

FORVALTNINGSREVISJON AV
LEGETENESTA – RUTINAR VED SKIFTE AV LEGE



SULDAL KOMMUNE
AUGUST 2015

INNHALD

Innhald	3
Samandrag	4
Rådmannens kommentar	9
Rapporten	12
1.1 Innleiing	13
1.1.1 Føremål og problemstillingar	13
1.1.2 Avgrensing	13
1.2 Faktabeskrivelse.....	14
1.2.1 Organisering av legetenesta	14
1.2.2 Dimensjonering av legetenesta	15
1.2.3 Ventetid	21
1.2.4 Innbyggere som har fastlege i Suldal kommune	21
1.2.5 Konsultasjonar	22
1.2.6 Utgifter til legetenesta	27
1.2.7 Refusjonar	30
1.2.8 Refusjonstap.....	34
1.2.9 Interne tilhøve.....	35
1.2.10 Rutinar rundt legeskifte	38
1.2.11 Forbetringar av interne arbeids-prosessar.....	43
Vedlegg	46

SAMANDRAG

Føremålet med dette prosjektet har vore å vurdere tilhøva for pasientane ved hyppig skifte av legar. I tillegg har det vært eit mål å sjå dette i relasjon til heilskapen i legetenesta i Suldal kommune; organisering, økonomi, bemanning, legedekning og tilgjengelegheit.

FUNN

Høy utskifting av leger. Frå 2011 til mars 2015 har det slutta til saman 15 leger i Suldal kommune. Dette gir ein årleg turnover på om lag 50 prosent. I tillegg har kommunen hatt ni turnusleger i same periode.

For brukarane er hyppige legeskifter og lang ventetid dei viktigaste utfordringane ved legetenesta. Brukarane opplever at dei må repetere sin historie for nye fastleger og at legane ikkje kjennar pasientane like godt som før. Høgt press på legetenesta og lang ventetid ser ut til å forsterke denne utfordringa, ettersom mange då blir vist til ein annan lege enn fastlegen.

Det er gledelig at det i dag (slutten av juni 2015) ikkje er ventetid hos legetenesta, og at legesituasjonen er i ferd med å stabilisera seg. Dersom denne situasjonen vevarar er det grunn til å tro at desse problema vil reduserast.

Kommunen har faste rutinar/sjekklistar for opplæring av nye leger, og det rapporteras om eit godt læringsmiljø ved legekantoret.

Pasientjournalen er eit viktig arbeidsverktøy for legene og sentral i samband med informasjonsoverføringa ved skifte av leger. Gjennomgangen tyder på at journalane som regel er oppdaterte, men at dei kan vera litt uoversiktlege. Fleire leger tar til orde for ein meir felles journalføringspraksis.

Innføringa av eit nytt journalsystem i september 2013 ser ut til å ha bidrege til å svekke informasjonsoverføringa mellom legene. Ved overgangen til nytt journalsystem mista legene viktig pasientinformasjon. Ifølgje kommuneoverlegen har dette gått ut over tryggleiken til pasientane i kommunen. Vi får opplyst at dette spesielt gjorde seg gjeldande i 2013 og 2014, og at journalsystemet fungerer betre no.

Kapasitet. Suldal har per i dag god fastlegekapasitet, og nesten 90 prosent av innbyggjarane har sin fastlege her.

Om lag 450 innbyggere i Suldal har sin fastlege i andre kommunar (11-12 prosent). Men det er også ein del innbyggere frå andre kommunar som har valt å ha sin fastlege i Suldal kommune. Dette gjeld 160 personer.

Det er vanskeleg å seie noko sikkert om kvifor 11-12 prosent av innbyggjarane i Suldal har valt å ha fastlege i andre kommunar. Våre data kan tyda på at det i all hovudsak er reint praktiske årsakar til dette, til dømes at ein veljar fastlege i den kommune ein arbeidar. Men vi skal heller ikkje sjå bort i frå at det kan ha med hyppige legeskifter å gjere.

Tenesteprofil. Det finnes ulike kontakttypar mellom pasient og lege. Mest kjend er den ordinære legekonsultasjonen, men det finnes også eine del enklare kontaktar. Legene i Suldal gjer bruk av dei enkle pasientkontaktane i langt større grad enn leger andre stader. Dømer på dette er brev- og telefonkontakt. Legene sjølve meiner at dei i for stor grad nyttar seg av desse kontakttypane. Dei hevdar at dette fagleg sett ikkje er så bra, at det ikkje er økonomisk gunstig (mindre inntekter), og at dette kan vera tidkrevjande.

Eit anna særtrekk ved legetenesta i Suldal er at konsultasjonstida i Suldal er 30 minutt, og ikkje 20 minutt, slik som andre stader. Tanken bak denne ordninga er at dei som har lang reise til legekantoret kan ta opp fleire ting medan dei er hos legen.

Listelengde. Gjennomsnittleg listelengde per legeårsverk i Suldal er 600 pasientar. Dette er betydeleg lågare enn dei fleste andre Rogalandskommunane ([sjå faktadel](#)). Kvar lege har også betydeleg færre konsultasjonar enn til dømes legene i Strand kommune. Målt ut frå tala kan det sjå ut til at legene i Suldal har ein lav produktivitet og arbeidsbelastning. Til tross for dette opplever legene eit høgt arbeidspress. Kva er grunnen til dette paradokset?

Det er fleire faktorar som kan forklara dette, og det kan skiljast mellom permanente og mellombelse forklaringsfaktorar ([sjå faktadel](#)). Døme på permanente faktorar er lengre konsultasjonstid i Suldal, meir offentleg legearbeid, og at relativt få legar deler på legevaktordninga. Det er først og fremst når fleire mellombelse faktorar kjem på toppen av dette, at utfordringane oppstår. Døme på mellombelse hendingar er: Utskiftingar av leger, permisjonar, sjukemeldingar og utskifting av journalsystem. Ein konsekvens av dette er at legevakta i periodar har vore fordelt på tre (og unntaksvis to) leger. Dette er ein veldig stor belastning for den enkelte lege, og det får også konsekvensar for den ordinære legetenesta. Vår gjennomgang visar at legetenesta er mest sårbar i periodar der fleire mellombelse hendingar hendar samstundes. Det er først og fremst i desse periodane at arbeidsmengda hopar seg opp og ventetida aukar.

Hausten 2014 og våren 2015 er dømer på slike periodar. Da var det ikkje uvanleg at ventetida var frå ein til to månader.

Ventetid. I slutten av juni 2015 er det i praksis ikkje ventetid ved legetenesta i Suldal, og dette har snudd radikalt dei siste to-tre månadene. Ein sentral forklaringsfaktor her er at legen som var ute i permisjon nå er tilbake igjen. I tillegg har kommunen fått ein sommervikar som har vore turnuslege i kommunen hausten 2014 og våren 2015, og som kjenner kommunen.

Sterk utgiftsvekst og høge utgifter. Kommunens netto utgifter med legetenesta har auka med drygt 70 prosent dei siste fem åra. Hovuddelen av dette ser ut til å skyldas ei auke i lønnsutgifter. Men det har også vært ein kraftig auke i kjøp frå andre, korav utgifter til vikartenester utgjer ein stor del. Det har dessutan vært ein kraftig auke i kommunens utgifter i samband med legevaktordninga.

Samanlikningar med Strand kommune tyder på at Suldal har særst høge utgifter til legetenesta. Til tross langt fleire innbyggere i Strand, er utgiftsskilnadene små. Dei siste fem åra brukte Suldal 85 prosent av det Strand brukte på legetenesta. Når det gjeld legevaktordninga brukte Suldal over dobbelt så mykje som det Strand gjorde.

Sjølv om det er svakheiter i samanlikninga vår, er det likevel ein god peikepinn på at Suldal brukar mykje pengar på legetenesta.

Det kan sjå ut til at **budsjetta** er satt urealistisk lavt i tilhøve til forbruket tidlegare år. Dette gjeld spesielt legevaktordninga. Til dømes er gjennomsnittleg forbruk dei siste fem åra nesten 90 prosent høgare enn budsjettet for dei same åra.

Betydeleg inntektsreduksjon. Gjennomgangen synar at legetenesta i Suldal har hatt ein betydeleg inntektsreduksjon dei siste åra, både i samband med brukarbetalingar og i samband med refusjonar frå staten. I perioden frå 2012 til 2014 er inntektene (dvs. summen av refusjonar og eigenbetalingar) redusert med nesten 1,1 millionar kroner (24 prosent).

Brukarbetalingar. I 2010 utgjorde brukarbetalingane drygt 1,5 millionar kroner. I 2014 utgjorde dei om lag 970 000 kroner. Det har vore ein jamn nedgang dei siste åra, og nedgangen var størst frå 2013 til 2014, på ca. 280 000 kroner.

Refusjonar. Samanlikningar vi har gjort synar at legetenesta i Suldal får mindre i refusjon i snitt per konsultasjon enn andre legetenester ([sjå faktadel](#)). Dette er overraskande ettersom Suldal har langt fleire konsultasjonar som varer i meir enn tjue minutt, og ettersom refusjonsinntektene aukar kraftig når konsultasjonane varer meir enn tjue minutt. Ein skulle altså trudd at bildet var motsett: At Suldal fekk meir i refusjon per pasient samanlikna med resten av landet. Men slik er det altså ikkje.

Ein annan ting som overraskar oss er at refusjonsinntektene per konsultasjon ser ut til å vera høgast i 2012 - eit år der konsultasjonstida vart redusert frå 30 til 20 minutt i ein lengre periode. Ein skulle tru at konsekvensen av denne praksisendringa ville få motsett effekt, men det gjorde den ikkje.

Korleis kan dette henge saman? Vi skal vera forsiktige med å trekke for bastante slutningar, men spesielt to moglege forklaringar peikar seg ut:

- **Kommunen har ein svært høg andel enkle pasientkontaktar, noko som gir mindre i refusjon til kommunen.**
- **Kommunen har ikkje klart å krevje inn alle refusjonane dei har krav på.** Tre faktorar støttar denne forklaringa:
 - Berekningar vi har gjort synar at kommunen har tapt refusjonsinntekter.
 - Intervjua er også eintydige i retning av at kommunen har tapt refusjonsinntekter, hovudsakleg i forbindelse med innføringa av nytt journalsystem.
 - I 2012 blei konsultasjonslengda redusert frå 30 til 20 minutt på grunn av lange ventelister. Dette førte til ein auke i antall konsultasjonar. Men det ser også ut til å ha ført til at andelen lange konsultasjonar har auka, det same har refusjonsinntektene per konsultasjon, noko som er langt meir overraskande. Hovudforklaringa på dette tilsynelatande paradokset synes å vera eit sterkare økonomisk insentiv for legene til å krevja inn refusjonar. I 2012 fekk legene 30 prosent av refusjonane. Det ser ut til at dette har hatt ein sær sars positiv effekt på kommunens refusjonsinntekter.

Det er vanskeleg å seie noko sikkert om kor store kommunens inntektstap har vore, og kor lenge dette kan ha pågått. Fleire peikar på at utfordringane særleg har vore knyta til innføring av nytt journalsystem i september 2013. I faktadelen har vi berekna kor mykje dette utgjør i tapte refusjonsinntekter i 2014. Berekningane våre kan tyda på at tapet dette året var i underkant av 300 000 kroner ([sjå faktadel](#)).

Det kan godt tenkast at inntektspotensialet er langt høgare enn dette. Eit døme på dette: Dersom Suldal kommune hadde fått like mykje i refusjon per pasientkontakt som gjennomsnittet for resten av landet, hadde refusjonsinntektene for 2014 auka med nesten 700 000 kroner.

Utvikling antall konsultasjonar. Tall frå helsedirektoratet tyder på at det har vore ein nedgang i legekonsultasjonar i Suldal frå 2010 til 2014. Men ettersom desse tala er baserte på rekningar legene får refusjon for, må tala tolkas med aktsemd.

Arbeidsmiljø og samarbeid. Gjennomgangen tyder på at legene opplever at det er eit godt arbeidsmiljø i eininga. I all hovudsak opplevas Suldal kommune som ein attraktiv arbeidsgjevar (sjå [faktadel](#)), men legene opplever at samarbeidet med kommuneleiinga er vanskeleg. Legene meiner at kommuneleiinga og dei sjølve lever i to ulike verkelegheiter, ein økonomisk og ein fagleg, og at det er viktig at ein i fellesskap blir einige om ein felles kurs. Frå kommunalsjef peikast det vidare på at kommuneleiinga ynskjer å ha eit godt samarbeid med legene, og ein har nyleg teke initiativ til å styrka samarbeidet.

Forbetringar av interne arbeidsprosessar. I intervjua gjer fleire leger uttrykk for at interne arbeidsprosessar kan forbetras. Det blir også peikt på at eigen journalpraksis har eit forbettringspotensial. I [faktadelen](#) har vi attgjeve nokon av tilbakemeldingane i in-

tervjua. Dette er ingen uttømmende liste, men vil kunne vera eit utgangspunkt for det interne forbetningsarbeidet i tida framover.

TILRÅDINGAR

- **Vi tilrår** kommunen å sjå nærare på korleis ein kan bremsa/redusera utgiftsveksten forbundet med legetenesta. Ein bør i den samanheng sjå nærare på korleis ein kan auke produktivitet og inntening i legetenesta.
- **Vi tilrår** kommunen å sjå nærare på konsultasjonstida, og vurdere om denne bør reduserast frå 30 til 20 minutt. Alternativt kan ein vurdere om ein bør differensiera betre i tilhøve til behov, og i større grad skilja mellom korte og meir omfattande konsultasjonar.
- **Vi tilrår** legene å sjå nærare på eigen praksis for pasientkontakt, og vurdere om andelen ordinære konsultasjonar bør aukast og enkle pasientkontaktar reduserast. I vurderinga bør det takast omsyn til lange reiseavstandar for nokre pasientar.
- **Vi tilrår** kommunen å sjå nærare på eigen praksis for å hente inn refusjonar, og sørgje for at kommunen får dei inntektene ein har krav på.
- **Vi tilrår** kommunen å freista å utarbeide meir realistiske budsjetter for legetenesta.

Dette er sentralt for å sikre ein god økonomistyring. Eit meir realistisk budsjett vil etter vår vurdering gje eit sterkare insentiv for å holde seg innanfor budsjetttramma, ettersom eininga vil få ein reell mulighet til å klare dette.

- **Vi tilrår** kommunen å arbeida for å stabilisera legetenesta.

Dette er noko kommunen allereie har arbeidd ein del med. Vi ynskjer likevel å understreke dette fordi utviklinga dei siste åra har vist at legetenesta er sårbar når fleire hendingar hendar på same tid (permisjonar, sjukefråver, oppseiingar). Samstundes er det viktig å erkjenne at dette til ein viss grad vil kunne vera normalsituasjonen for legetenesta, også i åra framover. Da er det viktig at ein riggar organisasjonen for dette. Difor er det viktig at legekantoret framover også arbeider med å utvikle felles prosedyrar og praksisar, og forbetrar interne arbeidsprosessar. Dette vil kunne redusera sårbarheten forbundet med ein del legeskifter.

- **Vi tilrår** kommunen og legekantoret å arbeide med interne arbeidsprosessar.

I [faktadelen](#) går vi kort inn på korleis ein kan gjera dette.

- **Vi tilrår** kommuneleiinga å styrka samarbeidet med legene.

Det er spesielt viktig at partane byggjar vidare på det initiativet kommuneleiinga har tatt, i ei tid der legetenesta står overfor ulike typar utfordringar.

RÅDMANNENS KOMMENTAR

Rådmannens kommentar, 20.08.15:

Rådmannen meiner det er ein fylldig og god rapport frå Rogaland Revisjon.

Tilrådingar frå Rogaland Revisjon

BREMSEA OG REDUSERA UTGIFTENE

- Legekontoret må vera seg bevisst på sine utgifter. Det må vera nøye budsjettvurdering.
- Ein må sjå på behovet for leiga av vikar, kan ein få til gode rutinar/prosedyrar som gjør at ein unngår mest mogleg vikar.
- Sjå på alle rutinar som skal redusera utgiftene.

KONSULTASJONSTID

- Rådmann seier seg samd med Rogaland Revisjon at ein må redusera konsultasjonstid frå 30 min til 20 min. Det vil forhåpentleg gir meir inntekter til kommunen samt mindre ventetid til timar for pasientane.

PASIENTKONTAKT

- Rådmannen støttar forslaget frå Rogaland Revisjon om at legane må vurdere bruken av meire konsultasjonar framfor enkel pasientkontakt.

REFUSJONAR FRÅ HELFO

- Det vil bli ein gjennomgang av rutinar om refusjonar. Ein må få til meir rett bruk av takstar. Suldal kommune har tidlegare fått opplæring frå Helfo med tanke på at legane skal kunne få kompetanse på rette takstar. Kommuneleiinga vil igjen ta initiativ til å kursa legane i betre bruk av takstar
- Ein må jobba for at journalsystemet til legane implementere takstar automatisk. I samband med nytt journalsystem har avdelinga tapt ein del inntekter. synar her til rapporten som seier at legetenesta i Suldal får mindre i refusjon enn andre legetenester. Avdelinga har hatt fleire møter nå i vår og sommar der me spesifikt har «snakka varmt» bruken og viktigheten av takstbruk og korleis me arbeider. Det er viktig å nytte seg av dei Helfo-takstar me kan. Tidligare journalprogram var laga slik at takstar kunne leggest inn automatisk. Det er sjekka ut med leverandør, InfoDoc Plenario som seier dei arbeidar mot ei slik ordning.
- Det å byte journalprogram har medført ein god del tekniske vanskar/tidsbruk, spesielt i 2014. Det har betra seg mykje. Tekniske vanskar har gjort at Odin Kapital, som sender faktura for legekontoret, har ikkje fungert optimalt. Tiltak: Avdelinga har peika ut personar som spesifikt har ansvar for å levere inntektsfordeling og fakturajournal til kommunekassen. Det fører til betre oversikt og kontroll.

