

# SÆRUTSKRIFT

Av

## Møteprotokoll for Kontrollutvalget

Møtedato: Torsdag 08.12. 2016

Møtested: Møterommet 2. etg. Andøy Rådhus

Møtende medlemmer: Av 5 medlemmer møtte 5

### **Sak 26/16 FORVALTNINGSREVISJON HØSTEN 2016 – LEGETJENESTEN I ANDØY**

Forvaltningsrevisjon høsten 2016 – Legetjenesten i Andøy. Revisors rapport datert 17. november 2016 lagt ved. Rådmannens tilbakemelding/kommentarer til rapporten, datert 29.11.2016 lagt ved.

Saken var lagt fram med slikt forslag til

#### *innstilling:*

- 1. Kommunestyret viser til forvaltningsrevisjon høsten 2016 – Legetjenesten i Andøy Rapporten er utarbeidet av kommunens revisor og datert 17. november 2016. På side 4 framgår sammendrag av rapporten. På side 28 framgår revisors funn og anbefalinger.*
- 2. Kommunestyret konstaterer at Andøy kommune har et godt kvalitetssikringsssystem på plass, men at utfordringen er å finne tid til å følge opp alle intensjonene som er innebygd i systemet.*
- 3. Kommunestyret viser til at det i budsjettforslaget for 2017 er lagt opp til en styrking av Helse og familie ved at der er lagt inn ressurs til en 60% stilling som avdelingsleder ved Andenes legekantor – noe som vil bidra til et lavere kontrollspenn for enhetsleder slik at denne får bedre tid til overordnet arbeid og oppfølging av de andre tjenestene i enheten. Avdelingsleder skal ha ansvar for daglig ledelse og drift av legekantoret noe som og innbefatter personal- og økonomiansvar.*
- 4. Kommunestyret konstaterer imidlertid at Andøy kommune bruker relativt lite penger på kommunehelsetjenesten målt ved nettoutgift pr. innbygger. Likevel har kommunen en høy dekningsgrad og et kvantitativt høyt tilbud av legetjenester til sine innbyggere.*

5. *Kommunestyret konstaterer videre at sykefraværet ved legekantorene er lavt. Dette er positivt.*
6. *For øvrig tar kommunestyret Forvaltningsrevisjon høsten 2016 – Legetjenesten i Andøy til orientering.*

Revisor til stede i møtet ved behandlingen av denne saken. Han ga en fyldig og god orientering om arbeidet med denne forvaltningsrevisjonen av legetjenesten i Andøy. Han viste spesielt til de mange spørsmål som var stilt i saken og de svar som var mottatt. Likeledes viste han til de funn revisor hadde funnet.

Rådmannen hadde i sin kommentar til forvaltningsrevisjonen av Legetjenesten i Andøy gjort oppmerksom på at det i rådmannens budsjettforslag ( og formannskapetets innstilling i møte 28.11.16) lå inne en styrking med en 60% stilling som avdelingsleder for Andenes legekantor fra 2017. Avdelingsleder skal ha ansvar for daglig ledelse (personal- og økonomiansvar ) og drift av legekantoret noe som vil bidra til at enhetsleder får frigjort tid til mer overordnet arbeid og oppfølging av de andre tjenestene i enheten. Dette er revisor enig i.

Etter nærmere drøfting i kontrollutvalget ble det gjort følgende

#### **I n n s t i l l i n g:**

1. **Kommunestyret viser til forvaltningsrevisjon høsten 2016 – Legetjenesten i Andøy. Rapporten er utarbeidet av kommunens revisor og datert 17. november 2016. På side 4 framgår sammendrag av rapporten. På side 28 framgår revisors funn og anbefalinger.**
2. **Kommunestyret konstaterer at Andøy kommune har et godt kvalitetssikringssystem på plass, men at utfordringen er å finne tid til å følge opp alle intensjonene som er innebygd i systemet.**
3. **Kommunestyret viser til at det i budsjettforslaget for 2017 er lagt opp til en styrking av Helse og familie ved at der er lagt inn ressurs til en 60% stilling som avdelingsleder ved Andenes legekantor – noe som vil bidra til et lavere kontrollspenn for enhetsleder slik at denne får bedre tid til overordnet arbeid og oppfølging av de andre tjenestene i enheten. Avdelingsleder skal ha ansvar for daglig ledelse og drift av legekantoret noe som og innbefatter personal- og økonomiansvar.**
4. **Kommunestyret konstaterer imidlertid at Andøy kommune bruker relativt lite penger på kommunehelsetjenesten målt ved nettoutgift pr. innbygger. Likevel har kommunen en høy dekningsgrad og et kvantitativt høyt tilbud av legetjenester til sine innbyggere.**
5. **Kommunestyret konstaterer videre at sykefraværet ved legekantorene er lavt. Dette er positivt.**

- 6. Kommunestyret ber om at det settes ekstra fokus på utfordringen med å skaffe/rekruttere faste leger – spesielt til Andenes legekantor**
- 7. For øvrig tar kommunestyret Forvaltningsrevisjon høsten 2016 – Legetjenesten i Andøy til orientering.**

