



FORVALTNINGSREVISJONSRAPPORT

Legetjeneste

INNHOLDSFORTEGNELSE

1	SAMMENDRAG	3
2	INNLEDNING	4
2.1	Bakgrunn.....	4
2.2	Problemstilling og avgrensing.....	4
2.3	Metode og gjennomføring.....	5
2.4	Revisjonskriterier.....	5
3	RAMMEAFTALEN	6
3.1	Revisjonskriterier.....	6
3.2	Fakta.....	6
3.3	Vurderinger.....	7
4	LEGEKAPASITET	8
4.1	Revisjonskriterier.....	8
4.2	Fakta.....	8
4.3	Vurderinger.....	11
5	SAMARBEID	12
5.1	Revisjonskriterier.....	12
5.2	Fakta.....	13
5.3	Vurderinger.....	15
6	KONKLUSJONER/ANBEFALINGER	17
7	RÅDMANNENS KOMMENTARER	18

1 SAMMENDRAG

Rapporten omhandler utvalgte temaer innen kommunens legetjeneste. Vi har hatt fokus på etterlevelsen av rammeavtalen mellom kommunen og fastlegene, legedekningen i kommunen og rutiner som skal tilrettelegge for samarbeid mellom fastlegene og kommunens ulike virksomheter. Prosjektet er gjennomført ved dokumentanalyse, intervju av sentrale personer i kommunen som i sin tjenesteutøvelse er i kontakt med fastlegene, samt ved spørsmål til kommuneoverlegen og utvalgte fastleger. Revisjonskriteriene er delvis hentet fra lov, forskrift, forarbeider, rundskriv og veiledere, og stiller samlet sett en rekke krav til kommunens organisering av legetjenesten.

Rammeavtalen stiller krav til opprettelsen av allmennlegeutvalg og samarbeidsutvalg for å sikre samarbeid mellom kommunen og fastlegene, samt krav til hensiktsmessig organisering og planlegging av legetjenesten. Revisjonen har funnet at rammeavtalen mellom kommunen og fastlegene i all hovedsak etterleveres. Kommunen har opprettet ett allmennlegeutvalg som skal ivareta begge utvalgenes funksjon. Vi registrerer imidlertid at fastlegene ikke er så involvert i planarbeidet som rammeavtalen legger opp til.

Revisjonskriteriene stiller krav til at kommunen skal ha tilgjengelige fastleger for å sikre innbyggerne og de som midlertidig oppholder seg i kommunen nødvendig helsehjelp. I henhold til innhentet fakta som viser at kommunen har fere åpne fastlegelister, samt opplysninger gitt av fastlegene om oppfyllelse av deres plikt til å yte nødvendig helsehjelp til ovenfor nevnte grupper vurderer revisjonen at kommunens legedekning i fastlegeordningen er tilfredsstillende. Revisjonskriteriene stiller videre krav om at det skal være etablert en legetjeneste i tilknytning til sykehjem og helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Kommunen har organisert legetjeneste i tilknytning til sykehjem, helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Kommunen har så langt i planperioden ikke fulgt sin egen bemanningsnorm for legedekning i sykehjem, til tross for at kommunen har vært klar over kapasitetsutfordringer. Kommunen har imidlertid truffet de nødvendige beslutningene slik at normen vil følges fra 1/11-2011. Revisjonskriteriene stiller også krav om at kommunen skal ha en kommunelege som medisinsk faglig rådgiver. Kommunen har en kommuneoverlege, men fakta antyder at stillingsstørrelsen ikke dekker det reelle behovet. Oppfatningen bygger på at kommuneoverlegen ikke spiller den rollen i systematisk planarbeid som han er tiltenkt, samt tilbakemeldinger om kapasitetsutfordringer. Vi viser dessuten til forarbeidene til kommunehelsetjenesteloven som anbefaler kommuneoverlege i minimum 50% stilling i mindre kommuner.

Revisjonskriteriene legger også en generell plikt til samarbeid på kommunehelsetjenesten som helhet. Fakta viser at fastlegenes deltakelse i ulike samarbeidsfora er varierende og personavhengig, samt at det er utfordringer knyttet til fastlegenes tilgjengelighet. For mottakere av pleie og omsorgstjenester er det satt eksplisitte krav til utarbeidelse av skriftlige rutiner for å sikre medisinsk behandling og undersøkelse. Foruten rutiner for å sikre mottakere av hjemmetjenester medisinsk undersøkelse finner revisjonen at kommunen har utarbeidet lovpålagte rutiner innenfor reviderte områder. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal ifølge revisjonskriteriene ha skriftlige rutiner for samarbeid med fastlegene. I kommunen er det utarbeidet rutiner som tar sikte på dette, dog er ansvarsfordeling mellom fastlege og helsestasjonslege ikke en del av rutinen.

Revisjonen er gjennomført i tidsrommet januar 2011-mai 2011.

2 INNLEDNING

2.1 Bakgrunn

Revisjonen har som en av sine oppgaver å utføre forvaltningsrevisjon, jfr. kommunelovens § 78 og forskrift om revisjon kapittel 3. Forvaltningsrevisjon innebærer blant annet å kontrollere at forvaltningens aktiviteter foregår i samsvar med gjeldende bestemmelser og kommunestyrets vedtak. Forvaltningsrevisjon skal gjennomføres i henhold til god kommunal revisjonsskikk.

Plan for forvaltningsrevisjon 2010 – 2011 ble vedtatt i kommunestyret den 25/3-2010, sak KS 015/10, og i henhold til denne er ”Legetjeneste” neste prosjekt på planen.