- Det er 2 personar (deltidstillingar) som har fått spesielt ansvar for og sette seg inn i journalprogram. Dialogen går via dei til journalleverandør dersom det oppstår utfordringar eller innspel til forbetring. Dei har begge deltatt på kurs og ser viktigheten av å halde seg så godt oppdatert på programmet som mulig.
- Rådmannen meiner at legane må få vera seg bevisst på ansvaret for inntening til kommunen

BUDSJETT

- Rådmannen vil gå nøye gjennom budsjettet for å sjå kva som er underbudsjettet og ev. kva som ikkje er lagt inn. Ein må også vurderer om ein skal ha 1 lege på topp som det ikkje er budsjettet for. Det er særskilt viktig at det er realistiske budsjett.

STABILISERING AV TENESTA

Fleire saker har endra seg positivt i løpet av våren 2015. Det er fleire årsaker til det:

- To fastlegar er tilbake etter foreldrepermisjon
- Siste året har Helseavdelinga hatt få utskifting av legar. Det er fleire pasientar som har formidla positive tilbakemeldingar. Den tydeligaste tilbakemeldinga er at dei unngår å byte lege. Lege og pasient blir betre kjende - langtids og alvorlig sjuke opplever auka grad av trygghet og kontinuitet.
- Avdeling Helse har hatt ein kjend sommarvikar i år. Vedkommande avslutta turnusteneste i Suldal 28.02.15. Han har også vore vikar for sjukemeldt lege i mai. I og med at han er kjend i kommunen har det vore ei god ordning både på dagtid og i vakt.
- Når tilsynslege på Suldal sjukeheim avviklar sommarferie (4 veker) har avdelinga planlagt for ein fast vikarlege i perioden. Det fungerte godt sommaren 2014 både for Suldal sjukeheim og legeavdelinga. Det fungerer også godt i 2015 sjølv om vikaren har vore 50% sjukemeldt i deler av juni og heile juli. Kommuneoverlege rettleiar vikar sjølv om han er sjukemeldt i deler av denne perioden.
- Rådmannen meiner legekantoret er godt bemanna med legar pr. i dag. Einingsleiar saman med legane må finna gode rutinar på korleis ein dekke uventa eller venta fråvær. Det må lagas prosedyrar på kven som overtek arbeidet til fråverande lege og korleis ein ivareteke pasientane.
- Einingsleiar ved Helse ønskjer å gjettilbakemelding på viktigheten av å ta vare på og behalda fast personale er av stor betydning. Arbeidsmiljø og det å stilla opp for kvarandre opplevast også betre med stabilt personale. Me står betre rusta til å takla uforutsette hendingar som nå i sommar. Ferie avviklast samtidig som me har fråvær (sjukemeldte leger). Dagtid fungerer som regel alltid godt men det kan fort bli sårbart med tanke på vakt.

INTERNE ARBEIDSPROSESSAR

- Kommuneoverlege og einingsleiar må jobba aktivt internt på legekantoret for å forbetra ulike porsessar. Rådmannen registrere at det er blitt arbeidd mykje med dette allereie.
- Det er gjort fleire endringar dei siste månadane med tanke på informasjon om legetenesta og kor den er å finne. Informasjon er lagt ut på kommunen si heimeside. Det er sett opp info-skjerm på venterommet der aktuell info blir lagt ut – godt synleg for dei som sit på venterommet. Nytt legevaktnr frå 010915 som 116117 (uttales: hundreogsekstenhundreogsyttien) er det informert om via lokalavis samt info skjerm i Suldalshallen. Det vert også sett opp plakat ved ambulansenngang og hovudinngang til Helsetunet samt det er tatt opp med teknisk etat om betre skilting ved krysset ved ferjefila og vidare opp mot kantoret.

SAMARBEID MED KOMMUNELEIINGA

Rådmannen ønskjer at det skal vera eit godt samarbeid med legekantoret. Det er faste møter med Hovudtillitsvalde der også tillitsvald for legane får invitasjon til å vera med. Kommuneleiinga vil sjå på om ikkje kommuneoverlegen skal ha faste møter med kommunalsjef. Kommunalsjef har eit ønske om å bli invitert inn til personalmøter når det er behov for det. Einingsleiar har nesten dagleg dialog med kommunalsjef. Viss legane har ønskje om eit samarbeidsutval skal ein leggja til rette for det. Rådmannen stillar seg undrande til at legane meiner dei ikkje blir høyrde, at «kommuneleiinga tenke berre budsjett». Ein vil vise til

- Det er laga nye legekantor, ferdigstilt 2014. Nettopp fordi legane skulle ha gode arbeidsforhold
- Nytt elektronisk journalsystem er på plass etter leganes ønskje og val i 2013
- Avtale om leasing av ny legevaktbil. Den førre var utdatert
- 1 lege blei tilsett utanom budsjett, grunna høgt arbeidspress og ein ville ikkje mista gode legar som søkte
- Diverse utstyr er kjøpt inn dei to siste åra, forsømt i mange år.
- Suldal legekantor ønskjer å vera ein attraktiv arbeidsplass der god fagleg kompetanse står sterkt. Det er viktig for kommunen å behalde dei legar me har og rekruttere gode nye legar. Rådmannen ønskjer å bidra til eit godt samarbeid med alle på legekantoret.

RAPPORTEN

1.1 INNLEIING

1.1.1 FØREMÅL OG PROBLEMSTILLINGAR

Føremålet med dette prosjektet er å vurdere tilhøva for pasientane ved hyppig skifte av legar. Ein må difor også sjå på heilskapen i legetenesta i Suldal kommune; organisering, bemanning, legedekning og tilgjengelegheit.

Problemstillingar:

- Korleis er organisering og leiing for legetenesta i Suldal kommune lagt opp?
- Korleis er bemanninga og turnover i legetenesta?
- Kva rutinar har ein ved skifte av legar i helsetenesta?
 - Kva slags informasjon vert gitt til nye legar?
 - Korleis vert pasientane informerte om legeskiftet?
 - Korleis sikrar ein pasientoppfølginga ved slike skifter?
- Har alle innbyggjarane i Suldal fastlege, eller finnes det nokon som ikkje har fått fastlege? Kva er ev. årsaka til det?
- Kor mange innbyggjarar i Suldal har fastlege i andre kommunar, og kvifor har dei det? kor mange innbyggjarar frå andre kommunar har fastlege i Suldal?
- Kva er grunnen til at gjennomsnittleg listelengde er låg i Suldal kommune?

1.1.2 AVGRENSING

I samband med behandlinga av prosjektet den 11.02.15 gir kontrollutvalet uttrykk for at dei ynskjer ein snever bestilling og eit lite prosjekt, der hovudfokuset rettes mot rutinar ved skifte av leger. Samstundes blei det gjeve tydelig uttrykk for at prosjektet skal sjå pasientskifter i samband med heilskapen i legetenesta. Dette har vi også gjort. I tillegg har vi sett nærare på den økonomiske utviklinga i legetenesta, ettersom det har vore ei kraftig utgiftsauke dei siste åra. Etter vår vurdering er dette viktige moment å ta med for å kunne gje eit utfyllande bilde av legetenesta, ettersom det både er knyta til tenesteprofilen i kommunen og utfordringane med nokså hyppige skifter av leger. I prosjektet går vi difor nærare inn på hovudårsakene til denne utgiftsveksten

For meir om prosjektets revisjonskriterier, avgrensingar og metode, sjå [vedleggsdel](#).

Organisering av faktadelen: Først beskriver vi den overordna organiseringa av legetenesta. Deretter ser vi nærare på korleis fastlegetenesta er dimensjonert, ventetid, og på kor mange innbyggere som har fastlege i Suldal kommune. I del 1.2.5 skildrar vi utviklinga av antall konsultasjonar og tenesteprofilen i Suldal. I dei to neste kapitla beskriv og vurderer vi utgiftsauken i kommunen. I dei siste tre kapitla ser vi nærare på hhv. interne tilhøve ved legetenesta, rutinane rundt legeskifter, og korleis interne arbeidsprosessar kan forbetrast.

1.2 FAKTABESKRIVELSE

1.2.1 ORGANISERING AV LEGETENESTA

ANSVAR

Kommunen har ansvaret for organiseringa av fastlegeordningen. Det er opp til kommunane å velja korleis dei vil organisere legeordninga, dvs. om legene skal vera kommunalt tilsette, om dei skal vera privatpraktiserande, eller om ein skal ha begge deler. I Stavanger og Hjelmeland kommune er det berre privatpraktiserande leger, mens i Strand er det ein blandingsmodell, dvs. eit **kommunalt og to private** legesenter.

I likskap med Forsand har Suldal har ein kommunal legeteneste. For distriktskommunar og kommunar som har vanskar med å rekruttere leger, kan ein kommunal legeteneste ein vera ein god måte å organisere legetenesta på.

KOMMUNAL LEGETENESTE

En kommunal legeteneste kan vera eit konkurransefortrinn i kampen om arbeidskrafta, spesielt retta mot unge leger¹. Det blir peikt på at dei kommunale legene slippar å investere i egen legepraksis, at dei har betre pensjonsordningar, er betre dekket ved sjukefråver, at dei slippar å miste svangerskapsrettigheter, og dei får dekket obligatoriske kurs i staden for at ein dei ta eit inntektstap og betale kursavgift. Det er likevel ofte større utskifting blant legene i ein kommunal legeteneste. Erfaringane i Norden er at det er lavast turnover og størst stabilitet blant dei tilsette ved private legekantor. Hovudgrunnen til dette er at dei har eit eigarskap til egen praksis².

Legene er organisert i eining for helse, som igjen er organisert under tenesteområdet for helse og omsorg. Det er ein kommunalsjef for helse- og omsorg, som inngår i rådmannens leiarteam.

Forutan legetenesta, inneheld eining for helse fysio- og ergoterapitenesta, laboratorium, helsestasjon og jordmor osv. Det er nesten tretti tilsette totalt. Einingsleiar har ansvar for økonomi og personal ved eininga, mens fagleiarar har det faglege ansvaret innanfor sitt område. Til dømes har kommuneoverlegen det faglege ansvaret for legetenesta (jf. helse- og omsorgstjensteloven § 5-5)³.

¹ Jf. Rogaland Revisjons rapport om legetenesta i Strand kommune.

² Opplyst frå lægeforeningen.

³ Ifølge helse- og omsorgstjensteloven § 5-5 skal kommunen ha ein eller fleire kommuneleger som skal utføre dei oppgåver kommunelegen er tillagt i lov eller instruks. Kommunelegen skal vera medisinfagleg rådgivar for kommunen.

LEGEÅRSVERK

Per juni 2015 er 7 leger og 6,3 legeårsverk i Suldal kommune leger i Suldal kommune⁴. Av desse er det 4,9 kurative årsverk, mens det er satt av 1,4 årsverk til allmennlegeoppgåver (22 prosent) som institusjon (0,7 årsverk), 0,3 årsverk til helsestasjon og 0,4 årsverk til hhv. Kommunelegestilling, smittevern og rettleiing av nyutdanna leger⁵.

Legevakten er i dag fordelt på fem leger pluss turnuslege. To av legene har ikkje legevakt⁶. Frå våren 2014 til våren 2015 var ein av legevaktslegene ute i permisjon, slik at legevaktordninga i praksis da var fordelt på fire leger pluss turnuslege.

I SFS 2305 visar ein til norm på minimum 4 legar i vakt etter Suldal kommune sin storleik.

1.2.2 DIMENSJONERING AV LEGETENESTA

KAPASITET

Suldal kommune har per i dag god fastlegekapasitet. Tala tyder på at om lag 90 prosent av 92 prosent av innbyggjarane i Suldal har fastlege i kommunen, mens det er 15 prosent reservekapasitet⁷. Med reservekapasitet menes antall ledige plasser hos fastlegene, i prosent av antall innbyggere i kommunen.

⁴ Eigentleg er det 6,7 legeårsverk, men ettersom Suldal kommune selg 0,4 årsverk som tilsynslege for Karmsund ABR-senter (avdeling Juvåsen), regnes ikkje dette med.

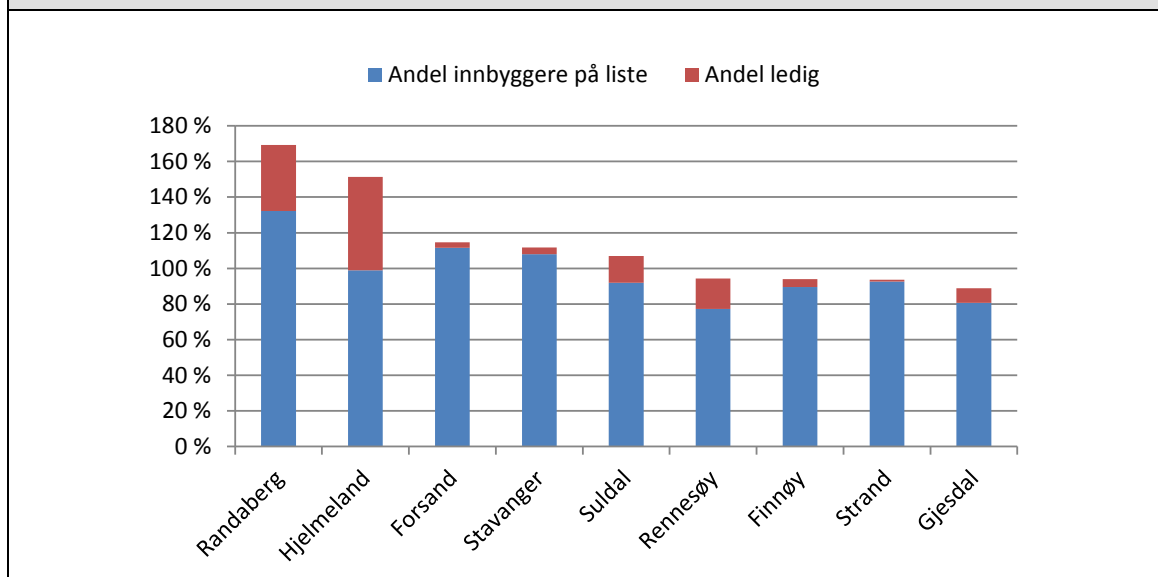
⁵ Presisering av legeårsverk. Det er budsjettert med 5 årsverk og 1 årsverk turnuslege i eininga Helse, 0,7 årsverk lege ved Suldal sjukeheim.

Sumaren 2013 hadde legekantoret utlysing på 1,100 % stilling. Det var 2 kjende søkjarar og Suldal kommune valde å tilsetje begge 2. Ei viktig årsak var at kommunen ikkje ville risikera å mista gode fagpersonell som var kjende i kommunen, og dei tilsette hadde gitt uttrykk for stort arbeidspress. Meininga var då at den ekstra tilsette også kunne fungera som «vikar» ved fråvær, og ikkje ha så mange pasientar på si liste.

Vi får opplyst at det er vanskeleg å rekruttera nstitusjonslege, så kommunen valde å lysa ut stillinga utan legevakt. Stillinga var på 0,8 årsverk, men 0,1 blei tilført legekantoret for å dekkja vikarar ved Suldal sjukeheim når legen er vekke. (Kjelde: Faktaoppklaring frå rådmannen, datert 20.08.15).

⁶Ein lege ved legekantoret har fritak grunna alder. Legen som blei tilsett ved Suldal sjukeheim har ein 20 % stilling ved legekantoret for å oppretthalda sin autorisasjon som allmennspesialist, ho har ikkje legevakt. Resterande stilling på 70 % har legen ved sjukeheimen og kan dermed ikkje vera i vakt. Har legen uttrykking på natt, har legen rett til fri neste dag. Frå kommuneleiinga peikast det at sjukeheimen har trong for dei legeressursane dei har.

⁷ Ein kommentar knyta til talberekninga. I tilhøve til innbyggjarane har 92 prosent fastlege i Suldal, 4 prosent av pasientane er likevel innbyggjarar i andre kommunar som har valt å ha sin fastlege i Suldal. Det betyr at 88 prosent av innbyggjarane i Suldal har sin fastlege her.

Figur 1 - Fastlegekapasitet – Antall personer med fastlege og antall ledige plasser, i prosent av antall innbyggere⁸

Vi ser at Suldal er blant dei fire kommunane i figuren som har best reservekapasitet.

LISTELENGDE

Gjennomsnittleg listelengde per lege er 514 pasientar⁹. Dette er betydeleg lågare enn dei fleste andre Rogalandskommunane. Målt ut frå tala kan det sjå ut til at legene har ein lav arbeidsbelastning.

