

FORVALTNINGSREVISJONS-
RAPPORT 16-2024

INTERKOMMUNAL LEGEVAKT

UTARBEIDET FOR
KONTROLLUTVALGENE I
LILLEHAMMER, ØYER,
GAUSDAL, RINGEBU OG
RINGSAKER KOMMUNE



INNLANDET REVISJON IKS

1. november 2024
2024-1112/IAG

FORORD

Denne rapporten er et resultat av forvaltningsrevisjonsprosjektet *Interkommunal legevakt* som er gjennomført på oppdrag av kontrollutvalgene i Lillehammer, Øyer, Gausdal, Ringebu og Ringsaker kommune.

Forvaltningsrevisjon er en lovpålagt oppgave som innebærer å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak (kommuneloven § 23-3).

Prosjektarbeidet er utført i perioden februar- september 2024 av oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor Ingvild Andreassen Granlund. Fagansvarlig for forvaltningsrevisjon, Anne Live Jensvoll, har kvalitetssikret rapporten.

Takk til alle som har stilt til intervju eller på annen måte bidratt med informasjon til prosjektet.

Utkast til rapport er sendt kommunedirektøren i Lillehammer kommune til uttalelse. Svaret fra kommunedirektøren er vedlagt rapporten.

Lillehammer, 31. oktober 2024.



Ingvild Andreassen Granlund
Oppdragsansvarlig revisor



Anne Live Jensvoll
Fagansvarlig forvaltningsrevisjon

INNHOLDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING.....	7
1.1	KONTROLLUTVALGENES BESTILLING.....	7
1.2	FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER.....	8
1.3	AVGRENSNINGER.....	8
1.4	RAPPORTENS OPPBYGGING	8
2	OM KOMMUNAL LEGEVAKTORDNING OG LEGEVAKTSENTRAL	10
3	METODE OG DATAINNSAMLING	11
3.1	OPPSTART AV PROSJEKTET OG METODE FOR DATAINNSAMLING.....	11
3.2	KVALITETSSIKRING – RELEVANS OG PÅLITELIGHET	12
4	KILDER TIL REVISJONSKRITERIER	13
5	LEGEVAKTENS ORGANISERING OG BEMANNING	14
5.1	LEGEVAKTENS ORGANISERING	14
5.2	BEMANNING OG KOMPETANSE	21
6	STYRING OG KONTROLL MED LEGEVAKTSAMARBEIDET	26
6.1	HELSEREGION SØR-GUDBRANDSDAL.....	26
6.2	RAPPORTERING til SAMARBEIDSKOMMUNENE OM ØKONOMI OG DRIFT.....	28
6.3	RAPPORTERING/INFORMASJON TIL FOLKEVALGTE	33
6.4	REVISJONENS VURDERING	35
7	SAMARBEID MED ANDRE TJENESTER.....	37
7.1	SAMARBEID MED ANDRE TJENESTER – RUTINER OG PRAKSIS	37
7.2	TILBAKEMELDINGER FRA TJENESTENE I DELTAGERKOMMUNENE	41
7.3	REVISJONENS VURDERING	45
8	KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER	47
8.1	KONKLUSJONER.....	47
8.2	ANBEFALINGER.....	48
	REFERANSER.....	49
VEDLEGG 1	KOMMUNEDIREKTØRENS UTTALELSE	50
VEDLEGG 2	UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIER.....	52
VEDLEGG 3	SPØRREBREV TIL SAMARBEIDENDE TJENESTER	59
VEDLEGG 4	FORSLAG TIL BEMANNING VED LEGEVAKT - NKLM.....	60
VEDLEGG 5	DOKUMENTOVERSIKT	61

SAMMENDRAG

Denne rapporten er et resultat av en forvaltningsrevisjon som er gjennomført på oppdrag fra kontrollutvalgene i Lillehammer, Øyer, Gausdal, Ringsaker og Ringebu kommune. De fem kommunene deltar, sammen med Sør-Fron og Nord-Fron kommune, i et interkommunalt samarbeid om legevakt. Lillehammer kommune er vertskommune for legevakten.

Formål og problemstillinger

Formålet med revisjonsprosjektet har vært å undersøke om Lillehammer kommune som vertskommune gir den tjenesten den skal i henhold til lov og inngått samarbeidsavtale, og om samarbeidet fungerer etter intensjonen. Revisjonens innhold er avgrenset ved at det er utarbeidet tre problemstillinger:

1. Hvordan er Lillehammer interkommunale legevakt organisert og bemannet?
2. I hvilken grad bidrar samarbeidsavtalen og rutiner for legevaktsamarbeidet til at:
 - kommunene får dekket sitt behov for legevakttjenester
 - samarbeidskommunene får et informasjonsgrunnlag for styring og kontroll med legevakttjenesten
3. Har den interkommunale legevakten et tilfredsstillende samarbeid med andre tjenester?

Revisjonskriterier

I forvaltningsrevisjon benytter vi revisjonskriterier. Hensikten med revisjonskriterier er å sette opp noen autoritative standarder som vi vurderer informasjonen vi innhenter om kommunenes praksis opp mot. I dette revisjonsprosjektet har vi utledet kriterier fra kommuneloven, helse- og omsorgstjenesteloven med forskrifter, nasjonale faglige veiledere fra henholdsvis Kommunal- og distriktsdepartementet og Helsedirektoratet, samt avtaleverket som formaliserer det interkommunale samarbeidet om legevakt. Den første problemstillingen er en beskrivende problemstilling. Det innebærer at revisjonen ikke vurderer de dataene vi har innhentet for denne problemstillingen opp mot revisjonskriterier.

Datainnsamling

Revisjonen har gjennomgått en rekke dokumenter og gjennomført intervjuer med representanter fra legevakten og samarbeidskommunene. Vi sendte også et spørrebrev til samarbeidende tjenester (institusjon, hjemmetjeneste og psykisk helse og rus) i de fem kommunene.

Konklusjoner

Problemstilling 1 omhandler legevaktens organisering og bemanning. Ettersom dette er en beskrivende problemstilling, er det ingen vurderinger og konklusjon knyttet til denne. Konklusjonene våre på problemstilling 2 og 3 presenteres i sin helhet her:

Problemstilling 2

- ***I hvilken grad bidrar samarbeidsavtalen og rutiner for legevaktsamarbeidet til at:***
 - ***kommunene får dekket sitt behov for legevakttjenester***
 - ***samarbeidskommunene får et informasjonsgrunnlag for styring og kontroll med legevakttjenesten***

Revisjonens konklusjon er at rutinene for rapportering som er etablert i Helseregion Sør-Gudbrandsdal gir samarbeidskommunene løpende og god informasjon om kostnadsbildet og eventuelle budsjettavvik knyttet til legevakten. Gjennom årshjulet og møtestrukturene som er etablert får den enkelte kommune anledning til å både motta informasjon og etterspørre mer informasjon om ønskelig. Revisjonens inntrykk er imidlertid at det er mye fokus på økonomi og kostnader, og mindre på andre aspekter knyttet til drift og aktivitet ved legevakten.

Det er ingenting i dataene revisjonen har innhentet som tyder på at innbyggerne i deltagerkommunene ikke får tjenestene de har krav på eller at kvaliteten på legevakttjenesten ikke er god. Informantene fra samarbeidskommunene ga også uttrykk for at de opplever å få tilstrekkelig informasjon fra vertskommunen til at de er trygge på at innbyggerne i deres kommune får de tjenestene de har krav på fra legevakten.

Et av formålene med samarbeidene om primærhelsetjenester i Sør-Gudbrandsdal er å skape kvalitativt bedre tjenester, jf. overordnet samarbeidsavtale. Brukernes erfaringer med helsetjenesten er et viktig mål for å vurdere kvalitet i tjenesten. Revisjonen mener derfor legevakten bør føre systematisk oversikt over klager de mottar, og gi samarbeidskommunene overordnet informasjon om dette. Kartleggingen revisjonen har gjort i forbindelse med problemstilling 1 viser at det ikke gjennomføres systematiske brukerundersøkelser ved legevakten. Revisjonen mener det ville vært en fordel om pasienter og pårørendes erfaringer i større grad ble innhentet og systematisk tatt i bruk i kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeid i tjenesten. Mer informasjon om pasienter og pårørendes erfaringer vil kunne være et nyttig bidrag til samarbeidskommunenes informasjonsgrunnlag for styring og kontroll med legevakten.

Problemstilling 3

- ***Har den interkommunale legevakten et tilfredsstillende samarbeid med andre tjenester?***

Revisjonens konklusjon er at de kommunale helse- og omsorgstjenestenes opplevelse av samarbeidet med legevakten varierer, og revisjonen mener det er et forbedringspotensial.

Undersøkelsene våre viser at det er noen uklarheter knyttet til ansvars- og oppgavefordelingen internt i legevaktens ledelse. Om dette ikke er tydelig avklart, kan det heller ikke kommuniseres til samarbeidskommunene. Enkelte av informantene i samarbeidskommunene ga uttrykk for at de ønsker mer informasjon på driftsnivå og at det ikke er oversikt over hvem på legevakten de kan kontakte for ulike avklaringer, blant annet knyttet til turnus for legene fra deres kommune.

Det er i liten grad etablert formaliserte samarbeidsstrukturer i form av skriftlige rutiner eller faste møtepunkter mellom tjenestene. Flere av tjenestene som besvarte spørrebrevet vårt ga uttrykk for at de mener det er behov

for et tettere eller mer formalisert samarbeid. Andre ga uttrykk for at de opplever samarbeidet med legevakten som godt, og at det ikke er behov for endringer. Revisjonen antar at hyppigheten og omfanget av kontakten mellom tjenestene kan påvirke hvordan samarbeidet oppleves og i hvilken grad en opplever at det bør gjøres endringer for å få til et bedre samarbeid.

Gjennom Bo trygt hjemme-prosjektet på Lillehammer har det vært jobbet med samarbeidet mellom legevakt, hjemmetjeneste og institusjon i Lillehammer kommune. Tilbakemeldingene fra hjemmetjenesten i Lillehammer tyder på at det fortsatt er en vei å gå for å få samarbeidet til å fungere best mulig. Tjenester i noen av de andre kommunene ga også tilbakemelding om utfordringer i samarbeidet med legevakt. Revisjonen mener derfor det bør gjøres tiltak for å bedre samarbeidet og overføringen av informasjon mellom legevakten og helse- og omsorgstjenestene i deltagerkommunene. Felles skriftlige samhandlingsrutiner, og eventuelt noen faste møtepunkter mellom tjenestene som har mye kontakt med hverandre om enkeltsaker, kan bidra til bedre kjennskap til, og forståelse for, hverandres arbeidssituasjon og bedre informasjonsflyt mellom tjenestene.

Anbefalinger

Med bakgrunn i våre funn og vurderinger har vi noen anbefalinger til Lillehammer kommune som vertskommune for legevaktsamarbeidet:

Kommunen bør:

- sørge for at ansvarsforhold og oppgavedeling internt på legevakten er tydelig avklart og skriftliggjort.
- avklare med samarbeidskommunene hva slags informasjon det er behov for på driftsnivå, og eventuelt hvilke strukturer som er nødvendig for å ivareta dette.
- sørge for systematisk registrering, behandling og oppfølging av formelle klager på legevakten. Vertskommunen bør orientere samarbeidskommunene om klager, tilsyn og annen informasjon som kan si noe om kvaliteten på tjenesten.
- i samråd med samarbeidskommunene avklare og forankre samarbeidsutvalgets mandat, og vurdere om teksten i samarbeidsavtalen bør oppdateres slik at den er i tråd med det avtalepartene ønsker av informasjon og rapportering.
- vurdere å etablere skriftlige rutiner for samhandling med helse- og omsorgstjenester i legevaktdistriktet.

Kommunedirektørens uttalelse

Utkast til rapport er sendt kommunedirektøren i Lillehammer til uttalelse fordi Lillehammer kommune er vertskommune for legevakten, og revisjonens anbefalinger rettes til vertskommunen. Kommunedirektøren skriver i sin uttalelse at han er enig i de vurderinger og konklusjoner som framsettes i rapporten. Kommunedirektørens uttalelse kan leses i sin helhet i vedlegg 1.

1 INNLEDNING

1.1 KONTROLLUTVALGENES BESTILLING

4. mai 2022 ble det avholdt felles møte for kontrollutvalgene i Lillehammer, Øyer og Gausdal kommune. Utvalgene ble i møtet enige om en felles bestilling av en foranalyse om helsesamarbeid i Lillehammerregionen. Innlandet Revisjon utarbeidet foranalysen og presenterte den i nytt fellesmøte for utvalgene 24. januar 2023. Med bakgrunn i det som kom frem i foranalysen vedtok utvalgene å bestille en prosjektplan for et forvaltningsrevisjonsprosjekt om den interkommunale legevakten. Prosjektplanen ble behandlet i de respektive kontrollutvalgene i mai-juni 2023.

Lillehammer interkommunale legevakt er et interkommunalt samarbeid mellom Lillehammer, Øyer, Gausdal, Ringebu, Sør-Fron, Nord-Fron og nordre del av Ringsaker kommune. Lillehammer kommune er vertskommune for legevakten. Kontrollutvalget i Lillehammer kommune fattet følgende vedtak i sitt møte 12. juni 2023, sak 25/2023:

- 1. Kontrollutvalget bestiller en forvaltningsrevisjon om "Interkommunal legevakt" basert på framlagt prosjektplan med oppstart i 2024. Det forutsettes at timene fordeles likt på de kontrollutvalgene som blir med på prosjektet.*
- 2. Kontrollutvalget ber sekretariatet om at kontrollutvalgene i de andre kommunene som samarbeider om interkommunal legevakt, inviteres til å være med på et felles prosjekt. Disse får frist til å svare innen 01.10.2023. Det må utarbeides ny prosjektplan som må behandles og godkjennes dersom flere vil være med på prosjektet.*
- 3. Det forutsettes likelydende vedtak av kontrollutvalgene i Øyer og Gausdal.*

Kontrollutvalgene i Øyer og Gausdal fattet likelydende vedtak.¹

Vedtaket andre punkt ble fulgt opp ved at kontrollutvalgene i Ringsaker, Ringebu, Sør-Fron og Nord-Fron ble invitert til å delta i prosjektet. Utvalgene i Ringsaker og Ringebu vedtok at de ønsket å delta.²

¹ Øyer 31. mai 2023, sak 24/2023 og Gausdal 16. juni 2023, sak 15/2023.

² Ringsaker 18. september 2023, sak 57/2023 og Ringebu 28. november 2023, sak 38/2023.

1.2 FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER

Formålet med revisjonen er å undersøke om Lillehammer kommune som vertskommune gir den tjenesten den skal i henhold til lov og inngått samarbeidsavtale, og om samarbeidet fungerer etter intensjonen. Dette er det overordnede formålet. Revisjonens innhold er avgrenset ved at det er utarbeidet tre problemstillinger:

1. Hvordan er Lillehammer interkommunale legevakt organisert og bemannet?
2. I hvilken grad bidrar samarbeidsavtalen og rutiner for legevaktsamarbeidet til at:
 - kommunene får dekket sitt behov for legevakttjenester
 - samarbeidskommunene får et informasjonsgrunnlag for styring og kontroll med legevakttjenesten
3. Har den interkommunale legevakten et tilfredsstillende samarbeid med andre tjenester?

Den første problemstillingen er en beskrivende problemstilling. Beskrivende problemstillinger har som formål å kartlegge og beskrive et fenomen eller en situasjon. Dette innebærer at dataene vi har innhentet knyttet til denne problemstillingen ikke vurderes opp mot revisjonskriterier. I forbindelse med den andre problemstillingen har vi undersøkt hvilke strukturer og rutiner som er etablert for samarbeidet og hvordan kommunene som deltar i samarbeidet opplever at dette fungerer. Den tredje problemstillingen omhandler legevaktens samarbeid med andre tjenester. Her har vi sett på hvilke rutiner som finnes og innhentet informasjon fra samarbeidende tjenester om hvordan samarbeidet med legevakten fungerer.

1.3 AVGRENSNINGER

Problemstilling 2 omhandler i hvilken grad samarbeidsavtalen og rutiner for legevaktsamarbeidet bidrar til at kommunene får

- dekket sitt behov for legevakttjenester og
- tilstrekkelig informasjon for styring og kontroll med legevakten.

Det første punktet er avgrenset til å undersøke om samarbeidskommunene opplever at de gjennom de formelle strukturene som foreligger får tilstrekkelig informasjon fra vertskommunen til at de er trygge på at innbyggernes behov for legevakttjenester er ivaretatt. Revisjonen har ikke gjennomført bruker- eller innbyggerundersøkelser for å få informasjon om innbyggernes erfaringer med legevakten.

Problemstilling 3 omhandler legevaktens samarbeid med andre tjenester. Legevakten har mange potensielle samarbeidspartnere, både i kommunene, spesialisthelsetjenesten og eventuelle andre aktører. Vi har avgrenset undersøkelsene våre til samarbeid med kommunale helse- og omsorgstjenester i de fem kommunene som deltar i prosjektet.

1.4 RAPPORTENS OPPBYGGING

Rapporten er bygd opp med åtte kapitler. Etter dette innledningskapittelet følger et kapittel der vi kort gjør rede for rapportens tema og kommunens ansvar for å ha en legevaktordning for øyeblikkelig helsehjelp.

Kapittel 3 omhandler metode og datainnsamling. I dette kapittelet gjør vi rede for hvordan og hvem vi har innhentet data fra, og drøfter dataenes gyldighet og pålitelighet. Videre følger kapittel 4 om revisjonskriterier. Her presenterer vi kildene vi har brukt for å utlede revisjonskriterier til problemstillingene. Hensikten med revisjonskriterier er å sette opp noen autoritative standarder som vi vurderer informasjonen vi innhenter om kommunenes praksis opp mot. Utledningen av de konkrete kriteriene kan leses i vedlegg 2.

I kapittel 5 behandler vi problemstilling 1 og presenterer vår kartlegging av legevaktens organisering og bemanning.

Problemstilling 2 behandles i kapittel 6. Her presenterer vi først dataene vi har innhentet, før vi gir vår vurdering av dataene opp mot revisjonskriteriene vi har utledet for problemstilling 2.

I kapittel 7 behandler vi problemstilling 3. Kapittelet er bygd opp på samme måte som kapittel 6.

I rapportens siste kapittel presenterer vi konklusjonene våre på problemstilling 2 og 3. Avslutningsvis gir vi våre anbefalinger til Lillehammer kommune som vertskommune for legevakten.

2 OM KOMMUNAL LEGEVAKTORDNING OG LEGEVAKTSENTRAL

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 at kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. I § 3-2 står det at for å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen blant annet tilby legevakt, medisinsk akuttberedskap hele døgnet og medisinsk nødmeldetjeneste. Kommunens ansvar for kommunal legevaktordning er nærmere presisert i akuttmedisinforskriften.³ Kommunal legevaktordning er i § 3 bokstav c i forskriften definert som «*virksomhet som gjennom hele døgnet skal vurdere henvendelser om øyeblikkelig hjelp og foreta nødvendig oppfølging*».

I akuttmedisinforskriften § 6 står det:

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

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

Forskriften inneholder også kompetansekrav til lege i vakt og annet helsepersonell ved legevakten, samt krav til utstyr i kommunal legevakt.

Kommunen kan selv velge hvordan de vil organisere legevakttjenesten. Kommunene kan ha egen kommunal legevakt, delta i interkommunalt samarbeid om legevakt, eller kjøpe legevakttjenester av andre. En kombinasjon av disse variantene er også mulig.

Fastleger har plikt til å delta i legevaktsordningen jf. fastlegeforskriften § 13 første ledd. Det kan imidlertid gis fritak under visse forutsetninger, f.eks. hvis fastlegen er over 60 år eller ved helsemessige eller vektige sosiale grunner. Det er ikke regulert hvor mange vakter fastleger må ha ved legevakt. Legevakten er også bemannet med andre leger enn fastleger. I 2023 var det 4 017 fastleger og 2 528 andre leger som hadde legevakt.⁴

Kapittel 4 i akuttmedisinforskriften omhandler medisinsk nødmeldetjeneste. Kommunen skal i henhold til § 12 i forskriften sørge for å ha tilbud om døgnbemannet legevaktsentral og etablere et døgnbemannet telefonnummer. Kommunen kan drifte legevaktsentralen alene eller ha samarbeid med andre kommuner. Legevaktsentralen skal motta og håndtere medisinske henvendelser fra publikum i legevaktdistriktet hele døgnet.

I 2024 er det registrert 167 legevakter i Norge. 83 av disse er interkommunale og 84 dekker én kommune. Samme år er det registrert 94 legevaktsentraler i Norge.⁵

³ Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften). Forskriften trådte i kraft 1. mai 2015 (med unntak av § 13 bokstav a som trådte i kraft 1. september 2015). Forskriften regulerer kommunenes og de regionale helseforetakenes akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

⁴ Sandvik H, Hunsbår S, Blinkenberg J. *Årsstatistikk for legevakt 2023*. Rapport nr. 1-2024. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin.

⁵ Allertsen M, Morken T. *Legevaktorganisering i Norge*. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2024. Rapport nr. 4-2024. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin.

3 METODE OG DATAINNSAMLING

3.1 OPPSTART AV PROSJEKTET OG METODE FOR DATAINNSAMLING

Prosjektet ble formelt startet opp med et oppstartmøte 14. februar 2024. Møtet ble holdt i legevaktens lokaler. Fra Lillehammer kommune møtte tjenesteområdeleder for legehelsestjenester, avdelingsleder for legevakt, kommuneoverlege og legevaktsoverlege. Revisjonen stilte med to forvaltningsrevisorer. I møtet ble blant annet prosjektplanen gjennomgått, og kommunens representanter fikk anledning til å komme med innspill og kommentarer til prosjektet.