Planen sier dette om bakgrunnen for prosjektet: *”Kommunen har beskrevet at kommunens legetjenester (både kommunale oppgaver og fastlegeordningen) har utfordringer når det gjelder struktur, kompetanse, kapasitet, lokalisering og samarbeid. Revisjonen mener at et godt tilbud innenfor dette området er av stor betydning for den enkelte bruker/pasient. Videre er de utfordringer som er beskrevet vesentlige for at kommunen skal kunne ivareta sitt lovpålagte ansvar innenfor området.”*

2.2 Problemstilling og avgrensning

Rapporten omhandler følgende problemstillinger:

1. Hvordan etterleves rammeavtalen mellom KS¹ og Den norske legeforening i Råde kommune?
 - Problemstillingen vil se på i hvilken grad avtalen etterleves fra kommunens og fastlegens side med tanke på samarbeid og styring av legetjenesten i kommunen.
2. Tilfredsstiller legekapasiteten i Råde kommune lovpålagte krav og nasjonale føringer til kommunens ulike helsetjenester?
 - Problemstillingen vil ta for seg legebemanning i kommuneoverlegerollen, fastlegetjenesten, sykehjem og helsestasjon- og skolehelsetjenesten.
3. Er det etablert samarbeidsrutiner mellom Råde kommunes fastlegetjeneste og øvrige helsetjenester i kommunen i samsvar med lovpålagt plikt og nasjonale føringer?
 - Problemstillingen vil ta utgangspunkt i kommunehelsetjenestens plikt til å utarbeide rutiner som legger opp til samarbeid med fastlegene/tilsynslegene i sykehjem, og kontrollere om det er etablert rutiner. Innholdet i rutinen er ikke underkastet nærmere undersøkelser.

¹ Kommunesektorens interesse og arbeidsgiverorgan

2.3 Metode og gjennomføring

Østfold kommunerevisjon IKS gjennomfører all forvaltningsrevisjon i tråd med ”Standard for forvaltningsrevisjon” (RSK 001).

Fakta i dette prosjektet er innhentet gjennom dokumentanalyse og intervju med sentrale personer i kommunen og legetjenesten.

Dokumentanalyse er gjennomført for sentrale planer, reglementer og rutiner i kommunen knyttet til legetjenesten.

Det er gjennomført intervju med helse- og omsorgsrådgiver og virksomhetsledere som i sin tjenesteutøvelse samarbeider med fastlegene. I etterkant av hvert intervju er det utarbeidet referat, som så er verifisert av informanten. Det følger av revisjonens metodikk at verifiserte referater er å anse som fakta på lik linje med annen skriftlig dokumentasjon.

Det er også gjennomført elektronisk intervju med kommuneoverlegen og fire av seks fastleger i kommunen.

Undersøkelsen er gjennomført av forvaltningsrevisor Lene Brudal i perioden januar 2011 til mai 2011.

2.4 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier fastsettes normalt med basis i en eller flere autoritative kilder og ut fra trinnhøydeprinsippet. Med autoritative kilder menes normalt lovverk, politiske vedtak og føringer, men også kommunens egne retningslinjer, anerkjent teori på området og/ eller andre sammenlignbare virksomheters løsninger og resultater kan danne basis for revisjonskriterier.

I dette prosjektet er følgende kilder benyttet for å utlede revisjonskriteriene:

- Lov av 19/12-1982, nr. 66 om helsetjenesten i kommunene
- Forskrift av 27/6-2003 om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene
- Forskrift av 3/4-2003, nr. 450 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.
- Forskrift av 20/12-2002 om internkontroll i sosial og helsetjenesten
- Forskrift av 14/4-2000 om fastlegeordning i kommunene
- Forskrift av 14/11-1988 for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie
- Helse og omsorgdepartementets rundskriv nr. I-4/2007 Nasjonal standard for legetjenester i sykehjem
- Helse og omsorgdepartementets rundskriv nr. I-3/2005 Statusrapport om fastlegeordningen i Norge etter 2 ½ år –oppfølging i den enkelte kommune
- Rammeavtale mellom KS og Den norske legeförening om allmenlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene med kommentarer (ASA 4310)
- Ot.prp. nr. 99 (1998-99) Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover (fastlegeordningen.)
- NOU 2005: 3 Fra stykkevis til helt, en sammenhengende helsetjeneste
- St. meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen
- Helsedirektoratets veileder IS- 1154 Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Utledning av revisjonskriteriene følger under hver enkelt problemstilling.

3 RAMMEAFTALEN

Hvordan etterleves rammeavtalen mellom KS og Den norske legeforening i Råde kommune?

3.1 Revisjonskriterier

Rammeavtalen (ASA 4310) er inngått under henvisning til kommunehelsetjenestelovens § 1-3. Avtalen regulerer kommunenes og allmennlegenes oppgaver. Rammeavtalen stiller blant annet følgende krav til fastlegeordningen:

- Kommunen skal ta initiativ til at det blir opprettet et allmennlegeutvalg der alle allmennlegene i kommunen er deltakere. Allmennlegeutvalget skal bidra til nødvendig samarbeid mellom legene i kommunene for å ivareta legenes oppgaver i fastlegeordningen. Allmennlegeutvalget representerer allmennlegene overfor kommunen.
- Kommunen skal ta initiativ til at det blir opprettet et samarbeidsutvalg. Samarbeidsutvalget skal ha like mange representanter fra allmennlegene som fra kommunen. Kommuneoverlegen er ansvarlig for å tilrettelegge møtene og følge opp saker hvor det er nødvendig. Samarbeidsutvalget skal legge til rette for at driften av allmennlegetjenesten skjer på en hensiktsmessig måte gjennom samarbeid mellom kommunen og allmennlegene. Allmennlegene skal sikres innflytelse over drift og organisering av egen praksis og eget listeanvar.
- Kommunen skal utarbeide plan for legetjenesten i kommunen. Planen skal rulleres og forelegges samarbeidsutvalget til vurdering og uttalelse. Kommunen plikter på et så tidlig tidspunkt som mulig å holde legen informert om planer og forhold i kommunehelsetjenesten som kan få betydning for legens virksomhet. Slik informasjon kan gis gjennom allmennlegeutvalget i kommunen. Kommunen plikter gjennom samarbeidsutvalget og allmennlegeutvalget å ta legen med på råd i spørsmål som berører eller vil berøre legens virksomhet.