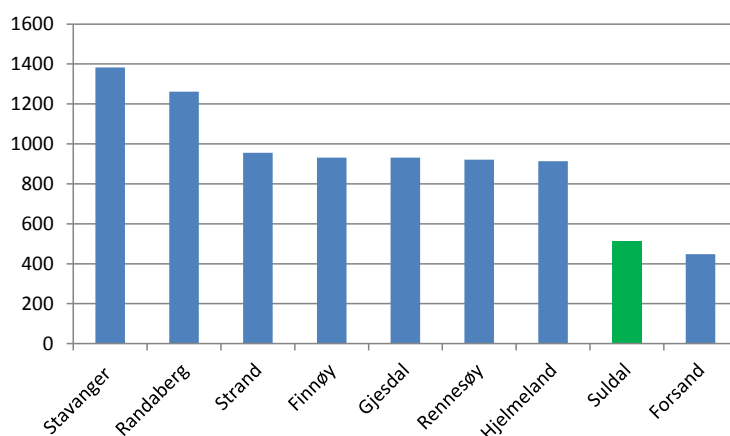
Her har vi delt summen av antall innbyggere på kvar fastlegeliste med antall fastleger. Vi har ikkje teke omsyn til stillingsprosent eller om det er vikarlister. Suldal selg 0,4 årsverk som tilsynslege for Karmsund ABR-senter (avdeling Juvåsen), Dersom vi deler antall pasientar på legeårsverk blir gjennomsnittleg listelengde på om lag 600 pasientar.

Gjennomgangen vår tyder på at det ein rekke forklaringar på kvifor pasienttallet er lavt i Suldal.

⁸ Kjelde: <https://tenester.nav.no/minfastlege/innbygger/fastlegesokikkjpalogget.do>

Tala frå Suldal er frå 12.03.15 mens tala frå dei andre kommunane er frå 21.11.14. Me gjer dette for enkelthets skyld. Det er sannsynligvis ikkje store endringar i tala på så kort tid, difor fungerer dei godt som samanlikningsgrunnlag

⁹ Merk at dette er antall innbyggjar på lista, ikkje listekapasitet.

Figur 2 – Gjennomsnittleg listelengde¹⁰

ARBEIDSSITUASJON

Alle legene vi har intervjuet fortel at det er eit høgt arbeidspress, og arbeidssituasjonen skildrast som tøff. Dette til tross for at listelengda er låg i Suldal, og at antall konsultasjonar per lege er lågare enn andre stader.

Ein av dei intervjuet legane hadde erfaring frå ein annan kommune, og hadde over dobbelt så mange pasientar på seie liste: «Men det er travlare her». Ein annan sa det slik: «Men det er rart, dette. Vi burde ha god tid.»

Det er delte meiningar blant informantane om bemanninga er god på dagtid, men alle er einige om at legevakta er ei stor utfordring, både i seg sjølv og for legekantoret som heilhet. For tida er legevakta fordelt på fire personer, og i forbindelse med den eine legen sin permisjon var legevakta delt på tre personer. Dette kjem på toppen av ein førti timars arbeidsuke og skapar ein stor arbeidsbelastning for dei involverte.

I tillegg peiker fleire på at det også er stor arbeidsbelastning på dagtid i enkelte periodar. Dette gjelder til dømes sykeperiodar som samanfall med kursdatoar og fridager etter legevaktarbeid. I desember 2014 vart det sendt ei bekymringsmelding frå kommuneoverlegen angående bemanninga. Her peikast det på at legekantoret i juni berre hadde fem arbeidsdagar med seks leger på kantoret. dei andre dagane var det fem eller mindre, fire dagar var dei berre fire leger. I juli var det fire leger i ni dagar. I eposten visast det også til andre periodar med redusert bemanning, og det peikast på at det er årsakene til at «arbeid no hopar seg opp». Det visast blant anna til at det i fleire ukar ikkje har vore satt inn vikar for helsestasjonslege, som var sjukemeldt.

¹⁰ Her har vi delt summen av antall innbyggere på kvar fastlegeliste med antall fastleger. Vi har ikkje teke omsyn til stillingsprosent eller om det er vikarlister. Tala frå Suldal er frå 12.03.15 mens tala frå dei andre kommunane er frå 21.11.14. Me gjer dette for enkelthets skyld. Det er sannsynligvis ikkje store endringar i tala på så kort tid, difor fungerer dei godt som samanlikningsgrunnlag

Kva er grunnen til dette paradokset? Kva er grunnen til at legene opplever høg arbeidsbelastning når det samstundes er låg listelengde. I gjennomgangen vår har vi funnet ein rekke forklaringar på dette. Desse gjengis i punkta under:

Hovudårsakar:

- Som tidligare nemnt er **konsultasjonstida i Suldal 30 minutt, og ikkje 20 minutt, slik som andre stader**¹¹. Vi får opplyst at dette er ein praksis som har utvikla seg etter kvart. Tanken bak denne ordninga er at dei som har lang reise til legekantoret kan ta opp fleire ting når dei først er der. Legene peikar på at mange pasientar kjem med mange problem under ein og same konsultasjon, noko som krev mykje tid.
- **Legevaktarbeid.** Ifølgje intervjua våre er dette den viktigaste årsaka til at arbeidsbelastninga til fleire av legene er veldig høg, til tross for at pasientlistene skulle tilseie det motsette. Det er først og fremst her skoen trykker. Legevaktarbeidet har både direkte konsekvensar for den enkelte lege, og indirekte konsekvensar for legekantoret:
 - **Direkte belastning.** Det er få leger å fordele vaktene på, noko som skaper ein stor arbeidsbelastning for dei involverte. To av legene har fritak for legevaktordninga, noko som betyr at legevaktordninga er fordelt på fem leger pluss turnuslege (som må ha bakvakt). Frå våren 2014 til våren 2015 var ein av desse legene ute i permisjon, slik at legevaktordninga i praksis var fordelt på fire leger. I periodar med mykje fråvær/permisjonar har den også vært fordelt på tre leger, og enkelte gonger berre to leger¹². Ein av legene sa det slik: *«Eg jobbar ti-tolv vakter i månaden, i tillegg til førti timars arbeidsuke. Eg jobbar 130- 140 prosent heile tiden.»* Ein annan sa det slik: I periodar *«føler eg at eg sym litt rundt. Einaste ambisjon nokon dagar er å sove og vera utkvilt kvar dag»*.
Kommentar: Den kommunale legevaktens sårbarhet i forbindelse med fråvær var ein viktig årsak til at Suldal ønsket å inngå ein samarbeidsavtale om ein felles legevakt for Vindafjord, Etne, Sauda og Suldal. Med dette ønsket kommunen å få eit meir robust legevakt-distrikt med fleire legar som kunne dela vaktbelastninga og samstundes få eit større fagmiljø for å betra kompetansen. I april gjekk Sauda mot denne avtalen, og legevaktssamarbeidet ser nå ut til å vera skrinlagt.
 - **Indirekte belastning for resten av legetenesta.** Har ein lege hatt utrykking frå beredskapsvakt etter kl. 23.00 førre dag, kan legen ta 8 timar arbeidsfri utan trekk i løn.¹³ Vi får opplyst at det er aktivitet etter 23.00 ca.

¹¹ Dette betyr ikkje at legene brukar ein halv time saman med kvar pasient. Ein del av tida går med til administrasjon, for eksempel skrive tilvising til røntgen eller spesialist, oppfølging sjukehus, oppfølging laboratorium.

¹² Intervju og sak om samarbeidsavtale om interkommunal legevakt, 17.03.15 Suldal kommunestyre.

¹³ Kapittel 7.4, fjerde avsnitt, sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Den norske lægeförening for leger og turnusleger i kommunehelsetenesta med arbeidsavtale 2014 - 2015).

kvar fjerde natt¹⁴. Dersom legene tar ut fri dagen etter ei slik vakt, inneber dette eit bortfall av 55 ordinære legeårsverk¹⁵. Vi får opplyst at avtalen tidligare var at legene skulle ha fire timer fri etter aktivitet på nattevakt, men i følge legene «..tok det ei stund før vi benytta oss av retten til å ta morgondagen fri.»

- **Lege i permisjon, utan vikar.** Ein lege var i permisjon frå våren 2014 til våren 2015, utan at det blei satt inn vikar. Det betyr at legens pasientar vart fordelt på tre andre leger. Dette innebar at i snitt var om lag 950 pasientar på deira lister, frå våren 2014 til våren 2015¹⁶. Dette var ein sjølvalt ordning frå legenes side, og hensikta med dette var å avgrensa gjennomtrekken ved legekontoret, og dermed redusere belastinga for pasientane
Legen som var i permisjon kom tilbake i april 2015, og ein telefonsamtale med helseleiar i slutten av juni 2015 tyder på at arbeidspresset er redusert ein god del siste to månadene.
- **En betydeleg andel av legeårsverka går med til offentlig legearbeid.** I intervjuja peikar flere på at 60 prosent av legenes tid skal gå til kurativt arbeid (pasientpraksis) og 40 prosent til offentlig legearbeid (offentlig praksis). Dette vart også politisk vedtatt i kommunestyret 21.06.00.¹⁷ Helseleiar peikar likevel på at dette var laga for ein annan tid, og at det offentlige legearbeidet utgjer ein mindre andel i dag. Vår gjennomgang synar at det er satt av **22 prosent av legeårsverk i kommunen til offentlig legearbeid, noko vi trur er ein nokså høg andel**. Vi har ikkje noko bredt samanlikningsgrunnlag her, men ein mellomstor kommune som Strand brukte om lag 12 prosent av legeårsverka til offentlig legearbeid, ved årsskiftet 2014/2015¹⁸.
- **Legene har to veker ekstra ferie med lønn.** Dette skal kompensera for tilfeldig overtid, samstundes som det regnes som eit rekrutteringstiltak. Frå legene peikast det på at dette på langt nær dekker det reelle antallet overtidstimer. «Vi har eit hav av overtid.» Den eine legen anslår at dette utgjer mellom eit halvt år til eit årsverk totalt. Ein annan pekar på at konsultasjonane er lange og at det «ikkje er satt av noko tid til kontorarbeid. Eg gjer det ofte på fritida mi, og blir ikkje kompensert for det». Ein tredje lege anslo at vedkommande jobba ein til to timar ekstra kvar dag, dvs. utover åtte timer (utanom legevakta).
- **Hyppege legeskifter svekker effektiviteten.** For det første krev det at det blir sett av tid til opplæring av leger, som forsvinner igjen. For det andre tar det tid for dei nye legene å bli kjent med pasientane.

¹⁴ Estimert av kommuneoverlegen

¹⁵ Vi gjer denne antakelsen fordi vi er informert om at legene ikkje alltid tar fri dagen etter ein beredskapsvakt med aktivitet etter 23.00. Vi legger her til grunn at eit årsverk utgjer 220 dagar.

¹⁶ Basert på tall henta ut 12.03.15.

¹⁷ Innføring av fastlegeordning i Suldal, kommunestyret, saksnummer 058/00.

¹⁸ Beregningar gjort av Rogaland Revisjon på bakgrunn av ein forvaltningsrevisjon av legetenesta i Strand, januar 2015.

- **Periodevis fleire leger borte samstundes, enten i form av sjukemeldingar og/eller permisjon**¹⁹. Fleire peikar på at legetenesta er svært sårbar i slike situasjonar, ved hyppige legeskifter og i forbindelse med sommerferieavviklinga (syv veker ferie per lege). Det er først og fremst i slike situasjonar at arbeidet «hopar seg opp» og ventelistene aukar. I periodar med kortare sjukefråver (no-kon få veker) eller når ein i starten ikkje veit lengda, er det vanskeleg å skaffe til veie vikar tidsnok. Det er lettare å skaffe til veie vikarar når det er planlagt fråvær for en lengre periode, til dømes pappa- eller mammapermisjon.

Andre årsaker:

- **Andre oppgåver som krev legenes tid.** I intervjua visast det til ein del andre oppgåver som ofte krev meir tid i ein kommunal legeteneste enn i ein privat praksis. Nokre døme:
 - **Legetenesta yter bistand til andre kommunale instansar:** «Vi fakturerer ikkje kvar gang vi hjelper barnevern, heimetenester eller NAV.»
 - **Samarbeidsmøter** som legene deltar på, saman med skule, ppt og barnevern. Det er ikkje alltid legene opplever at dei har ein funksjon/rolle i slike møter. Slik sett opplevas det nokre gonger som eit «skinndemokrati» og ein «tidstyv». I intervjua peikast det på at dette kan organiseras på andre måtar, til dømes ved at legene uttaler seg per telefon i forkant av møter.
 - Meir arbeid knyta til oppfølging av politiske vedtak, og politiske prosessar.
 - Legevaktssaken er ein konkret sak der legene forteljar at Dei har brukt ein god del arbeidstimer. «Den har teke mykje tid for oss tilsette, til møter, diskusjonar, og for å sikre ein god sakshandsaming.»
 - Nytt fagsystem. Nokre legar peikar også på at dei har brukt ein del tid i forbindelse innføringa av det nye journalsystemet, som det har vore ein del innkjøringsvanskar med (sjå under).
- **Fellesliste.** Legekontoret har organisert seg slik at alle legene er ansvarlig for alle pasientane. Dette inneber at viss en lege er bort så er dei gjenverande legene ansvarlege for pasientane på legens liste. Fleire peikar på at dette er ein bra måte å organisere legearbeidet på, men det hevdas samstundes at dette er ein krevjande måte å organisere arbeidet på, fordi det krevjar litt ekstra av legene når ein må ta imot pasientar frå andre legers lister.
- **Bredde i legenes oppgåver.** Fleire peiker på at lang avstand til sjukehuset gjer at legekontoret får/tar på seg fleire oppgåver. Døme: Akuttmedisin, kreftbehandling, oppfølging. «I byen viderehenvisast det til andre instansar. Her stopper det

¹⁹ Sjukefråveret blant legene er ikkje spesielt høgt. I 2012, 2013 og 2014 var det hhv. 7,2, 5,2 og 5,3 prosent. Samla sjukefråvere i Suldal var på 5,75 i Suldal kommune, frå fjerde kvartal 2013 – tredje kvartal 2014 (PAI-registeret, KS). Det gjennomsnittlege sjukefråveret Norges kommunar var på 9,8 prosent i same periode. Per 07.07.15 er sjukefråveret blant legene 8 prosent for inneverande år.

hos oss». «Kreftbehandling – ingen leger hadde gjort det i Stavanger, dei hadde henvist vidare til sjukehuset. Men fordi det er lang reise for pasient, tar vi dei her.» Det blir peikt på at kontroller etter behandling i spesialisthelsetenesta ofte blir ivaretatt på legekantoret, for at pasientane skal sleppa den lange reisa. Ofte er det pasientane som ynskjer dette sjølv.

VURDERING

Det er fleire tilhøve som gjer at legene opplever høgt arbeidspress samstundes som listelengda er låg. Ein kan skilja mellom meir permanente faktorar og mellombelse faktorar. Døme på permanente faktorar er lengre konsultasjonstid i Suldal, meir offentleg legearbeid og at relativt få legar deler på legevaktordninga. I periodar har fleire mellombelse hendingar inntruffe samstundes, til dømes utskiftingar av leger, permisjonar, sjukemeldingar og utskifting av journalsystem. I slike periodar er legetenesta spesielt sårbar, og det er i desse periodane arbeidsmengda hopar seg opp og ventetida aukar.

1.2.3 VENTETID

I slutten av juni 2015 er det i praksis ikkje ventetid ved legetenesta i Suldal, og dette har snudd radikalt dei siste to-tre månadene²⁰. Ein sentral forklaringsfaktor her er at legen som var ute i permisjon er tilbake igjen. I tillegg har kommunen fått ein sommerkvikar som har vore turnuslege i kommunen hausten 2014 og våren 2015, og som kjenner kommunen.

I intervjuet peikast det på at ventetida har vore betydeleg hos fleire leger i fjor haust og i vår. På intervjuetidspunktet (april 2015) var det to månaders ventetid hos den eine fastlegen. I november 2014 sendte kommuneoverlegen ein bekymringsmelding, og peikte på at ventetida hadde auka. Gjennomsnittleg ventetid for dei fem legene som vart nemnt i eposten var 36 dagar, og to av legene hadde første ledige time halvannen månad frem i tid.

1.2.4 INNBYGGERE SOM HAR FASTLEGE I SULDAL KOMMUNE

I tabellen under ser vi at 3445 innbyggere i Suldal har sin fastlege i kommunen og at nesten 450 innbyggere har sin fastlege i andre kommunar. Det er nesten 160 pasientar som ikkje er innbyggjarar i Suldal, men som har valt å ha sin fastlege her²¹.

²⁰ Opplyst av helseleiar på telefon den 23.06.15.

²¹ I intervjuet peikast det på at kommunen har pasienter som er elever ved Topp Volley-prosjektet ved Sauda vgs., men som er bor på internat i Suldal kommune. Legene har også nokon pasienter frå Hiimsmoen barnevernsinstitusjon.

Tabell 1 - I kva for ein kommune har innbyggjarane frå Suldal fastlege?

Kommune	Antall pasientar frå Suldal	Andel pasientar frå Suldal
Suldal	3445	88,6 %
Sauda	110	2,8 %
Stavanger	101	2,6 %
Hjelmeland	27	0,7 %
Bergen	23	0,6 %
Vindafjord	21	0,5 %
Andre	163	4,2 %
Sum pasientar	3890	100 %

Det er vanskeleg å seie noko sikkert om kvifor 11-12 prosent av innbyggjarane veljar å ha fastlege i andre kommunar. Men reservekapasiteten er god, dvs. det er ein god del ledige plasser nokon fastlegers lister.