3.1.1 DOKUMENTANALYSE

I etterkant av oppstartmøte ble det avholdt et nytt møte mellom revisor og avdelingsleder ved legevakten for å gå gjennom hvilke dokumenter i TQM⁶ som var aktuelle for revisjonens arbeid. I den forbindelse fikk revisor også en omvisning i legevaktens lokaler. Revisjonen har gått gjennom en rekke dokumenter. Disse er listet opp i vedlegg 5.

3.1.2 INTERVJUER

Revisjonen ønsket å snakke med kommunenes representanter i kommunalsjefgruppa i Helseregion Sør-Gudbrandsdal.⁷ I Lillehammer, Øyer og Ringsaker kommune er det kommunalsjef for helse og omsorg. Ringebu og Gausdal har en annen administrativ organisering. Deres representanter i kommunalsjefgruppa er henholdsvis kommunedirektør (Ringebu) og enhetsleder Helse og mestring (Gausdal). Vi har gjennomført intervjuer med totalt ti personer:

- Avdelingsleder legevakt, Lillehammer kommune
- TO-leder legehelsestjenester, Lillehammer kommune
- Legevaktsoverlege, Lillehammer kommune
- Kommunalsjef helse og velferd, Lillehammer kommune
- Kommunalsjef helse og omsorg og konstituert tjenesteleder helse og familie, Øyer kommune
- Enhetsleder helse og mestring og enhetsleder familie og helse, Gausdal kommune
- Kommunalsjef helse og omsorg, Ringsaker kommune
- Kommunedirektør, Ringebu kommune

Intervjuene ble gjennomført i perioden april-august 2024. Alle intervjuene er referatført og innholdet i referatene er verifisert av de vi har intervjuet. I tillegg til intervjuene har vi innhentet en del informasjon skriftlig per e-post der vi har sett behov for oppfølgende spørsmål eller å avklare mindre detaljer. Vi har også innhentet informasjon fra regional samhandlingskoordinator Sør-Gudbrandsdal per e-post.

⁶ TQM er Lillehammer kommunes kvalitetssystem. TQM står for Total Quality Management.

⁷ Dette samarbeidet er nærmere redegjort for i kapittel 6.

3.1.3 SPØRREBREV

Vi sendte ut et spørrebrev pr e-post til tjenesteledere for sykehjem, hjemmetjeneste og rus- og psykisk helsetjeneste i de fem kommunene. I Øyer, Gausdal og Ringsaker ble spørrebrevene sendt ut via kommunalsjef/enhetsleder. Revisjonen sendte spørrebrevene direkte til de aktuelle tjeneste(område)lederne i Lillehammer og Ringeby kommune. Spørrebrevet inneholdt ti spørsmål som blant annet dreide seg om samarbeid med legevakten på systemnivå og individnivå (rundt enkeltpasienter). Se vedlegg 3 for spørrebrevet i sin helhet.

Revisjonen mottok svar fra følgende tjenester:

Gausdal: Forsettunet sykehjem, Follebutunet sykehjem, Psykisk helse og rustjeneste

Ringsaker: Hjemmetjenesten (nordre Ringsaker), Enhet for tilrettelagte tjenester, Institusjon (nordre Ringsaker), Psykisk helse og rus

Lillehammer: Psykisk helse og rus, Hjemmetjenesten

Ringeby: Rus- og psykisk helsetjeneste, Hjemmetjenesten

Øyer: Øyer helsehus, Hjemmebaserte tjenester

3.2 KVALITETSSIKRING – RELEVANS OG PÅLITELIGHET

Prosjektet er gjennomført i henhold til RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon som er gjeldende som god kommunal revisjonsskikk fastsatt av NKRF. Innlandet Revisjon IKS har et internt kvalitetssikringssystem som er i samsvar med RSK 001.

Datas relevans er knyttet til om undersøkelsen representerer den virkelige situasjonen. Vi mener data som er samlet inn i denne undersøkelsen er egnet til å svare på problemstillingene. Det er likevel viktig å være oppmerksom på at de opplysninger som framkommer i rapporten nødvendigvis er et utvalg av fakta. Nord-Fron og Sør-Fron kommune er også en del av legevaktsamarbeidet, men det er ikke gjennomført intervjuer eller på en annen måte innhentet informasjon fra representanter for disse kommunene. Hadde vi gjort det kunne vi fått et bredere bilde av hvordan det interkommunale samarbeidet fungerer, og informasjon om legevaktens samarbeid med tjenester i kommuner lenger unna legevakten.⁸

Spørrebrevene til samarbeidende tjenester i kommunene ble sendt til tjenesteledere eller tjenesteområdeledere. Tilbakemeldingene vi har fått tyder på at det varierer i hvilken grad ansatte som er nærmest pasientene har blitt involvert i å svare på spørrebrevet. Dette har vært opp til den enkelte leder og det ble ikke gitt noen føringer fra revisjonen på dette. Spørrebrevene inneholdt en rekke konkrete spørsmål og belyser den ene partens opplevelse av samarbeidet. Ledelsen ved legevakten har uttalt seg mer generelt om samarbeidet med de kommunale helse- og omsorgstjenestene i intervju.

Med pålitelighet menes at data skal være mest mulig presise og nøyaktige. Dette er blant annet ivarettatt ved verifisering av intervjureferater og ved innhenting av uttalelse fra kommunedirektøren i vertskommunen på utkast til rapport. Vi har også sendt datagrunnlaget for problemstilling 1 på faktasjekk hos TO-leder for legehelsestjenester og avdelingsleder ved legevakten, for å sikre mest mulig presise og oppdaterte data.

⁸ Fronskommunene hadde tidligere egen legevakt (Fronsvakta) på kveld, i helger og høytider. På natt hadde de samarbeid med legevakten på Lillehammer. Fronsvakta ble avviklet i august 2021 og all legevakt for Fronskommunene ble overført Lillehammer interkommunale legevakt.

4 KILDER TIL REVISJONSKRITERIER

I en forvaltningsrevisjon skal revisjonen utlede revisjonskriterier. Revisjonskriterier kan utledes fra lover, forskrifter, retningslinjer, kommunale vedtak, faglige standarder mv. som sier noe om hvordan virksomheten skal eller bør drives. Revisjonskriteriene er grunnlaget for revisjonens vurderinger. I dette kapitlet presenterer vi kildene vi har utledet revisjonskriterier fra. Kildegrunnlaget og utledning av konkrete revisjonskriterier ligger i vedlegg 2. De konkrete revisjonskriteriene for problemstilling 2 og 3 presenteres også innledningsvis i henholdsvis kapittel 6 og 7.

Problemstilling 2 omhandler styring og kontroll med det interkommunale samarbeidet om legevakt. Kildene vi har benyttet for utledning av revisjonskriterier til denne problemstillingen er:

- Kommuneloven
- Veiledere fra Kommunal- og distriktsdepartementet (KDD) om internkontroll og interkommunalt samarbeid
- Helsedirektoratets veileder «Legevakt og legevaktsentral»
- Avtaleverket som formaliserer det interkommunale samarbeidet om Lillehammer interkommunale legevakt (Hovedavtale Helseregion Sør-Gudbrandsdal og tjenesteavtale - legevakt)

Problemstilling 3 omhandler legevaktens samarbeid med andre tjenester. Problemstillingen er avgrenset til å se på samarbeid med kommunale helse- og omsorgstjenester. Kildegrunnlaget for revisjonskriteriene er:

- Helse- og omsorgstjenesteloven (HOL)
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Akuttmedisinforskriften
- Helsedirektoratets veileder «Legevakt og legevaktsentral»

5 LEGEVAKTENS ORGANISERING OG BEMANNING

I dette kapittelet behandler vi problemstilling 1:

1. Hvordan er Lillehammer interkommunale legevakt organisert og bemannet?

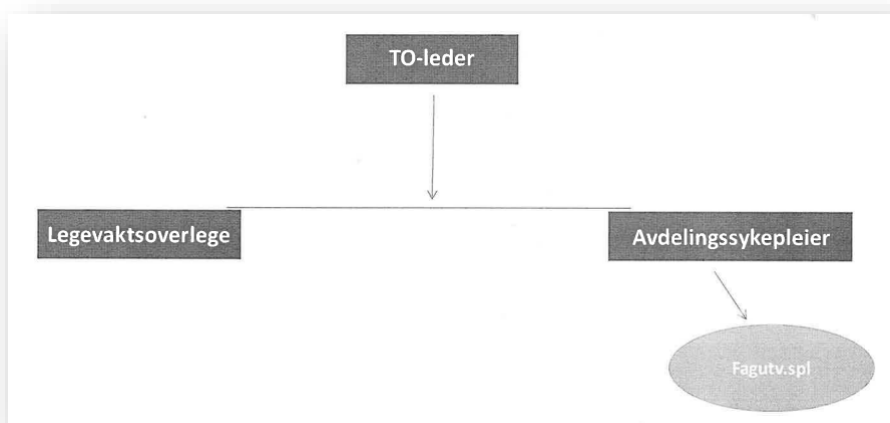
Formålet med denne problemstillingen har vært å kartlegge og presentere hvordan legevakten er organisert og bemannet. I intervjuene våre har vi fått enkelte synspunkter på legevaktens organisering og bemanning fra legevaktens ledelse som vi mener det er hensiktsmessig å innlemme i rapporten. Som nevnt i innledningen er det ikke utledet revisjonskriterier til denne problemstillingen. Det innebærer at revisjonen presenterer funn og tilbakemeldinger, men ikke gjør noen egne vurderinger av hvorvidt legevaktens bemanning og organisering er tilstrekkelig eller tilfredsstillende.

5.1 LEGEVAKTENS ORGANISERING

Lillehammer interkommunale legevakt dekker områdene Lillehammer, Øyer, Gausdal, Ringebru, Sør- og Nord-Fron og nordre Ringsaker. Populasjonen i legevaktdistriktet til Lillehammer interkommunale legevakt er på ca. 70 000 innbyggere. I helg og høytidsperioder øker antallet personer i nedslagsfeltet til ca. 110.000.⁹ Legevakten er åpen på hverdager fra kl. 16.00 til 08.00, og hele døgnet i helg og høytid. Daglegevakt på hverdager ivaretas lokalt i hver enkelt kommune.

Legevakten er organisert under tjenesteområde legehelsestjenester i sektor helse og velferd i Lillehammer kommune.

Figur 1 - Organisasjonskart – Lillehammer interkommunale legevakt



⁹ Lillehammer kommune. Styringsdokument 2024-2027. Kommunedirektørens forslag. s.188

Revisjonen har fått organisasjonskartet ovenfor fra avdelingsleder for legevakten. Nåværende TO-leder (tjenesteområdeleder) for legehelsestjenester startet i stillingen november 2023. Avdelingsleder for legevakten (kalles heretter bare avdelingsleder) er «avdelingssykepleier» i organisasjonskartet.¹⁰ Nåværende avdelingsleder tiltrådte stillingen januar 2024. TO-leder, avdelingsleder og legevaktsoverlege utgjør ledergruppa ved legevakten.

5.1.1 ANSVAR OG OPPGAVER PÅ LEDERNIVÅ

TO-leder har det overordnede ansvaret for kvaliteten på tjenesten. Ansvaret for at kvaliteten i tjenesten ivaretas og utvikles er delegert til avdelingsleder. Avdelingsleder har også ansvar for personal, fag og økonomi. Legevaktsoverlege har det overordnede medisinskfaglige ansvaret. Stillingen som legevaktsoverlege utgjør 50% stilling og han jobber ellers som fastlege i Lillehammer kommune.¹¹ I tillegg til ledergruppa har fagutviklingssykepleier en sentral rolle. Fagutviklingssykepleier har ansvar for å fremme kompetansehevede tiltak, støtte avdelingsleder og bidra til praktisk gjennomføring av kompetansebyggende tiltak.¹²

Revisjonen har mottatt stillingsbeskrivelse for avdelingssykepleier (avdelingsleder), legevaktsoverlege og fagutviklingssykepleier. I intervju gir både avdelingsleder og legevaktsoverlege uttrykk for at innholdet i disse i stor grad er dekkende for det som er deres ansvar og oppgaver. Stillingsbeskrivelsen for legevaktsoverlege er imidlertid gammel, den inneholder feil stillingsprosent og enkelte oppgaver som han i liten grad er involvert i. TO-leder fortalte at hun ikke har sett noen stillingsbeskrivelse for sin stilling.

Ledermøter og rapportering

Vi får opplyst at legevaktsoverlege og avdelingsleder har ukentlige dialogmøter. Avdelingsleder og legevaktsoverlege rapporterer til TO-leder. TO-leder forteller at det ikke er formelt definert hva avdelingsleder og legevaktsoverlege skal rapportere på, men det er fokus på drift, økonomi, fag og ansatte. Vi får opplyst at ledergruppa har ledermøter annenhver uke der disse fokusområdene gjennomgås, og TO-leder informerer om hva som skjer i sektoren for øvrig. Avvik/uønskede hendelser er også fast post i ledermøtene.

Avdelingsleder opplyser at det rapporteres på økonomi månedlig og i tertialrapporter. Rapporteringen gjøres gjennom Framsikt.¹³ Ellers er det nasjonale rapporteringslinjer gjennom undersøkelser som gjennomføres av NKLM.¹⁴ Svartidsprosenter for legevaktsentralen monitoreres.¹⁵ Avdelingsleder er ikke kjent med at det foreligger andre mål eller styringsparametere for driften av legevakten.

Synspunkter på den interne ansvarsfordelingen

I intervjuene med ledelsen ved legevakten gir de uttrykk for at ansvarsfordelingen internt oppleves som noe uklar. Avdelingsleder mener det ikke er tydelig avklart hvem som gjør hva eller hvilke oppgaver den enkelte har

¹⁰ Omtales som «avdelingsleder» i denne rapporten

¹¹ Kommunalsjef helse og velferd i Lillehammer kommuner opplyser at det er iverksatt et arbeid med å vurdere om det er god nok kapasitet på legevaktsoverlege og det jobbes med eventuelle løsninger. Legevakten er kompleks å drifte, og 50% stilling på legevaktsoverlege kan derfor bli litt lite.

¹² Hentet fra stillingsbeskrivelse for fagutviklingssykepleier – Lillehammer interkommunale legevakt.

¹³ Framsikt er et skybasert virksomhetsstyringsverktøy som inneholder verktøy for analyse, planlegging, mål- og resultatstyring, budsjettering, rapportering og politikermedvirkning (www.framsikt.no)

¹⁴ NKLM = Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin.

¹⁵ I henhold til akuttmedisinforskriften § 13 d skal legevaktsentralene innrette systemet for mottak av telefonhenvendelser slik at 80 prosent av alle henvendelser normalt kan besvares innen to minutter.

ansvar for. Som eksempel nevnes at det er uklart hvem som har ansvar for at legevaktene dekkes opp. Han forteller at han har forsøkt å søke råd internt på legevakten for å avklare dette. Han mener ansvarsuklarheten er forsterket av strukturelle endringer som er gjort de siste fem årene, og at man ikke har klart å lande tydelige ansvars plasseringer i disse prosessene.

TO-leder forteller at det har vært vanskelig å orientere seg i hva rollen som tjenesteområdeleder er. Videre mente hun at det mangler en ordentlig lederopplæring for nytilsatte ledere, men hun er kjent med at HR-avdelingen i kommunen jobber med en onboardingsplan for ledere.

Legevaktsoverlege ga uttrykk for at han i utgangspunktet opplever det som tydelig og avklart hva som er hans ansvarsoppgaver. Det har imidlertid vært utfordrende for han å ha nok tid til å jobbe med ulike samarbeidsprosjekter (bl.a. med Sykehuset Innlandet) og litt uklare ansvarsforhold på legevakten knyttet til disse prosjektene. Han mener imidlertid at det har vært en positiv utvikling etter at ny avdelingsleder og TO-leder startet i sine stillinger, og det er ryddigere linjer nå enn tidligere.

5.1.2 ROS-ANALYSE¹⁶

Lillehammer kommune utarbeidet en ROS-analyse for den interkommunale legevakten i mai/juni 2022. Ledergruppen ved legevakten, fagutviklingssykepleier, spesialrådgiver fra kommunen samt tillitsvalgte og verneombud deltok i arbeidet. Helsedirektoratets nasjonale veileder «Legevakt og legevaktsentral» inneholder en liste over viktige faktorer som bør inngå i legevaktens ROS-analyse, totalt 18 temaer/faktorer. Faktorer som trekkes frem er bl.a. legeberedskap, legebemannning, sykepleierbemannning, sikkerhet for ansatte og pasienter, vakt-distriktets utbredelse, responstid, rekruttering og samarbeid med øvrige tjenester. ROS-analysen som er utarbeidet for Lillehammer interkommunale legevakt inneholder de temaene som er listet opp i veilederen. I tillegg er det tatt med svartid på telefon og journalsystem.

Tilbakemeldinger om bruken av ROS-analysen

Nåværende ledelse ved legevakten gir i intervju uttrykk for at ROS-analysen i liten grad har vært i fokus etter at de tiltrådte sine stillinger (rundt årsskifte 2023/2024). TO-leder opplyser at hun ikke er kjent med ROS-analysen. Legevaktsoverlege er den eneste i dagens ledelse som deltok i arbeidet, og han opplyser at han ikke har sett den etter at den ble utarbeidet i 2022 og er usikker på hvordan den eventuelt benyttes.

5.1.3 PROSEDYRER OG RUTINER

Legevakten har en rekke rutiner og prosedyrebeskrivelser som ligger i TQM.¹⁷ Det er også en egen perm på vaktrommet som blant annet inneholder telefonlister og rutiner for kontakt med andre tjenester. Revisjonen har ikke gjennomgått alle rutiner og prosedyrer, og vi har heller ikke vurdert om det mangler rutiner på noen områder.¹⁸ Avdelingsleder opplyser imidlertid at legevakten mangler en skriftlig rutine for beordring av leger.

¹⁶ ROS-analyse står for Risiko- og sårbarhetsanalyse. Det fremgår av nasjonal veileder «Legevakt og legevaktsentral» at en legevakt bør organiseres på bakgrunn av oppdaterte ROS-analyser. Hensikten med å utarbeide en ROS-analyse er å kartlegge sannsynlighet, konsekvenser og aktuelle tiltak ved uønskede hendelser, for å redusere sannsynligheten for svikt i tjenesten eller brudd på regelverk.

¹⁷ TQM er et kvalitetssystem med ulike moduler og verktøy for dokumentstyring, avviks-/hendelsesregistrering, skjemaer og sjekklister.

¹⁸ Rutiner for samhandling med kommunale helse- og omsorgstjenester er gjennomgått ifm. problemstilling 3.

I tillegg til rutiner og fagprosedyrer som ligger i TQM er det utarbeidet en egen systembok for leger i form av et word-dokument på ca. 100 sider. Systemboka er utarbeidet av legevaktsoverlege. Legevaktsoverlege forteller at systemboka beskriver rammene som gjelder på legevakten og skal være en overordnet manual for ulike undersøkelser og hva man gjør ved ulike hendelser (dødsfall, hendelser som involverer politi etc.). Videre forteller han at det har vært lite tid til å jobbe med systemboka de siste par årene, og den er derfor ikke oppdatert på tidspunktet revisjonen får den oversendt (mars 2024). Legevaktsoverlege forteller at noe av dokumentasjonen (rutiner etc.) som er i TQM og i systemboka er overlappende. Legene har ikke tilgang til det som ligger i TQM siden de (fleste av dem) ikke er ansatt i Lillehammer kommune.

Synspunkter vedrørende interne prosedyrer og rutiner

Avdelingsleder gir uttrykk for at det er utfordrende å forholde seg til at det er en egen systembok for leger som oppdateres i varierende grad, i tillegg til de rutinene som foreligger i TQM. Han opplever det også som utfordrende å ivareta kravene til rutiner og prosedyrer som følger av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten når det er uklar ansvarsfordeling internt på legevakten.

5.1.4 BEREDSKAPSPLAN¹⁹

Det foreligger beredskapsrutiner som inneholder prosedyrer for varsling ved større hendelser, men det finnes ingen helhetlig beredskapsplan. Vi får opplyst i intervju at legevaktens fagutviklingssykepleier, som nå er i permisjon, er hyret inn på timebasis for å utarbeide en beredskapsplan for legevakten. Arbeidet er igangsatt, men det foreligger ingen frist for når den skal være ferdig. Planen skal være en delplan under kommunens helhetlige planverk.

5.1.5 AVVIK OG KLAGER

TQM har en egen avviksmodul for registrering, behandling og oppfølging av avvik. I systemet kan det blant annet registreres type hendelse, alvorlighetsgrad og forbedringsforslag. Vi får opplyst i intervju at legevakten følger overordnet HMS-håndbok for Lillehammer kommune. I HMS-håndboken kapittel 7 står det om hendelsesbehandling (avvikshåndtering), og det er veiledning om hvordan avvik skal registreres i TQM. Informasjon om avviksregistrering og oppfølging står også i systemboken for leger.²⁰

Avdelingsleder forteller at han har ansvar for å følge opp avviksmeldinger, og delt ansvar med legevaktsoverlege for klagesaksbehandling. Legevakten mottar ulike typer klager/tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende. Noen ønsker bare å gi en tilbakemelding (positiv/ negativ), noen ønsker å klage til legevakten på behandlingen eller opplevelsen, og noen har formelt henvendt seg til Statsforvalteren. I oppstartmøte fikk vi opplyst at legevakten generelt mottar få klager.

Legevakten har ikke skriftlige rutiner for klagesaksbehandling og oppfølging av klager. Det føres heller ikke statistikk eller oversikt over de ulike typene henvendelser/klager fra pasienter eller pårørende. Avdelingsleder forteller at det mangler et godt system for å ivareta saksbehandling og avvik på en tilfredsstillende måte. Han

¹⁹ Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 5-2 at kommunen skal sikre at legevakten har utarbeidet beredskapsplaner, og disse skal være samordnet med kommunens øvrige planverk.

