold mellom kommunen og legene på en oversiktlig måte.
- e) Kontortid og kontorsted er definert i avtalene.
- f) Fastlegeavtalene henviser til lov- og forskrift mht. fastlegers oppgaver, hvilket vi anser som hensiktsmessig. Vi kan imidlertid ikke se at kommunen indikerer hvilke forventninger den har til sine leger ut over dette. Eksempelvis kan dette i SAK konkretiseres gjennom grunnverdiene som fremkommer i kommunens etiske retningslinjer, dvs. Rettferdighet, Åpenhet, Respekt, Ærlighet og Kvalitet. Dette kommer vi tilbake til under del 5.

5 Kapasitet og kvalitet ved legekantoret

5.1 Revisjonskriterier

Det er ikke noe fasitsvar mht. hvor mange fastleger en kommune på SAK sin størrelse bør ha. Det kan imidlertid være relevant å vurdere antallet opp mot følgende:

- Iht. fastlegeforskriftens § 34 kan en lege maksimalt ha 2.500 personer på listen.
- Fastlegene i øvrige Valdreskommuner har i gjennomsnitt ca. 760 personer på sine lister.

Antallet fastleger, og dermed valgmuligheten lokalt, er av de faktorene som kan påvirke kvaliteten på legetjenesten. Kvaliteten på legetjenesten kan eksempelvis måles gjennom følgende indikatorer, jf. bl.a. Torgeir Fjermestad medisinsk faglig rådgiver og fastlege i Trondheim kommune: Ventetid på telefon, ventetid for å få time, ventetid for å komme inn til lege, antallet leger, tilgjengelig legevakt utenom ordinær kontortid, pasienttilfredshet, kommunikasjon med pasienter, medisinsk faglig kvalitet, samhandling mellom lege og hjelpepersonell, samhandling mellom lege, hjemmetjeneste, sykehjem, helsestasjon, sykehus osv.

5.2 Informasjonsgrunnlag

SAK har to fastleger i Bagn, og samarbeider med Ringerike kommune om en fastlege på Nes. I fastlegeregisteret er det i tillegg en vakant hjemmel i Hedalen. På denne listen står det ca. 250 personer, som dels betjenes av legene på Bagn og dels av legen på Nes.

- De to legene på Bagn har i snitt i størrelsesorden 1.030 pasienter på sine lister.
- Dersom halvparten av pasientene på listen i Hedalen bruker kontoret i Bagn, vil det si at legene i Bagn i snitt har vel 1.090 pasienter på sine lister.
- Legene i Bagn og legen på Nes har i gjennomsnitt ca. 1.060 pasienter på sine lister, inkludert den vakante listen i Hedalen.

Det er vanskelig si noe om kvaliteten på legetjenesten i SAK, ettersom det hverken er gjennomført brukerundersøkelser eller foretas konkrete kvalitetsmålinger. Vi kan imidlertid si noe om enkelte av de indikatorene som er listet under revisjonskriterier i del 5.1. Informasjonen er basert på samtaler med tjenesteleder for legetjenesten og for enkelte kommunale enheter som samarbeider mye med tjenesten.

Kvalitetsindikator:	Informasjonsgrunnlag:
Antallet fastleger, dvs. valgmuligheten	Tre mannlige fastleger. Anslagsvis 10-20 % av innbyggerne i SAK har fastlege i annen kommune.
Ventetid på telefon	Det angis å være kort ventetid. Telefonhenvendelser prioriteres, og det er sjelden at linjer står ubesvart lenge. Telefonen var tidligere stengt 2,5 time hver dag, mens dette nå er endret slik at telefonen er stengt 1,5 time (11.30 til 13.00) hver dag. Ved behov for øyeblikkelig hjelp er det angitt et eget nummer som skal ringes. Telefonen er dermed åpen 5 timer pr. dag.
Ventetid for å få time	Har økt noe, men ventetid er maksimalt 2-3 uker.
Timebøker. Ventetid for å komme inn til lege	Det settes normalt opp en pasient hvert 20. minutt. Det kan i enkelte tilfeller være opp mot to timers ventetid for å komme inn til legen.
Antall pasienter pr. dag hos lege.	Lege A: Gj.snittlig 23,2 pasienter (19,4 minutt pr. pasient gitt 7,5 timers dag) Lege B: Gj.snittlig 18,8 pasienter (24 minutt pr. pasient gitt 7,5 timers dag)
Øyeblikkelig hjelp (ØH)	Hovedregelen er at hver lege skal ha 2-3 ledige timer hver dag som skal benyttes til pasienter som trenger time den aktuelle dagen. Disse timene blir ofte gitt pasienter i forkant, slik at de ikke er ledige når dagen begynner. ØH må tas mellom de andre pasientene, hvilket medfører forsinkelser.