3.2 Fakta

Helse- og omsorgsrådgiver viser til at kommunen har opprettet et allmennlegeutvalg hvor alle fastlegene deltar. Møtene ledes av kommuneoverlegen. Kommuneoverlegens rolle i møtene er hjemlet i vedkommendes stillingsbeskrivelse. Rådgiver opplyser videre om at virksomhetsledere for sykehjem, hjemmebaserte tjenester og tjenester for funksjonshemmede møter i allmennlegeutvalget. Ved behov møter også NAV.

Formålet med møtene er ifølge rådgiver å diskutere og legge til rette de formelle fastlegeavtalene, samt å informere om kommunale planer som har betydning for legetjenesten. Rådgiver opplyser om at det også tas opp informasjon om samfunnsmessige forhold som er av betydning for legevirkossheten, lovendringer og nasjonale føringer, som for eksempel samhandlingsreformen. Videre planlegges feriefravær, slik at ikke alle har ferie samtidig. Uforutsett fravær er i følge rådgiver fastlegens ansvar, og legene har avtaler seg i mellom som fungerer godt.

Rådgiver opplyser om at kommunen ikke har samarbeidsutvalg, men mener at allmennlegeutvalget ivaretar samarbeidsutvalgets formål. Imidlertid opplyser rådgiver at fastlegene har etterspurt et samarbeidsutvalg, og at opprettelse av dette blir mer aktuelt når samhandlingsreformen innføres grunnet økte krav til samarbeid.

Rådgiver opplyser at kommunens mål er å gjennomføre to møter mellom kommunens administrasjon og fastlegene per år. Dette har fungert fra 2010 og frem til dags dato.

Kommunen har utarbeidet plan for allmennlegetjenesten i Råde kommune 2008-2011. Planen inneholder en situasjonsbeskrivelse av kommunens befolkning og legedekning, samt vurderinger og anbefalinger i forhold til legedekningen. Flere av fastlegene oppgir i intervju at de ikke er gitt anledning til å uttale seg i forbindelse med planen. Videre opplyser flere av fastlegene at de ikke har fått uttale seg i forbindelse med bemanningsvurderingen av legetjeneste i sykehjem, og at de i liten grad deltar i planleggingen av kommunens legetjeneste generelt.

Ifølge rådgiver deltar ikke fastlegene i arbeidet med kommunens planer og rutiner, men de får dokumentasjon forelagt for seg etter utarbeidelse. Rådgiver viser til at informasjonutveksling utover allmennlegeutvalgene foregår ved bruk av mail og ved at fastlegene har fått tilgang til kvalitetslosen². Rådgiver opplyser at det sendes ut informasjon om alt av relevante forskrifter, rundskriv, veiledere og lignende i forhold til legevirkosomheten. Fastlegen har ifølge rådgiver ansvar for å sette seg inn i dette, og det finnes ingen kontrollrutiner fra kommunens side som faktisk undersøker at informasjonen er blitt implementert. Videre er de underlagt en rekke tilsyn som sikrer regeletterlevelse og forsvarlig virksomhet.

3.3 Vurderinger

Råde kommune har opprettet et allmennlegeutvalg som i hovedsak er i tråd med revisjonskriteriene.

Revisjonen finner at det ikke er opprettet et samarbeidsutvalg, men ifølge fakta skal allmennlegeutvalget ivareta utvalgenes samlede formål. Her legger vi til grunn at møteaktiviteten ledes av kommuneoverlegen og at samarbeid sikres ved at både kommunen og allmennlegene er representert. Revisjonen finner således at praksisen er tilfredsstillende.

Kommunen oppfylder etter revisjonens vurdering kravet om å utarbeide en plan for legetjenesten. Imidlertid fremgår det av fakta at legene ikke har fått anledning til å uttale seg om innholdet i planen og at de i liten grad deltar i planleggingen generelt. Dette er etter vår oppfatning ikke i tråd med rammeavtalen.

² Kvalitetslosen er et elektronisk system som inneholder oversikt over lover og forskrifter, retningslinjer, rundskriv og prosedyrer som gjelder for kommunens ansatte

4 LEGEKAPASITET

Tilfredsstiller legekapasiteten i Råde kommune lovpålagte krav og nasjonale føringer til kommunens ulike helsetjenester?

4.1 Revisjonskriterier

Det følger av kommunehelsetjenesteloven § 1-1 at kommunen har det overordnede ansvar for å sørge for nødvendig helsetjeneste til alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen.

Ifølge kommunehelsetjenesteloven § 3-5 påligger det kommunen å ansette kommunelege: *”Kommunen ansetter en eller flere kommuneleger som skal utføre de oppgaver kommunelegen er tillagt i lov eller instruks.”* I Ot.prp. nr. 99 (1998-1999) er det uttalt at i kommuner med færre innbyggere enn 10 000 bør være kommunelege i halv stilling med stedfortreder.

Det følger av kommunehelsetjenesteloven § 2-1a at *”Enhver som er bosatt i en norsk kommune, har rett til å stå på liste hos lege med fastlegeavtale (...)”*.

Det følger av rundskriv I-3/2005 at kommunen for å ivareta innbyggernes rettigheter på en tilfredsstillende måte må sikre tilstrekkelig kapasitet i legetjenesten til at innbyggerne har reell valgmulighet når de ønsker å bytte fastlege, det vil si at kommunen minimum må ha to ledige lister å bytte til.

Med hjemmel i rammeavtalen er følgende lovpålagte oppgaver gjort til fastlegens ansvar:

- at innbyggerne på vedkommendes liste får tilgang til allmennmedisinske legetjenester, herunder konsultasjoner, sykebesøk og øyeblikkelig hjelp.
- å vurdere pasienter på andre legers liste og pasienter til ny vurdering
- tilby nødvendig helsehjelp til pasienter som ikke står på liste.

I forskrift om sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie § 2-1 er det pålagt å ha organisert en legetjeneste i tilknytning til oppholdet. I rundskriv I-4/2007 fastsatt med bakgrunn i forskriften om kvalitet i pleie og omsorgstjenesten, samt den generelle forskriften om internkontroll i helsetjenesten skal kommunen foreta en lokal bemanningsvurdering og fastsette en lokal norm for legedekning i sykehjem.