²⁰ Revisjonen har ikke sjekket om informasjonen i systemboken vedr. avvik er oppdatert eller samsvarer med føringene i kommunens HMS-håndbok.

mener de i altfor liten grad har kontroll og oversikt over hvordan klager er behandlet og fulgt opp systematisk på legevakten over tid.

Ifølge legevaktsoverlege blir alle klager besvart, og pasienten får informasjon om at de kan klage til fylkeslegen (statsforvalteren) hvis de ønsker å gå videre med klagen sin. Videre forteller han at alle klagesaker løftes i ledergruppa og at informasjon som bør ut til alle leger i forbindelse med avvik eller klage kommuniseres ut til legene på e-post. Det kan også være tema på fagdagene til sykepleiere. Vi får opplyst fra TO-leder at alle avdelingsledere i tjenesteområdet sender ut info på ukepost til sine ansatte, og hun har bedt om at avviksoppfølging og forslag til løsning i forbindelse med avvik/uønskede hendelser tas med der.

5.1.6 BRUKERUNDERSØKELSER²¹

Avdelingsleder opplyser at han ikke er kjent med at det er gjennomført systematiske brukerundersøkelser ved legevakten de siste årene, eller om det er gjort i det hele tatt. Han har forhørt seg med ansatte med lengre fartstid enn han, men de er heller ikke kjent med at det er gjennomført brukerundersøkelser ved legevakten i senere tid.

5.1.7 LEGEVAKTENS LOKALER

Lillehammer interkommunale legevakt flyttet inn i nye lokaler ved Sykehuset Innlandet Lillehammer i august 2017. Legevaktsentralen er samlokalisert med legevaktstasjonen.

Figur 2 – Bilde av Lillehammer interkommunale legevakt (illustrasjonsfoto er tatt av revisor)



²¹ Legevakten er, i likhet med andre virksomheter som er underlagt helse- og omsorgstjenesteloven, pålagt å vurdere virksomheten på bakgrunn av erfaringene til pasienter og pårørende (jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 8).

De gamle lokalene var på ca. 80 kvm, mens de nye er på ca. 750-800 kvm. Lokalene inneholder følgende:

- Sju legekontor
- EKG²²-rom
- Skyllerom
- Medisinrom
- Ambulanserom
- Hvilerom for lege på nattevakt
- Møterom/personalrom med kjøkken
- Møterom/kontor med kjøkken
- Tre telefonplasser for operatører på legevaktsentralen
- To garderober med dusj
- Tre venterom

Synspunkter knyttet til legevaktens lokaler

Et av legevaktens tre venterom er et skjermingsrom for pasienter som av sikkerhetsmessige årsaker holdes adskilt fra øvrige pasienter og utenfor sikker sone ved legevakten. Skjermingsrommet har egen inngang og er adskilt fra det øvrige ventearealet med frostede glassvegger slik at det ikke er innsyn. Revisjonen får opplyst i intervju at veggene ikke er lydtette. Dette gjør det utfordrende å ivareta taushetsplikten fordi andre pasienter på tilstøtende venterom kan høre det som blir sagt. Dette kan være ubehagelig både for pasienter, for helsepersonellet og ev. politi som kommer inn med en pasient.²³

Ifølge avdelingsleder er det også utfordringer knyttet til vaktrom/legevaktssentralen. En av utfordringene er at det er en sikkerhetsrisiko med åpen dør til pauserom og legevaktssentralen i sikker sone på legevakten. Både fordi pasienter til legekonsultasjoner eller på laboratoriet da har fri tilgang til sentralen, men også relatert til taushetsplikt og personvern for de som henvender seg i luka og må oppgi personalia og hva henvendelsen gjelder. Videre forteller han at mange personer samlet i tilknytning til sentralen utgjør et problem i form av støy og forstyrrelser for de som sitter og tar innkomne telefoner fra pasienter.²⁴

Avdelingsleder forteller videre at garderebefasilitetene for de ansatte ikke er tilfredsstillende. Dette skal ha vært påpekt av de ansatte i lengre tid, i ROS-analyse og ved vernerunder på legevakten. Garderebefasilitetene er for små i forhold til antall ansatte. Dette gjelder særlig for kvinnegarderoben, da det er en stor andel kvinnelige ansatte ved legevakten.

5.1.8 LEGEVAKTBIL

Lillehammer kommune etablerte i mai 2023 legevaktbil ved legevakten. Legevaktbilen har vært driftet med egen vaktlinje på hverdager mellom kl. 17-22 for å teste ut tilbudet. Legevaktbilen skal bidra til at innbyggere får

²² EKG = elektrokardiografi. EKG er en metode som brukes til å registrere den elektriske aktiviteten i hjertet. Ved hjelp av EKG kan man oppdage og vurdere ulike hjerterytmeforstyrrelser eller tegn på annen hjertesykdom (kilde: www.helsenorge.no).

²³ I nasjonal veileder om «Legevakt og legevaktssentral» pekes det på at «legevakten skal drives forsvarlig, og en del av å yte forsvarlige tjenester er å sikre at de ansatte kan overholde sine lovpålagte plikter, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1». Videre står det at dette blant annet innebærer at legevaktlokalet skal være universelt utformet, og at venterommet må utformes slik at taushetsplikt, nødvendig skjerming, observasjon, sikkerhet og oversikt ivaretas.

²⁴ I nasjonal veileder «Legevakt og legevaktssentral» fremheves det at telefonvurdering er krevende, og at legevaktssentralen derfor bør plasseres i et egnet rom, skjermet fra resten av legevakten og best mulig beskyttet mot støy.

nødvendig lege-/sykebesøk i hjemmet.²⁵ Sykebesøk er primært et tilbud om vurdering og behandling av pasienter som på bakgrunn av sin helsetilstand eller funksjonsevne ikke bør møte opp/fraktes til legevakten. Legevaktbilen har hatt 235 oppdrag i perioden mai 2023- april 2024.²⁶ Det er utarbeidet en overordnet prosedyre/rutinebeskrivelse for legevaktbilen.

Det har vært gjennomført et utrednings- og planleggingsarbeid for å legge legevaktbilen inn i ordinær vaktlinje ved legevakten. Da revisjonen gjennomførte intervjuer i mai 2024 fikk vi opplyst at legevaktbilen fortsatt var organisert som et pilotprosjekt og driftet med en egen vaktlinje. I september 2024 får vi opplyst per e-post fra avdelingsleder at videre drift av legevaktbil var til behandling i Helseregion Sør-Gudbrandsdal (HSG)²⁷ 19. juni 2024 og 20. august 2024. Det er lagt frem et forslag om drift av legevaktbilen gjennom utvidelse av vakttid på kveld, slik at man har to leger tilgjengelig fra kl. 17 – 23 på hverdager. Sør-Fron og Nord-Fron kommune har avklart at de ikke ønsker å være med på drift av legevaktbilen. De øvrige kommunene har ifølge avdelingsleder ikke tatt endelig stilling. Kommunalsjef helse og velferd i Lillehammer kommune opplyser i august 2024 at legevaktbilen kommer til å bli etablert i Lillehammer kommune, og at kommunalsjefgruppa i HSG er enige om en anbefaling til kommunedirektørene om å øke vaktlinjen slik at det alltid er to leger på vakt. Da kan også legevaktbilen rykke ut mer.

Figur 3 – Bilde av legevaktbilen tilknyttet Lillehammer interkommunale legevakt(illustrasjonsfoto av revisor)



²⁵ Det følger av akuttmedisinforskriften § 6 bokstav b at legevakta skal ha tilbud om å utføre sykebesøk. I forskriftens § 6 c slås det fast at legevakten skal "yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, blant annet rykke ut umiddelbart når det er nødvendig"

²⁶ Hentet fra orientering for kommunestyret om helsetjenester i kommunen (Lillehammer kommune) - 13. juni 2024.

²⁷ Helseregion Sør-Gudbrandsdal er et interkommunalt samarbeid om primærhelsetjenester. Mer informasjon om samarbeidet kan leses i kapittel 6.

5.2 BEMANNING OG KOMPETANSE

Avdelingsleder er utdannet ambulansearbeider og sykepleier og har videreutdanning i organisasjon og ledelse. Legevaktsoverlege er spesialist i allmennmedisin. I tillegg til avdelingsleder, legevaktsoverlege og fagutviklingssykepleier har legevakten en avdelingskoordinator (dette er en funksjon, ikke en egen stilling). Støttepersonell ved legevakten består av sykepleiere, paramedisinere, ambulansearbeidere, helsesekretærer og studenter. Det er også en merkantil ressurs og en GAT-konsulent.²⁸

På sykepleiersiden er det 41 personer i faste stillinger med ulik stillingsstørrelse – totalt 23,8 årsverk. 24 av disse er godkjent som telefonoperatører. Det er i tillegg 14 vikarer. Noen av vikarene er også godkjent som operatører på legevaktsentralen.

Det er ulik bemanning på legevakten på ulike tidspunkt av døgnet og mellom hverdager og helg.²⁹

Tabell 5.1. Bemanning sykepleiere/annet støttepersonell ved Lillehammer interkommunale legevakt

Antall sykepleiere/annet støttepersonell på vakt					
<i>Dag ukedager</i>	<i>Kveld ukedager</i>	<i>Natt ukedager</i>	<i>Dag helg/høytid</i>	<i>Kveld helg/høytid</i>	<i>Natt helg/høytid</i>
1 eller 2 ³⁰	5-6	3	5	5	3

Avdelingsleder forteller at han i utgangspunktet har ment at det er tilstrekkelig med to sykepleiere/støttepersonell på natt mandag til torsdag. Vernerunder har imidlertid avdekket at personalet tidvis føler seg utrygge på jobb på grunn av hvordan lokalene er utformet, med store avstander mellom legevaktsentral og laboratoriet og observasjonsplasser, og det er derfor satt opp tre personer på natt.

Tabell 5.2. Bemanning leger ved Lillehammer interkommunale legevakt

Antall leger på vakt					
<i>Dag ukedager</i>	<i>Kveld ukedager</i>	<i>Natt ukedager</i>	<i>Dag helg/høytid</i>	<i>Kveld helg/høytid</i>	<i>Natt helg/høytid</i>
0 – 1	1 (16 – 23) 2 (19 – 23)	1 lege fysisk på legevakt	1 lege (08-16) 1 lege (11 -19)	1 lege (16 – 23) 1 lege (19 – 23)	1 lege (23 – 08)
		1 lege i bakvakt med utrykningsplikt	1 lege bakvakt (08-11) 1 lege bakvakt (16 – 19)	1 lege bakvakt (16 – 19)	1 lege bakvakt (23 – 08)

²⁸ GAT er et ressursstyringsprogram der man kan lage arbeids- og turnusplaner.

²⁹ Akuttmedisinforskriften stiller ingen konkrete krav til bemanningen når det gjelder antall personer på vakt. Legevaktsentralene skal innrette systemet for mottak av telefonhenvendelser slik at 80 prosent av alle henvendelser normalt kan besvares innen to minutter, jf. Akuttmedisinforskriften § 13 d. Se vedlegg 4 for Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) sitt forslag til bemanning med sykepleier/annet helsepersonell ved legevaktene ut ifra størrelse på legevaktpopulasjonen.

³⁰ Dagtid ukedager: 1 hvis legevakten ikke har dagberedskap og 2 hvis de har dagberedskap.

Legene som er i arbeid på legevakten på kveldstid og natt, er leger som ikke har sitt faste arbeidssted ved legevakten. Om legen ikke har selvstendig vaktkompetanse må det være en lege i bakvakt.³¹

Avdelingsleder forteller at bemanningen på legesiden er litt tynn av og til. På røde dager er lege alene på vakt i tidsrommet 8-11, og da har man sett at det blir en opphopning av pasienter frem til det kommer flere på vakt. Leger må ofte komme en time før eller bli en time lenger for å få det til å gå opp.

Antall leger tilknyttet legevakten

Revisjonen har fått oversendt oversikt over antall leger i ordningen per april 2024. Det fremgår av oversikten at det var over 60 leger i ordningen. 12 personer var innvilget fritak fra legevakt.³² Flere av disse hadde midlertidig fritak som følge av svangerskapspermisjon, og enkelte som følge av alder, sykdom eller andre årsaker. I listen var det også ni leger med ulike tilpasninger i form av fritak fra kveldsvakt og/eller nattevakt. Det fremgår også av oversikten at ca. ti leger foreløpig ikke var aktivert i turnus i påvente av opplæring eller av andre årsaker. Oversikten viser også at det er 22 vikarer/leger tilknyttet legevakten som ikke inngår i ordinær legevaktturnus.

Utfordringer knyttet til bemanning og rekruttering

Stabilitet og kvalitet ved det medisinske tilbudet ved legevakten beskrives i Lillehammer kommunes styringsdokument 2024-2027 som en av de største utfordringene innenfor tjenesteområde legehelsestjenester. Vi har fått informasjon om ulike typer utfordringer knyttet til bemanning og rekruttering ved legevakten:

- Det er krevende å ha nok personell med kompetanse til å bemanne legevaktsentralen. For å bli operatør på legevaktsentralen må man ha en bachelorutdanning (sykepleier eller paramedisiner) og en viss erfaring før man kan gjennomføre opplæringen for operatører. Opplæringen er omfattende, og det er en form for kompetanse som krever kontinuitet. Avdelingsleder forteller at de har noen svært erfarne helgevikarer som ikke ønsker å ha rollen som operatør fordi det oppleves som en utsatt og krevende rolle. Det fører igjen til at en del av de faste sitter mye på telefon.
- Det fremgår av legevaktens årsrapport for 2023 at det har vært økning i antall leger i deltakerkommunene som har fritak fra legevakt av ulike årsaker. Det har også vært en utfordring med sykefravær på legesiden. Om mange leger får fritak, øker totalbelastningen på de øvrige legene i legevaktdistriktet. Om det ikke er leger tilgjengelig for vakt, må legevakten stenges. I intervjuene gjennomført i mai/juni 2024 får vi opplyst at det ikke lenger er problematisk å få dekt opp vaktene på legesiden. Dette knyttes blant annet til innføringen av nytt avlønningssystem for leger. Fra april 2024 gikk legevakten over fra næringsdrift til fast honorar for legene. Ifølge Lillehammer kommunes tertialrapport 1. tertial 2024 ble avlønningen endret

³¹ Leger i spesialisering del 1 (LIS1) eller leger uten godkjent LIS1-tjeneste eller tilsvarende tjeneste skal alltid arbeide under veiledning og tilsyn. Alle andre leger som ikke oppfyller kompetansekravene i akuttmedisinforskriften, må også ha bakvakt. Bakvakten skal være tilgjengelig for veiledning og også kunne rykke ut om det er nødvendig.

³² Fastlegeforskriften fastslår at kommunen kan frita fastlegen fra plikt til legevaktdeltakelse når legen av helsemessige eller vektige sosiale grunner ber om det. I tillegg har fastlegen rett til fritak ved alder over 60 år, de tre siste måneder av svangerskapet eller når graviditet er til hinder for deltakelse eller ved amming av barn som er under ett år.

for å sikre driften av legevakten.³³ I tertialrapport 2. tertial 2024 står det at fraværet for legene etter dette er redusert til ned mot null.³⁴

- Det er utfordrende å rekruttere nye sykepleiere og paramedics til faste stillinger på legevakta. I tertialrapport 1.tertial 2024 står det at det er tilnærmet ingen søkere til faste stillinger med stillingsstørrelse 75-80 prosent. I tertialrapport 2. tertial 2024 står det at det fortsatt er vanskelig å rekruttere til faste stillinger på legevakten. Avdelingsleder opplyser at det også er utfordringer med å rekruttere til mindre helgestillinger, sommervikar- og tilkallingsvikarstillinger. Stillingene er vanskelige å fylle fordi de er så små, men siden legevakten er åpen kveld og helg året rundt er man nødt til å ha flere på helg og det blir vanskelig å få til store stillinger.

TO-leder forteller at det ble foretatt en økning i grunnbemanningen ved legevakten i 2023. Det ble gjort for å få nok operatører til legevaktsentralen og få opp svartidsprosenten på telefon. Hun forteller at svartidsprosenten har økt til omtrent 80% nå (det nasjonale kravet er 80% besvart innen to minutter) i perioder der det primært er de 70 000 menneskene som bor i legevaktdistriktet som benytter legevakten. Når hyttefolket og turister kommer i tillegg går svartidsprosenten ned. Skulle man klart å opprettholde svartidsprosenten da, må det leies inn ekstra personell.

5.2.1 OPPLÆRING AV PERSONELL VED LEGEVAKTEN

Revisjonen har innhentet opplæringsplaner for henholdsvis støttepersonell og operatører. Planene er ikke oppdatert ift. at legevakten nå har tatt i bruk nytt journalsystem.

Opplæring støttepersonell

Opplæringsplan for støttepersonell er bygd opp med sjekklistes for opplæring med oversikt over ulike temaer knyttet til administrasjon, laboratoriearbeid og medisinskteknisk utstyr. I sjekklisten fremgår det hvem som har ansvar for å gjennomgå de ulike temaene med personell under opplæring, og det skal krysses ut i sjekklisten når det er utført. Planen har også en liste med utkrysning for ulike praktiske sykepleiefaglige prosedyrer, og en oversikt over obligatoriske e-læringskurs og ekstern undervisning som skal gjennomføres. Kursbevis skal leveres til fagutviklingssykepleier som oppbevarer disse i en egen perm.³⁵ Den ansatte må signere en bekreftelse på å ha gjennomført og forstått opplæringsplanen, og at vedkommende innehar tilstrekkelig kompetanse i henhold til planen.

Avdelingsleder forteller at i praksis foregår opplæringen for støttepersonell slik at de møter opp kl. 14 og blir da møtt av fagsykepleier. De går da igjennom bygget, ulike rom, arbeidsflyt, utstyr, henting og levering av tøy, uniform, garderobe etc. Vedkommende går deretter videre til kveldsvakt og gjennomfører totalt tre kveldsvakter sammen med en erfaren sykepleier.

³³ Fast honorar til legene utgjør en merkostnad lønnsmessig, men det antas å også gi reduserte merkostnader for sykefraværet på legesiden. I tillegg vil kommunen få merinntekter fordi alt av pasientinntekter (herunder egenandeler, takster og forbruksmateriell fra pasientvirksomheten) vil tilfalle kommunen med denne avlønningsformen. Ved næringsdrift tilfaller egenandeler og refusjon legen. (tertialrapport 1. tertial 2024, Lillehammer kommune) Det vil derfor være viktig at legene opprettholder takstingen selv om inntektene ikke lenger tilfaller dem.

³⁴ Lillehammer kommune – tertialrapport 2.tertial 2024. https://pub.framsikt.net/2024/lillehammer/mr-202408-2_tertialrapport_2024/#/budsa/mainmenu/2

³⁵ Vi får opplyst fra avdelingsleder ved legevakten at kompetanseregistreringssystemet som brukes i kommunen skal tas i bruk ved legevakten og det er gjennomført opplæring i dette.

Opplæring operatører

Opplæringsplan for operatører er bygd opp på samme måte som planen for støttepersonell, med sjekklister der det skal krysses ut for de ulike temaene når det er gjennomgått/utført. Det fremgår av planen at det er 1-3 dager (avhengig av antall operatører) med teoretisk opplæring med fagutviklingssykepleier. Det gis også praktisk opplæring i ICCS (telefonsystemet) over 1-3 dager med ICCS-instruktør med påfølgende oppfølging av en erfaren operatør over uker (individuelt tilpasset).

Opplæring leger

Revisjonen har ikke fått noen opplæringsplan for leger. Systembok for leger inneholder imidlertid informasjon om introduksjonsundervisning for nye leger, obligatoriske kurs, hva det er forventet at legevaktsleger setter seg inn i av systemer og instruksjoner og opplæring av LIS1-leger. Legevaktsoverlege forteller at nye leger i legevaktordningen får opplæring enten på dagtid eller kveldstid. De får en omvisning i lokalene og samtale med legevaktsoverlege der det bl.a. informeres om generelle rutiner, pasientflyt og diagnostiske rutiner, samt en del praktiske ting som adgangskort, parkering, hvor man finner utstyr o.l. Det informeres også om hva som forventes av legen og hva man kan forvente av hjelpepersonellet på legevakten. I tillegg får de utlevert skriftlig informasjonsmaterieil. Legene må gjennomføre obligatoriske kurs i akuttmedisin og vold- og overgrepshåndtering.³⁶ Legevaktsoverlege forteller at de må fremvise kursbevis for å dokumentere at det er gjennomført.

To ganger i året tar legevakten imot LIS1 (leger i spesialisering del 1) – i februar og august. Legevaktsoverlege opplyser at han introduserer dem for legevakten og sørger for at de får følgevakter. Ved følgevakter er legen (LIS1) til stede hele eller deler av en vakt og kan følge en kollega for å bli bedre kjent med legevaktens systemer. Følgevakt er obligatorisk for LIS1. Andre yngre leger med lite erfaring oppfordres også til å gjennomføre følgevakter. Følgevakter anses ikke som nødvendig for erfarne legevaktsleger som har jobbet andre steder før, men alle som ønsker det kan ta en følgevakt.

5.2.2 NASJONALE KVALITETSINDIKATORER (NKI) – LEGEVAKT

Helsedirektoratet har siden 2012 hatt et lovpålagt ansvar for å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI) for helse- og omsorgstjenesten. Kvalitetsindikatorer er statistikk som bidrar til å belyse kvaliteten i tjenesten. Helsedirektoratet publiserte i 2022 fire nasjonale kvalitetsindikatorer for legevakt:

- Andel av legevaktene som har et standardisert verktøy for triagering (bestemme prioriteringsrekkefølgen) av pasienter som møter på legevakten.
- Andel leger ved legevakten som har deltatt i akuttmedisinsk samtrening med ambulanse siste år.³⁷
- Andel sykepleier/annet helsepersonell (utenom leger) ved legevakten som har deltatt i akuttmedisinsk samtrening med ambulanse siste år.
- Andel legevakter som har tilgang til døgntilgjengelig tolketjeneste på andre språk enn norsk.