Arbeidstid	Legene har pasienter mellom kl. 09.00 og 17.00. En av legene kommer ofte tilbake kl. 18.00 og har pasienter utover kvelden. Legene har legevakt på Fagernes hver 6. helg, og 3-4 ettermiddags-/kveldsvakter i måneden. Det skal ikke være andre takster på kveldstid enn på dagtid, så lenge konsultasjonen ikke skjer på legevakt eller hjemme hos pasienten.
Tilgjengelig legevakt utenom ordinær kontortid	Døgnåpen legevakt på Fagernes utenom ordinær arbeidstid.
Pasienttilfredshet	Det er ikke foretatt brukerundersøkelser.
Kommunikasjon m/pasienter	Det er ikke foretatt brukerundersøkelser.
Medisinskfaglig kvalitet	Hhv. spesialist i indremedisin/geriatri og allmennmedisin. Ingen uavhengig vurdering. Kan eksempelvis undersøkes av fylkesmannen.
Samhandling m/ hjelpepersonell ved kontoret	Det legges vekt på samhandling til det beste for pasienten. Det er ikke foretatt kartlegging av pasienters opplevelse av samhandling.

Øvrige tjenestelederes opplevelse av samhandlingen med legetjenesten kan oppsummeres som følger:

- Samarbeidet med legesekretæren beskrives som godt, men rutiner rundt drosjekjøring kan forbedres.
- Legene møter sjelden i ansvarsgruppemøter, og da som regel kun på saken som gjelder helsen til vedkommende. Dette oppleves som uheldig, fordi legen ikke får et helhetlig bilde av situasjonen.
- Legene møter sjelden opp til samarbeidsmøter med NAV vedrørende sykemeldte kommunalt ansatte.
- Det gis uttrykk for at legene tar fysiske problemer på alvor, men at problemstillinger knyttet til psykiatri, forebyggende tiltak mht. f.eks. overvekt ol. ikke får samme oppmerksomhet.
- Det skjer at enhetene selv må skrive henvisninger til spesialhelsetjenesten, som legene underskriver, for at problemstillinger skal bli tatt tak i fort nok.
- Selv om ikke alle har registrert faktisk tilstedeværelse har tjenestelederne en oppfatning av at legene ikke er så mye til stede ved enhetene som legeavtalene angir. De er imidlertid ikke kjent med hvor mye legene arbeider med forhold som er relatert til tjenestestedet når de ikke er fysisk til stede der. Det er viktig å merke seg at tjenestelederne også uttrykker følgende:
 - De mener tjenestene er forsvarlige, bl.a. fordi legene kjenner helsepersonals kompetanse og den enkelte pasient godt.
 - Legene møter opp når det er avtalt time med bruker, og kommer raskt når helsepersonell tilkaller dem ved alvorlige problemstillinger, døende pasienter og dødsfall.
 - Den enkelte bruker kan ha nytte av mer tid med legen, bl.a. fordi det gir verdi å bli «sett», det kan gjøre at flere problemstillinger kommer opp, og øker mulighetene for forebyggende helsearbeid.
- Tjenestelederne uttrykker behov for å møte legene oftere og samarbeide med legene i langt større utstrekning enn i dag. Dette gjelder arbeid knyttet VLMS, til beredskapsrutiner, forebyggende helsearbeid, oppfølging av vanskeligstilte osv.

Legene mener deres tilstedeværelse ved de ulike enhetene er tilstrekkelig, og at de bruker en god del tid på enhetene fra kontoret, bl.a. for å svare på spørsmål fra enhetene. Legene ønsker å møte de andre enhetene i samarbeidsmøter så lenge det konkretiseres hvilke tema som skal tas opp.