Kommunens ansvar for helsestasjon og skolehelsetjeneste følger av kommunehelsetjenesteloven § 1-3. I forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten § 2-1 annet ledd er det presisert at kommunen *”skal sørge for å ha tilgang på nødvendig personell for de oppgavene de skal utføre (...)”* I veileder til forskriften er det ytterligere presisert at grunnbemanningen blant annet skal bestå av helsesøster og lege. Per dags dato er det ikke utarbeidet noen norm for legebemanningen i helsestasjon- og skolehelsetjenesten.

4.2 Fakta

Kommunehelsetjenesten i Råde kommune består av en kommuneoverlege i 20% stilling, fem fastleger og en vikar. Kommuneoverlegen opplyser å ha sagt opp sin stilling i kommunen og Råde står uten kommuneoverlege fra 1/7-2011. For å oppfylle sine forpliktelser etter loven

Legetjeneste

opplyser helse- og omsorgsrådgiver at kommunen i mellomtiden vil dele kommuneoverlegens oppgaver på de øvrige fastlegene, samt kjøpe tjenester av nåværende kommuneoverlege. Stillingen som kommuneoverlege vil bli lyst ut, og rådgiver uttaler at stillingen kan deles på flere og økes til 30 % avhengig av hva kandidaten(e) selv måtte ønske. I kommunens plan for allmennlegetjenesten i Råde kommune 2008-2011 er det anbefalt å øke kommuneoverlegetstillingen til 50%. Dette ble ikke vedtatt. Administrasjonen skulle ifølge planen i stedet se på muligheten for samarbeid med andre kommuner .

Kommunen viser til følgende tabell for legedekning per 31/3-2011:

Tabell 1:

Lege:	Helsestasjon+ skolehelsetjeneste	Sykehjem	Antall innskrevne på fastlegeliste:	Ledig listekapasitet:
1	26,8%		978	0
2		8%	1502	0
3		20%	554	406
4+ Vikar		10,67%	1738	22
5			1336	164
Total legedekning	26,8%	38,67%	6119	597

Tabellen viser at en av legene er tilknyttet helsestasjon og skolehelsetjenesten og tre av legene har oppgaven som tilsynslege i sykehjem. Tre av kommunens fastleger har ledig listekapasitet. 6177 av 6960 innbyggere i kommunen har fastlege i Råde. 58 av kommunens innbyggere er innlagt på institusjon og får legetjeneste fra tilsynslegene i tilknytning til oppholdet. 783 innbyggere står ikke på liste hos fastlegene i Råde. I 2010 var Råde kommunes driftstilskudd til andre kommuner på ca 300 000 kr, noe som tilsier at flere av innbyggerne som ikke står på liste i Råde kommune benytter seg av fastlege i andre kommuner. Dette forklares av kommunen og flere av fastlegene ved at Råde er en liten kommune, og derfor velges fastlege i nabokommune på grunn av korte avstander og arbeidssted.

Kommunen har en 50% fastlegehjemmel tilgjengelig som utsettes iverksatt til de fastlegene som har avtale med kommunen får fylt opp listene sine. Rådgiver mener på denne bakgrunn at kommunens fastlegetjeneste har god kapasitet.

Gjennom intervju oppgir flere av fastlegene at de har tilstrekkelig kapasitet til å gi alle sine listepasienter nødvendig helsehjelp, samt at de sikrer helsehjelp til pasienter på andre legers lister ved fravær og at de har kapasitet til å ta i mot pasienter som ikke står på liste. Det legges til at legene er underlagt flere eksterne faglige tilsyn som sikrer innbyggernes rettigheter etter kommunehelsetjenesteloven.

Tabell 1 viser at kommunen har en samlet legedekning i sykehjem på 38,67%. Beregning av legedekning i sykehjem fremkommer i tabell 2 (KOSTRA tall):

Legedekning i sykehjem	Råde	Gruppe 7 (gjennomsnitt)	Østfold (gjennomsnitt)	Landet (-Oslo) (gjennomsnitt)	Alle kommuner (gjennomsnitt)
Legetimer per uke per beboer i sykehjem 2009	0,23	0,37	0,44	0,33	0,34
Legetimer per uke per beboer i sykehjem 2010 ³	0,22	0,33	0,43	0,36	0,37

³ Tallene er ureviderte

Tabellen viser at Råde kommune ligger lavere sammenlignet med andre kommuner i forhold til legetimer per uke per beboer i sykehjem for 2009, og tendensen er den samme for 2010. Rådgiver og virksomhetsleder for sykehjem forklarer den lave legedekningen med svak økonomi i kommunen.

Normering av legedekningen i Råde kommune er gjort rede for i ulike dokumenter. Kommunen vurderer utvikling og status i legetjenesten i forhold til kommunens befolkning, økonomi og andre kommuners normering i plan for allmennlegetjenesten i Råde kommune 2008-2011⁴. Vurderingen er foretatt i 2007 hvor man så et behov for økt legebemanning i sykehjem. Vurderingen er gjort på bakgrunn av blant annet eldre og sykere pasienter, sammensatte problemer, alvorlige hjernesykdommer, kortere liggetid i sykehus og høyere krav til oppfølging og behandling etter sykehusopphold. Det fremkommer av dokumentene at normeringen ligger under det legeføreningen anser som gjennomsnittlig behov for legedekning. Kommunen begrunner dette med *"erfaringer man har om behovet for lege i sykehjemmet"* og at *"kommunens økonomi tilsier at man må være sparsommelig i dimensjonering av alle tjenester."* Kommunen konkluderer på denne bakgrunn med behov for en legedekning i sykehjem på 70%. Dette ble i utgangspunktet vedtatt, men resultatet ble i stedet å opprettholde den opprinnelige bemanningen grunnet strakstiltak for å spare penger.