³⁶ Det følger av akuttmedisinforskriften §§ 7-8 at lege og helsepersonell som arbeider sammen med lege i vakt skal ha gjennomført kurs i akuttmedisin og kurs i volds- og overgrepshåndtering

³⁷ Det er et forskriftsfestet krav at aktørene i den akuttmedisinske kjeden gjennomfører samtrening, jf. akuttmedisinforskriften § 4. Samtrening innebærer at ansatte trener systematisk på å forbedre situasjonsforståelse, kommunikasjon og ledelse gjennom alle faser av et akuttmedisinsk forløp, f.eks. ved bruk av ulike simuleringsøvelser.

Data for 2023 er innhentet gjennom en nasjonal spørreundersøkelse utarbeidet av Norsk kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM). Undersøkelsen ble sendt ut og besvart av legevaktene i januar 2024.³⁸

Statistikk for Lillehammer interkommunale legevakt:

- Lillehammer interkommunale legevakt svarte «Nei» på om de har et standardisert verktøy for triagering (bestemme prioriteringsrekkefølgen) av pasienter som møter på legevakten. Telefontriage av pasienter ved legevaktsentralen inngår ikke i indikatoren. Lillehammer interkommunale legevakt benytter NIMN (Norsk Indeks for Medisinsk Nødhjelp) for vurdering av hastegrad og videre tiltak ved telefonhenvendelser.
- Det foreligger ikke data for 2023 på indikatoren «Andel leger ved legevakten som har deltatt i akuttmedisinsk samtrening med ambulanse siste år». Dette skyldes at 85 prosent av legevaktene ikke besvarte spørsmålet. Tallene for 2021 viser at det var 0% av legene ved Lillehammer interkommunale legevakt som hadde deltatt i akuttmedisinsk samtrening med ambulanse siste år (fra 1.1 – 31.12). For Innlandet totalt var andelen 9,7% . Samtreningsaktiviteten i 2021 kan være påvirket av arbeidet med covid-19.
- Data for 2023 viser at det var 0% - altså ingen, av sykepleierne/annet helsepersonell (utenom leger) ved Lillehammer interkommunale legevakt som deltok i akuttmedisinsk samtrening med ambulanse dette året (1.1 -31.12)
- Lillehammer interkommunale legevakt svarte «Ja» på at de har tilgang til døgnskuttetjeneste på andre språk enn norsk. Lillehammer kommune benytter seg av tolketjenester fra Salita AS, som er en landsdekkende privat leverandør av språktjenester. Legevakten har et eget prosedyredokument for bruk av tolk som blant annet inneholder telefonnummer som skal benyttes ved øyeblikkelig behov for tolk, og kort informasjon om helsetjenestens ansvar for sikre god kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter med begrensede norskkunnskaper.

³⁸ Kilde: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/akuttmedisinske-tjenester-utenfor-sykehus>

6 STYRING OG KONTROLL MED LEGEVAKTSAMARBEIDET

I dette kapittelet behandles problemstilling 2:

2. I hvilken grad bidrar samarbeidsavtalen og rutiner for legevaktsamarbeidet til at:

- **kommunene får dekket sitt behov for legevakttjenester**
- **samarbeidskommunene får et informasjonsgrunnlag for styring og kontroll med legevakttjenesten**

Vi har utledet følgende revisjonskriterier for denne problemstillingen:

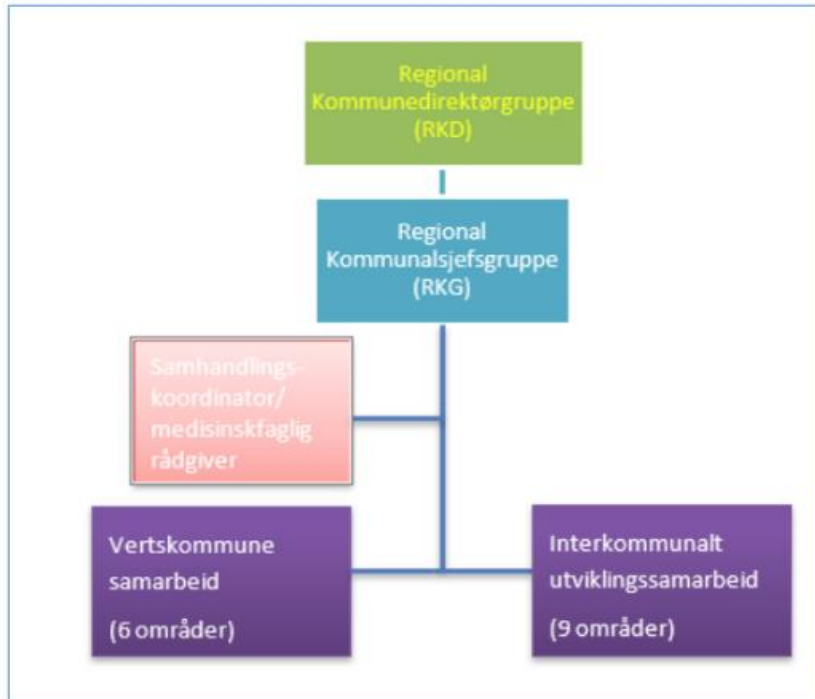
- Vertskommunen skal fremlegge kvartalsrapport om regnskapets stilling, inkludert prognose for året, til Regional Kommunalsjefgruppe, og rapportere underveis til de samarbeidende kommunene om eventuelle budsjettavvik.
- Vertskommunen bør orientere samarbeidskommunene om klager på legevakten.
- Legevakten bør avgi en årsrapport som beskriver aktivitet, økonomi og hvordan bruken er fordelt mellom deltakerkommunene.
- Deltakerkommunene skal etablere et felles samarbeidsutvalg for den interkommunale legevakten for faglig og administrativ samhandling og videreutvikling av legevakten.

Kapittelet innledes med en kort presentasjon av Helseregion Sør-Gudbrandsdal. Deretter gjør vi rede for dataene vi har innhentet knyttet til denne problemstilling. Avslutningsvis kommer revisjonens vurdering av dataene opp mot kriteriene som er utledet for problemstillingen.

6.1 HELSEREGION SØR-GUDBRANDSDAL

Helseregion Sør-Gudbrandsdal er et interkommunalt samarbeid om primærhelsetjenester. Samarbeidet er regulert av en hovedtale og underliggende tjenesteavtaler. Syv kommuner inngår i samarbeidet i dag: Nord-Fron, Sør-Fron, Ringeby, Øyer, Gausdal, Ringsaker og Lillehammer. Helseregionen har samarbeidsavtaler på legevakt, kommunal akutt døgnenhet (KAD), intermedisærplasser, FACT-team, miljørettet helsevern, felles elektronisk pasientjournal (EPJ), frisklivssentral og koordinering psykisk helse/rus.

I hovedavtalen som formaliserer samarbeidet i Helseregion Sør-Gudbrandsdal presenteres følgende organisasjonskart som viser hvordan samarbeidet er organisert:

Figur 4 - Organisering av samarbeidet i Helseregion Sør-Gudbrandsdal.

Regional Kommunedirektørgruppe (RKD) har det øverste administrative ansvaret for samarbeidet i Helseregion Sør-Gudbrandsdal. Den løpende styringen av samarbeidet er delegert og ivaretas av Regional kommunalsjefsgruppe (RKG). I kommunalsjefsgruppa sitter kommunalsjef eller en annen representant³⁹ fra hver av de syv kommunene. Det er ansatt en felles regional samhandlingskoordinator i 100% stilling for å koordinere og utvikle samarbeidet.

I avtalen står det at formålet med det interkommunale samarbeidet i Helseregion Sør-Gudbrandsdal er:

- å skape kvalitativt bedre tjenester.
- å sikre at pasienter og brukere mottar et mest mulig komplett tilbud av kommunale helse- og omsorgstjenester, - i dag, i morgen, og i fremtiden.
- å ta ut stordriftsfordeler slik at tjenestetilbudet er mest mulig kostnadseffektivt.

Møter i regional kommunalsjefsgruppe

TO-leder for legehelsestjenester i Lillehammer kom fra stillingen som samhandlingskoordinator og har derfor god kjennskap til samarbeidet i HSG. Hun forteller at det er utarbeidet et årshjul for arbeidet og møtene i den regionale kommunalsjefsgruppa. Hvert halvår skal det være et heldagsmøte og et halvdagsmøte. Økonomimøte er i mai og budsjettmøte i september.

Vi får opplyst at kommunalsjefsgruppa, i tillegg til møtene som er satt opp i årshjulet, har et morgenmøte på Teams på ca. 1 time annenhver uke. Dette er uformelle møter der det gjøres praktiske avklaringer og tas opp ulike

³⁹ For Ringebu kommune er det nå kommunedirektør. Gausdal kommune stiller med enhetsleder Helse og mestring.

temaer som eventuelt bringes videre til de mer formelle møtene. Det skrives enkle stikkordsreferat fra disse møtene som kommunalsjefgruppa og de hovedtillitsvalgte har tilgang til å se.

6.2 RAPPORTERING TIL SAMARBEIDSKOMMUNENE OM ØKONOMI OG DRIFT

Revisjonen har fått oversendt en oversikt over gjennomførte og planlagte møter i 2024 fra nåværende samhandlingskoordinator i HSG. Da revisjonen innhentet data, var det gjennomført tre møter i 2024. Vi har mottatt referater fra disse møtene.

- Oversikten viser at det 31. mai 2024 var felles møte med regional kommunalsjefgruppe og økonomisjefene i kommunene. Det fremgår av referatet at det i møtet ble presentert økonomistatus pr. april med årsprognose for 2024 for alle helsesamarbeidene. Når det gjelder legevakten er det referatført spørsmål til, og svar fra, vertskommunen knyttet til legevaktens årsregnskap 2023, status april 2024 og årsprognose 2024.
- 19. juni 2024 var det heldagsmøte i regional kommunalsjefgruppe, inkludert hovedtillitsvalgte. I dette møtet ble det fremmet en sak om å ta legevaktbilen inn som del av legevakta. Det ble vedtatt å utsette saken til et ekstra møte satt opp i august 2024, og at Lillehammer kommune skulle belyse saken ytterligere ut ifra innspillene som kom i møte. Det ble blant annet fremsatt ønske om ytterligere opplysninger knyttet til både økonomi, regnskapsføring og hvor mye legevaktbilen hadde vært ute i den enkelte kommune så langt.
- 20. august 2024 var det et ekstra møte med RKG og hovedtillitsvalgte. Dette var et halvdagsmøte som ble holdt i lokalene til legevakten. I forkant av møtet var det omvisning på legevakten. I møtet ble saken om legevaktbilen som del av legevakten tatt opp igjen, og legevakten ved avdelingsleder presenterte oppdatert saksgrunnlag med bakgrunn i de innspillene som kom i junimøtet.

For resten av 2024 er det ifølge oversikten revisjon har mottatt planlagt følgende møter:

- 5. september 2024 er det planlagt halvdagsmøte for RKG inkl. hovedtillitsvalgte. I dette møtet skal det presenteres innspill til budsjett for 2025 fra de enkelte vertskommunene til kommunalsjefgruppen og økonomisjefene. I møte 31. mai 2024 ble det besluttet å gjennomføre en ekstra rapportering på årets budsjett (utover det som står i samarbeidsavtalen) som også skal gjøres på møtet 5. september.
- 2. oktober 2024 er det budsjettmøte i regional kommunedirektørgruppe (RKD). Innstillingen fra kommunalsjefgruppen når det gjelder budsjett- og økonomiplanprosessen 2025-2028 legges til grunn for behandlingen i kommunedirektørgruppen.
- 7. - 8. november 2024 er det planlagt 15-15-samling (møte fra 15 til 15), med overnatting. Revisjonen har ikke mer informasjon om planlagt agenda for samlingen.

Vi får opplyst fra TO-leder for legehjelsetjenester at det også tidligere år har vært økonomirapportering for alle helsesamarbeidene i mai. I 2023 var det i likhet med i 2024 en ekstra rapportering på høsten på økonomi og budsjett på legevakten, som er det største samarbeidet.

Samarbeidskommunenes synspunkter på økonomirapporteringen

Informantene fra samarbeidskommunene ga alle uttrykk for at Lillehammer kommune følger opp det som står i samarbeidsavtalen om rapportering på regnskap, budsjettavvik og prognose for året. Flere av informantene fremhever det som positivt at økonomisjefene i den enkelte kommune deltar i møtene der dette presenteres og gjennomgås. Noen peker imidlertid på at det er frustrerende at det er gjentakende overforbruk på legevakten, og at det har blitt brukt mye tid i HSG på å få forklaringer på overskridelsene. Regional samhandlingskoordinator opplyser til revisjonen at tilbakemeldingen fra økonomisjefene etter møte i september 2024 er at rapporteringen er god og oversiktlig (selv om kostnadsbildet er utfordrende).

Budsjettavvik 2024

I tertialrapport 1. tertial 2024 for Lillehammer kommune står det at Lillehammer interkommunale legevakt har et negativt avvik per 1. tertial på 2,5 millioner kroner totalt for samarbeidet. Det er overforbruk på lønn som skyldes en kostbar gjennomføring av julen 2023, legemangel og lønnskompensasjon i forbindelse med innføring av nytt journalsystem på legevakt i desember 2023. I tillegg har det vært et høyt korttidsfravær på både lege- og sykepleiersiden. Dette har ført til mye bruk av innleide vikarer og overtid for å dekke vakter. Det har også vært en økt grad av sykmeldinger.

I tertialrapport 2. tertial 2024 står det at legevakten har et negativt avvik per 2. tertial på bortimot fem millioner kroner totalt for samarbeidet. Det vises til de samme årsakene som i første tertialrapport. I tillegg opplyses det om at også sommeren har vært kostnadskrevenende på grunn av stort sykefravær og krav til kompetanse for å bemanne legevaktssentralen. Det er også et overforbruk på driftskostnader relatert til lisenser og drifts- og serviceavtaler for IKT. Kostnaden til husleie har økt etter at Anders Sandvigs legesenter har flyttet ut av lokalene ved legevakten (fra 13. september 2024) og dermed er det færre leietakere å fordele kostnaden til husleie på.

Diskusjoner knyttet til fordeling av kostnader

Det finnes flere måter å fordele kostnader på i et interkommunalt samarbeid. Finansieringsmodell for legevaktsamarbeidet i HSG fremgår av tjenesteavtalen for legevaktsamarbeidet. I avtalen står det at de deltakende kommunene betaler et fastledd på 10% av de regnskapsførte kostnadene, og resterende kostnader fordeles etter folketallsnøkkelen for de deltakende kommunene. Ved årsoppgjør fordeles et eventuelt underskudd etter folketallsnøkkelen.⁴⁰

I intervjuene har revisjonen fått opplyst at det har vært diskusjoner om kostnadsfordelingen i HSG, blant annet knyttet til at Lillehammer kommune har mange studenter (som kanskje har fastlege i en annen kommune), mens andre kommuner i samarbeidet har et forholdsvis stort antall hytteboere og andre turister som bidrar til større press på legevakten i perioder.⁴¹ Diskusjonene har imidlertid ikke ført til konkrete forslag om endringer av finansieringsmodellen.

6.2.1 ÅRSRAPPORT FOR LEGEVAKTEN

Revisjonen har innhentet årsrapport for 2023 og 2022 for Lillehammer interkommunale legevakt. Årsrapportene utarbeides for HSG. Årsrapport for 2022 er på ca. fire sider og inneholder følgende punkter:

⁴⁰ Driften av legevakten finansieres også gjennom Helfo-refusjoner og egenandeler fra pasientene.

⁴¹ I nasjonal veileder «Legevakt og legevaktssentral» står det at en tilleggsfaktor som kan påvirke fordelingen av utgifter er «turisme med ekstra trykk på legevakten i ferieperioder, eller et stort antall studenter i legevaktsdistriktet i hele eller deler av året».

- *Status*
- *Statistikk (antall henvendelser journalført i journalsystemet i 2022 og svartidsprosent på telefon)*
- *Informasjon om fagdager og temaer for fagdagene*
- *Rutiner og møtepunkter (internt og eksternt)*
- *Videre planer*
- *Utfordringer*

Årsrapport for 2023 er på i underkant av én A4-side og inneholder følgende punkter:

- *Status for legevaktbil, svartid og pågang og innføring av nytt journalsystem ved legevakten*
- *Videre planer*
- *Utfordringer*

TO-leder forteller i intervju at årsaken til at det er relativt stor forskjell på de to årsrapportene er at kommunalsjefgruppa i HSG har gitt uttrykk for at de ønsket en kortere årsrapport. Kommunalsjef helse og velferd i Lillehammer forteller at HSG ønsker en årlig statusrapport fra legevakten, i form av en kort oversikt over aktivitet og eventuelt utfordringsbilde. Denne rapporten inngår i en større felles rapport som legges frem for kommunedirektørene og vedtas i HSG.

Årsrapportene inneholder ikke informasjon om hvordan bruken er fordelt mellom deltakerkommunene. Legevakten har per i dag ingen statistisk oversikt over i hvilken grad innbyggere og besøkende i de respektive kommunene benytter seg av legevakten. TO-leder forteller at kostnadsfordelingen vises og regnes ut i budsjett og regnskapet, der den faste fordelingsnøkkelen som fremgår av tjenesteavtalen for legevakten legges til grunn.

Revisjonen spurte representantene for samarbeidskommunene om årsrapporten de får gjennom HSG formidles videre internt i kommunen eller til politikerne. Tilbakemeldingene fra de fleste var at dette først og fremst er en orientering til HSG som ikke videreformidles til folkevalgte. Kommunedirektør i Ringeby opplyser at årsrapporten blir lagt ved som en referatsak⁴² til levekårsutvalget i kommunen.

6.2.2 INFORMASJON OM KLAGER

Som det fremgår av avsnitt 5.1.5 forteller avdelingsleder ved legevakten at de ikke har et godt system for systematisk registrering og oppfølging av klager. Vi fikk også opplyst at det ikke rapporteres til HSG om klager legevakten mottar.

I intervju med representanter fra samarbeidskommunene var det heller ingen som husket å ha blitt informert om klager på legevakten. Kommunalsjef helse og velferd i Lillehammer kommune forteller i intervju at samarbeidskommunene orienteres om det er større saker med alvorlige avvik. Videre forteller han at det i utgangspunktet er vertskommunen sitt ansvar å følge opp om det skjer et alvorlig avvik på legevakten. Som kommunalsjef er han veldig nøye på at han ikke har kunnskap om enkeltsaker og han prøver generelt å holde seg unna pasientsaker. Alvorlige saker skal følges opp via linjene, og kommuneoverlegen og tilsynsmyndigheten er

⁴² En referatsak er en sak som legges frem i form av referat av et allerede fattet vedtak eller en utført handling, og som tas til etterretning.

involvert. Dersom det er tilsynssaker som gjelder leger fra andre kommuner blir den aktuelle kommunen orientert.

Revisjonen får opplyst fra Statsforvalteren i Innlandet at de ikke har oversikt over antallet klager på Lillehammer interkommunale legevakt i sitt statistikkprogram. Dette har sammenheng med at de kun registrerer navnet på virksomheten i de sakene der klagen følges opp med tilsyn. I perioden 1. januar 2023 til 20. august 2024 har statsforvalteren avsluttet tre hendelsesbaserte tilsynssaker overfor Lillehammer interkommunale legevakt. Statsforvalteren fant ikke lovbrudd i noen av sakene.⁴³

6.2.3 SYNSPUNKTER KNYTTET TIL RAPPORTERING OG INFORMASJON OM DRIFTEN AV LEGEVAKTEN

Kommunedirektøren i Ringeby og kommunalsjef i Ringsaker gir i intervju uttrykk for at de opplever at de får tilstrekkelig informasjon fra Lillehammer kommune om driften ved legevakten. De forteller at HSG orienteres om status og eventuelle utfordringer ved driften av legevakten. Kommunalsjef i Ringsaker forteller at kommunalsjef i Lillehammer også tar kontakt på telefon om det er noe spesielt knyttet til legevakten.⁴⁴

Informantene fra Gausdal kommune gir uttrykk for at de får tilstrekkelig informasjon om driften av legevakten på overordnet nivå. De nevner at det i HSG blir orientert om utfordringer rundt bemanning, kontinuitet på legetilgang, tilgang på ICCS-kompetanse, sykefravær og annet. De mener imidlertid at kommunikasjonen lenger ned på driftsnivå kunne vært bedre. Det savnes blant annet en redegjørelse av hvordan ansvaret internt på legevakten er fordelt og hvem som skal kontaktes om ulike ting. De mener det er behov for mer informasjon fra legevakten knyttet til drift, ikke om det overordnede.

Informantene fra Øyer kommune forteller at de har etterspurt en del informasjon og forklaringer når det gjelder driften av legevakten. De viser blant annet til at det har vært gjentakende utfordringer knyttet til overskridelser av budsjett, rekrutteringsutfordringer og manglende kontroll med at noen kommuner har gitt leger fritak fra legevakt uten «gyldig» grunn. De mener at Øyer kommune kunne vært en bedre samarbeidspartner for Lillehammer og vært mer aktive om de hadde mer oversikt og informasjon og ble koblet mer på.

Når det gjelder informasjon på driftsnivå gir informantene fra Øyer uttrykk for noe av det samme som informantene fra Gausdal. De peker på at informasjonsflyten fra legevakten burde vært bedre, og at det er ønskelig med en oversikt over hvem på legevakten kommunen kan kontakte om ulike ting. For å sikre tilstrekkelig informasjonsutveksling og samhandling mener informantene fra Øyer at det kunne vært hensiktsmessig med faste møter et par ganger i året for tjenesteledere i deltagerkommunene med ansvar for legetjenester.

Kommunalsjef helse og velferd i Lillehammer kommune mener at de generelt klarer å bringe det viktige knyttet til driften og utviklingen av legevakten inn til i HSG. Som eksempel nevner han at det har vært rapportert inn at

⁴³ E-post fra underdirektør hos Statsforvalteren i Innlandet – 20.08.2024.