5.3 Revisjonens vurderinger og anbefalinger

Fastlegene i SAK har langt flere pasienter på sine lister enn gjennomsnittet for øvrige fastleger i Valdres, godt over 1.000 mot 760 personer. Innbyggertallet i SAK ville med 760 innbyggere pr. fastlege tilsi 3,6 fastleger. Dette kan indikere at det er rom for en fastlege til i SAK, selv om antallet listepasienter er langt under forskriftens maksgrænse på 2.500 pasienter.

En årsak til at legene i SAK har flere pasienter på sine lister enn det legene ellers i Valdres har, kan være at enkelte av de andre legene ikke arbeider full stilling. Det opplyses imidlertid også fra en kommune at

legene ønsker et lavere antall pasienter for å kunne følge opp pasientene tilstrekkelig, herunder delta i møter relatert til pasientene og utvikling av helse- og omsorgstjenesten. I vurderingen av hvor mange fastleger SAK skal ha bør det hensyntas at utvidet legevaktsamarbeid i Valdres fra 1.1.2014 har medført at mer tid er bundet opp utenom praksisen i Bagn.

Et annet moment i vurderingen er at flere leger vil kunne medføre at inntjeningen for den enkelte lege blir lavere enn den er i dag, ettersom legens inntekter henger sammen med antall pasienter og konsultasjoner. Utvidet legevakt gir til dels økte inntekter, men inntjeningsmulighetene for legepraksisen på Bagn reduseres fordi legene må avslutte dagene tidligere når de skal til Fagernes for å ha legevakt.

Det kan stilles spørsmål ved hvordan antallet pasienter på listene påvirker tjenestekvaliteten. Det er i den forbindelse viktig å ta hensyn til følgende, jf. revisjonskriteriene i del 5.1:

- Tre leger gir begrenset valgmulighet for innbyggerne. Det er imidlertid tilfelle for mange små kommuner i Norge. Det ser imidlertid ut som det er relativt mange innbyggere i SAK som har valgt å ha fastlege i andre kommuner. Det kan indikere at innbyggerne ønsker større valgmuligheter, og at SAK kan vurdere å ansette en lege til selv om dette kan gå ut over inntektspotensialet til legene.
- Innbyggerne får raskt time, men må i enkelte tilfeller vente lenge på venterommet. De pasientene det gjelder må følgelig bruke uforholdsmessig lang tid på hvert legebesøk. Denne utfordringen kan eksempelvis møtes ved å sette opp lengre tid pr. pasient, men da må sannsynligvis pasientene vente flere dager på å få time, åpningstiden kan utvides eller det kan vurderes å øke antallet leger..
- Selv om det svares raskt på telefon, kan det neppe karakteriseres som god service at telefonen tidligere var stengt i 2,5 timer hver dag. Tiden telefonen er stengt er nå redusert til 1,5 hvilket er positivt. Vi forstår at hjelpepersonalet får god arbeidsro i denne tiden, men foreslår at det vurderes om det på sikt er nødvendig å stenge telefonen i det hele tatt.
- Fastlegen har plikt til å møte på listepasienters ansvarsgruppemøter, noe tjenestelederne som samhandler med legene oppfatter at de i begrenset grad gjør, jf. fastlegeforskriftens §§ 18 og 20.
- Etter tjenesteledernes oppfatning bruker ikke legene så mye tid på allmennlegeoppgavene som avtalt. I del 4 anbefaler vi at den eksakte tidsangivelsen i avtalene vurderes, og at avtalene i stedet fokuserer på ansvar og oppgaver. Etter vår vurdering er det nødvendig at det foretas en forventningsavklaring mellom legene og de enheter de samarbeider med (hjemmetjenesten, sykehjemmet, helsestasjonen og eventuelt eksterne enheter). Alle enheter ønsker å gi best mulig tjenester, og da er det viktig at enhetene har samme oppfatning av hvordan dette kan og bør gjøres. I den forbindelse er det viktig at aktørene har respekt for, og kunnskap om, hverandres ansvarsområder, og at de kommuniserer og deler kunnskap. Samarbeid og kommunikasjon er viktig for at helse- og omsorgstjenesten i SAK kan gi best mulig tjenester til innbyggerne. Det er ikke tiden som brukes som er viktig, men at oppgavene løses. Aktørene bør imidlertid ha samme oppfatning av om oppgavene blir løst eller ei.