Våre data kan tyda på at det i all hovudsak er reint praktiske årsakar til at enkelte innbyggjarar veljar å ha fastlege i andre kommune, til høves at ein veljar fastlege i den kommune ein arbeidar i, eller at det for nokon er meir praktisk å ha fastlege i andre kommunar (avstand, nærleik til legeteneste osv.).

Per 1. januar 2015 hadde kommunen 3892 innbyggere, noko som betyr at så godt som alle innbyggjarane i Suldal har fastlege ²².

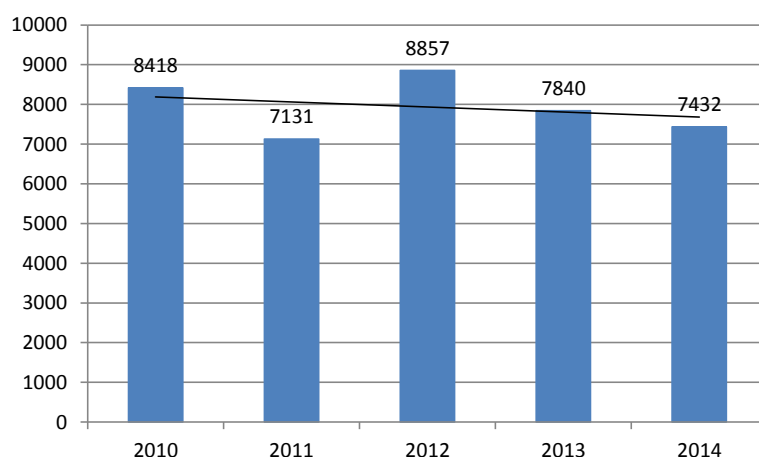
1.2.5 KONSULTASJONER

UTVIKLING I ANTALL KONSULTASJONAR

Vi har mottatt tall frå helsedirektoratet som synar utviklinga i antall konsultasjonar i Suldal kommune²³. I dei data som presenteras her vil ein legekonsultasjon vera lik ein rekning legene får refusjon for.

²² SSB. Befolkningsstatistikk.

²³ Kjelde: Dette er summen av ordinære konsultasjonar og legevaktkonsultasjonar. Nøkkeltall motteke frå seniorrådgivar i helsedirektoratet (Divisjon for helseøkonomi og finansiering) 13. mars.

Figur 3 – Utvikling i antall legekonsultasjonar i Suldal kommune, frå 2010 til 2014

Vi ser at det er ein del variasjonar frå år til år, men trenden synar ein nedgang i lege-konsultasjonar dei siste fem åra. Vi får opplyst at konsultasjonstida vart redusert frå 30 til 20 minutt eit halvt år i 2012²⁴. Dette kan vera med å forklare den kraftige veksten i konsultasjonar frå 2011 til 2012. I tillegg vart det etablert eit insentiv for legene for å henta inn refusjonar i 2012. Hele dette året fekk legene 30 prosent av kommunens refusjonsinntektar, men kommunen har sidan gått bort frå dette. I 2013 var konsultasjonstida tilbake igjen til 30 minutt, og insentivet vart teke bort²⁵. Dette kan vera med å forklare reduksjonen i antall konsultasjonar frå 2012 til 2013.

En annan viktig forklaring synes å vera innføring av nytt journalsystem hausten 2013. Intervjua tyder på at innføring av nytt journalsystem er med på å forklare den vidare nedgangen frå 2013 til 2014. Ifølgje leger og leiinga har det nye journalsystemet gjort det mykje meir tungvint å krevje inn refusjonar, og dette glepper i mange samanhengar (meir om dette under). Dette inneber at den kraftige nedgangen frå 2012 til 2014 sannsynligvis ikkje er reell, ettersom antall konsultasjonar her er lik antall rekningar legene får refusjon for. Vi har klare indikasjonar på at kommunen har gått glipp av betydelege refusjonssummer. Våre berekningar synar at det var nesten 8700 konsultasjonar i 2014, dvs. betydeleg høgare enn det som er oppgitt i figuren over²⁶.

UTVIKLING I ANTALL LEGEVAKTKONSULTASJONAR

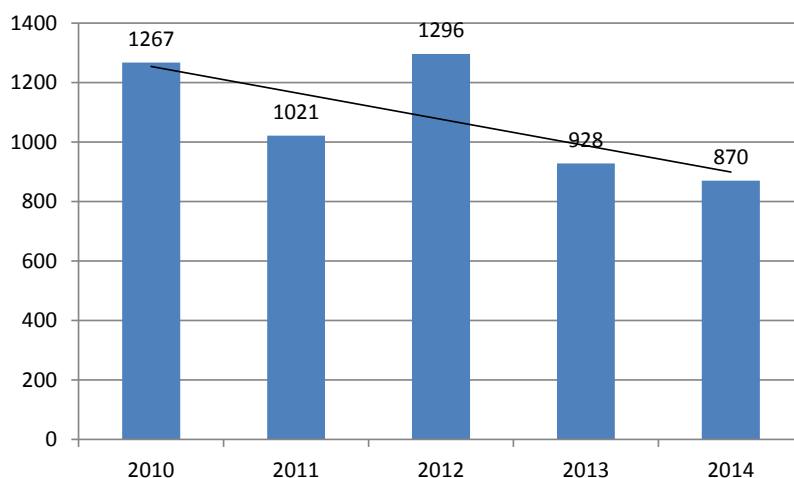
I figuren under ser vi nærare på utviklinga i antall legevaktkonsultasjonar, som er ein del av tala over²⁷. Tala tyder på at det har vore en nedgang i antall legevaktkonsultasjonar. Men tala må tolkas med forsiktighet, ettersom same feilkilde også vil kunne gjere seg gjeldande her.

²⁴ Som vi skal sjå under har Suldal kommune 30-minutts konsultasjonar, i motsetning til 20-minutts konsultasjonar, som er vanlig andre steder.

²⁵ Vi får opplyst at årsaken til dette var at reduksjon av konsultasjonstid ikkje blei godt motteke av pasienter, og legene ønsket heller ikkje dette.

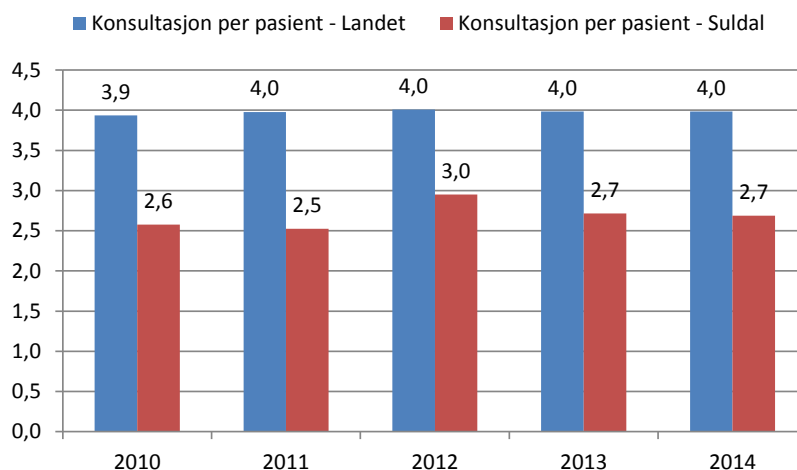
²⁶ Vi har likevel ikkje tilsvarende tall for åra før, slik at det dermed er vanskeleg å berekne utviklinga.

²⁷ Same kjelde

Figur 4 – Utvikling i antall legevaktkonsultasjonar i Suldal kommune, frå 2010 til 2014²⁸

KONSULTASJONAR PER PASIENT

Tala frå helsedirektoratet tyder også på at antall konsultasjonar per pasient er mykje lågare i Suldal enn i resten av landet. I snitt har landets leger 48 prosent fleire konsultasjonar per pasient enn det legene i Suldal har.

Figur 5 – Konsultasjon per pasient – gjennomsnittet i Suldal samanlikna med landssnittet²⁹

I vår gjennomgang peikar desse hovudforklaringar seg ut:

- 1) Innbyggjarane i Suldal går mindre til legen. Det kan sjølvsagt tenkast at innbyggjarane i Suldal har langt mindre behov for legetenester enn andre stader, men intervjuar tydar ikkje på det. Vi finn spesielt to viktige forklaringar på kvifor Suldalbuen går mindre til legen enn folk andre stader:

²⁸ Kjelde: Nøkkeltall motteke frå seniorrådgivar i helsedirektoratet (Divisjon for helseøkonomi og finansiering) 13. mars.

²⁹ Nøkkeltall motteke frå seniorrådgivar i helsedirektoratet (Divisjon for helseøkonomi og finansiering) 13. mars, 15.04.15.

- Konsultasjonstida er lengre i Suldal enn i andre kommunar. Ifølgje intervjuar tar ein høg andel av pasientane i Suldal ofte opp fleire problem på eit og same legebek.
 - Det er meir enkel kontakt mellom lege og pasientar i Suldal, samanlikna med andre kommunar, og dermed færre konsultasjonar (sjå under).
- 2) Dei innrapporterte konsultasjonstala er feil, det er i realiteten fleire konsultasjonar per pasient enn det tala frå direktoratet gjer uttrykk for³⁰.

KONSULTASJONAR PER LEGE

Dersom vi tar utgangspunkt i dei innrapporterte tala til helsedirektoratet, er det 1180 konsultasjonar per lege i Suldal i 2014. Dersom vi legger til konsultasjonane som ikkje vart rapportert inn, er gjennomsnittet nesten 1380 pasientar per lege. Viss vi i tillegg trekker frå eit legeårsverk, som var i permisjon i 2014, blir antallet om lag 1640 konsultasjonar per legeårsverk. I Strand kommune var snittet 2467 konsultasjonar per legeårsverk i 2013, og dette var eit år med relativt få konsultasjonar i Strand.

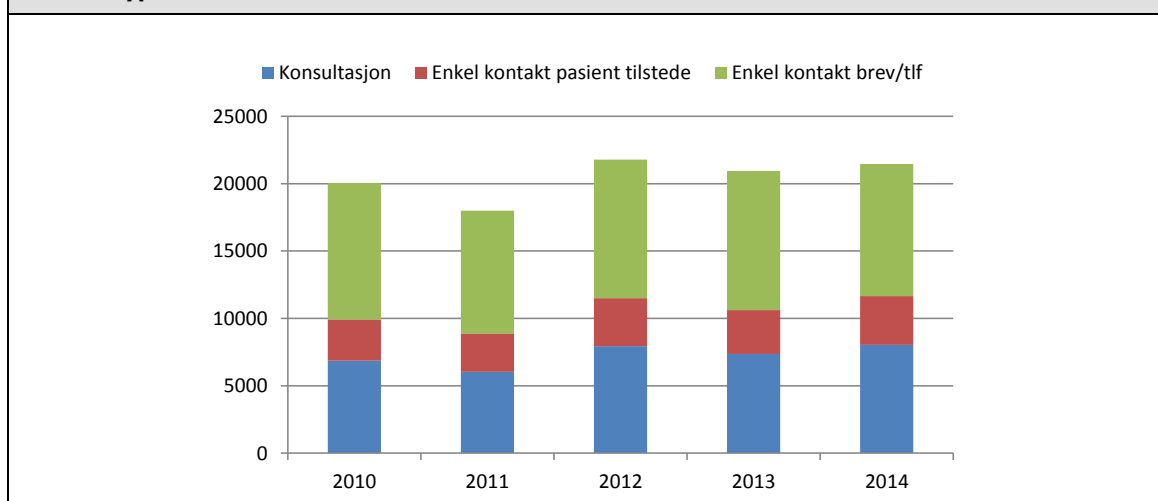
UTVIKLING I KONTAKTTYPAR MELLOM LEGE OG PASIENT

I figuren under ser vi på utviklinga i kontakttypar. Her har vi samanlikna utviklinga i Suldal kommune med utviklinga i landet som heilskap, dvs. alle kommunane samla. Dette er basert på tall som er tilgjengelige på direktoratets heimesider (og ikkje grunnlagstall, slik som over).

Figuren synar endringar i antall legekonsultasjonar for innbyggere i Suldal, uavhengig av om dei har lege i Suldal eller i ein annan kommune. Desse tala har den fordelten at dei gir moglegheit for å sjå nærare på ulike kontakttypar mellom lege og pasient, og samanlikningar med andre kommunar, men dei er mindre presise enn tala som er presentert over. Ein *svakhet* med dei publiserte tala med omsyn til vårt føremål er at er at dei berre er basert på *pasientens bustadkommune* på behandlingstidspunktet. Dette inneber at dei av innbyggjarane i Suldal som har vore til konsultasjon hos fastlege i andre kommunar, er med i denne statistikken. Og som nemnt tidlegare, er det om lag 450 innbyggere frå Strand som har fastlege i andre kommunar. Dei 160 innbyggjarane frå andre kommunar som har fastlege i Suldal er ikkje med i tala.

Figuren under synar at det er ein lav andel ordinære legekonsultasjonar, samanlikna med andre typar kontaktar mellom lege og pasient. Dette blir enda tydeligare dersom ein samanliknar Suldal med andre kommunar, sjå tabellen under.

³⁰ Det er likevel vanskeleg å estimere korleis innrapporteringsfeila slår ut med omsyn til konsultasjonar per pasient, fordi vi ikkje har tal der vi kan berekna det faktiske antallet pasientar. Men dersom vi legger til dei drygt 2700 konsultasjonane Suldal etter alt å dømme ikkje har fått refusjon for i 2014, er snittet for Suldal 3,7 konsultasjonar per pasient. Altså: Betydeleg nærare landsgjennomsnittet, sjølv om Suldal fremdeles ligger litt lågare. **NB! Det bør understrekes at det er ein betydeleg usikkerhet heftet til dette siste anslaget.** Her antar vi at antall pasienter ligger konstant, noko som sannsynligvis ikkje er korrekt. Men ettersom antall pasienter i Suldal var 2765 er det rimelig å tro at antallet unike pasienter ikkje aukar like mykje som antallet refusjonar.

Figur 6 – Utvikling i antall kontakter mellom pasient og lege i Suldal kommune, tre vanlegaste kontakttypar³¹

I Suldal er den enkle kontakten mellom lege og pasient vanlegare enn andre stadar.

Tabell 2 – Fordeling av ulike kontakttypar (2014)

	Suldal	Helse Vest	Nasjonalt
Konsultasjon	35,7 %	49,0 %	51,1 %
Enkel kontakt pasient tilstade	16,1 %	7,4 %	7,6 %
Enkel kontakt brev/tlf.	43,6 %	38,3 %	35,9 %
Sjubezoek	0,6 %	0,5 %	0,5 %
Tverrfagleg samarbeid	0,4 %	0,5 %	0,5 %
Administrativ kontakt	0,7 %	3,7 %	3,7 %
Anna	2,8 %	0,7 %	0,7 %

Døme på enkel kontakt med pasient til stede er sårstell, suturfjerning, medisinbehandling, sprøytetaking.

Nasjonalt er halvdelen av alle kontakter, konsultasjonar, og summen av den enkle kontakten mellom pasient og lege er lågare enn andelen konsultasjonar (43-46 prosent). I Suldal er summen av den enkle kontakten på 60 prosent, mens 36 prosent er ordinære konsultasjonar.

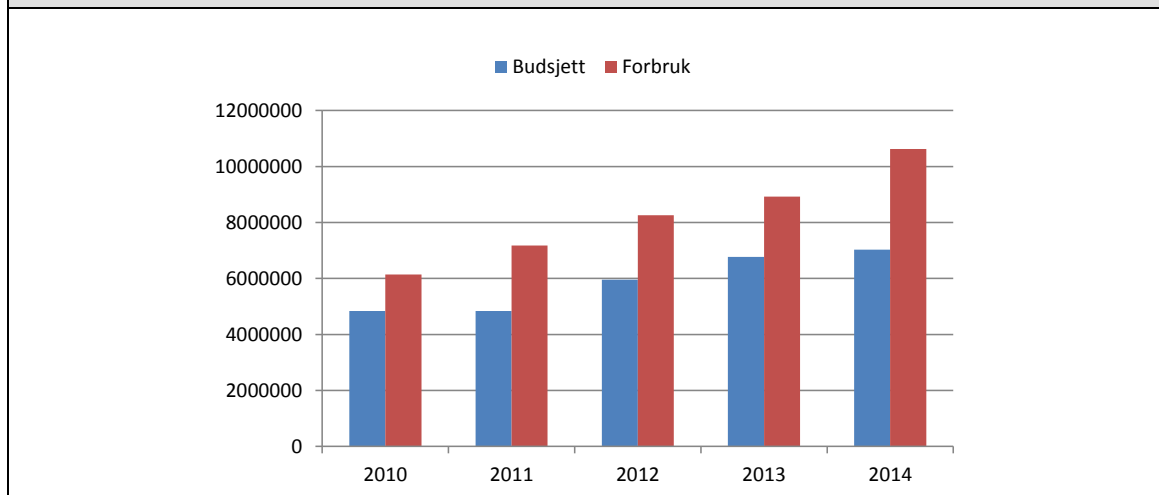
Dette kommenteras slik i intervjua: «Ringing til alle, det gjer vi i alt for stor grad.» Legene sendar ofte brev eller ringer om svari på prøver: «De har fleire konsultasjonar i andre kommunar, mens vi brukar enkel kontakt.» Det hevdas at sjølvstendig næringsdrivande nesten ikkje tar telefoner, berre konsultasjonar, og peikast på at legene i Suldal også må begynne å «...tenkje meir butikk».