⁴⁴ Ringsaker kommune skiller seg fra de andre kommunene i HSG ved at de kun deltar i legevaktsamarbeidet. Kommunen inngår i to ulike interkommunale samarbeid om legevakt. Ca. 9-10 000 av kommunens befolkning i nordre Ringsaker (Moelv, Brøttum og Næroset/Sjusjøen) er tilknyttet Lillehammer interkommunale legevakt. Resten av kommunens befolkning inngår i legevaktdistriktet til Hedmarken interkommunale legevakt som er et samarbeid mellom kommunene Løten, Stange, Hamar og Ringsaker. Kommunalsjef for helse og omsorg i Ringsaker forteller i intervju at de er mye tettere på driften av Hedmarken interkommunale legevakt enn legevakten på Lillehammer.

bemanningen på legevakten har vært for tynn og at det har vært utfordringer knyttet til svartid på legevaktsentralen. I tillegg er legevaktbilen en viktig utvikling av legevaktstjenesten som har vært diskutert i flere runder.

TO-leder for legehelsestjenester i Lillehammer kommune forteller at hun og avdelingsleder ved legevakten jobber med en plan for å holde HSG hyppigere informert om utvikling, økonomi og drift ved legevakten. Legevakten rapporterer månedlig til Lillehammer gjennom Framsikt. Hun mener det bør være den samme rapporteringen til samarbeidspartnerne, i hvert fall en tertialrapportering. TO-leder mener, i likhet med informantene fra Øyer, at det burde vært et møtepunkt 2-3 ganger i året for ledere som har ansvar for fastlegeordningen i den enkelte kommune, for å utveksle informasjon om hva som skjer på legevakta og i kommunene.

6.2.4 ER INFORMASJONEN TILSTREKkelig TIL AT SAMARBEIDSKOMMUNENE FØLER SEG TRYGGE PÅ AT INNBYGGERNES BEHOV FOR LEGEVAKTTJENESTER ER IVARETATT?

Revisjonen spurte informantene fra samarbeidskommunene om de får tilstrekkelig informasjon til at de er trygge på at innbyggernes behov for legevaktstjenester er ivaretatt.

Informantene fra Gausdal kommune opplever at de får de tjenestene og kvaliteten de skal ha. De forteller at de ikke har noen grunn til å tvile på det eller være bekymret for det.

Informantene fra Øyer kommune gir også uttrykk for at ikke har noen grunn til å tvile på at innbyggerne får tjenestene de skal, og de tror ikke kvaliteten på tjenestene ved legevakten er dårlig. Informantene tar imidlertid forbehold knyttet til at de ikke har fått informasjon om eventuelle klagesaker.

Kommunedirektøren i Ringeby gir uttrykk for at han opplever at legevakten fungerer svært bra. Han har ikke fått noen negative tilbakemeldinger vedrørende legevakten. Han opplever også at de som samarbeidskommune får tilstrekkelig informasjon fra Lillehammer til å føle seg trygge på at kommunens innbyggere får de tjenestene de skal ha.

Kommunalsjef i Ringsaker gir også uttrykk for at de får tilstrekkelig informasjon fra Lillehammer kommune til å føle seg trygge på at innbyggerne i Ringsaker nord får legevaktstjenestene de skal. Han viser til rapporteringen gjennom HSG, i tillegg til at det er jevnlig kontakt mellom helse- og omsorgsrådgiver i staben i Ringsaker kommune og daglig leder ved legevakt. Han har også selv hyppig kontakt med kommunalsjef i Lillehammer og får på den måten informasjon om det er noe overordnet ift. legevakt

6.2.5 SAMARBEIDSUTVALG – LEGEVAKT

Det er etablert et interkommunalt samarbeidsutvalg for legevakten, med representanter for fastleger, kommuneoverleger og kommunalsjefer, samt ledelsen ved legevakten. Det fremgår av legevaktens årsrapport for 2022 at antall deltakere i samarbeidsutvalget hadde blitt redusert fordi det hadde vært et for stort fora. Videre står det at fastlegene etter dette har vært representert ved tillitsvalgt og vara, kommuneoverlegene har én representant og det samme har kommunalsjefene.

I 2022 ble det avholdt to møter i samarbeidsutvalget. Tema for møtene var ifølge legevaktens årsrapport 2022 blant annet statistikk og utvikling ved legevakta, taksting av sykepleierråd på legevakt og rutiner knyttet til

triagering ved oppmøte på legevakt, oppdekking av vakter på kort varsel, bruk av KAD-plasser og Bo trygt hjemme-prosjektet.⁴⁵

I 2023 ble det også avholdt to møter i samarbeidsutvalget, i henholdsvis april og oktober. I disse møtene var blant annet økonomi, Bo trygt hjemme- prosjektet, etablering av daglegevakt, nytt journalsystem, legevaktbil og hvordan gjøre det attraktivt å gå legevakt på agendaen.

Vi får opplyst fra TO-leder i september 2024 at det ikke er avholdt møte i samarbeidsutvalget i 2024, men det er planlagt et møte i oktober.

En av informantene våre sitter i samarbeidsutvalget for legevakten. Hun mener at utvalget har et litt uklart mandat⁴⁶ og at det ikke er omforent forståelse av hva de skal engasjere seg i og hvor langt ned i driftsspørsmål de skal gå. Hun forteller videre at dette også skal ha blitt tatt opp i HSG, men det har ikke kommet noen endelig avklaring på det.

6.3 RAPPORTERING/INFORMASJON TIL FOLKEVALGTE

Kommunestyrene i kommunene som deltar i et interkommunalt samarbeid har et overordnet ansvar for at innbyggerne i deres kommune får de tjenestene de har krav på. For å kunne vurdere tjenesten må de folkevalgte i samarbeidskommunene ha tilstrekkelig informasjon til å kunne vurdere tjenesteproduksjonen.⁴⁷ Revisjonen spurte representantene for deltagerkommunene hvordan de rapporterer til kommunens folkevalgte om legevakten. Vi redegjør for svarene deres nedenfor.

Gausdal kommune

Enhetsleder i Gausdal opplyser at det informeres skriftlig om legevakten i tertialrapporten til kommunestyret. Det gis muntlig informasjon direkte til politikerne om det er noe spesielt i forbindelse med budsjettet, om man skal øke bevilgningen etc. Ellers er generell informasjon om legevakten tilgjengelig via kommunens nettsider. Driftsutfordringer på detaljnivå viderefremmes ikke til politikerne. De har ikke opplevd at det har vært etterspurt informasjon om legevakten utenom rapporteringene.

Øyer kommune

Kommunalsjef i Øyer forteller at politikerne orienteres gjennom tertialrapportering og årsrapporteringen. De interkommunale samarbeidene gjennomgås alltid i denne sammenhengen. Hun fortalte at det legges merke til i årsregnskapet at legevakten stadig går med merforbruk. Videre mente hun at det er naturlig at rapporter som

⁴⁵ Prosjektet Bo trygt hjemme – med integrerte tjenester er et prosjekt i regi av i Lillehammer kommune i tett samarbeid med Sykehuset Innlandet. Prosjektet har vært i drift siden høsten 2023 og har en foreløpig prosjektperiode ut 2024. Overordnet handler prosjektet om å gi eldre hjemmeboende på Lillehammer gode og sammenhengende tjenester slik at de trygt kan bo lengre hjemme. Etablering av legevaktbil, en egen Trygghetspatroljebil som er i drift hele døgnet, bruk av digitale løsninger og tettere samarbeid mellom kommune og sykehus om pasientene er blant tiltakene som inngår i prosjektet. Kilde: <https://lillehammer.kommune.no/nyheter/inspireres-av-lillehammer-prosjekt.15127.aspx>

⁴⁶ Revisjonen har etterspurt samarbeidsutvalgets mandat. TO-leder for legehelsestjenester opplyser at hun ikke har fått utvalgets mandat, men at hensikten med utvalget har vært å orientere om status på drift, økonomi og utvikling på legevakten og løfte opp ulike problemstillinger til drøfting.

⁴⁷ Kommunal- og distriktsdepartementet (2023). Veileder om interkommunalt samarbeid etter reglene i kommuneloven. s.65

denne forvaltningsrevisjonen blir presentert for tjenesteutvalget og kommunestyret, i tillegg til kontrollutvalget. Når det gjelder om politikerne etterspør informasjon om legevakt så kommer det et og annet spørsmål, men ikke veldig mye. Politikerne har vært litt opptatt av dagberedskapen som er delt mellom Øyer og Tretten. Tidligere har det vært regnet på og gitt en kort status på det å ha egen kveldslegevakt i kommunen.

Ringebu kommune

Kommunedirektøren i Ringebu forteller at det ikke rapporteres om legevakten til kommunestyret, men kommunens levekårsutvalg⁴⁸ får årlige rapporter om samarbeidet. Han mener kommunen kan bli bedre på å rapportere på flere områder. Rapporteringen «flyter litt ut» på områder der det ikke er problemer eller utfordringer. Videre forteller han at politikerne ikke etterspør informasjon om den interkommunale legevakten, og han mener det er fordi legevakten og samarbeidet fungerer godt.

Ringsaker kommune

Kommunalsjef helse og omsorg i Ringsaker forteller at kommunens folkevalgte primært orienteres skriftlig gjennom tertialrapport, årsrapport og regnskap. Tidligere har dette vært bakt inn i administrasjonsskapittelet i regnskapet. Nå er det opprettet et nytt område for legetjenester der man har løftet ut fastlegetjenesten og legevakt slik at dette blir mer synlig i rapporteringen. Det skrives en egen tekst om legevakt i tertialrapportene. I tertialrapport for 1. tertial 2024 står det imidlertid ingenting om Lillehammer interkommunale legevakt, kun Hedmarken. Dette skyldes ifølge kommunalsjefen at legevakten på Lillehammer går i balanse i forhold til budsjettet Ringsaker har satt opp. Videre forteller han at det noen ganger kommer spørsmål fra politikerne og da gis det muntlige orienteringer. Etter pandemien har det ikke vært noen orienteringer for politikerne vedrørende legevakten i nord.

Lillehammer kommune

Lillehammer kommune orienterer politikerne gjennom tertialrapporter, årsrapporter og regnskap og muntlige orienteringer på forespørsel. Det holdes også jevnlig muntlige orienteringer om status for tjenestene i sektor helse og velferd for utvalg for helse og velferd.

⁴⁸ Levekårsutvalget har syv faste medlemmer (politikere) og har kommunens personrettede tjenester gjennom hele livsløpet som sitt ansvarsområde; barnehage, skole, barnevern, kultur og fritid, NAV, helse og omsorg og bosetting og integrering av flyktninger.

6.4 REVISJONENS VURDERING

Revisjonskriterium: Verts kommunen skal fremlegge kvartalsrapport om regnskapets stilling, inkludert prognose for året, til Regional Kommunalsjefgruppe, og rapportere underveis til de samarbeidende kommunene om evt. budsjettavvik.

Revisjonens vurdering er at Lillehammer kommune rapporterer jevnlig til samarbeidskommunene om økonomi, budsjettavvik og prognose for året på legevakten, og vårt inntrykk er at samarbeidskommunene anser rapporteringen de får på økonomi som tilfredsstillende når det gjelder omfang og hyppighet. Revisjonen vurderer det som positivt at økonomirapporteringen er satt i system gjennom et årshjul med faste tidspunkter for rapportering. Revisjonen anser det også som positivt at økonomisjefene i den enkelte kommune er koblet på i den grad de er.

Revisjonen mener at ordlyden i den overordnede samarbeidsavtalen er uklar når det i avtalens punkt 9 står «Verts kommunen framlegger kvartalsrapporten om regnskapets stilling, inkludert prognose for året, til RKG». Vi mener dette kan tolkes som at det skal legges frem fire statusrapporter i året. Vi har fått opplyst at det avholdes økonomimøte i mai, dvs. etter første kvartal, der det rapporteres på budsjett og prognose for året. I tillegg har det i 2023 og 2024 vært en ekstra rapportering på økonomi på legevakten om høsten, som omtales som rapportering utover det som står i samarbeidsavtalen. Revisjonen mener det bør vurderes å gjøre en endring av ordlyden i avtaleverket slik at det er bedre samsvar mellom det som står der og rapporteringen som gjøres i praksis.

Revisjonskriterium: Verts kommunen bør orientere samarbeidskommunene om klager på legevakten.

Samarbeidskommunene får ikke informasjon om eventuelle klager på legevakten, og legevakten har ingen systematisk oversikt over klager de har mottatt. Revisjonen mener legevakten systematisk bør registre antall og type formelle klager de mottar, og rapportere om dette til samarbeidskommunene. I dette legger vi at samarbeidskommunene bør få overordnet informasjon om omfang og type klager, ikke detaljinformasjon knyttet til enkeltsaker.

Systematisk registrering og oppfølging av klager er viktig for legevaktens arbeid med kvalitetsforbedring av tjenesten og for å ha oversikt over utviklingen over tid. Rapportering om klager, tilsyn og annen informasjon som sier noe om kvaliteten på tjenesten vil gi samarbeidskommunene et bredere informasjonsgrunnlag om legevaktens drift og innbyggernes erfaringer med tjenesten.

Revisjonskriterium: Legevakten bør avgi en årsrapport som beskriver aktivitet, økonomi, og hvordan bruken er fordelt mellom deltakerkommunene.

Legevakten avgir årsrapporter. I årsrapport for 2022 er det beskrevet aktivitet og utfordringer i året som har gått. Årsrapport for 2023 er forholdsvis kortfattet – på under én A4-side. Revisjonen oppfatter det slik at HSG har uttrykt at de ønsker at årsrapporten utferdiges på max 1 A4-side. Revisjonens vurdering er at en noe mer innholdsrik årsrapport som gjøres tilgjengelig både for kommunal og politisk ledelse i deltakerkommunene kan gjøre det lettere å følge utviklingen og identifisere eventuelle behov for tiltak. Om de folkevalgte skal kunne

ivareta sitt ansvar for at innbyggerne i deres kommune får tjenestene de har krav på, må de ha tilstrekkelig informasjon. Årsrapportene har i liten grad fokus på økonomi og heller ingen informasjon om hvordan bruken er fordelt mellom kommunene. Lillehammer kommune rapporterer i henhold til årshjul i HSG på regnskap, budsjett og prognose, slik at denne informasjonen formidles til samarbeidskommunene utenom årsrapporten. I økonomirapporteringen synliggjøres også kostnadsfordelingen gjennom bruk av fordelingsnøkkelen som fremgår av tjenesteavtalen. Når det gjelder informasjon om hvordan bruken av legevakten er fordelt mellom kommunene er ikke dette noe legevakten fører statistikk på i dag og det foreligger derfor ingen oversikt over dette.

Revisjonskriterium: Deltakerkommunene skal etablere et felles samarbeidsutvalg for den interkommunale legevakten for faglig og administrativ samhandling og videreutvikling av legevakten.

Revisjonens vurdering er at kriteriet er oppfylt ved at det er etablert et samarbeidsutvalg for legevakten der fastlegene, kommunelegene og kommunalsjefene i deltagerkommunene er representert, i tillegg til ledelsen ved legevakten. Utsagn fra en av informantene kan tyde på at enkelte opplever mandatet til samarbeidsutvalget som uklart og at det ikke er felles forståelse av hvilke temaer utvalget skal gå inn i. Revisjonen mener at en viktig forutsetning for et godt samarbeid er å ha en felles forståelse av hva formålet med samarbeidsutvalget er og hva slags saker utvalget er ment å engasjere seg i. Det vil derfor være viktig at dette avklares og forankres. Revisjonen mener også at samarbeidsutvalget med fordel kunne hatt noe hyppigere møter enn det har hatt. Hvis planlagt møte avholdes i oktober 2024 har det gått et år siden forrige møte som var i oktober 2023.

7 SAMARBEID MED ANDRE TJENESTER

Dette kapittelet omhandler legevaktens samarbeid med andre tjenester, som er tema for problemstilling 3:

3. Har den interkommunale legevakten et tilfredsstillende samarbeid med andre tjenester?

Legevakten samhandler med flere ulike tjenester, herunder nødetatene, spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester som barnevern, hjemmetjeneste, sykehjem etc. Problemstillingen er avgrenset til å omhandle samarbeidet med de kommunale helse -og omsorgstjenestene. Vi har i datainnhentingene primært hatt fokus på legevaktens samarbeid med sykehjem, hjemmetjeneste og rus- og psykisk helsetjeneste i deltagerkommunene. Revisjonen har utledet følgende revisjonskriterier for denne problemstillingen:

- Samarbeid med fastleger og øvrige kommunale tjenester, som øyeblikkelig hjelp døgntilbud, sykehjem m.v. bør inngå i legevaktens ROS-analyse.
- Legevakten bør ha kjennskap til ulike tilbud i pleie- og omsorgstjenesten i legevaktdistriktet og ha rutiner for samhandling.
- Legevakten bør ha oppdatert oversikt over deltakende kommuners tjenester innenfor rus og psykisk helsetjeneste, inkludert hva de kan kontaktes om, når de er tilgjengelige og hvordan de kan kontaktes.
- Legevakten bør ha klare rutiner for samarbeid med og varsling av de psykososiale kriseteamene i deltakerkommunene.

7.1 SAMARBEID MED ANDRE TJENESTER – RUTINER OG PRAKSIS

7.1.1 ROS-ANALYSE – SAMARBEID MED ANDRE TJENESTER

Som det fremgår av avsnitt 5.1.2 inneholder legevaktens ROS-analyse fra 2022 alle de temaene som er listet opp som sentrale i en ROS-analyse for legevakt i Helsedirektoratets veileder «legevakt og legevaktsentral». Et av disse temaene er «Samarbeid med fastleger og øvrige kommunale tjenester, f.eks. ØHD (KAD), sykehjem osv.». I analysen pekes det på fire risikoer/uønskede hendelser knyttet til dette temaet:

- Får ikke sendt epikrise til legesenter hvis legehjemmel ikke er bemannet
- Overbelastning på legevakt pga. fastlegemangel (pasienter må til legevakt istedenfor å oppsøke fastlege)
- Mangel på samarbeid og kompetansedeling
- Dårlig kommunikasjon mellom hjemmetjenesten og legevakten

Det foreslås tiltak som å styrke observasjonskompetansen i hjemmetjenesten og LHH⁴⁹, styrke samarbeidsklimaet med hjemmetjenesten, jobbe for økt forståelse for hverandres tjenester og arbeidshverdager, forventningsavklaringer, felles kompetanseutvikling, og stabilisering av fastlegeordningen og økt rekruttering.

Som nevnt i kapittel 5 ga dagens ledelse ved legevakten uttrykk for at ROS-analysen i liten grad er et dokument som benyttes i styringen og driften av legevakten pr i dag. Avdelingsleder og legevaktsoverlege fortalte imidlertid at det gjennom Bo trygt hjemme-prosjektet jobbes med å få til et tettere samarbeid mellom legevakten og hjemmetjenesten i Lillehammer kommune. Det jobbes også med en videoløsning slik at lege kan se og vurdere pasienter digitalt, og bistå helsepersonell på stedet med vurderinger/avklaringer.

7.1.2 SAMTALER MED SAMARBEIDSPARTNERE

Ifølge legevaktens tallmateriale gjennomførte de i 2023 minst 7300 samtaler med nære samarbeidspartnere som AMK, ambulanse, politi, sykehuset Innlandet, institusjoner og hjemmesykepleien. Administrative henvendelser er ikke medregnet. Det har vært en stor økning i antall anrop fra samarbeidsaktører de senere årene. Samtalene er differensiert ut ved at samarbeidspartnerne (som oftest) ringer på prioriterte linjer. Disse henvendelsene skal gå foran publikumshenvendelser. Enkelte samarbeidsaktører ringer imidlertid på vanlig linje og er dermed ikke inkludert i denne statistikken.⁵⁰

Avdelingsleder opplyser at de fleste i spesialist- og kommunehelsetjenesten som legevakten samarbeider jevnlig med har tilgang til å ringe på gul linje, som er en prioritert linje. Noen utvalgte har tilgang til rød linje. Gul linje går foran vanlige henvendelser, og rød går foran gul. Rød linje er kun til bruk i akutte nødstilfeller og det er veldig få som har tilgang til det nummeret. Det er for eksempel AMK og akuttmottak til bruk ved spesielt definerte hendelser.

7.1.3 SAMHANDLING MED HJEMMETJENESTE OG SYKEHJEM I LEGEVAKTDISTRIKTET

Legevakten har en telefonliste med oversikt over telefonnumre til blant annet legesentre, institusjon og hjemmesykepleie i de deltagerkommunene.⁵¹ Telefonlisten oppbevares i en egen perm på vaktrommet og ligger også lagret i TQM, slik at det skal være tilgjengelig ved behov.

Legevaktsoverlege forteller at det ikke foreligger noen spesifikke formelle rutiner eller samarbeidsavtaler for samarbeid mellom legevakten og helse- og omsorgstjenestene i kommunene. En del av Bo trygt hjemme-prosjektet på Lillehammer har imidlertid vært å utvikle felles system for scoring av symptomer. TO-leder opplyser at hjemmetjeneste, sykehjem og legevakt i Lillehammer kommune gjennom dette prosjektet har jobbet med å bli bedre kjent og å snakke samme språk. Når f.eks. hjemmetjenesten ringer legevakt skal det være gjort en vurdering som legevakten kan kjenne igjen og det skal brukes samme screeningsverktøy.

Avdelingsleder forteller at om pasienten som har vært på legevakten bor på institusjon, så sendes det ikke automatisk noen epikrise til institusjonen. Det er imidlertid naturlig at det legges en plan for videre oppfølging etter besøk på legevakten som formidles til institusjon, hjemmetjenesten e.l. Om en pasient har vært på legevakten i løpet av helgen, hender det at det ringer fra institusjonen og etterspør hva som er gjort og hva som

⁴⁹ Revisjonen antar at LHH står for Lillehammer helsehus.