Med bakgrunn i ovenstående informasjon og at det ikke er gjort målinger på den brukeropplevde tjenestekvaliteten, anbefaler vi at kommunen gjennomfører en brukerundersøkelse for legetjenesten. Undersøkelsen kan relateres til de kvalitetsindikatorerne som er listet i tabellen ovenfor, og knyttes opp mot kommunens etiske grunnverdier. Da bør kommunen konkretisere hva som ligger i disse verdiene. F.eks:

- **Rettferdighet** betyr bl.a. at pasienter behandles likt, og at ikke noen pasienter går fremfor andre hvis det ikke er faglige årsaker til det.
- **Åpenhet og ærlighet** betyr bl.a. at pasienter og samarbeidende enheter regelmessig bes om å gi tilbakemeldinger om hvordan de opplever legetjenesten.
- **Respekt** betyr bl.a. at legene kommer i avtalte møter med andre fagpersoner, deltar i kommunens utviklingsarbeid og omsetter politiske beslutninger i praktisk handling.
- **Kvalitet** betyr bl.a. at pasienter ikke må vente for lenge på time, og at alle sider ved pasientens helse ivaretas, herunder fysisk og psykisk helse, forebyggende arbeid og deltagelse i ansvarsgruppemøter.

I forlengelsen av dette kan det også vurderes å foreta en uavhengig vurdering av den medisinske faglige kvaliteten ved legekantoret.

6 Oppgaver og arbeidsdeling på legekantoret

6.1 Revisjonskriterier

Rådmannen har ansvar for at kommunen drives i samsvar med lover, forskrifter og kommunestyrets instruksjer, og at det blir gjennomført tryggende internkontroll, jf. kommunelovens § 23. For legekantoret, og i første omgang sekretærene, vil det bl.a. bety følgende:

- For å unngå dobbeltarbeid bør det tas i bruk elektroniske hjelpemidler for de områder det eksisterer egnede systemer. F.eks. elektronisk journal, timebestilling, resepter og betaling.
- Internkontroll som sikrer at inntekter og kostnader blir regnskapsført, og at kommunen får betalt for medisinsk forbruksmaterieil og at det føres kontroll med bruk av medisiner.
- Innholdet i legeavtalene følges opp.

Legene vil sannsynligvis måtte ta avgjørelser knyttet til systemer og rutiner, men legesekretærene og kommunen bør være aktive mht. å initiere prosesser og sette krav til tiltak som kan redusere ressursbruken og øker kvaliteten.

6.2 Informasjonsgrunnlag

Legekantoret i Bagn har tatt i bruk en rekke elektroniske hjelpemidler, eksempelvis elektronisk journal, timebestilling på nett, elektronisk meldingsutveksling/resepter. Legene skriver selv i stor grad dokumenter som journaler og henvisninger, slik at dette ikke medfører dobbeltarbeid.

Det opplyses at det er en vei å gå mht. å få innbyggerne til å bruke elektronisk timebestilling. Løsningen som SAK har valgt medfører at innbyggerne selv kan gå inn på nettet for å reservere ledig time hos fastlegen når de selv måtte ønske det.

Legene sørger for at pasientene betaler for legetimene, mens sekretærene tar betalt for medisinsk forbruksmaterieil, prøver osv. Legene fører, som selvstendig næringsdrivende, eget regnskap. Legene tar betalt for medisinsk forbruksmaterieil på kommunens vegne etter ordinær arbeidstid. Hverken legene eller helsesekretærene har etablert rutiner og systemer som medfører at betalinger registreres direkte i datasystemet med automatisk utskrift av kvittering.

Kantoret har ikke et internkontrollsystem for å holde kontroll med uttak av medisinsk forbruksmaterieil og medisiner. Medisiner er imidlertid innelåst i skap, og legekantoret er låst fysisk med alarm etter ordinær arbeidstid. Det er således et begrenset antall personer som har tilgang til vanedannende preparater.

Legesekretærene har registrert hvor mange ganger de har gjennomført gitte aktiviteter over en periode. Nedenfor vises gjennomsnittstall pr. dag:

Aktivitet:	Antall:
Antall pasienter i resepsjon	Gjennomsnittlig 27,6 pr. dag
Antall telefoner	Gjennomsnittlig 68,7 pr. dag.
Antall lab-prøver	Gjennomsnittlig 26,4 pr. dag.
Antall sårskift, EKG, injeksjoner osv.	Gjennomsnittlig 6,3 pr. dag.