Med bakgrunn i blant annet økte krav til samhandling, økt behov for medisinsk behandling og kompleksitet redegjør kommunen i 2008 nok en gang for behov for økte legeressurser.⁵ Kommunen uttaler i samme sak at legedekningen *"skaper manglende kontinuitet i arbeidet og sykehjemmet totalt sett står igjen med en rekke udekkede behov."* I 2008 var også Helsetilsynet inne og vurderte legemiddelbehandlingen i sykehjem. I tilsynet ble det påpekt visse forbedringsområder, og blant annet på denne bakgrunn ble det i 2009 vedtatt å øke stillingen til 70%.⁶ Per d.d. er legedekningen i sykehjem 38,7%, men det er nå tilsatt sykehjemsoverlege i 70% stilling med avtalt tiltredelse 01.11.2011.

Rådgiver opplyser at vurdering og evaluering av sykehjemsoverlegestillingen kan gjennomføres etter at den nyopprettede stillingen har virket en periode, men det er ikke utarbeidet et eget system for evaluering og revidering av legebemanningen i sykehjem. Virksomhetsleder for sykehjem mener beboerne på tross av for lav legedekning har fått nødvendig medisinsk behandling, men at informasjonsflyten mellom lege og øvrige ansatte på sykehjemmet burde vært bedre, samt at det i større grad burde vært gitt informasjon til beboere og pårørende for at de skal oppleve trygghet rundt sin situasjon.

Tabell 1 viser at det i helsestasjon og skolehelsetjenesten er legedekning på 26,8 %. Helsestasjon yter tjenester til 1335 barn i alderen 0-16 år. I tillegg har kommunen 375 unge i alderen 16-20 år. Virksomheten kjøper for disse vedkommende tjenester av Moss og Fredrikstad.

Virksomhetsleder for familie opplyser om at legetjenesten i helsestasjon og skolehelsetjenesten tidligere bestod av 15,5 legetimer per uke. Dette ga i følge plan for allmennlegetjenesten 2008-2011 en tilstrekkelig dekning av legetjenesten. I tiltaksplan 2009-2012 ble det vedtatt at legetjenesten reduseres med 0,16 årsverk. Innsparingen i legeressursen har i følge virksomhetsleder ført til at det blant annet ikke er legekonsult ved 4-

⁴ arkivsaksnr. 07/1348

⁵ arkivsaksnr. 08/855

⁶ arkivsaksnr. 08/1392 (OU-030/09)

årsundersøkelsen, men at helsesøster skal gjøre de undersøkelsene som er nødvendige. I tillegg opplyser virksomhetsleder at nedbemanningen har ført til et økt arbeidspress både på legen og helsesøster, samt begrenset tid til faglig diskusjon. De familiene som vil snakke mer utfyllende med legen må i følge virksomhetsleder benytte sin fastlege. I tillegg vil barnet ifølge virksomhetsleder bli henvist til fastlege dersom det skulle være behov for det i forbindelse med 4-årskontrollen.

Beregning av legedekning i helsestasjon fremkommer i tabell 3⁷ (KOSTRA tall):

Bemanning i helsestasjon	Råde	Gruppe 7 (gjennomsnitt)	Østfold (gjennomsnitt)	Landet (-Oslo) (gjennomsnitt)	Alle kommuner (gjennomsnitt)
Årsverk av leger per 10000 innbyggere 0-5 år for 2009	7,5	5,3	5,9	6	5,8
Årsverk av leger per 10000 innbyggere 0-5 år for 2010 ⁸	5,7	4,2	5,9	5,7	5,5
Årsverk av helsesøstre per 10000 innbyggere 0-5 år for 2009	65,8	55,1	59,4	59,2	56,9
Årsverk av helsesøstre per 10000 innbyggere 0-5 år for 2010	54,8	56,2	57,6	68,5	65,1

Tabellen viser at Råde kommune i 2009 hadde en legedekning i helsestasjon på et høyere nivå enn sammenlignende kommuner. For 2010 går årsverk av leger ned, det samme gjelder årsverk av helsesøstre. Likevel ligger Råde kommune høyere enn landet for øvrig vedrørende legedekning, marginalt under gjennomsnittet for Østfold, og høyere enn kommunegruppen. Virksomhetsleder og helsestasjonslegen opplyser at tjenesten fortsatt holder forskriftsmessig standard. Virksomhetsleder mener imidlertid at årsverk av helsesøstre burde vært noe høyere for å kompensere for ekstra arbeidsoppgaver.

4.3 Vurderinger

Revisjonen finner at Råde kommune har en kommuneoverlege i tråd med revisjonskriteriene. Vi bemerker imidlertid at kommunen ikke har valgt å følge nasjonale anbefalinger om en stillingsstørrelse på 50 %.

For å sikre innbyggernes rettigheter må kommunen ha to åpne fastlegelister. Våre funn viser at kommunen har tre fastleger med ledig listekapasitet, noe som sikrer innbyggerne mulighet til å skifte fastlege, samt at kommunen med sin uopprettede fastlegehjemmel har listeplasser til alle sine innbyggere. På denne bakgrunn finner revisjonen legekapasiteten i fastlegeordningen tilfredsstillende.

Revisjonen finner at kommunen har organisert en legetjeneste i tilknytning til sykehjemmet i tråd med lovpålagt plikt. Kommunen har i tråd med revisjonskriteriene også foretatt en bemanningsvurdering av legedekningen på sykehjem, men som i en lengre periode ikke har vært fulgt.

I tråd med revisjonskriteriene finner revisjonen at kommunen oppfylder kravet om å ha lege i tilknytning til helsestasjon. Som vist i revisjonskriteriene finnes det ingen norm for legedekningen, men vi ser at kommunens legedekning ligger på linje med landet for øvrig og ligger over hva som er gjennomsnittlig i øvrige kommuner i samme kommunegruppe.

⁷ Tallene viser legedekningen i antall timer per uke.

⁸ Tallene fra 2010 er ureviderte

5 SAMARBEID

Er det etablert samarbeidsrutiner mellom Råde kommunes fastlegetjeneste og øvrige kommunale helsetjenester i samsvar med lovpålagt plikt og nasjonale føringer?