⁵⁰ Hentet fra Talldata for Lillehammer interkommunale legevakt 2018-2023. Sist oppdatert februar 2024.

⁵¹ Listen inneholder ikke telefonnummer til hjemmetjenesten i Nord-Fron og Sør-Fron.

er planen videre. Legevaktsoverlege opplyser at legevaktslege skal sende notat til hjemmesykepleien eller sykehjem i riktig kommune etter legevaktbesøk. Det må imidlertid gjøres manuelt via legevaktens journalsystem. Epikriser sendes automatisk ut til pasientens fastlege. Legevaktsoverlege forteller at det er utfordrende å kvalitetssikre denne rutinen, men legene får stadige påminnelser.

Ifølge legevaktsoverlege hender det at legevakten ringer og etablerer kontakt med hjemmetjenesten for at pasienter som skal sendes hjem skal møtes hjemme. Det kan også være fordi legevakten har behov for opplysninger om den aktuelle pasienten.

7.1.4 RUTINER FOR KONTAKT MED KOMMUNAL RUS- OG PSYKISK HELSETJENESTE

Legevaktens telefonliste inneholder telefonnumre til DPS døgnenhet Lillehammer, SI avdeling Reinsvoll og Sanderud som er Sykehuset Innlandets to sykehus for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, samt akutt ungdomspsykiatrisk avdeling på Sanderud sykehus. I listen er også telefonnumre til Tyrili, som er en ideell stiftelse som tilbyr behandling av voksne med alvorlig rusavhengighet.

Legevaktens telefonliste inneholder ikke kontaktinformasjon til de respektive kommunale rus- og psykisk helsetjenester. Legevakten har imidlertid et eget prosedyredokument for kontakt med FACT-team Sør-Gudbrandsdal. FACT-teamet⁵² er et annet av helsesamarbeidene i Helseregion Sør-Gudbrandsdal som alle samarbeidskommunene i legevaktsamarbeidet er med på, med unntak av Ringsaker kommune som kun er med på legevaktsamarbeidet. Kommunene har etablert FACT-teamet i samarbeid med NAV og DPS Lillehammer. Tilbudet er rettet mot personer over 18 år som lever med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblematikk, som har utfordringer med å bruke eksisterende tjenester.⁵³ Legevaktens prosedyredokument inneholder kortfattet informasjon om teamets arbeid, åpningstider og kontaktinformasjon til de ansatte i teamet.

7.1.5 SAMARBEID MED PSYKOSOSIALT KRISETEAM

Kommunene har ansvar for å sørge for nødvendig og forsvarlig psykososial beredskap og oppfølging i en akutt situasjon/beredskapssituasjon. Dette ansvaret følger av flere lover, herunder helse- og omsorgstjenesteloven, helseberedskapsloven, folkehelseloven og sivilbeskyttelsesloven. For å ivareta dette ansvaret har de aller fleste kommuner valgt å opprette et psykososialt kriseteam. Det psykososiale kriseteamet, eller deler av det, kan aktiveres ved hendelser som kan virke traumatiserende for enkeltpersoner, familier og nettverk innen kommunen (selvmord, plutselige barnedødsfall, husbrann etc.) Psykososialt kriseteam vil i tillegg aktiveres som en del av kommunens helseberedskap ved store hendelser og katastrofer som naturkatastrofer, terrorangrep, storbranner etc. Kriseteamene er primært sammensatt av ansatte fra det øvrige ordinære tjenesteapparatet i kommunens helse- og omsorgstjeneste og andre relevante tjenester.⁵⁴

Vi får opplyst fra TO-leder for legehelsestjenester i Lillehammer at det er ulik bruk av kriseteam i de forskjellige kommunene i legevaktdistriktet. Legevakten er kriseteam for alle kommunene om natten. Videre forteller hun at kriseteamsledelsen i Lillehammer kommune er tydelige på at legevakten er kommunens kriseteam på helg og

⁵² FACT står for Flexible Assertive Community Treatment, som kan oversettes til fleksibel aktivt oppsøkende behandling

⁵³ Kilde: <https://www.sykehuset-innlandet.no/avdelinger/dps-lillehammer/fact-sor-gudbrandsdal/> lest 12.09.2024

⁵⁴ Kilde: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykososiale-tiltak-ved-kriser-ulykker-og-katastrofer/organisering-av-psykososial-oppfolging-ved-kriser-ulykker-og-katastrofer/psykososiale-kriseteam> lest 05.09.2024

natt, og kriseteamet i kommunen er ansvarlige fra første virkedag. Kriseteamene i de andre kommunene er noe mer fleksible på når de kan kontaktes. Avdelingsleder opplyser at det er to årlige møter med kriseteamene i Øyer, Gausdal og Lillehammer kommune.

Legevakten har tiltakskort eller telefonlister for samhandling med de psykososiale kriseteamene i kommunene i legevaktdistriktet. Tiltakskortene for kontakt med kriseteamene i Lillehammer, Ringsaker, Øyer og Ringe kommune inneholder informasjon om hvilke vurderinger som skal gjøres ved legevakt og hvordan og når teamet skal varsles.

For Gausdal, Nord-Fron og Sør-Fron kommune foreligger det telefonlister med navn, rolle og telefonnummer til medlemmene av det psykososiale kriseteamet. Nord-Frons liste har nummerering som angir ringerekkefølge dersom det ikke oppnås kontakt via vakttelefonen. Gausdal kommunes liste omfatter kun de som kan kontaktes uavhengig av tidspunkt.

Noen av listene/tiltakskortene ble sist oppdatert i 2021, noen i 2023 og noen er ikke datert. Revisjonen har ikke undersøkt om informasjonen som står på tiltakskortene/telefonlistene er oppdatert slik at de stemmer med dagens situasjon (om det er gjort utskiftning av medlemmer i kriseteamene e.l.).

7.1.6 SYNSPUNKTER FRA LEDELSEN VED LEGEVAKTEN PÅ SAMARBEID MED ANDRE TJENESTER

Legevakten har et fast møtepunkt med AMK, kirurgisk poliklinikk, akuttmottak og ambulanse. Møtene er lavterskel og uformelle, og det skrives ikke referat. Avdelingsleder beskriver møtene som positive for samarbeidet og samhandlingen mellom tjenestene. Videre forteller han at det er begrenset med samarbeidsflater med de kommunale helsetjenestene. Avdelingsleder mener det burde vært noen mer formaliserte rammer rundt informasjonsdeling mellom tjenestene, særlig om pasienter som faller mellom stoler. Videre fortalte han at taushetsplikten gjør dette utfordrende, og det er vanskelig å finne gode arenaer for å samarbeide og utveksle informasjon.

Avdelingsleder opplyser at det har vært enkeltpasienter på legevakten som har krevd mye ressurser uten at de har behov for øyeblikkelig hjelp. De kan likevel ha behov for andre tjenester. Om legevakten klarer å fange dem opp er det naturlig å prøve å koble på disse tjenestene. Det er imidlertid ingen rutiner for dette, og det vil variere fra sak til sak om legevakten klarer å fange dem opp.

Avdelingsleder opplyser at det kommer noen initiativer fra andre tjenester som han tolker som at de ønsker et tettere samarbeid. Barnevernet har f.eks. kontaktet legevakten og det ble avtalt at de skulle komme på et personalmøte for å informere om barnevernsvakta. Det har også kommet innkalling til møte med psykososialt kriseteam, politi, DPS og kommunene.

Legevaktsoverlege mener det kunne være relevant for alle kommunene å etablere felles kriterier for hva som bør vurderes ved kontakt med legevakt, slik at man snakker samme språk. Han mener også at det kunne være

fint med noe samtrening⁵⁵ med de enkelte kommunene, og at det eventuelt kan gjøres lokalt gjennom fastlegene.

TO-leder mener, i likhet med informantene fra Øyer kommune, at det burde være en møteplass 2-3 ganger i året med ledere som har ansvar for fastlegeordningen i den enkelte kommune, for å utveksle informasjon om hva som skjer på legevakta og i kommunene. Hun mener også at det kunne vært et tettere samarbeid med kommunale helsetjenester for øvrig i de andre kommunene. Videre pekte hun på at Trygghetspatruljen, som er et Lillehammertiltak, kanskje kunne vært utvidet til andre kommuner hvis man ser at det er nyttig. Det kan bidra til at man unngår unødvendige innleggelser.

Betydningen av geografisk avstand

På spørsmål om geografisk avstand påvirker samarbeidet med de kommunale helsetjenestene i samarbeidskommunene, svarer avdelingsleder og TO-leder at det gjør det, men at det i stor grad handler om innbyggertallet i kommunene. Jo lenger unna legevakten kommunen er, jo mindre er innbyggertallet i kommunen. Dette gjør også at det er færre tilfeller som det er behov for å snakke om med andre tjenester. Avdelingsleder mener imidlertid at geografisk avstand generelt gir større barrierer, og at den videre bruken av legevaktbilen og bruk av video derfor vil bli viktig. Helsepersonell på stedet (f.eks. hjemmetjenesten) kan læres opp til å ta konsultasjon under veiledning av lege på videooverføring, og da vil geografisk avstand få noe mindre betydning.

7.2 TILBAKEMELDINGER FRA TJENESTENE I DELTAGERKOMMUNENE

7.2.1 SAMARBEID MELLOM LEGETJENESTEN I KOMMUNENE OG LEGEVAKTEN

Som nevnt i forrige kapittel var det noen av informantene fra samarbeidskommunene som ga uttrykk for at det først og fremst er informasjonsflyten på driftsnivå som oppleves som utfordrende og at samarbeidet mellom kommunens legetjeneste og legevakten kunne vært mer strukturert. Det ble blant annet pekt på manglende informasjon om hvilke leger som har fritak fra legevakt og når kommunens leger skal ha vakt, og at dette gjorde det utfordrende å planlegge driften av den lokale legetjenesten og sikre egen legeberedskap. Det ble også pekt på at det manglet oversikt over hvem som har ansvar for hva på legevakten og hvem det skal rettes henvendelser til om ulike spørsmål/avklaringer. Informantene fra Øyer kommune hadde også opplevd at en av kommunenes leger var innvilget fritak fra legevakt uten at kommunalsjef eller leder for legetjenesten i kommunen var informert om dette.

Kommunalsjef helse og velferd i Lillehammer kommune forteller at det nok har vært en uklar praksis knyttet til hvem som kan innvilge legene fritak fra legevakt, og at det i noen tilfeller har vært gjort av kommunen legen jobber i. Kommunalsjefen er tydelig på at det er legevakten ved legevaktsoverlege som skal vurdere eventuelle fritak.

⁵⁵ Det er et forskriftsfestet krav at aktørene i den akuttmedisinske kjeden gjennomfører samtrening, jf. akuttmedisinforskriften § 4. I stortingsmeldingen Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 (Meld.St.7 (2019-2020)) pekes det på at hjemmesykepleien også spiller en viktig rolle i akuttberedskapen, og kan være først på stedet når det er behov for akutt hjelp.

7.2.2 TILBAKEMELDINGER FRA SPØRREBREV – SYKEHJEM, HJEMMETJENESTE OG RUS- OG PSYKISK HELSETJENESTE

Revisjonen mottok svar fra tjenester i alle de fem kommunene - totalt 13 tjenester. Svarene er mottatt i perioden juni-august 2024. Tilbakemeldingene om hvordan samarbeidet med legevakten fungerer varierer både mellom kommunene og typen tjeneste. Det er også forholdsvis stor forskjell på hvor mye kontakt tjenestene har med legevakten. Det virker å være ulike årsaker til dette, herunder tilgangen på legebistand i egen kommune i form av f.eks. sykehjemslege, og ikke minst antall pasienter det er aktuelt å ha en samhandling med legevakten om. Lillehammer kommune som har klart flest innbyggere vil naturlig nok ha flest pasienter å samhandle om.

Ingen av tjenestene som besvarte spørrebrevet opplyser at de har faste møtepunkter med legevakten, med unntak av at det er faste møter med psykososialt kriseteam i Lillehammer, Øyer og Gausdal. Kun de to sykehjemmene i Gausdal oppgir at de har skriftlige rutiner for samarbeid/samhandling mellom tjenesten og legevakten. I tillegg opplyser psykisk helse og rus i Lillehammer kommune at det er tiltakskort for samarbeid mellom legevakten og kommunens psykososiale kriseteam.

Vi presenterer her en oppsummering av tilbakemeldingene vi fikk om samarbeidet kommune for kommune. Avslutningsvis oppsummerer vi de tilbakemeldingene som gikk igjen fra flere tjenester.

Gausdal kommune

Tre tjenester i Gausdal kommune besvarte spørrebrevet; Follebutunet sykehjem, Forsethunet sykehjem og psykisk helse- og rustjeneste. Ingen av tjenestene mener at det er behov for et tettere eller mer formalisert samarbeid med legevakten per dags dato. Forsethunet ser imidlertid for seg et tettere samarbeid på sikt. Psykisk helsetjenesten i Gausdal har åpningstid 08-15.30 og benytter seg derfor stort sett av den ordinære fastlegetjenesten.

Alle tjenestene gir uttrykk for at samarbeidet med legevakten på individnivå (om enkeltpasienter/brukere) fungerer fint og at legevakten er tilgjengelige for bistand når tjenestene har behov for det. Av mulige forbedringer peker et av sykehjemmene på at det burde vært et eget nummer for sykehjemmene som de kan kontakte legevakten på. Det etterlyses også et felles dokumentasjonssystem eller bruk av elektronisk meldingsutveksling. Psykisk helse i Gausdal savner at legevakten sender PLO-meldinger⁵⁶ direkte til tjenesten i etterkant av konsultasjoner på legevakten.

Øyer kommune

Revisjonen mottok svar fra tjenesteleder for hjemmebaserte tjenester og Øyer helsehus. Tjenesteleder mener det er behov for tettere eller mer formalisert samarbeid mellom legevakten og pleie- og omsorgstjenesten i kommunen. Når det gjelder samarbeid på individnivå oppleves dette som varierende, både med tanke på hvem man møter på legevakten og pasientgruppene det gjelder. Det oppgis at tjenestene ikke får tilstrekkelig informasjon om enkeltpasienter tilknyttet tjenestene som har oppsøkt legevakten. Tjenesteleder mener det bør være klare rutiner for samarbeid og kommunikasjon med helsetjenesten i kommunene, og det er viktig at disse

⁵⁶ PLO-meldinger står for "Pleie- og omsorgsmeldinger". PLO-meldinger er elektronisk meldingsutveksling for å sikre at tilstrekkelig og relevant informasjon følger pasient ved overføring mellom kommune, fastlege og helseforetak, og mellom aktører innad i kommunehelsetjenesten.

også er kjent for kommunen. Det etterlyses tettere dialog om samarbeidet og kvalitetsforbedringer rundt dette, herunder å gi tilbakemelding om uønskede hendelser.

Ringebu kommune

Revisjonen mottok svar fra hjemmetjenesten og rus og psykisk helse i Ringebu kommune. Ingen av tjenestene mener det er behov for tettere eller mer formalisert samarbeid med legevakten. Samarbeidet anses godt ivaretatt slik det er i dag.

Tjenestene gir tilbakemelding om at samarbeidet om enkeltpasienter fungerer godt og de får god hjelp på legevakten. Kapasiteten og tilgjengeligheten på legevakten anses generelt som god, og bedre enn den var for noen år siden. Til tider er det noe mer ventetid som følge av mange fritidsinnbyggere i mange av kommunene. Hjemmetjenesten trekker frem som positivt at de kan benytte tilsendt link for å vise frem sår/kutt på en pasient og få en vurdering av legevakten.

Rus og psykisk helse oppgir at de får tilstrekkelig informasjon om enkeltpasienter som har vært på legevakten. Hjemmetjenesten oppgir at det er litt varierende om de får tilstrekkelig informasjon og knytter dette til at det ikke går PLO-meldinger fra legevakten til tjenesten. De mener det ville forbedret hjemmetjenestens oppfølging av pasienten om de fikk PLO-meldinger. Nå må ting tas på telefon, og hjemmetjenesten mener medisinsoppfølging bør være skriftlig med hensyn til pasientsikkerheten.

Ringsaker kommune

Fire tjenester i Ringsaker kommune besvarte spørrebrevet – institusjonstjenesten (Moelv og Brøttum sykehjem), hjemmebaserte tjenester Ringsaker nord, tilrettelagte tjenester og psykisk helse og rustjenester.

Tilrettelagte tjenester opplyser at de har lite kontakt med legevakten på Lillehammer og ser ikke behov for tettere eller mer formalisert samarbeid enn det er i dag. Psykisk helse og rustjenester har også få pasienter som sogner til legevakten på Lillehammer, og ser heller ikke behov for tettere eller mer formalisert samarbeid. Begge disse tjenestene opplever at samarbeidet om enkeltpasienter/brukere fungerer godt og at de får bistand fra legevakten ved behov. Psykisk helse – og rustjenester opplyser imidlertid at de sjelden får noe informasjon om videre oppfølging i form av epikrise, elektronisk melding e.l.

Både hjemmetjenesten og institusjonstjenesten i Ringsaker mener det er behov for et tettere eller mer formalisert samarbeid med legevakt. Sykehjemstjenesten mener samarbeidet med legevakten om enkeltpasienter er forholdsvis greit, men opplever at det avhenger av hvem man snakker med på legevakten og hvem som ringer fra sykehjemmet. Informasjon om enkeltpasienter som har vært på legevakten er varierende, men som oftest tilstrekkelig. De mener det burde vært et standardskjema som følger pasientene tilbake når de har vært på legevakt. Det pekes også på at det kan ta litt tid før man får svar på telefon, og det kan også ta lang tid før lege ringer tilbake. Det stilles spørsmålstegn ved om det er for lav bemanning på legevakten. Videre pekes det på at når pasienter sendes tilbake til sykehjemmet fra legevakt må dette skje i samarbeid med sykehjemmet og ikke på natt.

Hjemmetjenesten gir tilbakemelding om at samarbeidet om enkeltpasienter jevnt over er godt, men grensene for ansvar og myndighet utfordres særlig på natt. Eksempel som trekkes frem er dersom en pasient tar kontakt med legevakt pga. fall, angst, sår, så blir driften i hjemmesykepleien kontaktet for å bistå selv om pasienten ikke

har tjenester eller er ivaretatt av hjemmebasert omsorg rundt den aktuelle problematikk. Hjemmetjenesten mener de i stor grad får tilstrekkelig informasjon om enkeltpasienter som har vært på legevakten, men det er ønskelig at legevakten sender PLO-meldinger i etterkant av en henvendelse.

Hjemmetjenesten opplever at det er varierende hvordan man blir møtt når man ringer. Det vises til at de noen ganger blir oppfordret til å ta kontakt med fastlege selv om det er ønskelig med et legetilsyn der og da. Det anses som viktig at de som ringer inn føler seg hørt og blir tatt på alvor. De kjenner ofte brukerne godt og oppdager fort endring i almenntilstand. Jevnt over opplever hjemmetjenesten i Ringsaker nord samarbeidet med legevakten som konstruktivt og godt, men mener mye kunne vært løst enda bedre om man hadde jevnlig møtearenaer på operativt nivå. Videre pekes det på at AMK/prehospitale tjenester også bør delta i et slikt samarbeid, da det ofte er i dette skjæringspunktet pasientovergangene blir utfordret.

Lillehammer kommune

Revisjonen mottok svar fra hjemmetjenesten og psykisk helse og rus i Lillehammer kommune.

Psykisk helse og rus i Lillehammer opplyser at det faste møtepunktet de har med legevakt (og andre tjenester) er i forbindelse med psykososialt kriseteam. De viser til tiltakskortene for hvordan samarbeidet mellom legevakt og kriseteamet skal være. Dette samarbeidet fungerer godt. Videre opplyser de at det er utfordringer knyttet til enkelte pasienter, og av og til kunne det være behov for bedre gjensidig forståelse for hverandres oppgaver og roller. Det er gjengangere på legevakt som har oppfølging i kommunen som det kunne være fint å samarbeide tettere om. Tjenesten har pasienter som oppsøker legevakt som de ikke får informasjon rundt eller informasjon om at de har vært der. Dette kan det være ulike årsaker til, f.eks. at pasienten ikke ønsker at det videreformidles informasjon.

Hjemmetjenesten i Lillehammer mener det er behov for et tettere samarbeid med legevakten enn hva det er i dag. Ansatte i hjemmetjenesten gir tilbakemeldinger om at de opplever at legevakten ikke stoler på vurderingene hjemmesykepleien gjør. Andre tilbakemeldinger fra ansatte er at de opplever at de får mindre støtte når det gjelder psykiatriske pasienter kontra somatiske. Generelt oppleves det som at legevakten har lite informasjon og kunnskap om hjemmetjenesten som tjeneste. Det pekes på at samarbeidet i enkeltsaker avhenger av hvem man snakker med på legevakten og hvem som ringer fra hjemmetjenesten (utdanningsbakgrunn trekkes frem som et moment). Tiden det tar å komme gjennom på telefon varierer, og det kan ta opptil 20 minutter.

Videre opplyser hjemmetjenesten at det ofte skjer at de ikke får informasjon etter at brukere har vært på legevakt; det sendes ikke informasjon hverken elektronisk, skriftlig eller på telefon om f.eks. medisinerendringer eller vurderinger/tiltak som må følges opp. Dette har blitt noe bedre enn det var tidligere, men tjenesten ønsker tilbakemelding på PLO om hva som har blitt vurdert og evt. videre plan på alle pasienter som har vært innom legevakt. Det må være tydelig hva legevakten forventer av ansatte i hjemmesykepleien i etterkant av en konsultasjon på legevakt.