Sekretærene vurderer pasienthenvendelser mht. alvorlighetsgrad og dermed hvor fort de må få time. Legesekretærene bistår i tillegg legen med åpning og prioritering av post, ekspedisjon av brev osv. Videre er det legesekretærene som sørger for skanning av f.eks. epikriser, og arkivering av dokumenter både elektronisk og i papirformat. Legekantoret opererer med både elektronisk og papirbasert journal.

I den grad legesekretærene arbeider overtid blir dette belastet kommunen uavhengig av om den er generert av legenes merarbeid.

Legekontoret på Bagn har ikke mer kontakt med legekontoret på Nes enn det de har med andre legekontorer. De merker imidlertid økt tilgang på kontoret de dagene legen på Nes har fri (kontortid tre dager pr. uke). Vi oppfatter det slik at virksomheten på Nes drives av Ringerike kommune, og at samordningen i første rekke skjer overordnet av rådmannen og hovedsakelig gjelder økonomiske forhold.

6.3 Revisjonens vurderinger og anbefalinger

Etter vår vurdering har legekontoret på Bagn gjennomført en rekke tiltak som gjør hverdagen enklere, og reduserer ressursbruken. Vi anbefaler at kommune vurderer følgende i videreutviklingen av legekontoret:

- Innføre systemer og rutiner som medfører at betalinger både for konsultasjoner, medisiner og forbruksmateriell blir registrert direkte i systemet, og at kvittering genereres rutinemessig. Vi anbefaler at legesekretærene bruker tid på mottak av betaling i stedet for legene.
- Søke å få innbyggerne til å bruke elektronisk timebestilling i større grad enn i dag. Dette kan gjøres på hjemmesiden til kommunen, i oppslag på legekontoret og ved muntlig informasjon. Det at innbyggerne selv kan gå inn for å bestille time når det selv passer dem bør bidra til å øke tjenestekvaliteten.
- Søke å avvikle papirbasert journal, ettersom det er ressurskrevende å vedlikeholde to arkiver, og kopiere/skane dokumenter til to arkiver. To journaler øker også risikoen for at ikke all informasjon er med i journalen, hvilket kan få konsekvenser for pasienten. Dette forutsetter at den elektroniske journalen tilfredsstillende de krav som stilles for at denne type journaler. Vi forstår det slik at den papirbaserte journalen i første rekke brukes av legene når de skal ut i møter ol. Legene kan f.eks. ta med seg denne informasjonen gjennom en bærbær PC eller et lesebrett.
- Styrke internkontrollen mht. å fakturere forbruksmateriell og medisinbehandling. Internkontrollen må imidlertid utformes på en måte som forsvarer ressursbruken.
- Fakturere legene for helsesekretærens overtidsarbeid som er generert av legenes merarbeid. Hvis det ikke er meningen at dette skal gjøres bør legeavtalene endres.

Fagernes 13.11.2014

.....
Revisor Dagny Thon Hovrud

7 Rådmannens kommentarer

Rådmannen er, iht. § 8 i forskrift om revisjon i kommuner og fylkeskommuner m.v. av 15. juni 2004, gitt anledning til å gi uttrykk for sitt syn på de forhold som fremgår av rapporten. Rådmannens kommentarer er innarbeidet i rapporten der det er hensiktsmessig. Øvrige kommentarer er som følger:

- Revisjonen anbefaler at en person gis myndighet til å koordinere drift- og utvikling av helse- og omsorgssektoren. Kommunen har opprettet et «samhandlingsforum» på tvers av tjenesteområdene innen helse- og omsorgstjenesten, for å ivareta koordineringen av kommunens fagområder opp den regionale organiseringen på administrativt nivå (HO-forum). Rådmannen mener kommunen gjennom dette langt på vei ivaretar rapportens anbefalinger, men det kan være hensiktsmessig å formalisere dette på en bedre måte. En modell der et koordineringsansvar gir til en av tjenestelederne kan gjerne knyttes opp til den av tjenestelederne som en enhver tid ivaretar SAK sine interesser i det regionale samarbeidsorganet (HO-forum). Rådmannen er enig i at dette bør gjøres uten ressurskrevende omorganiseringsprosesser.
- Oppsummert er rådmannens konklusjon at revisjonen har gjennomført en grundig kartlegging og nøye vurdering av de innspill som er gitt i prosessen. Rådmannen mener rapporten fokuserer på viktige områder, og gir en god beskrivelse av tjenesten.