5.1 Revisjonskriterier

Det følger av kommunehelsetjenesteloven § 1-3a at det påligger kommunen å *”planlegge, organisere og legge til rette for at kommunen, helsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift. (...)”*

Det følger av kommunehelsetjenesteloven § 3-5 at kommuneoverlegens rolle er å være medisinsk faglig rådgiver for kommunen. I NOU 2005: 3 er kommunelegens rolle fremhevet: *”Kommunelegens samfunnsmedisinske funksjon er viktig for å fremme samhandlingen på systemnivå (...) rekruttering og stabilitet i disse funksjonene er svært viktig i et samhandlingsperspektiv, og at det må arbeides med tiltak for å opprettholde og styrke samfunnsmedisinen lokalt og sentralt.”*

Med hjemmel i blant annet kommunehelsetjenesteloven er det utgitt en forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene, hvor det i § 3 første ledd er pålagt kommunen å *”etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at:*

- *det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten. (...)”*

Det følger videre av annet ledd at det skal utarbeides skriftlige nedfelte prosedyrer for å sikre brukerne blant annet nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling. I følge forskriftens § 2 gjelder dette uavhengig av hvor tjenesten utføres.

Ansvar for personer som er tilknyttet en fastleges liste som blir inntatt i helseinstitusjon eller annen institusjon med organisert legetjeneste, overføres til institusjonen ifølge forskrift om fastlegeordningen § 8. Det følger videre av forskriften at *”vedkommende blir likevel stående på fastlegens liste, og fastlegen har ansvaret for tilrettelegging av allmennlegetilbudet til denne ved utskrivning. Ved behov for slik tilrettelegging plikter institusjonen å orientere fastlegen på forhånd.(...)”*

Det følger av forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons og skolehelsetjenesten § 2-1 tredje ledd at *”Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal ha rutiner for samarbeid med fastlegene, (...)”* Videre uttales det i veileder til forskriften at *”Det er viktig å avtale hensiktsmessig arbeidsdeling mellom helsestasjonslege og fastlege. Helt konkret handler det om hvor langt en helsestasjonslege skal bevege seg i retning av diagnostikk og behandling av presenterte symptomer og tegn.”*

Fastlegens plikt til samarbeid følger av kommunehelsetjenesteloven § 1-4 annet ledd: *”Helsetjenesten skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivare tatt av andre offentlige organer hvis virksomhet har betydning for helsetjenestens arbeid. Slik medvirkning skal skje blant annet gjennom råd og uttalelser og ved deltakelse i plan- og samarbeidsorganer som blir opprettet.”*

5.2 Fakta

I kommunens handlingsprogram 2011-14⁹ er det for pleie- og omsorgstjenestene uttalt et behov for bredere samordning med øvrige tjenesteområder i kommunen. Arbeidet med individuell plan blir trukket opp som eksempel, og målet er å få til en bred samhandling for innbyggere med rett til individuell plan. Handlingsprogrammet innebærer også Omsorgsplan 2011-2022.

Planen skal omfatte viktige handlingsområder for omsorgs- og helsetjenestene til innbyggerne i Råde som i tillegg til tjenester til brukerne nevner samhandlingsreformen, kompetanseheving, faglige utviklingsstrategier, kvalitetssikring og internkontroll. Det er uttrykt i rådgivers utkast til rådmannens årsmelding for 2010 at det er i omsorgsplanen de viktigste forberedelsene til samhandlingsreformen pågår. Per dags dato foreligger det et faglig idegrunnlag for planen. I idegrunnlaget fremgår at *”helse og omsorgstjenestene skal legge til rette for at tverrfaglig samarbeid skal foregå på tvers av virksomhetene. Tverrfaglighet skal innarbeides i møtstruktur for tjenestetildeling og fagutvikling. Forpliktende tverrfaglig samarbeid skal tydeliggjøres i tjenestebeskrivelser og kvalitetssikringsarbeid.* Det uttales videre at *”almennmedisinsk utredning inngår også i det tverrfaglige samarbeidet.”*

Helse- og omsorgsrådgiver viser til at kommuneoverlegens rolle og funksjon følger av stillingsbeskrivelsen. Her fremgår at kommuneoverlegen blant annet *”skal være pådriver for og medvirke til at kommunens samlede helsetjenester fungerer etter gjeldende lov- og regelverk (...) medvirke gjennom kontroll og rådgivning til at berørte virksomheter har nødvendig kompetanse i henhold til de oppgaver som utføres innenfor området. Være kontaktperson for kommunens privatpraktiserende leger (...) forvalte det medisinske skjønn i forhold til Plan og bygningsloven. Møter i byggingråd og plangruppe når det blir initiert fra rådmannen.”*

Rådgiver oppgir å være den som ivaretar kommuneoverlegens administrative oppgaver, og at kommuneoverlegen skal ta seg av den medisinskfaglige rådgivningen overfor fastlegene og virksomhetene. Rådgiver er ansvarlig for arbeid knyttet til planer og rutiner. Kommuneoverlegen deltar ikke i dette arbeidet, men mottar på lik linje med fastlegene informasjon i etterkant pr. e-post eller ved saksfremlegg i allmennlegeutvalget.

Kommunens virksomhetsledere opplyser at de bruker kommuneoverlegen i utfordringer knyttet til sin virksomhet, og opplever at kommuneoverlegen er tilgjengelig. Samtidig opplever virksomhetsleder for familie at forventninger knyttet til helsereelatert samarbeid med kommuneoverlegen begrenser seg grunnet vedkommendes knappe ressurser. Virksomhetsleder forklarer videre at mye av problemene har løst seg ved at kommuneoverlegen har vært tilgjengelig langt mer enn de 20 % han har vært tilsatt i.

Gjennom intervju har flere av fastlegene gitt tilbakemelding om deres samarbeid med kommuneoverlegen. To av fastlegene oppgir at kommuneoverlegen delvis oppfyller deres behov for medisinskfaglig rådgivning, mens to av fastlegene mener at kommuneoverlegen i liten grad oppfyller deres behov for råd.