Oppsummering av tilbakemeldingene i spørrebrev

Det varierer i hvilken grad tjenestene i deltagerkommunene mener det er behov for et tettere eller mer formalisert samarbeid med legevakten. Ingen av tjenestene i Gausdal eller Ringebu kommune mener at det er behov for det, mens hjemmetjeneste og institusjon i Ringsaker og Øyer kommune, samt hjemmetjenesten i Lillehammer kommune, etterlyser tettere samarbeid i form av klare rutiner og/eller jevnlig møter/arenaer for samhandling på operativt nivå. Når det gjelder samarbeid om enkeltpasienter peker noen av tjenestene på at det

varierer ut ifra hvem man møter på legevakten, og det er også varierende om tjenestene får tilstrekkelig informasjon om oppfølgingen av enkeltpasienter som har besøkt legevakt. Flere etterlyser PLO-meldinger (elektronisk meldingsutveksling) fra legevakten, for å sikre tilstrekkelig informasjon og oppfølging av pasientene etter besøk på legevakt. Noen av tjenestene opplever at det kan være lang ventetid for å komme gjennom på telefon og enkelte uttrykker ønske om et eget telefonnummer/linje inn til legevakten.

7.3 REVISJONENS VURDERING

Revisjonskriterium: Samarbeid med fastleger og øvrige kommunale tjenester, som øyeblikkelig hjelp døgntilbud, sykehjem m.v. bør inngå i legevaktens ROS-analyse.

Samarbeid med fastleger og øvrige kommunale tjenester er tatt inn som et eget tema i legevaktens ROS-analyse fra 2022. Revisjonens inntrykk er imidlertid at ROS-analysen i dag i liten grad benyttes av ledelsen ved legevakten som en del av legevaktens styringssystem. Vi har heller ikke fått informasjon om at det er planlagt noen ny ROS-analyse. Revisjonen mener risikovurderinger har liten verdi om de ikke gjennomføres jevnlig og brukes som et beslutningsunderlag for å styre risikoforholdene og iverksette (forebyggende) tiltak. Revisjonen ser imidlertid at det i etterkant av ROS-analysen har blitt iverksatt tiltak for å redusere noen av risikoene og konsekvensene som inngår i analysen, herunder bl.a. endring av avlønning for leger og tiltak for å styrke samarbeidet med hjemmetjeneste og sykehjem i Lillehammer kommune gjennom Bo trygt hjemme-prosjektet.

Revisjonskriterium: Legevakten bør ha kjennskap til ulike tilbud i pleie- og omsorgstjenesten i legevaktdistriktet og ha rutiner for samhandling.

Revisjonens undersøkelser viser at legevakten har oversikt over de ulike tilbudene i pleie- og omsorgstjenesten i legevaktdistriktet gjennom telefonlister med kontakthinformatjon. Revisjonens vurdering er at det i liten grad er formaliserte samarbeidsstrukturer og rutiner for samhandlingen med de kommunale helse -og omsorgstjenestene.

Samarbeid mellom tjenestene er en viktig del av distriktets helseberedskap, og vesentlig for å sikre forsvarlig og helhetlig oppfølging av enkeltpasienter. Mangel på rutiner og strukturer for samarbeid øker risikoen for svikt i samhandlingen mellom tjenestene og kan i verste fall gå utover pasientsikkerheten. Flere av tjenestene i samarbeidskommunene etterlyser tettere og mer formalisert samarbeid med legevakt i form av klare samhandlingsrutiner eller jevnlig møtepunkter. Særlig gjelder dette noen av institusjonstjenestene (sykehjem/helsehus) og hjemmetjenestene. Etter revisjonens vurdering er muligheten til å ringe på prioriterte linjer et eksempel på at det fremstår som uklart hvilke rutiner som finnes. Enkelte tjenester ga uttrykk for at de ønsket å kunne ringe legevakten på et prioritert nummer. Samtidig opplyser legevakten at de fleste delene av spesialist- og kommunehelsetjenesten som de samarbeider jevnlig med har tilgang til prioritert linje.

Flere av tjenestene etterlyser også mer informasjon fra legevakten om enkeltpasienter som følges opp av deres tjeneste etter vurdering på legevakten. Avdelingsleder ved legevakten gir også uttrykk for at det burde vært noen mer formaliserte rammer rundt informasjonsdeling mellom tjenestene.

Revisjonen mener det bør utarbeides og implementeres tydelige skriftlige rutiner for samhandlingen mellom legevakt og pleie- og omsorgstjenestene i alle kommunene i legevaktdistriktet, herunder klare rutiner for informasjonsdeling i etterkant av legevaktbesøk. Dette vil kunne bidra til at samhandlingen og overføringen av informasjon mellom tjenestene blir mindre sårbar og personavhengig.

Revisjonskriterium: Legevakten bør ha oppdatert oversikt over deltakende kommuners tjenester innenfor rus og psykisk helsetjeneste, inkludert hva de kan kontaktes om, når de er tilgjengelige, og hvordan de kan kontaktes.

Revisjonens vurdering er at legevakten ikke har oppdatert skriftlig oversikt over alle deltakende kommuners tjenester innenfor rus og psykisk helsetjeneste. I telefonlistene revisjonen har mottatt inngår ikke kontaktinformasjon til tjenester innenfor rus og psykisk helsetjeneste i den enkelte kommune. Revisjonen har heller ikke fått noen annen dokumentasjon som rutinebeskrivelser eller prosedyredokument for kontakt med den enkelte kommunes tjenester innenfor rus og psykisk helse. Legevakten har imidlertid et prosedyredokument for kontakt med FACT-team Sør-Gudbrandsdal, som er et interkommunalt samarbeid mellom alle samarbeidskommunene (unntatt Ringsaker). Dokumentet inneholder informasjon om teamets arbeid, når de kan kontaktes og hvordan de kan kontaktes.

Revisjonskriterium: Legevakten bør ha klare rutiner for samarbeid med og varsling av de psykososiale kriseteamene i deltakerkommunene

Revisjonens vurdering er at det varierer i hvilken grad det foreligger klare skriftlige rutiner for samarbeid med kriseteamene. For noen av kommunene foreligger det tiltakskort med informasjon om hvilke vurderinger som skal gjøres ved legevakt og hvordan og når teamet skal varsles, mens for andre foreligger det kun telefonlister med kontaktinformasjon til medlemmer av kriseteamet. Revisjonen har ikke undersøkt om all kontaktinformasjon som står på tiltakskortene/telefonlistene er oppdatert og korrekt, men registrerer at noen ble oppdatert i 2023, noen i 2021 og noen er ikke datert. Revisjonen anser det som positivt at legevakten har to årlige møter med kriseteamledelsen i Lillehammer, Øyer og Gausdal, men mener det bør vurderes å etablere møtepunkter også med de øvrige samarbeidskommunenes kriseteam.

8 KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER

8.1 KONKLUSJONER

På bakgrunn av vurderingene skal revisor konkludere i forhold til problemstillingene. Dersom revisor finner vesentlige avvik, skal dette komme tydelig til uttrykk i forvaltningsrevisjonsrapporten. I dette kapitlet presenteres konklusjonene våre på problemstilling 2 og 3. Avslutningsvis gir vi våre anbefalinger til Lillehammer kommune som vertskommune for legevakten.

8.1.1 PROBLEMSTILLING 2 – KONKLUSJON

- ***I hvilken grad bidrar samarbeidsavtalen og rutiner for legevaktsamarbeidet til at:***
 - ***kommunene får dekket sitt behov for legevakttenester***
 - ***samarbeidskommunene får et informasjonsgrunnlag for styring og kontroll med legevakttenesten***

Revisjonens konklusjon er at rutinene for rapportering som er etablert i Helseregion Sør-Gudbrandsdal gir samarbeidskommunene løpende og god informasjon om kostnadsbildet og eventuelle budsjettavvik knyttet til legevakten. Gjennom årshjulet og møtestrukturene som er etablert får den enkelte kommune anledning til å både motta informasjon og etterspørre mer informasjon om ønskelig. Revisjonens inntrykk er imidlertid at det er mye fokus på økonomi og kostnader, og mindre på andre aspekter knyttet til drift og aktivitet ved legevakten.

Det er ingenting i dataene revisjonen har innhentet som tyder på at innbyggerne i deltagerkommunene ikke får tjenestene de har krav på eller at kvaliteten på legevakttenesten ikke er god. Informantene fra samarbeidskommunene ga også uttrykk for at de opplever å få tilstrekkelig informasjon fra vertskommunen til at de er trygge på at innbyggerne i deres kommune får de tjenestene de har krav på fra legevakten.

Et av formålene med samarbeidene om primærhelsetjenester i Sør-Gudbrandsdal er å skape kvalitativt bedre tjenester, jf. overordnet samarbeidsavtale. Brukernes erfaringer med helsetjenesten er et viktig mål for å vurdere kvalitet i tjenesten. Revisjonen mener derfor legevakten bør føre systematisk oversikt over klager de mottar, og gi samarbeidskommunene overordnet informasjon om dette. Kartleggingen revisjonen har gjort i forbindelse med problemstilling 1 viser at det ikke gjennomføres systematiske brukerundersøkelser ved legevakten. Revisjonen mener det ville vært en fordel om pasienter og pårørendes erfaringer i større grad ble innhentet og systematisk tatt i bruk i kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeid i tjenesten. Mer informasjon om pasienter og pårørendes erfaringer vil kunne være et nyttig bidrag til samarbeidskommunenes informasjonsgrunnlag for styring og kontroll med legevakten.

8.1.2 PROBLEMSTILLING 3 - KONKLUSJON

- **Har den interkommunale legevakten et tilfredsstillende samarbeid med andre tjenester?**

Revisjonens konklusjon er at de kommunale helse- og omsorgstjenestenes opplevelse av samarbeidet med legevakten varierer, og revisjonen mener det er et forbedringspotensial.

Undersøkelsene våre viser at det er noen uklarheter knyttet til ansvars- og oppgavefordelingen internt i legevaktens ledelse. Om dette ikke er tydelig avklart, kan det heller ikke kommuniseres til samarbeidskommunene. Enkelte av informantene i samarbeidskommunene ga uttrykk for at de ønsker mer informasjon på driftsnivå og at det ikke er oversikt over hvem på legevakten de kan kontakte for ulike avklaringer, blant annet knyttet til turnus for legene fra deres kommune.

Det er i liten grad etablert formaliserte samarbeidsstrukturer i form av skriftlige rutiner eller faste møtepunkter mellom tjenestene. Flere av tjenestene som besvarte spørrebrevet vårt ga uttrykk for at de mener det er behov for et tettere eller mer formalisert samarbeid. Andre ga uttrykk for at de opplever samarbeidet med legevakten som godt, og at det ikke er behov for endringer. Revisjonen antar at hyppigheten og omfanget av kontakten mellom tjenestene kan påvirke hvordan samarbeidet oppleves og i hvilken grad en opplever at det bør gjøres endringer for å få til et bedre samarbeid.

Gjennom Bo trygt hjemme-prosjektet på Lillehammer har det vært jobbet med samarbeidet mellom legevakt, hjemmetjeneste og institusjon i Lillehammer kommune. Tilbakemeldingene fra hjemmetjenesten i Lillehammer tyder på at det fortsatt er en vei å gå for å få samarbeidet til å fungere best mulig. Tjenester i noen av de andre kommunene ga også tilbakemelding om utfordringer i samarbeidet med legevakt. Revisjonen mener derfor det bør gjøres tiltak for å bedre samarbeidet og overføringen av informasjon mellom legevakten og helse- og omsorgstjenestene i deltagerkommunene. Felles skriftlige samhandlingsrutiner, og eventuelt noen faste møtepunkter mellom tjenestene som har mye kontakt med hverandre om enkeltsaker, kan bidra til bedre kjennskap til, og forståelse for, hverandres arbeidssituasjon og bedre informasjonsflyt mellom tjenestene.

8.2 ANBEFALINGER

Med bakgrunn i våre funn og vurderinger har vi formulert noen anbefalinger til Lillehammer kommune som vertskommune for legevaktsamarbeidet. Kommunen bør:

- sørge for at ansvarsforhold og oppgavedeling internt på legevakten er tydelig avklart og skriftliggjort.
- avklare med samarbeidskommunene hva slags informasjon det er behov for på driftsnivå, og eventuelt hvilke strukturer som er nødvendig for å ivareta dette.
- sørge for systematisk registrering, behandling og oppfølging av formelle klager på legevakten. Vertskommunen bør orientere samarbeidskommunene om klager, tilsyn og annen informasjon som kan si noe om kvaliteten på tjenesten.
- i samråd med samarbeidskommunene avklare og forankre samarbeidsutvalgets mandat, og vurdere om teksten i samarbeidsavtalen bør oppdateres slik at den er i tråd med det avtalepartene ønsker av informasjon og rapportering.
- vurdere å etablere skriftlige rutiner for samhandling med helse- og omsorgstjenester i legevaktdistriktet.

REFERANSER

Allertsen M. Morken T. Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2024. Rapport nr. 4-2024. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre, 2024

Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften) FOR-2023-06-20-992

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. FOR-2020-02-04-119

Helsedirektoratet (2020). Veileder for legevakt og legevaktsentral [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglige endring 28. februar 2020. Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/legevakt-og-legevaktsentral>

Kommunal- og distriktsdepartementet (2023). *Veileder om interkommunalt samarbeid etter reglene i kommuneloven.*

Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2021). *Internkontroll i kommunesektoren. Kravene i kommuneloven.*

Lillehammer kommune. Tertialrapport 1.tertial 2024.

Lillehammer kommune. Tertialrapport 2.tertial 2024.

Lov av 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

Lov av 22. juni 2018 nr. 83 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Legevakt og legevaktsentral – Tilleggsressurser til Nasjonal veileder. Hentet fra: <https://nkml.norceresearch.no/tilleggsressurser-til-nasjonal-veileder-for-legevakt-og-legevaktsentral>

Prop. 46 L (2017–2018) Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)

Sandvik H, Hunskaar S, Blinkenberg J. Årsstatistikk fra legevakt 2023. Rapport nr. 1-2024. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre, 2024.

Internettkilder:

www.helsedirektoratet.no

<https://nkml.norceresearch.no/>

VEDLEGG 1 KOMMUNEDIREKTØRENS UTTALELSE

Rapportutkast – interkommunal legevakt

Kommunedirektørens kommentarer

Det vises til oversendt rapportutkast datert 18.10.24. Kommunedirektørens kommentarer tar utgangspunkt i de spørsmål som stilles i oversendelsesbrevet.

1. Har informasjonen om prosjektets formål og gjennomføring vært god nok?

Ja

2. Har dere kommentarer til prosjektets metode, anvendte kilder eller beskrivelse av fakta? Nei

3. Har dere kommentarer til revisjonskriteriene som ligger til grunn for våre vurderinger og konklusjoner? Nei

4. I hvilken grad oppfattes rapporten som nyttig?

Funn på forbedringsområder er i all hovedsak kjent for vertskommunen og tjenesteområdet. Men rapporten oppfattes å gi god nytteverdi som grunnlag for videre tjenesteutvikling, samhandling og kvalitetsarbeid på legevakten isolert sett. Likeledes er det et godt kunnskapsgrunnlag for å videre arbeid i HSG generelt.

5. Har dere kommentarer til rapportens oppbygning og språk?

Kommunedirektørens oppfatning er at rapporten har en god og logisk struktur. Et eget kapittel som beskriver rapportens oppbygging, samt vurderinger og delkonklusjoner underveis, bidrar til økt leservennlighet.

6. Hva er kommunedirektørens samlede vurdering av revisjonsrapportens vurderinger, konklusjoner og anbefalinger?

Kommunedirektøren er enig i de vurderinger og konklusjoner som framsettes.

Lillehammer som vertskommune vil ta initiativ til å videreutvikle en allerede godt etablert struktur på rapportering. Dette i forståelse med helseregionen og øvrige kommuner i legevaktsamarbeidet. En utvidet årsrapport som tjener flere formål, eksempelvis når det gjelder informasjon, internkontroll og økonomistyring kan være et verktøy i så måte. Det er naturlig at aktivitet, overordnet oversikt over klager og resultat av eventuelle tilsyn inngår i dette.

Legevakten driver kontinuerlig utviklings- og forbedringsarbeid, både i egenregi og gjennom prosjektet «Bo trygt hjemme». Det er allerede satt i gang arbeid som er i tråd med anbefalinger som gis i rapporten. Dette er blant annet oppdrag i budsjettforslaget for 2025. Informasjonskanaler, møtestrukturer og videreutvikling av planverk, skjema og dokumentasjon for å forbedre informasjonsflyt, er allerede etablert eller i prosess.

Det jobbes også med rollebeskrivelser som viser oppgaver og ansvar i ledergruppa. Denne vil bli gjort kjent for samarbeidende kommuner. For å få bedre samhandling mellom tjenestene i kommunene og legevakten på telefon, er det ønskelig at kommunene øker observasjonskompetansen og at alle bruker samme kommunikasjonsmetoder.

Det er noen utfordringer i den digitale samhandlingen mellom SI og kommunene. Sykehusets journalsystem (DIPS) klarer ikke å sende epikrise til flere enn to; legevakt og fastlegen. Ved innleggelser er det legevakten som står som innlegger, ikke legen som sendte meldingen. Det er mye læring i epikriser. Vi kommer til å sette i gang arbeid med å se på forbedrende løsninger av dette.

Lillehammer, 31.10.24

Bernt Tennstrand/s-
Kommunalsjef Helse og velferd
Lillehammer kommune

VEDLEGG 2 UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIER

UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIER – PROBLEMSTILLING 2

Problemstilling 2 omhandler styring og kontroll med det interkommunale samarbeidet om legevakt. Kildene vi har benyttet for utledning av revisjonskriterier til denne problemstillingen er kommuneloven, veiledere fra Kommunal- og distriktsdepartementets (KDD) om internkontroll og interkommunalt samarbeid, veileder fra HelseDirektoratet om legevakt og legevaktsentral og avtaleverket som formaliserer det interkommunale samarbeidet om Lillehammer interkommunale legevakt.

KOMMUNELOVEN

Vertskommunesamarbeid

Lillehammer interkommunale legevakt er organisert som et administrativt vertskommunesamarbeid og er underlagt kommunelovens bestemmelser om vertskommunesamarbeid. I kommuneloven av 2018 er vertskommunesamarbeid regulert i kapittel 20. Bestemmelsene viderefører i stor grad bestemmelsene i § 28 i loven fra 1992.

Det skal inngås en skriftlig samarbeidsavtale mellom deltakerne i vertskommunesamarbeidet. Avtalen skal vedtas av kommunestyrene i alle deltakerkommunene, jf. kommuneloven § 20-4 annet ledd.

I § 20-4 tredje ledd er det listet opp krav til innholdet i samarbeidsavtalen:

- «a. deltakerne i samarbeidet
- b. hvem av deltakerne som er vertskommune
- c. hvilke oppgaver og hvilken myndighet som skal legges til vertskommunen
- d. når oppgaver og myndighet skal overføres
- e. hvilke av vertskommunens vedtak deltakerne skal underrettes om
- f. hvordan det økonomiske oppgjøret mellom samarbeidskommunene og vertskommunen skal foregå
- g. hvordan deltakerne kan tre ut av samarbeidet
- h. hvordan samarbeidet skal oppløses
- i. annet som etter lov skal fastsettes i avtale»

Internkontroll

Det følger av kommuneloven § 25-1 første ledd at kommuner skal ha internkontroll med administrasjonens virksomhet for å sikre at lover og forskrifter følges. Kommunedirektøren er ansvarlig for internkontrollen. Internkontrollkravet gjelder også der flere kommuner samarbeider om å utføre lovpålagte oppgaver. Internkontrollbestemmelsen i kommuneloven har imidlertid ingen egne regler om interkontroll ved interkommunale samarbeid. I forarbeidene til den nye kommuneloven står det følgende om internkontroll ved interkommunale samarbeid:

«I et vertskommunesamarbeid etter kommuneloven vil vertskommunen, det vil si den kommunen som utfører oppgaven, ha et interkontrollansvar for oppgaver som utføres i dette samarbeidet på samme måte som for andre oppgaver kommunen gjør». ⁵⁷

VEILEDER – INTERNKONTROLL I KOMMUNESEKTOREN

Kommunal- og moderniseringsdepartementet ⁵⁸ utga i 2021 en veileder til den nye internkontrollbestemmelsen i kommuneloven – «Internkontroll i kommunesektoren». Kommunestyrets kontrollansvar er omtalt slik: «*Selv om internkontroll er en administrativ kontroll med administrasjonens virksomhet, vil kommunestyret som kommunens øverste organ likevel alltid ha et overordnet ansvar for å kontrollere kommunens virksomhet og sørge for at kommunen er organisert og drives på en slik måte at lover og forskrifter blir overholdt, jf. kommuneloven §§ 5-3 og 22-1*».

VEILEDER – INTERKOMMUNALT SAMARBEID

I 2023 publiserte Kommunal- og distriktsdepartementet (KDD) en veileder om interkommunalt samarbeid etter reglene i kommuneloven. Et av formålene med veilederen er å vise hva som er lovkrav, hva som er minimumskrav og hva som er veiledende for god praksis innen de ulike samarbeidsformene.

Veilederen inneholder en egen del om samarbeidskommunenes styringsmuligheter. I vertskommunesamarbeid er det kommunedirektøren i vertskommunen som har internkontrollansvaret for oppgaver som utføres i samarbeidet. ⁵⁹ Kommunedirektøren i samarbeidskommunen har imidlertid også et visst internkontrollansvar, i form av å følge med på at samarbeidsavtalen blir fulgt slik at innbyggerne i samarbeidskommunen får det de har krav på etter lov og forskrift.