³¹ www.helsedirektoratet.no

1.2.6 UTGIFTER TIL LEGETENESTA

Figuren under synar at det har vore ein kraftig utgiftsvekst forbundet med legetenesta dei siste åra. Det har også vært eit betydeleg avvik mellom budsjett og forbruk.

Figur 7 – Kommunens netto utgifter til legetenesta og legevaktenesta³²



KRAFTIG UTGIFTSAUKE

Fra 2010 til 2014 har kommunens utgifter auka med 73 prosent. Kva er årsakene til denne kraftige utgiftsauken?

- **Auken av kommunens nettoutgifter til legetenesta skyldas i all hovudsak at auken i brutto utgifter har auka. Men inntektene er også redusert.**

INNTEKTSREDUKSJON

Inntektene i samband med **brukarbetalingar**, dvs. eigenandelen, er redusert kraftig frå 2010 til 2014. I 2010 utgjorde brukarbetalingane drygt halvannen million kroner. I 2014 utgjorde dei drygt 970 000 kroner. Det har vore ein jamn nedgang dei siste åra, og nedgangen var størst frå 2013 til 2014, på ca. 280 000 kroner³³.

Refusjon. Refusjonssummane frå staten ligg omtrent på same nivået i 2014 som i 2010. Faktisk er andelen noko høgare i 2014 (36 000). Men viss vi samanliknar med 2012 er refusjonsinntektene betydeleg lågare (drygt 730 000). **I perioden frå 2012 til 2014 er inntektene (dvs. summen av refusjonar og eigenbetalingar) redusert med nesten 1,1 millionar kroner.**

³² Regnskapstall motteke frå kommunen den 08.04.15

³³ Vi får opplyst av helseleiar at innkrevjinga av eigenbetaling er blitt satt ut til eitt eksternt firma. I starten, dvs. hausten 2013, hadde ein problem med denne løysinga, noko som førte til at kommunen mista enkelte brukarbetalingar. Intervjua og tala tyder likevel ikkje på at dette har hatt avgjerande innverknad på inntektsreduksjonen. Den sterkaste inntektsreduksjonen kjem tross alt frå 2013 til 2014, dvs. året etter desse tekniske problema.

Regnskapet synar at kommunens refusjonar i samband med sjukemeldingar og fødselsspengar er nokså uendra frå 2010 til 2014, frå 766 000 til 789 000. I tidsrommet er sjukemeldingsrefusjonane redusert, mens fødselsrefusjonane har auka. Det bør likevel leggas til at refusjonane er betydeleg lågare i åra mellom 2010 og 2014, i snitt 430 000 per år.

UTGIFTSVEKST

Det har vore ein betydeleg utgiftsvekst frå 2010 til 2014. Hovuddelen av dette ser ut til å skyldas **ei auke i lønnsutgifter**. Utgifter til lønn i faste stillingar har auka med nesten 48 prosent (fra 4,8 til 7,1 millionar).

Kjøp frå andre har auka med om lag 1,9 millionar. Hovuddelen av desse er utgifter til vikartenester (1,2 millionar). Det bør presiseras at utgifter til vikarar (som er tilsett av kommunen) i same periode er redusert ca. 900 000. Likevel er det ein differanse på 1 million kroner.

Det har også vært ein kraftig auke i utgifter til legevakta, primært i samband med utgifter i samband med det avtalefesta tillegget (lønnsutgifter). **Dersom vi inkluderer arbeidsgjevaravgift og utgifter til pensjon er auken på om lag 1 million kroner.**

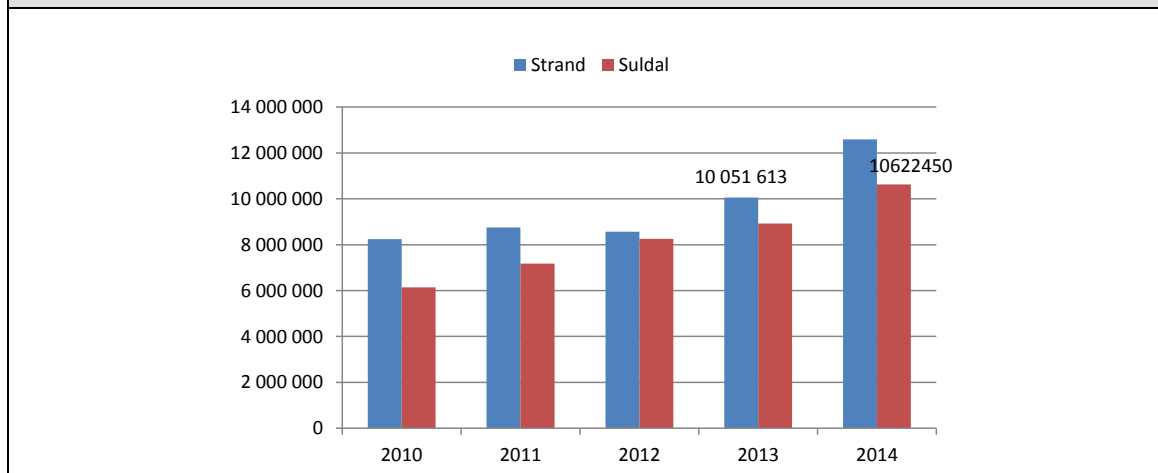
Suldals utgifter til legevakta er svært høge. Mens Suldal kommune har ein gjennomsnittleg årleg utgift på 2,1 millionar kroner, er Strand kommunes utgifter til sin legevakt på knapt 900 000 dei fem siste åra³⁴.

Utgifter i samband med permisjon og sjukemelding. I intervjuet peikast det på at kommunen har betydelege utgifter når legene har permisjon eller er langtidssjukemeldte. Dette har samband med at lønnen er betydeleg høgare enn 6 G som kommunen får kompensert for. Det overskytande blir eit netto tap for kommunen, dvs. drygt 400 000 kroner per lege.

SAMANLIKNINGAR

Vi har nylig gjennomført en forvaltningsrevisjon av legetenesta i Strand. I figuren under samanliknar vi netto utgiftsutvikling i samband med legetenesta, i dei to kommunane.

³⁴ Strand kommune har felles legevakt same n med Forsand kommune.

Figur 8 – Utgifter til legetenesta – Strand og Suldal

Samanlikninga tyder på at Suldal har høge utgifter forbundet med legetenesta. Til tross for at det er om lag tre gonger så mange innbyggere i Strand, er det ikkje så store skilnader i utgifter til legetenesta³⁵. I snitt dei fem siste åra brukar Suldal 85 prosent av det Strand kommune brukar på legetenesta.

Sjølv om det er svakheiter i samanlikninga (kommunestørrelse, geografisk plassering, organisering av legetenesta osv.), illustrerer den likevel godt at Suldal brukar mykje pengar på legetenesta.

BETYDELEGE BUDSJETTAVVIK

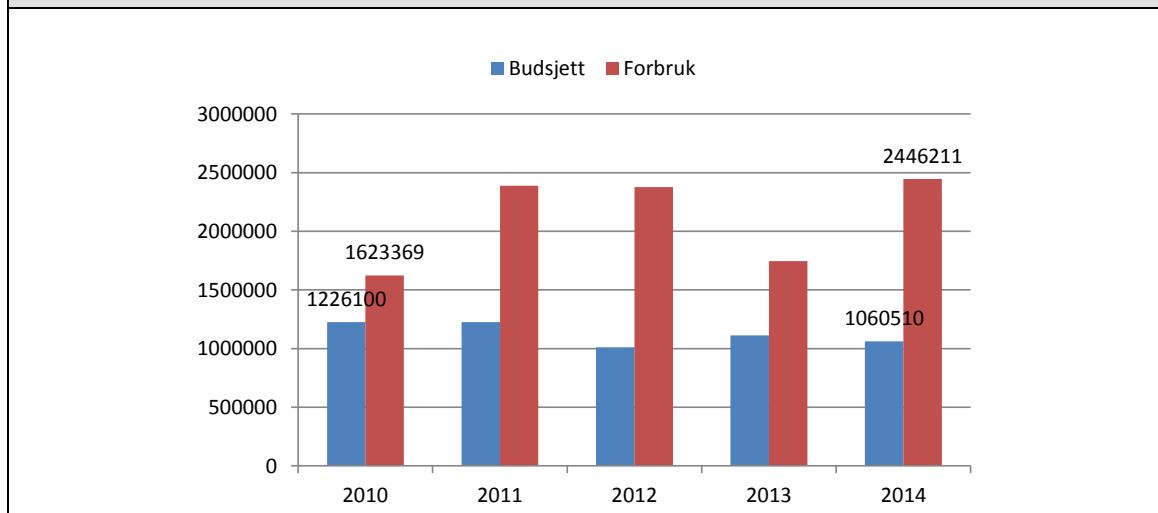
Det er også betydelege budsjettavvik kvart år, som figuren på forrige side synar. Lågaste avvik finn vi i 2010 (27 prosent), og høgaste avvik finn vi i 2014 (51 prosent). Hovudårsakene til avviket i 2014 er kjøp frå andre og vikartjenester (1,3 millionar), mindre eigenbetalingar enn budsjettert (670 000), og avtalefestet tillegg i forbindelse med legevaktordninga (815 000), og mindre enn sykelønsrefusjon enn budsjettert (510 000). Det er også eit meirforbruk i samband med fast lønn (390 000).

I intervjuet peikast det på at budsjetta er lave og ikkje står i tilhøve til forbruket: «Det er ikkje samsvar mellom den faktiske kvardagen vår og det det er budsjettert for».

Sjølv om budsjettet aukar gradvis frå år til år, aukar det langt mindre enn forbruket skulle tilsei. Budsjettet for 2014 er Til dømes lågare enn forbruket i 2011.

Budsjettavvika er veldig store i samband med legevakttenesta (som er ein del av tala over). Desse tala presenteras i figuren under.

³⁵ I 2014 var det 11,2 legeårsverk i Strand kommune, åra før det var det 9,2 legeårsverk.

Figur 9 – Kommunens netto utgifter til legevakttenesta³⁶

I 2012 og 2014 er budsjettavviket over 130 prosent. Vi ser at forbruket varierer ein del frå år til år, men trenden synar ein auke. Totalt er auken på 51 prosent. I same periode blir budsjett gradvis redusert. Totalt er reduksjonen 13 prosent.

VURDERING

Utgiftene til legetenesta har vist ei kraftig auke. Dette skyldas for ein stor del auke i brutto utgifter, men også inntektene er redusert betydeleg.

Samstundes kan det sjå ut til at budsjetta er satt urealistisk lavt i tilhøve til forbruket tidlegare år. Dette gjeld spesielt legevaktordninga. Til dømes er budsjettet for legevaktordninga for 2014 er 35 prosent lågare enn forbruket i 2010.

Vi anbefaler kommunen å forsøke å utarbeide meir realistiske budsjetter for legetenesta.

Et meir realistisk budsjett vil etter vår vurdering gje eit sterkare insentiv for å holde seg innanfor budsjetttramma, ettersom eidingen vil få ein reell mulighet til å klare dette. Samstundes visar gjennomgangen at legetenesta har eit betydeleg forbettingspotensial med omsyn til å auke inntektene. Dette gjelder både eigenbetalingar og refusjonar, men spesielt sistnemnte. Dette går vi nærare inn på i kapitlet under.

1.2.7 REFUSJONAR

Honoraret i samband med ordinære konsultasjonar i inntil 20 minutt er 143 kroner, korav størstedelen av beløpet består av pasientens eigenbetaling³⁷. Honoraret aukast med 170 kroner per påbegynt 15 minutt, utover dei første 20 minuttane. Auken i lege-

³⁶ Regnskapstall motteke frå kommunen den 08.04.15

³⁷ berre to kroner blir refundert i samband med dei vanlegaste konsultasjonane.

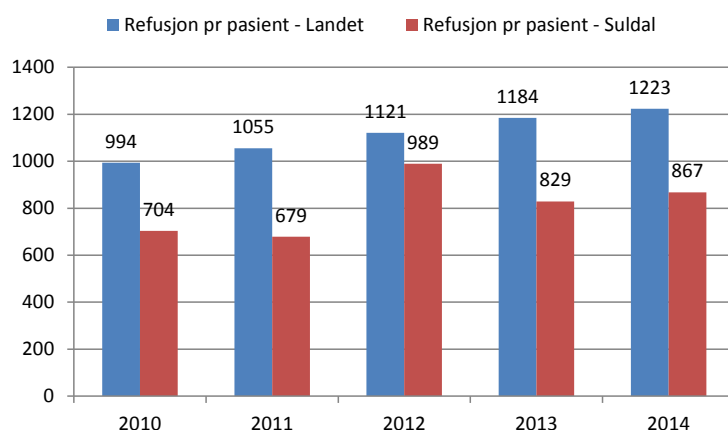
honoraret blir i sin heilskap dekket av refusjonar frå staten. Dette vil i prinsippet seie at ein lege får eit honorar på 143 kroner dersom ein konsultasjon varer i inntil 20 minutt, og drygt 300 kroner dersom den varer over tjue minutt.

Både eigenbetalingar og refusjonar er inntekter som går direkte til kommunen. I 2012 fekk legene 30 prosent av kommunens refusjonsinntekter, men Suldal har sidan gått bort frå denne ordninga. I forbindelse med legevaktordninga frå 16.00 til 08.00 er legene sjølvstendig næringsdrivande, og refusjonar og eigenbetaling går da til lege.

REFUSJON PER PASIENT

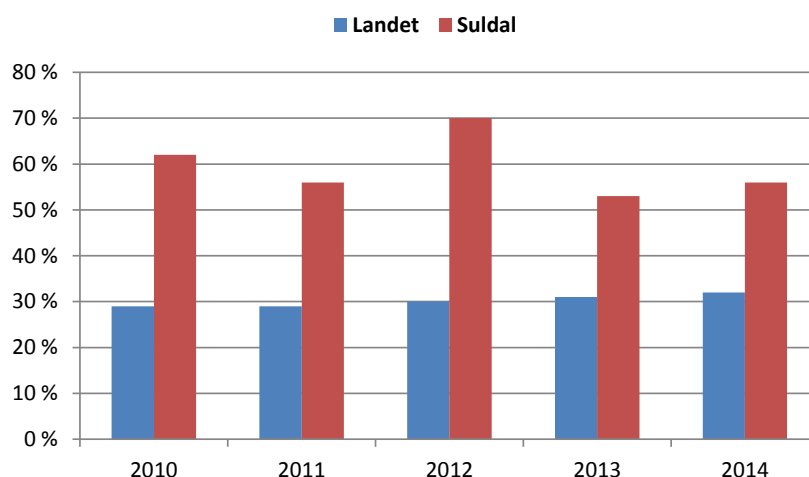
Suldal får langt mindre i refusjon per pasient samanlikna med resten av landet. Dette gjelder alle typar pasientkontaktar. Som figuren synar, er det betydelege skilnader. I snitt dei fem siste åra mottar landets leger 37 prosent meir i refusjon per pasient enn legane i Suldal gjer.

Figur 10 – Refusjon per pasient – gjennomsnittet i Suldal samanlikna med landssnittet³⁸



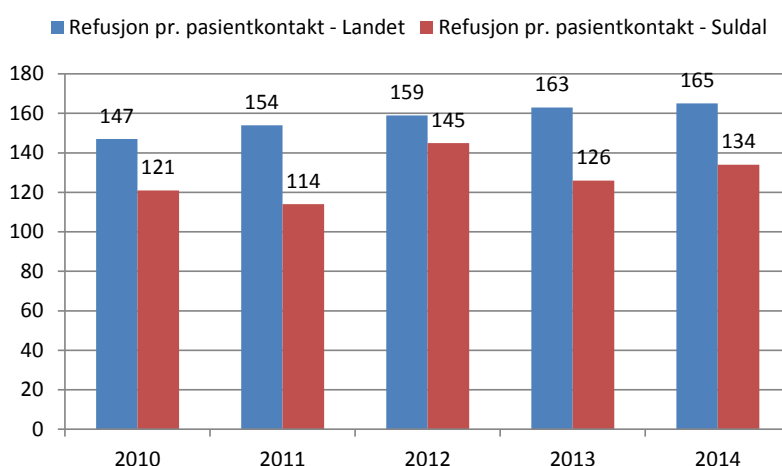
Dette skyldas i all hovudsak at konsultasjonar med ein varighet utover 20 minutt utgjer ein større andel av konsultasjonane i Suldal enn i andre landets øvrige kommunar. Dette blir illustrert i figuren under.

³⁸ Tall motteke frå Nøkkeltall motteke frå seniorrådgivar i helsedirektoratet (Divisjon for helseøkonomi og finansiering), 30.06.15.

Figur 11 – Andel konsultasjoner med varighet utover 20 minutt i prosent av konsultasjonar totalt, dvs. lengre konsultasjonar³⁹

Det som overraskar oss mest er at andelen lange konsultasjonar ser ut til å vera desidert høgast i 2012, eit år der konsultasjonstida vart redusert frå 30 til 20 minutt i eit halvt år . Ein skulle tru at konsekvensen av denne praksisendringa ville få motsett effekt, men slik er det altså ikkje.