Virksomhet hjemmebaserte tjenester har utarbeidet rutiner for å sikre sine pasienter medisinsk behandling. Dette er gjort i form av en prosedyre som beskriver ansvarsfordelingen mellom

⁹ Rådmannens forslag

virksomheten og fastlegen ved medisinerings. Legen (starter) ordinerer medisinerings mens hjemmetjenesten følger opp. Virksomhetsleder for hjemmebaserte tjenester opplyser at fastlegene er gjort kjent med rutinen skriftlig og gjennom samarbeidsmøter/samtaler. Utover dette foreligger det ingen rutiner for virksomhetens samarbeid med fastlegen; brukeren tar på vanlig måte kontakt med sin fastlege ved behov. Rådgiver opplyser om at det vil utarbeides ytterligere rutiner i forbindelse med arbeidet med omsorgsplanen.

Virksomhet hjemmebaserte tjenester har etablert faste samarbeidsmøter med to av kommunens fastleger, hvor det gjennomgås pasientrelasjoner, samarbeidsutfordringer og praktiske problemer. Virksomhetsleder uttrykker at det er vanskelig å få til et systematisk samarbeid med kommunens øvrige fastleger, men at dette er personavhengig. Utover dette opplever virksomhetsleder legenes tilgjengelighet som begrenset, og det er spesielt vanskelig å komme igjennom på telefon. Mye av kontakten med fastlegene skjer per telefon, og det er derfor store utfordringer knyttet til å få til et godt samarbeid. Virksomhetsleder uttrykker også utfordringer knyttet til at fastlegene ofte forskutterer tjenester (eks. sykehjemsplass, mer hjemmehjelp, hjelp med medisiner, gjerne i form av multidose) på vegne av kommunen.

Gjennom intervju har to fastleger gitt tilbakemelding om de opplever samarbeidet med hjemmebaserte tjenester som godt.

For å sikre sine beboere medisinsk undersøkelse og behandling har sykehjemmet utarbeidet rutiner. Rutinene omfatter blant annet prosedyrer for tilsynslege- og sykepleierfunksjon ved legevisitt, rutine for tilsynslegefunksjonen og rutine for årlig legesjekk.

Direkte samarbeid mellom sykehjem og tilsynslege skjer ved legevisitt. Det følger av rutine for tilsynslegefunksjonen at tilsynslegen har ansvar for medisinsk behandling og utredning av alle pasienter som bor på sykehjem. Tilsynslegen har også ansvar for årlig legesjekk av alle beboerne. Prosedyre for sykepleierfunksjonen ved legevisitt skal sikre at legen får tilstrekkelig opplysninger om pasienten, og at legen får undersøkt pasienten, samt at medisinsk behandling blir gjennomført i tråd med legens avgjørelse.

Videre har sykehjemmet også rutine for legemiddelgjennomgang, som skal sikre at legemidler gjennomgås systematisk. Gjennomgang av medisinliste skal skje ved oppstart med nye medikamenter og ved årlig helsesjekk. Legen skal sette evalueringsdato. For å sikre pasienter medisinsk behandling i perioder hvor tilsynslegen ikke er tilstede, er det utarbeidet rutine for tilkalling av lege i sykehjem. Det følger av rutinen at kommunelege skal utlevere lister til sykehjemmet over leger som har vakt i tidsrom det ikke er tilsynslege. De ansatte kontakter lege etter denne listen. Prosedyre for pasientjournal, attester, erklæringer og epikriser forklarer hvordan forannevnte dokumentene skal utformes, samt at den stadfester at epikrise skal sendes til det helsepersonell som trenger opplysningene for å gi pasienten forsvarlig oppfølging. Det er utarbeidet retningslinjer for journalføring som skal sikre dokumentasjon av helsehjelpen som er gitt. Prosedyren pålegger den enkelte helsearbeider å føre inn i journalen og journalansvarlig er gitt det overordnede ansvaret for å opprette og avslutte en journal, samt å oppdatere, slette, krav om innsyn og utlevering. Retningslinjene har også bestemmelser om selve føringen av journal i forhold til innhold og oppbevaring. Journalansvarlig er også pålagt ansvar for at legene fører journal i tråd med retningslinjene.

Virksomhetsleder opplyser at rutinene er utarbeidet i samarbeid med legene i form av diskusjon i møte med tanke på innhold, og rutinene er deretter sendt på høring. Samtlige av kommunens rutiner omtalt ovenfor er utarbeidet 10/3-2011.

Gjennom intervju opplyser to tilsynsleger å ha kjennskap til kommunens rutiner for årlig legesjekk og tilsynslegefunksjonen. En av de to kjenner til rutiner for journalføring. En av legene mener han/hun er bundet av rutinene, mens den andre ikke anser seg bundet av kommunens rutiner. Tilsynslegene opplever samarbeidet ved legevisitt som meget godt.

Virksomhetsleder opplyser at de legeressursene som sykehjemmet disponerer må brukes på beboerne, og det har ikke vært tid til å etablere samarbeid med sykehjemmet utover legevisitt. Tilsynslegen har faste dager hvor han/hun er på sykehjemmet, utover dette ser virksomhetsleder stor forskjell på hvor tilgjengelig legen er i forhold til hvordan henvendelser fra sykehjemmet og alvorlighetsgraden vurderes. Dersom tilsynslegen ikke er tilgjengelig må sykehjemmet bruke legevakten.

Rådgiver opplyser at organiseringen av tilsynslegestillingen har ført til manglende kontinuitet i tjenesten, det kunne i større grad vært gitt informasjon til beboerne, pårørende og ansatte for at de skal oppleve trygghet. I følge stillingsbeskrivelsen til den nyopprettede sykehjemsoverlegestillingen skal vedkommende blant annet utvikle legetjenesten etter nasjonale strategier, delta i tildelingsteam og delta i planlegging og oppfølging av driften.

Gjennom intervju har fastlegene gitt tilbakemelding om deres samarbeid med sykehjemmet. Flertallet av fastlegene svarer at samarbeidet med sykehjemmet generelt er mindre bra.