De folkevalgte i kommunene som deltar i det interkommunale samarbeidet har et overordnet ansvar for at innbyggerne i deres kommune får de tjenestene de har krav på. For å kunne vurdere tjenesteproduksjonen må samarbeidskommunene ha tilstrekkelig informasjon om tjenesteproduksjonen. Kommuneloven stiller krav om at vertskommuneavtalen skal inneholde bestemmelser om hvilke vedtak som fattes av vertskommunen på samarbeidskommunens vegne som samarbeidskommunene skal orienteres om. I KDDs veileder står det at det også kan være andre forhold som det er viktig at samarbeidskommunene orienteres om. Eksempler som nevnes er tilsynsrapporter, forvaltningsrevisjoner og klagesaker på samarbeidsområdene. Det kan også være aktuelt å avtale at samarbeidskommunen har innsynsrett i vertskommunen. ⁶⁰

LEGEVAKT OG LEGEVAKTSENTRAL – VEILEDER FRA HELSEDIREKTORATET

Helsedirektoratet utga i 2020 en nasjonal veileder om legevakt og legevaktsentral. Veilederen gir uttrykk for hvordan relevant regelverk skal tolkes og de nasjonale helsemyndighetenes oppfatning av hva som er god praksis. Veilederens første kapittel omhandler organisering av legevakt. Et av punktene som fremheves er at legevakten skal ha et styringssystem, jf. helsetilsynsloven § 3 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 4.

⁵⁷ Prop. 46 L (2017–2018) Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) s. 275-276

⁵⁸ Departementet endret navn til Kommunal- og distriktsdepartementet 1. januar 2022.

⁵⁹ Prop. 46 L (2017–2018) Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) s. 276

⁶⁰ Kommunal- og distriktsdepartementet (2023). Veileder om interkommunalt samarbeid etter reglene i kommuneloven. s.65

I veilederen står det blant annet at:

«Alle legevakter bør avgi en årsrapport som beskriver aktivitet, økonomi og hvordan bruken er fordelt mellom deltagende kommuner der det er et interkommunalt samarbeid. Årsrapporter kan være nyttige for å følge utviklingen og identifisere behov for tiltak».

Kapittel 6 i veilederen omhandler kvalitetsarbeid og pasient-brukerikkerhet. I dette kapittelet står det at legevakten bør ha skriftlige rutiner for klagesaksbehandling og oppfølging av klager. Det vises til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse -og omsorgstjenesten § 6 som stiller krav om at virksomheter har oversikt over blant annet avvik og klager som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivning, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukerikkerhet.⁶¹

OVERORDNET AVTALE – INTERKOMMUNALT SAMARBEID OM PRIMÆRHELSETJENESTER I SØR-GUDBRANDSDAL

Avtaleverket som formaliserer samarbeidet i Helseregion Sør-Gudbrandsdal består av en overordnet avtale og sju tjenesteavtaler. Den overordnede avtalen går foran ved motstrid mellom overordnet avtale og tjenesteavtale.

Nyeste versjon av overordnet avtale er merket med juni 2022. Administrasjonen i Lillehammer kommune har opplyst at det ble gjort små justeringer i språk og forkortinger i avtaleverket i juni 2022, og avtalene ble oppdatert slik at paragrafene er i tråd med ny kommunelov. Det ble ikke gjort øvrige endringer i innhold.

Den overordnede avtalen regulerer:

- a) *Det interkommunale samarbeidet, jf. kommuneloven (KL) § 20-4 om lovpålagte tjenester som er hjemlet i KL § 20-2 – «vertskommunesamarbeid».*
- b) *Former for utviklingssamarbeid som henger sammen med samarbeidet under pkt a) foran; fagnettverk, fagteam og regionale prosjekter, - (interkommunalt) utviklingssamarbeid. Partene er enige om at dette løses best i en mer prosjekttrettet organisering enn i et formelt vertskommunesamarbeid.*
- c) *Det regionale samarbeidet i samhandlingen med Sykehuset Innlandet HF, gjennom Helsefelleskapet Innlandet.*

⁶¹ I overordnet avtale for Helseregion Sør-Gudbrandsdal er det et eget kapittel/avsnitt om klage, kontroll og tilsyn. Der står det at muligheten til å påklage et vedtak skal ivaretas, jf. kommuneloven § 20-5. Videre står det at vertskommunen skal orientere samarbeidskommunene om antall og type klagesaker, og klageprosent. Legevakten fatter ikke enkeltvedtak, og vi har derfor ikke inkludert det som står om klager i overordnet avtale i kildegrunnlaget for revisjonskriterier. Pasienter (ev. pårørende) har imidlertid mulighet til å klage på behandling på legevakt og legevaktsentral. Hovedanbefalingen fra Helsetilsynet er at uønskede hendelser tas opp direkte med dem som har levert helse- og omsorgstjenesten, eventuelt deres ledere. Alle tjenester skal ha ordninger for dette. Henvendelsene kan være skriftlige eller muntlige. Pasienter eller deres representanter kan sende rettighetsklager direkte til statsforvalteren, jf. pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 7. De kan også anmode Statsforvalteren om å gjennomføre tilsyn om de mener helsepersonell ved legevakten har begått feil under behandlingen eller at det foreligger systemfeil som dårlig organisering eller manglende rutiner.

Kapittel 6 i avtalen omhandler vertskommunens plikter i vertskommunesamarbeid. Her står det blant annet at vertskommunen skal:

- *Underrette de samarbeidende kommunene om eventuelle vedtak som treffes, jf. kommuneloven § 20-4 tredje ledd bokstav e.*
- *Rapportere underveis til de samarbeidende kommunene om evt. budsjettavvik.*

Om prinsipielle saker i kapittel 8 står det:

«Hver av deltakende kommunene v/ordfører kan bestemme om en sak er av prinsipiell betydning, med den konsekvens at saken må fremmes for politisk behandling i hver av de deltakende kommunene. En sak er ikke bare prinsipiell ut fra (vedtakets) karakter, konsekvenser eller kommunestørrelse, men også ut fra en vurdering av i hvilken utstrekning viktige sider av en aktuell avgjørelse må anses klarlagt gjennom et politisk vedtak».

I kapittel 9 om budsjett, regnskap og økonomisk oppgjør står det blant annet at:

«Vertskommunen utarbeider hvert år et budsjett, og framlegger dette for RKG innen 15. september. RKG framlegger et samlet budsjett for Helseregion Sør-Gudbrandsdal for RKD innen 10. oktober. Vertskommunen framlegger kvartalsrapporten om regnskapets stilling, inkludert prognose for året, til RKG.»

Den overordnede avtalen inneholder også samarbeidskommunens plikter, nærmere regler for utvidelse av samarbeidet, varighet, nærmere regler for uttreden, mislighold og avvikling av samarbeidet, tvister samt avtalens ikrafttreden og revisjon.

TJENESTEAVTALE – INTERKOMMUNAL LEGEVAKT

I tjenesteavtalen som omhandler den interkommunale legevakten står det følgende om formålet:

«Den enkelte kommune har ansvar for å sikre befolkningen en forsvarlig legetjeneste og legevakt, jf. HOL9 § 3-1 og § 3-5.

Den interkommunale legevakten skal bidra til;

- 1. at befolkningen ved behov for øyeblikkelige hjelp mottar forsvarlige og koordinerte akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.*
- 2. at utstyr som inngår i helse – og omsorgstjenestens kommunikasjonsberedskap fungerer i et landsdekkende nett og sikrer prioritert informasjonsflyt både innenfor og mellom medisinske institusjoner, til mobile enheter og til samarbeidende etater.*
- 3. at legevakttilbudet er en samordnet og koordinert del av den allmenne helseberedskapen.*

De deltakende kommunene har et felles ansvar for systematisert kontakt og samhandling mellom legevakt, tjenesteapparatet i pasientens hjemkommune på en slik måte at utveksling og utvikling av kompetanse stimuleres.

De deltakende kommunene forplikter seg gjennom denne tjenesteavtalen til faglig og administrativ samhandling om, og videreutvikling av, den interkommunale legevaktstjenesten. Etablering av et felles samarbeidsutvalg for den interkommunale legevakten inngår som del av denne forpliktelsen».

Når det gjelder vertskommunens ansvar henvises det til kapittel 6 i hovedavtalen.

Tjenesteavtalen inneholder også informasjon om partene i samarbeidet, hvilken kommune som er vertskommune og hvilke som er samarbeidskommuner, bakgrunn og lovverk som ligger til grunn for samarbeidet, finansieringsmodell for samarbeidet og bestemmelser om avtalens ikrafttreden og revisjon.

KONKRETE REVISJONSKRITERIER – PROBLEMSTILLING 2

- Vertskommunen skal fremlegge kvartalsrapport om regnskapets stilling, inkludert prognose for året, til Regional Kommunalsjefgruppe, og rapportere underveis til de samarbeidende kommunene om eventuelle budsjettavvik.
- Vertskommunen bør orientere samarbeidskommunene om klager på legevakten.
- Legevakten bør avgi en årsrapport som beskriver aktivitet, økonomi og hvordan bruken er fordelt mellom deltakerkommunene.
- Deltakerkommunene skal etablere et felles samarbeidsutvalg for faglig og administrativ samhandling og videreutvikling av legevakten.

UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIER – PROBLEMSTILLING 3

Problemstilling 3 omhandler legevaktens samarbeid med andre tjenester. Problemstillingen er avgrenset til å se på samarbeid med kommunale tjenester. Kildegrunnlaget for revisjonskriteriene er helse- og omsorgstjenesteloven, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, akuttmedisinforskriften og Helsedirektoratets veileder «Legevakt og legevaktsentral».

HELSE- OG OMSORGSTJENESTELOVEN

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 at legevakten skal samhandle med andre deltjenester i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester.

I § 3-4 første ledd står det: «*De kommunale helse- og omsorgstjenestene skal samarbeide med andre tjenesteytere dersom samarbeid er nødvendig for å gi pasienten eller brukeren et helhetlig og samordnet tjenestetilbud*». Videre står det i tredje ledd at «*de kommunale helse- og omsorgstjenestene skal, i tillegg til å følge opp enkelte pasienter eller brukere, samarbeide med andre tjenesteytere slik at de kommunale helse- og omsorgstjenestene og andre tjenesteytere kan ivareta sine oppgaver etter lov og forskrift*».

AKUTTMEDISINFORSKRIFTEN

I akuttmedisinforskriften § 4 står det:

«*Kommunene og de regionale helseforetakene skal sikre en hensiktsmessig og koordinert innsats i de ulike tjenestene i den akuttmedisinske kjeden, og sørge for at innholdet i disse tjenestene er samordnet med de øvrige nødetatene, hovedredningssentralene og andre myndigheter.*»

I § 13 c i forskriften står det:

«Legevaktsentralene skal gi medisinskfaglige råd og veiledning, prioritere, registrere, iverksette og følge opp henvendelser om behov for øyeblikkelig hjelp, blant annet å videreformidle henvendelser til helse- og omsorgstjenesten i kommunen, lege i vakt, fastlege, jordmor, kriseteam og andre relevante instanser.»

FORSKRIFT OM LEDELSE OG KVALITETSFORBEDRING I HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten har som formål å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves, jf. forskriftens § 1.

§ 6 i forskriften omhandler plikten til å planlegge. Det følger av denne bestemmelsen at plikten til å planlegge virksomheten blant annet innebærer:

§ 6 d: *ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten.*

§ 6 e: *planlegge hvordan risiko som beskrevet i § 6 d kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt.*

Råd om legevaktens plikt til å kartlegge risikoforhold er beskrevet i Helsedirektoratets veileder om legevakt og legevaktsentral.

LEGEVAKT OG LEGEVAKTSENTRAL – VEILEDER FRA HELSEDIREKTORATET

I Helsedirektoratets veileder fremheves det at legevakten skal utarbeide risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS-analyser) som en del av styringssystemet. I veilederen pekes det på at ledelsen gjennom systematiske risikokartlegginger kan identifisere aktiviteter og prosesser der det er fare for svikt eller brudd på regelverk. Videre står det at risikofaktorer forbundet med samhandling og overganger internt og eksternt særlig bør vektlegges. Det listes opp en rekke faktorer som helsemyndighetene mener bør inngå i legevaktens ROS-analyse, herunder:

- *Samarbeid med fastleger og øvrige kommunale tjenester, som øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD), sykehjem m.v.*

Veilederen inneholder også flere råd om samarbeid med andre tjenester. I kapittel 12 *Samarbeids- og samhandlingsparter* står det blant annet:

- Legevakten bør ha kjennskap til hvordan det lokale øyeblikkelig hjelp døgntilbudet er organisert.
- Legevakten bør ha kjennskap til ulike tilbud i pleie- og omsorgstjenesten i legevaktdistriktet og ha rutiner for samhandling. Dette begrunnes blant annet med at pleie- og omsorgstjenesten har døgntilbud og kan være viktige støttespillere for helsepersonell i legevakten. Særlig gjelder dette for pasienter som allerede ivaretas av pleie- og omsorgstjenesten i kommunen. Videre står det at pleie- og omsorgstjenesten kan ha definerte oppgaver i akuttmedisin og et formalisert samarbeid med legevakten. Hvilke oppgaver hjemmetjenestene har innenfor det akuttmedisinske tilbudet bør beskrives i kommunal beredskapsplan og legevaktens ROS-analyse.

- Legevakten bør ha kjennskap til hvilke rus- og psykiske helsetjenestetilbud som finnes i kommunen, og ha rutiner for samhandling og bruk av disse tjenestene.
- Legevakten bør ha rutiner for samhandling med kommunens psykososiale kriseteam.
- Legevakten bør ha rutiner for hvordan barneverntjenesten kan kontaktes.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin har utarbeidet tilleggsressurser til den nasjonale veilederen fra HelseDirektoratet. Blant disse er forslag til opplæringsplaner for leger og annet helsepersonell ved legevakten. Opplæringsplanene har en egen modul kalt *Samhandling og samvirke*. Det pekes på at samhandling mellom helsepersonell på legevakt og eksterne samarbeidspartnere er av stor betydning for god pasientbehandling. Det legges til grunn at legevakten gjennom opplæringen skal sikre og forvise seg om at ansatt helsepersonell har nødvendige kunnskaper om «*samarbeidspartnere og lokalisasjon og rutiner/prosedyrer for samarbeid. Eksempel: AMK, ambulanse, sykehjem, sykehus, legekontor, ØHD, kriseteam, psykiatritjeneste, brannvesen, politi osv*». ⁶²

KONKRETE REVISJONSKRITERIER – PROBLEMSTILLING 3

- Samarbeid med fastleger og øvrige kommunale tjenester, som øyeblikkelig hjelp døgntilbud, sykehjem m.v. bør inngå i legevaktens ROS-analyse.
- Legevakten bør ha kjennskap til ulike tilbud i pleie- og omsorgstjenesten i legevaktdistriktet og ha rutiner for samhandling.
- Legevakten bør ha oppdatert oversikt over deltakende kommuners tjenester innenfor rus og psykisk helsetjeneste, inkludert hva de kan kontaktes om, når de er tilgjengelige, og hvordan de kan kontaktes.
- Legevakten bør ha klare rutiner for samarbeid med og varsling av de psykososiale kriseteamene i deltakerkommunene.

⁶² Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Legevakt og legevaktsentral – Tilleggsressurser til Nasjonal veileder. Hentet fra: <https://nkml.norceresearch.no/tilleggsressurser-til-nasjonal-veileder-for-legevakt-og-legevaktsentral>

VEDLEGG 3 SPØRREBREV TIL SAMARBEIDENDE TJENESTER



Spørrebrev til kommunale helse- og omsorgstjenester vedrørende samarbeid med legevakten

Innlandet Revisjon IKS gjennomfører en forvaltningsrevisjon av Lillehammer interkommunale legevakt, etter oppdrag fra kontrollutvalgene i Lillehammer, Øyer, Gausdal, Ringsaker og Ringebu kommune. Formålet er å undersøke om Lillehammer kommune som vertskommune gir den tjenesten den skal i henhold til aktuelle lovbestemmelser og inngått samarbeidsavtale. I tillegg vil vi undersøke om samarbeidet fungerer etter intensjonen. En av problemstillingene i undersøkelsen omfatter hvorvidt den interkommunale legevakten har et tilfredsstillende samarbeid med andre tjenester. Denne har vi avgrenset til å se på samarbeidet med kommunale helse- og omsorgstjenester (sykehjem, hjemmetjeneste, psykisk helse og rus). I den forbindelse ber vi deg som tjenesteleder besvare spørsmålene nedenfor. Vi ber om svar pr epost innen 21. august 2024.

Svar kan sendes til: ingvild.andreassen.granlund@irev.no

Spørsmål

Tjeneste og kommune:

Samarbeid på systemnivå:

- Har dere faste møtepunkter med legevakten?
- Foreligger det skriftlige rutiner for samarbeid/samhandling mellom tjenesten og legevakten?
- Mener du det er behov for mer formalisert eller tettere samarbeid med legevakten enn hva det er i dag?

Samarbeid på individnivå:

- Hvordan opplever du samarbeidet med legevakten på individnivå (vedrørende enkeltpasienter)?
- Får dere tilstrekkelig informasjon om enkeltpasienter med tilknytning til din tjeneste som har besøkt legevakten? (informasjon som er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp)

Kapasitet og tilgjengelighet:

- Hvordan opplever du kapasiteten ved legevakten (både i hverdagen og i helger, helligdager og ferier)?
- Er legevakten, etter din mening, tilgjengelig når dere har behov for bistand?

Ev. utfordringer og forbedringspotensial

- Hva er, etter din mening, utfordringene for den interkommunale legevakten?
- Er det noe du mener bør forbedres når det gjelder din tjenestes samarbeid med den interkommunale legevakten?

Annet:

- Er det noe annet du mener revisjonen bør være kjent med?

VEDLEGG 4 FORSLAG TIL BEMANNING VED LEGEVAKT - NKLM

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) har utarbeidet forslag til bemanning med sykepleier/annet helsepersonell ved legevaktene ut ifra størrelse på legevaktpopulasjonen.

Tabell 2. Forslag til minimum anbefalt bemanning med sykepleier/annet helsepersonell, inkludert personell til både legevaktsentral- og legevaktfunksjon

Populasjon i legevaktdistriktet	Forslag til minimum anbefalt antall sykepleiere/annet helsepersonell på vakt					
	Dag ukedager	Kveld ukedager	Natt ukedager	Dag helg/høytid	Kveld helg/høytid	Natt helg/høytid
<9000	1	1	1	1	1	1
9000-15 999	1	1	1	1	1	1
16 000-34 999	2	2	1	2	2	1
35 000-69 999	3	4	2	4	4	2
70 000-124 999	3	5	3	5	5	3
125 000-199 999	5	6	4	6	6	4
>200 000	≥7	≥8	≥5	≥8	≥8	≥5

Tabellen gjelder for legevakt med legevaktsentral, og det er tatt høyde for at det skal være nok personell til å besvare henvendelser til legevaktsentralen ihht. kravet til svartid (80% skal kunne besvares innen 2 minutter).⁶³

⁶³ Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Tilleggsressurser til Nasjonal veileder «Legevakt og legevaktsentral». <https://nkml.norceresearch.no/tilleggsressurser-til-nasjonal-veileder-for-legevakt-og-legevaktsentral> Lastet ned 15.4.2024

VEDLEGG 5 DOKUMENTOVERSIKT

Beredskapsrutine ved legevakten. Sist godkjent 14.12.2022.

Funksjonsbeskrivelse koordinator legevakta. Sist godkjent 18.01.2022.

Lillehammer kommune – Overordnet HMS-håndbok. Sist endret 26.06.2023.

Opplæringsplan for operatører. Lillehammer interkommunale legevakt. Datert 10.01.2023.

Opplæringsplan for støttepersonell. Lillehammer interkommunale legevakt (udatert).

Organisasjonskart – Lillehammer interkommunale legevakt.

Overordnet avtale – Interkommunalt samarbeid om primærhelsetjenester i Helseregion Sør-Gudbrandsdal. Sist revidert juni 2022.

Overordnet prosedyre: Legevaktbil. Lillehammer interkommunale legevakt. Datert 21.02.2024.

Prosedyredokument – FACT-team Sør-Gudbrandsdal. Utarbeidet av FACT-team Sør-Gudbrandsdal, redigert for legevakten. Sist endret 28.01.2022.

Prosedyredokument – Håndtering av henvendelser per telefon. Sist godkjent 26.09.2019.

Prosedyredokument - Bruk av video ved legevakthenvendelser. Sist endret 08.02.2022.

Prosedyredokument - Samhandling – AMK og legevakt ved hastegrad akutt, haster og vanlig. Gjelder fra 06.02.2022.

Prosedyredokument. Tolketjenester for Legevakten. Sist endret 03.11.2022.

Stillingsbeskrivelse avdelingssykepleier – Lillehammer interkommunale legevakt. Sist godkjent 18.01.2019.

Stillingsbeskrivelse fagutviklingssykepleier – Lillehammer interkommunale legevakt. Sist godkjent 18.01.2019.

Stillingsbeskrivelse legevaktsoverlege – Lillehammer interkommunale legevakt.

Talldata fra Lillehammer interkommunale legevakt 2018-2023. Sist oppdatert februar 2024.

Telefonkatalog for Lillehammer interkommunale legevakt (kommune, spesialisthelsetjeneste og andre samhandlingspartnere).

Telefonliste – Psykososialt kriseteam Nord-Fron kommune pr 01.09.2023.

Telefonliste – Psykososialt kriseteam Sør-Fron kommune. Datert 01.10.2021

Tiltakskort – Psykososial krisehjelp i Hamarregionen. Sist oppdatert 26.11.2021.

Tiltakskort – varsling av psykososialt kriseteam – Lillehammer kommune (udatert)

Tiltakskort – varsling av psykososialt kriseteam i Ringeby kommune (udatert)

Tiltakskort for legevakta – varsling av psykososialt kriseteam i Øyer kommune. Sist godkjent 10.03.2023.

Tiltaksplan/årshjul – Lillehammer legevakt.

Tjenesteavtale – Interkommunal legevakt. Sist revidert juni 2022.

Varslingsliste – Psykososialt kriseteam Gausdal kommune. Sist godkjent 13.09.2021.

Årsrapport for Lillehammer interkommunale legevakt 2022.

Årsrapport for Lillehammer interkommunale legevakt 2023.