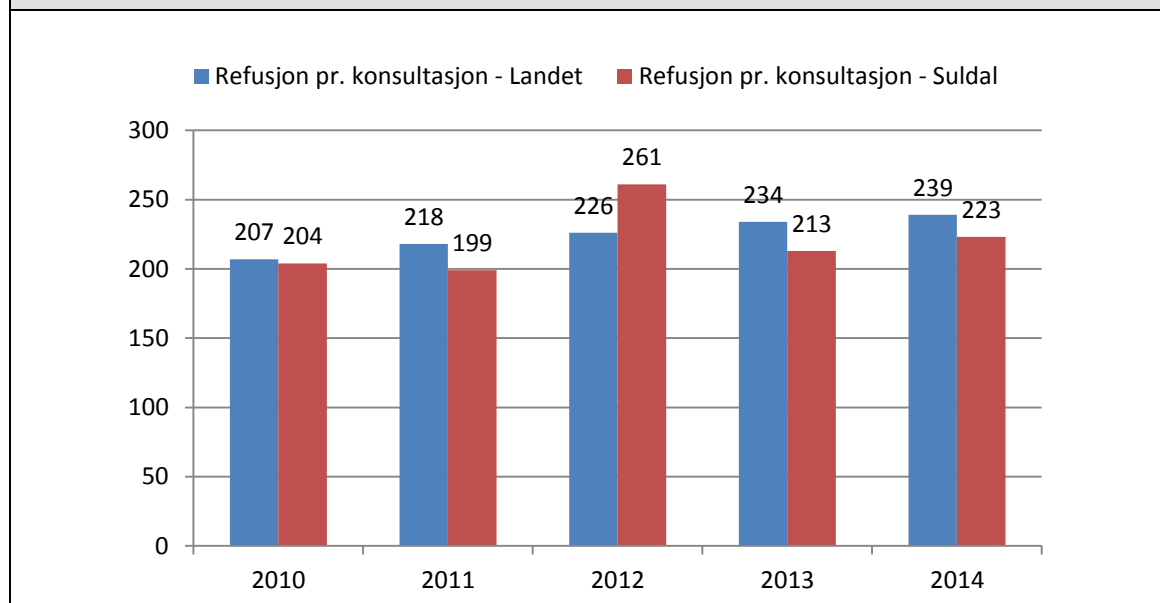
Det overraskar oss også at Suldal gjennomgåande får mindre i refusjon per pasientkontakt enn det ein gjer i landet elles (sjå figuren under).

Figur 12 – Refusjon per pasientkontakt – gjennomsnittet i Suldal samanlikna m/landssnittet⁴⁰

Det same bildet synar seg dersom vi berre ser på refusjon per legekonsultasjon, men skilnaden er mindre da, og i 2012 er refusjonsbeløpet per konsultasjon høgare i Suldal.

³⁹ Basert på grunnlagstall frå same kjelde. Her har vi dividert antall konsultasjonar med ein varighet utover 20 minutt med antall ordinære legekonsultasjonar.

⁴⁰ Basert på tall motteke frå Nøkkeltall motteke frå seniorrådgivar i helsedirektoratet (Divisjon for helseøkonomi og finansiering), 30.06.15.

Figur 13 – Refusjon per konsultasjon – gjennomsnittet i Suldal samanlikna m/landssnittet⁴¹

VURDERING

Tala frå direktoratet tyder på at om lag 60 prosent av konsultasjonane i Suldal varer i meir enn 20 minutt, mens andelen på landsbasis er 30 prosent. Dette bekreftar langt på veg det som blir sagt i intervju, dvs. at konsultasjonstida er lengre i Suldal.

Det som likevel overraskar oss er at det gjennomsnittlege refusjonsbeløpet per pasient er lågare i Suldal enn i resten av landet. Ut i frå den høge andelen med konsultasjonar over tjue minutt skulle ein trudd at bildet var motsett.

Ein annan ting som overraskar er at refusjonsbeløpet per pasient og andelen lange konsultasjonar ser ut til å vera høgast i 2012 - eit år der konsultasjonstida vart redusert frå 30 til 20 minutt i ein lengre periode. Ein skulle tru at konsekvensen av denne praksisendringa ville få motsett effekt, men slik er det altså ikkje.

Korleis kan dette henge saman? Vi skal vera forsiktige med å trekke for bastante slutningar, men spesielt to moglege forklaringar peikar seg ut:

- **Kommunen har ein svært høg andel enkle pasientkontaktar, noko som gir mindre i refusjon til kommunen.**
- **Kommunen har ikkje klart å krevje inn alle refusjonane dei har krav på.** Tre faktorar støttar denne forklaringa:
 - Berekningar vi har gjort synar at kommunen har tapt refusjonsinntektar (sjå under)
 - Intervju er også eintydige i retning av at kommunen har tapt refusjonsinntektar, hovudsakleg i forbindelse med innføring av nytt fagsystem.

⁴¹ Basert på tall motteke frå Nøkkeltall motteke frå seniorrådgivar i helsedirektoratet (Divisjon for helseøkonomi og finansiering), 30.06.15.

- I store deler av 2012 bestemte kommunen å redusere konsultasjonslengda frå 30 til 20 minutt. Til tross for dette ser det ut til at andelen lange konsultasjonar auka. Det same har refusjonsinntektene. Hovudforklaringa på dette tilsynelatande paradokset synes å vera eit sterkare økonomisk insentiv for legene til å krevje inn refusjonar. I store deler av 2012 fekk legene 30 prosent av refusjonane. Det ser ut til at dette har hatt ein særers positiv effekt på kommunens refusjonsinntektar.

Kort opp summert ser det ut til at kommunen har eit forbettringspotensial med omsyn til å krevje inn refusjonar.

Vi har to tilrådinga i samband med desse punkta:

- **Vi tilrår** kommunen å sjå nærare på eigen praksis for pasientkontakt, og vurde-re om andelen ordinære konsultasjonar bør aukast og enkle pasientkontaktar reduserast.

Legene sjølv meiner at dei i for stor grad ringer eller skriv brev til pasientane. Dei hev-dar at dette fagleg sett ikkje er så bra, at det ikkje er økonomisk gunstig for legetenesta, og at dette kan vera tidkrevjande.

I vurderinga av kontakttypene bør det takast omsyn til lange reiseavstandar for nokre pasientar.

- **Vi anbefaler** kommunen å sjå nærare på eigen praksis for å hente inn refusjo-nar, og sørgje for at kommunen får dei inntektene ein har krav på.

Det er vanskeleg å seie noko sikkert om kor store inntektstapa har vore, og kor lenge dette kan ha pågått. Fleire peikar på at utfordringane har særleg vært knyta til innfø-ring av nytt journalsystem i september 2013. I neste avsnitt går vi nærare inn på dette.

- **Vi anbefaler** kommunen å sjå nærare på eigen praksis for å hente inn eigenbe-talingar, og følgje inntektsutviklinga nøye i tida framover

Vi kan ikkje seie noko sikkert om kvifor det har vore slik ein kraftig nedgang i brukar-betalingar dei siste fem åra (36 prosent). Men nedgangen har vore såpass stor at vi an-befaler kommunen å sjå nærare på dette i tida framover.

1.2.8 REFUSJONSTAP

I intervjuet er det fleire som peikar på at kommunen har gått glipp av nokså store summer på grunn av manglande refusjonskrav. Det peikast på at ein har mista både refusjonar og brukarbetalingar, men at utfordringa har vore størst i samband med re-fusjonar.

Grunnen til dette er ifølgje våre informantar eit nytt fagsystem for legetenesta. Intervjua tyder på at følgjande tilhøve har vore problemet med det nye systemet: I det gamle fagsystemet kom takstane automatisk opp ved ein legekonsultasjon. I det nye må ein legge inn takstane manuelt, noko som både er meir tungvint og legene må også huske takstane og skrive dei ned. Ein annan utfordring er at det nokon gonger oppstår samstundeskonflikt. Dette kan skje dersom både lege og pleiepersonell er inne i same sak, og da risikerer ein å miste refusjon/eigenbetalingar.

Informantane våre klarar ikkje å gjere eit anslag på kor stort refusjonstap kommunen har hatt dei siste åra. Difor har vi forsøkt å berekne dette. Det vi har gjort er å sjå på antall ordinære konsultasjonar, slik dei er rapportert inn til direktoratet/NAV, opp mot konsultasjonstala vi har fått av kommunen⁴². Berekingen våre synar at legene i Suldal hadde 8676 konsultasjonar i 2014, og det blei rapportert inn 7432. **Dette gir ein differanse på 1244 konsultasjonar, som Suldal ikkje fekk refusjon for i 2014. For Suldal kommune utgjør dette om lag 277 000,- i tapte refusjonsinntektar, i 2014⁴³.**

Vurdering: Gjennomgangen tyder på at Suldal kommune har eit betydeleg inntektspotensial i samband med innkrevjing av refusjonar. Det kan godt tenkast at inntektspotensialet er ein god del høgare enn det berekingane våre tyder på. Ein illustrasjon på dette: I 2014 var det i alt 22 500 registrerte pasientkontaktar i Suldal. Same år hadde kommunen 134,- kroner i refusjon i gjennomsnitt per pasientkontakt. Hadde Suldal kommune fått like mye i refusjon per pasientkontakt som resten av landet (165 kroner i gjennomsnitt) hadde det totale refusjonsbeløpet auka med Dersom vi legger det nasjonale gjennomsnittlege refusjonsbeløpet til grunn (165 kroner) hadde refusjonsinntektene auka med nesten 700 000 kroner.

1.2.9 INTERNE TILHØVE

HØY UTSKIFTING AV LEGER

Suldal kommune er stor geografisk, men folketalet er ikkje så stort. Vi får opplyst at dette kan opplevast som ei utfordring for nye legar. Suldal har i ei årrekke hatt legar frå både Danmark og Sverige tilsett. Dei har ofte kome til kommunen via vikarbyrå og har i utgangspunktet ikkje tilknytning til kommune. Fleire har blitt buande i Suldal, men mange har også reist og då ofte grunna familiesituasjon.

Fire av dei legene som er fast tilsette nå, blei rekruttert via vikarbyrå.

⁴² Tala frå kommunen er berekna slik:

• Antall ordinære konsultasjonar i Suldal kommune (30 minutt),	7679
• Antall ø-hjelpskonsultasjonar (dagtid),	997
• Sum	8676

⁴³ Vi legger til grunn gjennomsnittleg refusjon per konsultasjon for å berekne dette.

Det har vore ein høg utskifting av leger dei siste åra. Vi har fått ein oversikt som synar at frå 2011 frem til slutten av mars 2015 har det slutta til saman 15 leger. Dette gir ein årleg gjennomsnittleg turnover på knapt 50 prosent.

I tillegg har kommunen hatt ni turnusleger⁴⁴ i perioden⁴⁵. Vi får opplyst frå helseleiar at desse ofte er godt likt av pasientane «og det kan nok opplevast som vanskeleg når dei sluttar etter 6 månader.»

Da ein av legene gikk ut i permisjon våren 2014 vart pasientane fordelt på dei tre gjenverande legene som har 100 prosents stilling. sjølv om dette avgrensar antall utskiftingar, blir det likevel eit skifte av lege for pasientane.

Fleire peikar likevel på at legesituasjonen er i ferd med å stabilisere seg sommaren 2015, men at det fremdeles er «skjørt».

ARBEIDSMILJØ OG ATTRAKTIVITET

Arbeidsmiljøet i eining for helse skildrast som veldig godt, det same gjer det kollegiale tilhøvet mellom legene. Vi attgjev nokon av tilbakemeldingane i punkta under:

- Arbeidsmiljøet har blitt betre. Einingsleiar har vore bevisst på å jobbe med arbeidsmiljøet.
- Ein fantastisk gruppe, med kjempepotensial. Det er god energi og stemning i gruppa.
- Det er eit trygt og god miljø å lære og bli god i. Dette krev litt ekstra arbeid av dei meir erfarne kollegaene i starten, men det gjer at nye leger fortare blir Sjølvstendige og kan bidra meir effektivt.
- Det er eit godt samarbeid mellom leger, og mellom leger og det øvrige helsepersonellet.
- Det er mykje positivt med å jobbe her; akuttmedisin, miljø, bredde i problemstillingar folk kjem med, kjekke pasientar, kjekt kontor og kjekke kollegaer. «Eg jobbar ikkje her fordi eg vil ha så mykje jobb».

Fleire hevdar at det er fagleg attraktivt for leger å arbeide i ein liten kommune for leger som ynskjer å lære seg allmennmedisin. Det blir peikt på at legene i Suldal møter hele spekteret av sjukdomar og tilstander, noko som er fagleg utfordrande. Avstanden til sjukehuset gjer også at ein får anledning til å utføre meir akuttmedisin. «I byen viderehenvisast det til andre instansar. Her stopper det hos oss. Det er lærerikt». Samstundes

⁴⁴ Etter bestått embetseksamen i medisin krevjast det eit år turnusteneste på sjukehus og eit halvt års turnusteneste i allmennpraksis, før ein kan begynne å spesialisere seg innanfor eit bestemt fagområde. Det er eit begrensa antall turnusplasser som utlyses gjennom ein felles portal. I desember 2012 ble turnusordninga endra. Denne inneber, blant anna, at ingen lenger har rett til turnusplass, og at turnusstilling er ikkje lenger obligatorisk for å få autorisasjon, men første obligatoriske del av legers spesialistutdanning.

Det enkelte fylkesmannsembete har ansvar for å opprette og godkjenne turnusstillingar i kommunehelsetenesta, og hjelpe helseforetak og kommunar i sitt fylke i arbeidet med kopling av turnusstillingane (www.helsedirektoratet.no)

⁴⁵ Vi får opplyst at det kjem ein turnuslege i halvåret, ein i mars og ein i september.

undersrekes det på at ikkje alle leger ynskjer ein så stor fagleg variasjonsbredde som den ein har i Suldal.

Fra legene peikast det også på at lønnen er god, og at ein har ein del godar, til dømes i samband med permisjon, ferier, sjukepengar og kurs.

Legene har sidan 2013 hatt to veker ekstra ferie med lønn og årsløna inkluderer 2,5 timar overtid i veka. Dette skulle vera eit rekrutteringstiltak, men avtalen blei sagt opp i april 2015, noko legene uttrykker misnøye med. Avtalen blir reforhandla i haust.

Tala vi har mottatt frå kommunen tyder på at sjukefråveret ikkje er spesielt høgt på årsbasis, men at det er høgt i periodar. Dette kan utgjere periodevise belastningar for legetenesta, spesielt dersom det samanfall med andre typar fråvær.

SAMARBEID MED KOMMUNELEIINGA

Intervjua med legene tyder på at dei opplever samarbeidet med kommuneleiinga som noko utfordrande. Vi oppsummerer tilbakemeldingane frå legene i punkta under:

- Legene opplever at kommuneleiinga har **liten forståing** for legene sin situasjon, til dømes i samband med deira påstandar om høg arbeidsbelastning
- Dei opplever mangel på tillit frå kommuneleiinga.
- **En av legene sa det slik:** *Vi er i to forskjellige røyndomar. For dei handlar det om økonomi, for oss handlar det om pasientkontakt. Ein tredje sa det slik: «Vi har ein sterk fagkultur og tenker mykje fag, kommunen tenker drift».*
- Legene **ynskjer større grad av medbestemmelse**. Døme på mangel på medbestemmelse:
 - Legene ønsket hjertestarter og GPS til legebil. Dette tok, ifølgje legene, ti månader.
 - Andre døme er ambulansetrening, innkjøpsstopp tidlig på året som førte til at ein ikkje kunne kjøpe inn eingongshanskar.
 - Legene gir uttrykk for at noko av dette er småting, men at det irritera. Dei peikar vidare på at ein del avgjerder kunne vært gjort på tjue minutt ved eit privat kontor, mens her kan det ta lang tid.

Vi får opplyst frå kommunalsjef og einingsleiar at dette er døme på hendingar som i all hovudsak skuldast vanskeleg budsjettsituasjon og røde tall (sjå over) for legetenesta. Einingsleiar peikar vidare på at dei fleste av desse tinga er på plass i dag.

Frå kommunalsjef peikast det vidare på at kommuneleiinga ynskjer å ha eit godt samarbeid med legene. I mai (etter våre intervju med legene) var det eit møte mellom kommuneleiinga og legene, noko begge parter opplevde som positivt.⁴⁶

⁴⁶ Normalt er kontakten mellom kommunalsjef og einingsleder.

Ifølgje ASA 4310⁴⁷ er det to formelle samarbeidsarenaer i fastlegeordningen, allmennlegeutvalet og samarbeidsutvalet (sjå vedlegg). Kommunen skal ta initiativet til begge. I Suldal er det korkje eit samarbeidsutval eller almenlegeutvalg. «*De har i liten grad vært oppe og gått.*» Intervjua tyder likevel at det ikkje er her skoen trykker mest, ettersom alle legene er tilsett på eit kommunalt legekontor. Legene ynskjer framfor alt eit betre samarbeid med kommuneleiinga: *Det er viktig at vi får ein dialog rundt prioriteringane som gjerer . Ein annan lege sa det slik: «Det viktigaste er at vi får snakket oss gjennom dette, vi leger og kommuneadministrasjonen, slik at vi får til ein felles kurs».*

1.2.10 RUTINAR RUNDT LEGESKIFTE

INNLEIING

Ettersom det var eit uttrykt ønske frå kontrollutvalet at pasientperspektivet skulle koma tydelig fram i rapporten, startar vi denne delen med å beskrive brukaranes opplevingar av legeskiftene og legetenesta. Deretter går vi nærare inn på kva for ein informasjon som gis pasientar og legar i forbindelse med legeskifter. Til slutt går vi inn på korleis pasientjournalen vert brukt i samband med informasjonsoverføringa ved skifte av leger, og dei utfordringane kommunen har hatt i samband med innføringa av nytt journalsystem.