Det er utarbeidet prosedyre for samhandling mellom helsestasjon/skolehelsetjeneste og legetjenesten/spesialisthelsetjenesten. Rutinen skal fremme helse, forebygge sykdom og skade og legge til rette for helhetlige tjenester og godt samarbeid mellom helsestasjon og lege. Det fremgår av rutinen at generelle saker i forhold til samarbeid fremmes til kommunelegen slik at de kan drøftes i kommunelegens møte med legen. Helsestasjonen deltar når aktuelle saker er oppe. I forbindelse med enkeltbrukere skal det samarbeides der det er hensiktsmessig og foreligger samtykke. I følge virksomhetsleder for familie er rutinen helt ny og beskriver slik virksomheten har samarbeidet med fastlegene i flere år. Rutinen er sendt til kommunelegen slik at han kan drøfte den med fastlegene i deres samarbeidsmøte.

Gjennom intervju har fastlegen tilknyttet helsestasjon gitt tilbakemelding om samarbeidet med helsestasjon og fastlegen. Hensikten med rutiner på området er i følge fastlegen at fastlegen skal informeres dersom helsestasjonen henviser barnet videre. I følge fastlegen har kommunen her et forbedringspotensiale. Det er i følge fastlegen ikke utarbeidet noen skriftlige rutiner for arbeidsfordeling mellom helsestasjon og fastlege, men retningslinjer om hvem som utreder hva er diskutert i allmennlegemøter.

Virksomhetsleder for familie opplever at det kan være utfordrende å få fastlegen til å delta i ansvarsgruppemøter av tidshensyn. Dette er forsøkt løst ved å holde møtene på fastlegens kontor for å spare tid. Dersom dette ikke lar seg gjøre løses det i følge virksomhetsleder ved at fastlegen kommer med en skriftlig uttalelse. Dette er også bekreftet av fastlegene som opplyser å delta i samarbeidsmøter knyttet til sine pasienter i varierende grad.

5.3 Vurderinger

Det fremgår av fakta at kommunen har under utarbeidelse en omsorgsplan som tar sikte på å omfatte samarbeid, og som har intensjon om å bidra til samarbeidsrutiner.

Fakta viser at kommuneoverlegen innehar rollen som medisinskfaglig rådgiver i tråd med revisjonskriteriene. Vi registrerer imidlertid at kommuneoverlegen ikke synes å delta i

Legetjeneste

planlegging på systemnivå, dette på bakgrunn av fakta som viser at dette ansvaret er tillagt helse- og omsorgsrådgiver og at planer først legges frem i allmennlegeutvalget. Videre er det avdekket utfordringer knyttet til kapasitet.

Revisjonen finner at kommunen har etablert samarbeidsrutiner for flere virksomhetsområder. Virksomhet hjemmebaserte tjenester har utarbeidet rutiner for medisinerer for mottakere av hjemmetjenester. Virksomhet sykehjem har utarbeidet rutiner som sikrer beboerne både medisinsk behandling og undersøkelse. De har også rutine for oppfølging dersom en beboer blir skrevet ut av sykehjemmet.

I tråd med revisjonskriteriene har kommunen utarbeidet rutine for samarbeid mellom helsestasjon- og skolehelsetjenesten og fastlegene.

Revisjonen finner imidlertid ikke at det foreligger rutiner som skal sikre brukerne av hjemmebaserte tjenester medisinsk undersøkelse. Ei heller rutine for ansvarsfordeling mellom lege i helsestasjon- og skolehelsetjeneste og fastlegene. Vi registrerer at slik rutiner er diskutert i møte.

I forhold til samarbeid i praksis fremgår det av fakta at fastlegene deltar i ulike fora og gir råd og uttalelser. Samtidig er det gitt tilbakemelding om utfordringer knyttet til tilgjengelighet.

6 KONKLUSJONER/ANBEFALINGER

Denne rapporten omhandler legetjenesten i Råde kommune, og har fokusert på etterlevelsen av rammeavtalen mellom kommunen og fastlegene, legedekningen i kommunen og rutiner som skal tilrettelegge for samarbeid mellom fastlegene og kommunens ulike virksomheter.

Revisjonen har funnet at rammeavtalen mellom kommunen og fastlegene i all hovedsak etterleves. Vi registrerer imidlertid at fastlegene ikke er så involvert i planarbeidet som rammeavtalen legger opp til.

Revisjonen har videre funnet at kommunens fastlegedekning er tilstrekkelig til å sikre innbyggerne tilgang til fastlege. Videre fremgår det at kommunen har organisert legetjeneste i tilknytning til sykehjem og helsestasjons- og skolehelsetjeneste i tråd med revisjonskriteriene. Kommunen har undertiden kapasitetsutfordringer knyttet til legedekning i sykehjem, men har tilsatt sykehjemslege i 70% stilling med tiltredelse 1. november 2011. Kommunen vil da følge sin egen bemanningsnorm for legedekning i sykehjem.

Vi har også funnet at kommunen har kommuneoverlege i tråd med kriteriene, men her vil revisjonen bemerke at stillingsstørrelsen for kommuneoverlegen ikke synes å dekke det reelle behovet. Oppfatningen bygger på at kommuneoverlegen ikke spiller den rollen i systematisk planarbeid som han er tiltenkt, samt tilbakemeldinger om kapasitetsutfordringer. Vi viser dessuten til forarbeidene til kommunehelsetjenesteloven som anbefaler kommuneoverlege i minimum 50% stilling i mindre kommuner.

Revisjonen har også funnet at det er etablert rutiner som legger opp til samarbeid mellom kommune og fastlegene innefor flere ulike områder, men bemerker at det ikke er utarbeidet rutine for å sikre mottakere av hjemmebaserte tjenester medisinsk undersøkelse.

Rolvsøy, 23. mai 2011

Lene Brudal (sign.)
Forvaltningsrevisor

Anders Svarholt (sign.)
Oppdragsansvarlig revisor

7 RÅDMANNENS KOMMENTARER

Rådmannens høringsuttalelse er avgitt per e-post og lyder som følger:

Rapporten inneholder en grundig gjennomgang av de viktigste områdene i kommunens legetjenester. Rådmannen har ingen bemerkninger til innholdet i rapporten. Rapporten gir gode og konkrete anbefalinger for kommunens videre arbeid med å utvikle legetjenestene.

Morten Svagård
rådmann