BRUKAROPPLEVINGAR

Vi har intervjuet tre representantar for ulike grupper av brukarar av legetenesta. Vi har intervjuet ein representant for Eldrerådet, ein for representant for barn og unge, og ein representant for råd for funksjonshemmede. Desse har uttalt seg på vegne av dei brukarane dei representerer.

I punkta under går vi nærare inn på kva brukarane opplever som hovudutfordringane med legetenesta. Samstundes ynskjer vi å understreke at brukarane sa ein del positivt om legetenesta, mellom anna at dei stort sett er fornøyde og at dei sett pris samarbeidsviljen. Men dei pekar også på nokon utfordringar. Det er spesielt to moment som går igjen:

- Det er **hyppige legeskifter**, og dette opplevast som eit problem for mange pasientar. Dette er attgjeve kort under:
 - Ein del opplever at dei må svare på spørsmål dei har svart på før, og at dei må repetere sin historie for nye fastleger. Dette opplevast som vanskeleg for mange pasientar, kanskje spesielt for kronikarar.
 - Før kjente legene betre til pasientane og familienes bakgrunn. Da var legene meir restriktive med ågjemedisinar, til dømes blodtrykksdempande middel, fordi ein kjende betre til familien og dei medisinske tilhøve

⁴⁷ Rammaavtale mellom KS og Den norske lægeforening om allmennpraksis i fastlegeordningen i kommunene.

der. «Nå er ein meir opptatt av resultat på målingar, blodprosent, blodtrykk og kolesterol.»

- **Det er lang ventetid.** Det blir peikt på at fleire brukarar har venta tre-fire veker før dei har kome til fastlegen sin, dersom det ikkje er akutt («men plagsamt nok, når smerte går utover søvn»). Lang ventetid fører til at kronikarar ikkje alltid kjem til sine faste leger, noko som forsterkar utfordringa med å måtte fortelle seie historie på nytt.
 - Det blir også peikt på at det ikkje er lett å kome gjennom på telefon.

Kommunikasjon. Representanten frå Eldrerådet peikar på at deira brukargruppe nokon gonger har opplevd språkproblem fordi legen var frå eit anna land. Problema har både vært knyta til at pasientane ikkje har klart å gjere seg forstått hos legen, og samstundes har nokre opplevd at det har vore vanskeleg å forstå det legen seier.

Representanten frå barn og unge meiner at informasjonen om legetenesta kan bli betre, spesielt for mykje innbyggjarar. Det gjelder til dømes kor legevakta er, kva for eit nummer ein skal ringe osv.

I brukarintervjua blir det også peikt på at ein del pasientar opplever at legene under konsultasjonen brukar for mykje tid føre skjermen og for lite tid med pasienten.

INFORMASJON TIL PASIENTANE

Dersom ein lege slutter får legens pasientane eit brev om dette frå Helfo. I same brev informerast det om kven som er ny lege for pasientane. Pasientane får i utgangspunktet ikkje informasjon dersom legene har vikarar, men vi får opplyst frå kommunen at ein nokon gonger har informert om dette i Suldalsposten.

INFORMASJON TIL NYE LEGER

Dersom ein lege er borte i fleire enn fem dagar vert det i første omgang peika ut ein legekollega som skal vera fråværsassistent.

Suldal har i fleire år brukt vikarbyrået NordVik når det er behov for vikar i lengre sjukemeldingsperiodar og avvikling av sommarferie. Det er fleire vikarbyrå på marknaden som tilbyr sine tenester, men Suldal har inngått ein samarbeidsavtale med NordVik⁴⁸. Det peikast på at dette gjer at vikarbyrået kjenner Suldal.

Når ein lege startar som ny vert det sett av 2 dagar til opplæring av journalsystem og ulike prosedyrar saman med ein kollega, som er peika ut for dette.

Kommunen har ein egen sjekklisse for kva som skal gjennomgåast ved **opplæring av nyttilsette/vikarar**. Forutan opplæring i journalsystem er det opplæring i samband med

⁴⁸ Kjelde: E-post frå daglig leiar 07.04.15.

ei rekke andre oppgåver, blant anna bruk av legevaktbil- og utstyr, opplæring i bruk av ulike laboratorieprøver (CRP, EKG osv.), og møte med ambulanspersonal. Det finnes også ein uoffisiell liste, som kommuneoverlegen brukar i tillegg til kommunens sjekkliste. Denne inneheld nokon fleire moment, som opplæring i takstbruk, rutinar for samhandling heimeteneste. **Etter vår vurdering** bør kommunen, for enkelthets skyld, samle alle punkta i ein og same sjekkliste, som er felles for kommunen.

I intervju peikar fleire leger på at det ikkje setjas av nok tid til opplæring og at det bør prioriteras tydelegare. Blant annet peikast det på at sjukdom førte til at deler av internundervisningen bortfalt.

Elles peikast det på at kollegaer alltid står til rådighet for spørsmål, og problemstillingar og utfordringar takast opp på fagmøte, som vert halde kvar veke. Vi får også opplyst at det nær kontakt mellom lege og kreftsjukepleiar, som informerer skriftlig og munnleg til fastlege eller vikar for fastlege. Denne kontakten er viktig for legene skal kunne gje ein god oppfølging til desse pasientane.

Vi får opplyst at det er tett og god kontakt mellom legekantoret og sjukeheimen. Suldal kommune har eigen tilsynslege ved Suldal sjukeheim. Per i dag er stillinga 70%. Same lege har 20% kurativ arbeid ved Suldal legekantor.

Frå legene peikast det på at det er trygt og godt læringsmiljø på legekantoret. Dette krev litt ekstra arbeid frå kollegaer i starten, men fører til at nye leger blir fortare sjølvstendige, ifølgje våre informantar. Intervju tyder elles på at det er eit godt samarbeid mellom legene, og mellom legene og øvrig helsepersonell på kantoret.

PASIENTJOURNAL

Ifølgje helsepersonell-loven § 40 skal journalen innehalde relevante og naudsynte opplysningar om pasienten og helsehjelpa, og journalen skal vera lett å forstå for anna kvalifisert helsepersonell⁴⁹. Pasientjournalen er eit viktig arbeidsverktøy for legene og sentral i samband med informasjonsoverføringa ved skifte av leger. Ein god og oversiktelig pasientjournal bidreg til å lette overgangane, og til å styrka kvaliteten på legetenesta.

Gjennomgangen tyder på journalane som regel er oppdaterte, men at dei kan vera litt uoversiktlege. Ein meir einhetleg praksis etterlyses. Ein av legene oppsummerer det slik: *«Det er ulike måtar å journalføre på. Legene jobbar ulikt, det er litt rotete. Eg saknar eit resymé. Ein må kikke dept for å finne samanheng. (..) Dei viktigaste opplysningane er på plass, det tar berre litt tid å få oversikt.»* Fleire tar til orde for ein meir felles journalføringspraksis.

⁴⁹ Pasientjournalens primære funksjon er å dokumentere helsepersonellens daglige pasientbehandling, omsorg og pleie og gje informasjon som kan danne grunnlag for beslutningsstøtte under vidare pasientbehandling. Pasientjournalen er også eit juridisk dokument som oppsummerer alle relevante hendingar m.v. i samband med behandling og pleie av pasienten.

I intervjuet peikast det på at det var eit prosjekt for nokon år sidan som gikk ut på å få til ein meir felles journalføringspraksis, og at har vore undervist i dette internt. Det hevdas at dette fungerte godt ein stund, «så har folk funnet ulike måtar å gjere det på. Nokon journalar er veldig uoversiktlege, men leger er individualister.» eit godt redigert dokument er eit godt arbeidsdokument og det letter arbeidet for nye leger, hevdas det.

Innføringa av eit nytt journalsystem i september 2013 ser ut til å ha bidrege til å svekke informasjonsoverføringa ytterligare. Kommuneoverlegen har sendt ein del bekymringsmeldingar til kommunalsjefen om det nye journalsystemet⁵⁰. Den mest omfattande vart sendt i mai 2014. Her hevdar han at konverteringa til eit nytt journalsystem har gått utover tryggleiken til pasientane i kommunen, og at programmet har fleire svake sider som kangjesvekka tryggleik for pasientane. Dei viktigaste punkta i bekymringsmeldinga blir gjengitt under⁵¹:

- Viktige beskjeder har forsvunne.
 - «Ved overgangen til Infodoc har alle såkalla "huskelappar" forsvunne. Dette var beskjedar som helsepersonellet meinte var ekstra viktige at andre helsepersonell kunne lese. Til dømes informasjon knyta til smitterisiko, kva som skulle gjerast ved ulike infeksjonar, særskilte omsyn ved konsultasjonar og spesifikke behandlingssråd, for å nemne nokon.»
 - Det var truleg fleire hundre slike beskjedar som forsvann ved konverteringa. Dette utgjorde i praksis umiddelbart ein fare for pasienttryggleiken. Nå har helsepersonellet i Suldal kommune starta jobben med å forsøke å "byggje opp att" beskjedefeltet ut i frå hukommelsen og ut i frå å leite igjennom journalane. Men i praksis har mange viktige beskjeder gått tapt»
- Laboratorimodulen
 - Laboratorieprøvene blir framstilt på ein veldig lite oversiktelege måte. «Modulen er så lite oversiktelege at det kan gå utover oppfølginga av pasientane. Mikrobiologiske svar frå sjukehus er vanskeleg å finne igjen.»
- Medisinhistorikk
 - Ved konverteringa forsvann informasjon om medisinhistorikk frå meir enn eit år tilbake i tid: «Dette gjer at legane har mykje mindre informasjon om tidlegare sjukdomar og kva oppfølging som blei gjort. I praksis kan legane berre skjå kva pasientane har brukt av medisinar frå 2013, i medisinmodulen.»
- Manglar knyta til bruk av helsestasjonen
 - Vaksineinformasjon har gått tapt i overføringa frå journalsystem til nasjonal vaksinasjonsregister. Dette «...gir risiko for manglande oversikt over vaksineringsen til pasientane.» Basert på at det er observert at barn har fått vaksine på legekonto

⁵⁰ Den meste omfattande meldinga, som det i all hovudsak refererast til, bygger på tilbakemeldingar til kommuneoverlege frå kollegaer på legekantoret, både leger og andre medarbeidarar og kommuneoverlegens egne observasjonar. Kommunoverlegen har også hatt dialog med legar i andre kommunar som har brukt og brukar Infodoc, og den uavhengige brukarorganisasjonen, Infobruk.

⁵¹ Kommuneoverlegen karakteriserer desse punkta som særleg alvorlige.

- Kroniske sjukdomar kan ikkje bli registrert
 - I det nye journalsystemet er det per i dag ikkje mogleg å registrere om ein diagnose er kronisk.
 - Det er, ifølgje bekymringsmeldinga, heller ikkje mulig å hente «nøyaktig same diagnose brukt ved førre konsultasjon. Dette kangjemeir uoversiktleg journal. Ein person med diagnosen depresjon «*kan risikere å få journalført dette i 30 ulike variantar.*»
 - Alle oversikter i diagnose-feltane over kroniske sjukdomar som var registrer på pasientane, forsvann ved konvertering til det nye journalsystemet. «*På den måten mista helsepersonell ein viktig kjelde til informasjon og oversikt over tidlegare sjukdomar.*»

Ifølgje helseleiar har det vært ein god del utfordringar med det nye journalsystemet. Samstundes peikar ho på at det fungerer betre nå men at kommunen har arbeidet kontinuerlig med dette, og at det begynner å fungere betre no.

VURDERING

For brukarane er hyppige legeskifter og lang ventetid dei viktigaste utfordringane til legetenesta. Dei opplever at dei må repetere sin historie for nye fastleger og at dei ikkje kjennar pasientane like godt som før. Høgt press på legeteneste og lang ventetid ser ut til å forsterke denne utfordringa, ettersom mange blir henvist til ein annan lege enn fastlegen.

Det er gledelig at det i dag (slutten av juni 2015) ikkje er ventetid hos legetenesta, og at legesituasjonen er i ferd med å stabilisere seg. Dersom denne situasjonen held fram er det grunn til å tro at desse problema vil reduserast.

Kommunen skifta journalsystem september 2013. Dette har resultert i mange utfordringar for kommunen, mellom anna tap av inntekter og tap av viktig pasientinformasjon. Sistnemnte er viktig for at legene skal vera orienterte om pasientanes sjuke- og medisinhistorie, og spesielt viktig ved hyppige legeskifter.

Gjennomgangen vår tyder på at desse utfordringane var størst i 2013 og deler av 2014, og at det har vore ein betring sidan. Samstundes ser det ikkje ut til at alle utfordringane er løyst.

Legene gir også uttrykk for at eigen journalpraksis har eit forbetningspotensial, og ein felles og meir einhetleg journalføringspraksis etterlyses, til dømes ein betre praksis for å løfte fram hovudpunkta i journalen og ein meir tematisk inndeling. Dette er eit av fleire døme på områder der legene meiner legekontoret har eit forbetningspotensial.

I kapitlet under har vi attgjeve nokre av dei andre innspela frå legene. Dette gjer vi fordi vi meiner innspela er relevante for å auke kvaliteten på legetenesta og for å få til ein betre pasientflyt.

1.2.11 FORBETRINGAR AV INTERNE ARBEIDS- PROSESSAR

Legene sjølve meiner at dei interne arbeidsprosessane bør organiseras på ein betre og meir effektiv måte. Nedanfor har vi attgjeve nokre av tilbakemeldingane i intervju. Dette er ingen uttømmmande liste, men kan vera eit utgangspunkt for det interne forbedringsarbeidet i tida framover.

DIFFERENSIERING OG PRIORITERING AV PASIENTAR

Fleire leger tar til orde for at legekantoret må **prioritere og differensiera betre i samband med pasientkonsultasjonar**. Med dette menes at ein i større grad bør skilje mellom korte og meir omfattande konsultasjonar. Ein av legane sa det slik: «Her kjem dei med ein hel dorull med plager. Vi har ikkje rutine på å seie – vi har så og så mykje tid til rådgiving».

I intervju hevdas det også at legekantoret bør fordele pasientane betre, slik at tilgjengelegheta blir betre for fleire pasientar. Det peikast på at pasientane nokon gonger bestiller timer hos fleire leger i løpet av ein kort periode: *Først vikar, så hos meg, og så fastlege.* Resultatet blir då at enkelte pasientar kan bli satt opp tre gonger til tre ulike leger i løpet av ein tovekersperiode, mens andre må vente i fleire veker. Dette er ikkje gunstig for nokon av partane, hevdas det.

I intervju blir det også peikt på ein annan differensieringsmulighet. I nokre tilfelle og for nokon pasientgrupper er det viktigare å koma til fastlegen enn for andre. Til dømes vil det vera lettare å ha konsultasjonen hos ein annan lege enn fastlege for ein pasient som har ein vond fot enn for ein kronikar med samansette lidingar. For sistnemnte vil det vera langt viktigare å koma til sin faste lege, noko som bør reflekteras i prioriteringa i periodar med stor pågang, hevdas det.

EIN MEIR EFFEKTIV INTERN SAMHANDLING

Intervju tyder på at den interne samhandlinga kan forbedras. Til dømes kan ein planlegge blodprøver betre opp mot legekonsultasjonar, slik at verdiane er klare før konsultasjonen: «Da glir det meir effektivt, og det er lettare sette opp ein medikamentell behandling. Legene sparar å ringe eller skrive brev i etterkant».

Fleire peikar på at legene i alt for stor grad ringer eller skriver brev til pasientane. Det peikast på at dette kan vera tidkrevjande, er fagleg sett ikkje er bra, og at det heller ik-

kje er økonomisk gunstig for legetenesta. Det tas til orde for at ein bør redusere denne forma for pasientkontakt, og heller auke andelen ordinære konsultasjonar.

Enkelte meiner at eining for helse bør sjå nærare på arbeidsdelinga og samhandlinga mellom leger og sjukepleiere, for å sjå om denne kan forbetras. I periodar med stor pågang bør ein sjå nærare på om der er mogleg å delegere meir til sjukepleiarane, til dømes ulike typar kontroller (diabetes, blodsukker, blodtrykk), hevdas det.

I intervjuet etterlyses også ein betre møtstruktur. Det peikast på at det er «*greie ting som diskuteras*», men at det litt tilfeldig kva for tema ein brukar tiden på. Ei hovudinnvending frå fleire er at det ofte skortar på oppfølginga i etterkant: «*Det er mykje gode forslag og idear, men vi veit ikkje alltid kva vi blei einige om*». Det understrekes at det er viktig at møtetida brukas riktig «*i staden for at digresjonane tar overhand*». Ein annan lege hevdar at det er mykje felles energi og gode idear på legekantorene «men eg saknar å arbeide mot eit felles mål.»

Fleire leger tar til orde for å arbeide meir med effektivisering av arbeidsprosesser, kvalitetssikring og internkontroll. Det peikast på at det er viktig at ein setter av ressursar til dette arbeidet, og at dette vil svare seg på sikt, både i form av betre og meir effektive arbeidsprosesser og som eit tiltak som sikrar eit sterkare fagleg fellesskap blant legene.

RUTINAR, PROSEDYRAR OG INTERNKONTROLL

I ein e-post frå november 2014 hevdar kommunelegen at prosedyrehandboka for legekantoret treng ei betydeleg oppdatering⁵². I intervjuet peikast det på at ein har ein utdatert prosedyrehandbok (frå åttitalet). Det blir hevda at legetenesta treng faste prosedyrar for ulike type problem, til dømes urinvegsinfeksjon (i staden for at legene finner ut av kva som skal gjeres frå gang til gang). Dette vil forenkle legearbeidet og samstundes auke kvaliteten i behandlinga, meiner kommuneoverlegen.

Kommuneoverlegen sendte i mars 2014 ein bekymringsmelding vedrørande manglar i internkontrollsystemet. Vi går ikkje nærare inn på innhaldet i desse, men i meldinga foreslår kommuneoverlegen at legekantoret intensiviserer merksemda mot å jobbe med internkontrollsystemet.

VURDERING

Sommaren 2015 ser det ut til at arbeidssituasjonen er meir stabil enn på lenge, og det er praktisk talt ikkje ventetid lenger. Dette vil kunne frigjere tid til å kunne arbeide meir med effektivisering av pasientflyt, intern samhandling, felles rutinar/prosedyrar, kvalitetssikring og internkontroll.

⁵² E-post datert 06.11.14.

Denne type arbeid kjem i til det kurative og offentlege legearbeidet. Det er difor viktig at ein har ein realistisk holdning til kor mykje som kan endrast på kort og litt lengre sikt. Difor er det viktig å gjere tydelige prioriteringar, slik at ikkje for mange endringsprosessar som blir setje i verk samstundes. Ein mulighet er at ein i fellesskap lager ein liste over det som bør forbeholdt, for deretter å sette opp desse i ein prioritert rekkefølge. Det bør vidare setjas opp kven som har hovudansvar for at ulike mål skal nås og tidsfristar for når dei ulike måla skal nås. Det er først da prosjekta blir konkrete og gjennomførbare.

Fleire leger meiner det er viktig at det setjas av tid til det interne kvalitetssikrings- og effektiviseringsarbeidet. Vi deler dette synspunktet, og trur det vil kunne gjere legetenesta meir robust og mindre sårbar for endringar og utskiftingar i framtida. Til dømes vil betre pasientjournalar føre til at informasjonsoverføringa frå lege til lege glir lettare, ein betre pasientfordeling/pasientflyt vil kunne føre til mindre press og dermed kortare ventetid, og ein meir effektiv samhandling vil også vera tidssparande.

Eit moment heilt til slutt. Fleire i intervjuet peikar på at pasientane er godt vande i Suldal. Dersom legetenesta igjen opplever stor pågang og ventetida begynner å auke vil det kanskje vera behov for ein sterkare differensiering av tidsbruken i samband med konsultasjonar, til dømes med at ein skiljer mellom korte konsultasjonar og ordinære konsultasjonar. Dersom ein gjer eit slikt tiltak, eller andre tiltak som får betydning for pasientane, er det viktig at dette blir kommunisert tydelig til brukarane – både kva ein gjer og kvifor ein gjer det.

Om forvaltningsrevisjon

I kommunelovens [§ 77.4](#) pålegges kontrollutvalgene i fylkeskommunene og kommunene å påse at det gjennomføres forvaltningsrevisjon. Forvaltningsrevisjon inneber systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, måloppnåelse og virkninger ut frå kommunestyrets vedtak og forutsetninger. Lovens bestemmelser er nærare utdypet i revisjonsforskriftens [kapittel 3](#) og kontrollutvalgsforskriftens [kapittel 5](#).

Revisjon i norsk offentlig sektor omfatter både regnskapsrevisjon og forvaltningsrevisjon, i motsetning til i privat sektor hvor berre regnskapsrevisjon (finansiell-) er obligatorisk.

Rogaland Revisjon IKS utfører forvaltningsrevisjon på oppdrag frå kontrollutvalget i kommunen. Arbeidet er gjennomført i henhold til [NKRF](#) sin standard for forvaltningsrevisjon, [RSK 001](#). Les meir på www.rogaland-revisjon.no.

Prosjektleiar for denne rapporten har vore senior forvaltningsrevisor, Svein Kvalvåg. Rapporten har blitt kvalitetssikret av fagansvarlig for forvaltningsrevisjon, Bernt Mæland, og oppdragsansvarlig Tore Kristensen.

Revisjonskriterier

Revisjonskriteriene er krav eller forventningar som revisjonen brukar for å vurdere funna i undersøkingane. Revisjonskriteriene skal vera begrunna i, eller utleda av, autoritative kjelder innafor det reviderte området, til dømes lovverk og politiske vedtak. I dette prosjektet er følgjande kriterium anvendt:

- Samanlikningar med andre kommunar, og samanlikningar av same eining over tid
- Føringer for informasjonsoverføring i forbindelse med legeskifter
 - Så vidt vi har oversikt over finnes det ingen sentrale føringer for korleis informasjonsoverføringa skal skje ved legeskifter. Ifølgje journalforskriften skal pasientengjesitt samtykke til overføring av journalen, frå eining til eining. Dette er likevel annleis dersom legene arbeider på det same legekantoret. Da har dei tilgang til det same systemet og alle pasientopplysningane, og idet pasienten bestiller time hos en ny lege ved same kontor gir ein underforstått denne eit løyve til ens egen journal.
 - Ifølgje helsepersonell-loven § 40 skal journalen innehalde relevante og naudsynte opplysningar om pasienten og helsehjelpa, og journalen skal vera lett å forstå for anna kvalifisert helsepersonell⁵³. Pasientjournalen er eit viktig arbeidsverktøy for legene og sentral i samband med informasjonsoverføringa ved skifte av leger. Ein god og oversiktelig pasientjournal bidreg til å lette overgangane, og til å styrka kvaliteten på legetenesta.
 - Dette er utgangspunktet for vår gjennomgang, men ikkje eit revisjonskriterium i streng forstand, ettersom det er vanskeleg for nokon utanfrå og vurdere i kva grad ein pasientjournal inneheld relevante og naudsynte opplysningar. Difor har vi i staden spurt legene om dette.

Avgrensingar og metode

Får kontrollutvalet har det vore eit sentralt siktemål å sjå nærare på rutinar ved skifte av leger. Dette er i prosjektet gjort ved å få kommunale sjekklister/rutinar og supplert dette med intervjuar med åtte leger samt tre brukarrepresentantar, som representerer eldre (Eldrerådet), barn og unge og funksjonshemmede.

⁵³ Pasientjournalens primære funksjon er å dokumentere helsepersonellens daglige pasientbehandling, omsorg og pleie og gje informasjon som kan danne grunnlag for beslutningsstøtte under vidare pasientbehandling. Pasientjournalen er også eit juridisk dokument som oppsummerer alle relevante hendingar m.v. i samband med behandling og pleie av pasienten.

Undervegs i prosjektet vurderte vi å gjennomføra ein brukarundersøkelse retta mot eit utval brukarar av legetenesta. Dette gikk vi bort frå, av fleire årsakar. Sjølv om vi lykkas i få tak i alle pasientnavna frå direktoratet, fekk med ikkje tak i epostadressene. Det ville vore svært ressurskrevjande å leita fram eit tilstrekkeleg utval Epostadresser for ein undersøking. Vi ville ikkje visst om desse var hyppige eller sjeldne brukarar av legetenesta, noko som ville påverka svaret deira. Og det er uvisst om dette ville gitt oss meir informasjon enn intervju med eit utval brukarrepresentantar. Kort oppsummert falt vi ned på dette valet fordi vi vurderte det slik at alternativet ville ha «*kosta meir enn det smakte*».

Samstundes frigjorde vi med dette meir ressursar til å sjå nærare på heilskapen i legetenesta, som også var ein del av kontrollutvalets bestilling.

I prosjektet har vi gjort en såkalla metodetriangulering av data. Dette inneber at dei ulike problemstillingane belyst gjennom bruk av ulike datakjelder. Trianguleringa bidreg til å utvide og forsterke datagrunnlaget i analysen, og ulike innsamlingsmetoder gir ulike perspektiv på analysegrunnlaget. For eksempel starta vi opp med innleiande rundar med kommuneleiinga og gjennomgikk sentrale dokumenter i kommunen.

Nøkkeltal frå Helfo og spesielt frå helsedirektoratet har vore sentrale datakjelder i prosjektet. Vi har gått fleire rundar med helsedirektoratet for å kvalitetssikre tala derifrå, og vi er veldig takksamde for den hjelpen vi har fått.

Tala var eit viktig utgangspunkt for nokon av spørsmåla i intervjuet, samstundes som påstandar i intervjuet medførte behov for fleire nøkkeltall (til dømes påstanden om at refusjonane per pasient er høgare i Suldal enn andre stadar).

Vi har intervjuet åtte leger (de syv pluss ein turnuslegevikar), og tre brukarrepresentantar som hhv. representanter kommunens eldre (Eldrerådet), barn og unge og funksjonshemmede. Desse har uttalt seg på vegne av sine brukargrupper.

Suldal kommune har i lang tid arbeidet for å få til ei interkommunal legevaksordning, Sauda, Ølen, Vindafjord og Suldal. I april gjekk Sauda mot denne avtalen, og samarbeidet ser nå ut til å vera skrinlagt. Vi har ikkje gått inn i legevaktssaken i denne rapporten, ettersom det er utanfor vårt mandat.

Til slutt: Våre konsultasjonstall avviker litt frå dei offisielle tala. Dette skyldas at tala våre er litt meir presise ut i frå vårt føremål. Dei offisielle tala har (sett med våre auge) to svakheter: For det første er dei ikkje brote opp på legesenter, for det andre er dei basert på pasientens bustadkommune. Og ettersom 1500 innbyggere i Strand har fastlege i en annen kommune, gir ikkje desse tala eit korrekt bilde av utviklinga i Strand. Difor har vi bedt direktoratet om tall som berre synar antall konsultasjoner gjort av legetenesta i Strand.

Datagrunnlag

Vi har intervjuet følgende personer:

- Kommunalsjef for helse og omsorg
- Leiar for eining for helse
- 8 leger
- 3 brukarrepresentantar

Oppklaringssamtaler

- Representant for helsedirektorat og almenlegeforeningen
- En representant for det øvrige helsepersonellet ved legekantoret
- Samt nokon av personene vi har intervjuet

Kvantitative data

- Regnskapstall frå kommunen
- Tall frå Helfo tall om kva for kommunar innbyggjarane i Suldal har fastlege
- Tall frå helsedirektoratet (kontaktpar, konsultasjonar, refusjonar)
- Fastlegedata frå NAV
- Tall frå Helse Fonna
- Helsedirektoratets offisielle tall om innbyggaranes kontakt med [fastlege](#).

Dokumenter

- ASA 4310 - *Rammeavtale mellom KS og Den norske lægeförening om allmennpraksis i fastlegeordningen i kommunane*
- SFS 2305 - *Sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Den norske lægeförening om vilkår for leger og turnusleger i kommunehelsetenester med arbeidsavtale, herunder leger i fastlegeordningen*
- Rutinar rundt legeskifte i Suldal (beskrivelse av praksis ved legeskifte), mottatt per e-post 07.04.15
- Rutine for opplæring av nye lege/vikar, intern sjekklister for kommuneoverlegen for opplæring av lege/vikar
- Bekymringsmeldingar og andre epostar frå kommuneoverlege i Suldal, ulike datoar i 2014
- Legetenester i Strand kommune, Rogaland Revisjon januar 2015

Formelle samarbeidsarenaer

Føringar for lokalt samarbeidsutval (LSU)⁵⁴: Kommunen skal ta initiativ til at det blir oppretta eit samarbeidsutval. Utvalet skal ha møte minst halvårlig og for øvrig etter behov. Samarbeidsutvalet skal legge til rette for at drifta av allmennlegetenesta skjer på ein hensiktsmessig måte gjennom samarbeid mellom kommunen og allmennlegene. Allmennlegene skal sikras innflytelse over drift og organisering av eigen praksis og eige listansvar.

Føringar for allmennlegeutvalet: Ifølgje ASA 4310 punkt 4.1 skal **kommunen ta initiativ til at det blir oppretta eit almenlegeutvalg** der alle allmennleger er deltakere. Allmennlegeutvalet skal bidra til nødvendig samarbeid mellom legene i kommunane for å ivareta legenes oppgåver i fastlegeordningen. **Utvalet skal ha møte minst halvårlig og for øvrig etter behov.**

Almenlegeutvalet er legenes egen møtearena, mens LSU er ein arena der legene møter kommuneleiinga.

Suldal legevakt

Suldal kommune er arbeidsgjevar og legen er tilsett på vilkår som til ei kvar tid gjeld etter avtalen mellom Dnlf og KS. Deltaking i legevakt er pliktig og kjem i tillegg til vanleg arbeidstid på 40 t/veke. For arbeid på legevakt er legen sjølvstendig næringsdrivande, har heimevakt og kjører til kontoret ved oppkall frå AMK. Legevakt på kvardagar er i tida 16.00-08.00. Vakt i helger går frå fredag kl. 16.00 til måndag kl. 08.00. Kommunen stiller bil, akuttmedisinsk utstyr og kommunikasjonsutstyr til disposisjon og kvar lege har sjølv ansvar for å halde seg oppdatert med bruken av dette utstyret.

Legevakta i Suldal er fortida 5-delt⁵⁵. Tre av legene har av ulike årsaker (helse, alder, anna) fritak frå legevaktordninga. Det er ikkje tilsett eigen sjukepleiar på legevakt. Suldal kommune har øyeblikkelig-hjelp-senger på Suldal sjukeheim, som på kvardagar har eigen tilsynslege. Tilsynslege arbeider dagtid. I helger og høgtider har kommunens øyeblikkelig-hjelp seng tilsyn av den lege som har vakt kvar dag, sjukeheimen kan også tilkalla vaktlege ved behov. Suldal legevakt og Suldal sjukeheim er lokalisert i same hus. Dette gjer at legevakta kan gjere seg nytte av og ha god kommunikasjon med sjukepleiar ved Suldal sjukeheim. Lege journalfører i sjukeheimen sitt system som er Cos Doc.

⁵⁴ ASA 4310 punkt 4.2.

⁵⁵ Turnuslege deltar i tillegg, men vedkommande trenger bakvakt.

Ambulansen har stasjon like i nærleiken og kan vera raskt på plass ved behov. Personell på ambulansen er erfarne og godt kjende i Suldal kommune og er til god hjelp for lege som er på vakt. Dei kan assistere legevakt på kontoret ved behov. Behov om hjelp skal meldast til AMK. Det anbefalas når lege er ny om å bli henta av eller slå følge med ambulanse ved utrykking når det ligg til rette for det. Dette for at lege skal komma raskt fram.

Kommunen er ansvarleg for helsetenesta, men alle legane har eit personleg ansvar for den praksisen dei driv. Alle legane er pålagt å ha ansvarsforsikring som dekkjer eventuelle søksmål/erstatningar ved feilbehandling eller skader. Medlemskap i Dnlf inkluderer ansvarsforsikring, og kommune har teikna ansvarsforsikring for vikarlegar.

Opplæring ny lege/vikar

Ny lege / vikar – opplæring

Ny lege/vikar skal kvittere under for gjennomgått

- ⊙ **Journalsystem** – legekollega blir peika ut og fristilt frå anna arbeid i 2 dagar.
- ⊙ Informasjon om at alle kollegaer står til rådighet for spørsmål. Fagmøte tysdag kl 8-9 Torsdagsmøte kl 8-9 – sjå møteplan på oppslagstavle.
- ⊙ **Vaktoversikt** – sjå oppslagstavle
- ⊙ **ØHJ**-sjukehus er Haugesund sjukehus
- ⊙ **Legevaktbil** – gjennomgang og bruk av utstyr
- ⊙ **Legevaktkoffert** – gjennomgang av innhald og viktigheten av å fylle på etter bruk frå medisinskap på skiftestove
- ⊙ **Alarm** – Innbrudd og overfallsalarm. Personsøker og radio.
- ⊙ **Skiftestove** medisinsk utstyr, medisinskap m/oversikt og priser, narkotikaregnskap og pengeskrin. Vaksiner oppbevares i kjøleskap i ekspedisjon.
- ⊙ **GU – rom** Gjennomgang av utstyr
- ⊙ **Laboratoriet** – opplæring og bruk av CRP, Hb, Glucoseapparat, U-stix, Spirare (EKG, spirometri, 24t- bt)
- ⊙ **Fax** – plassering og bruk
- ⊙ Møte ambulansepersonell
- ⊙ **Beredskapsplan og kriseplan** – plassert i ekspedisjon og legevaktbil
- ⊙ ØHJ - seng



Rogaland Revisjon IKS

Løkkeveien 10
4008 Stavanger

Tlf 40 00 52 00
Faks 51 84 47 99

www.rogaland-revisjon.no