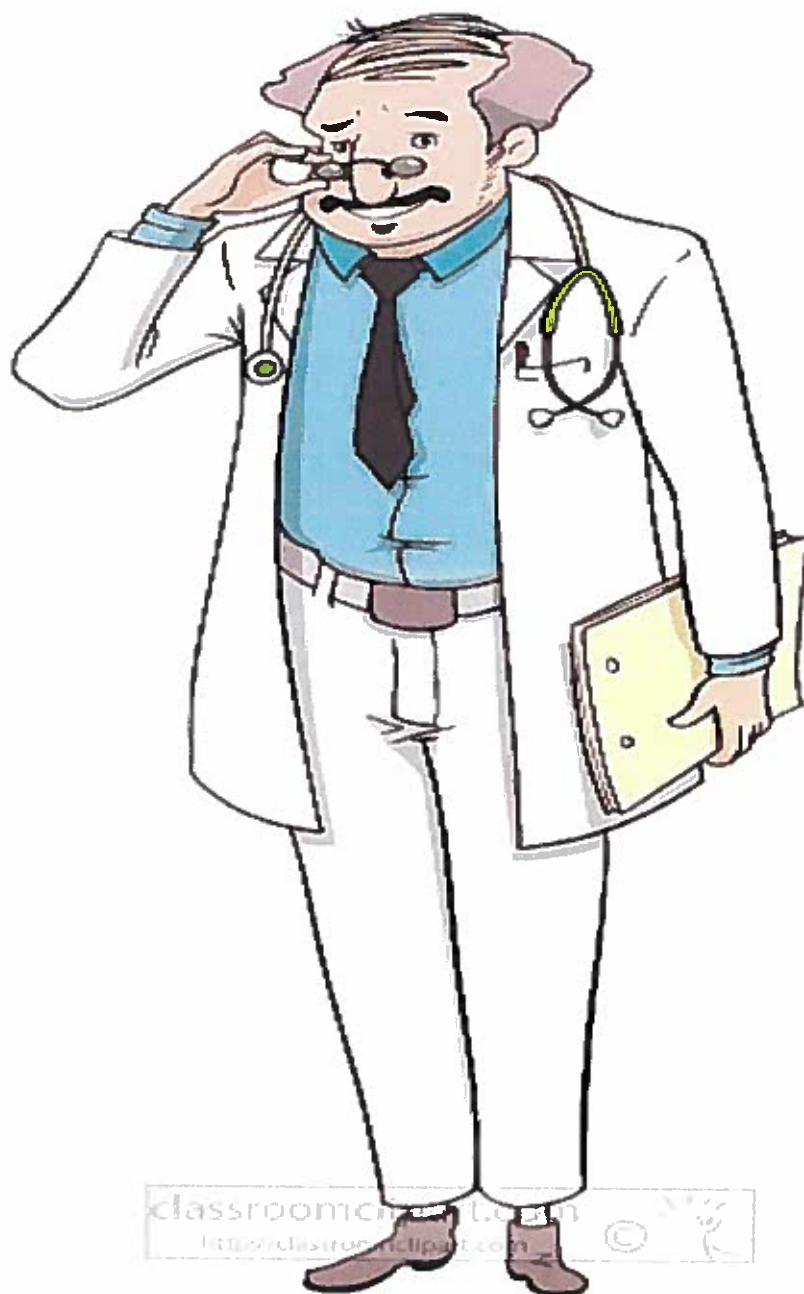
**Enstemmig vedtatt.**

**Andenes, den 15. desember 2016**

  
**Arild Dahle**  
**Sekretær**

# FORVALTNINGSREVISJON

## HØSTEN 2016



**LEGETJENESTEN I ANDØY**

## **Forord**

På grunnlag av bestilling fra kontrollutvalget i Andøy kommune basert på vedtatt plan for forvaltningsrevisjon 2016-2019 i Andøy kommune har undertegnede kommunerevisor i Andøy gjennomført forvaltningsrevisjon av legetjenesten i Andøy med spesiell vekt på situasjonen for Andenes legekantor. Kontrollutvalgets plikt til å påse at forvaltningsrevisjon gjennomføres, følger av lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) § 77 nr. 4. Ifølge forskrift om revisjon i kommuner og fylkeskommuner mv. (revisjonsforskriften) § 7 innebærer forvaltningsrevisjon å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak og forutsetninger.

Legetjenesten i Andøy og spesielt på Andenes har vært i fokus fordi det har vist seg svært vanskelig å få leger til å forbli i stillingen sin ved Andenes legekantor. Via lokalavisa Andøyposten har publikum fremsatt ulike forslag til løsninger på rekrutteringsproblemet. Også Staten har støttet Andøy kommune i denne prosessen med å rekruttere nye (og stabile) fastleger i form av øremerkede prosjektmidler. Resultatet har imidlertid uteblitt.

Kommunestyrets bestilling av forvaltningsrevisjon har imidlertid et annet fokus enn rekruttering av nye og stabile fastlegger. Kommunestyret har vektlagt HMS, intern kontroll og kvalitetssikring.

Før igangsetting av forvaltningsrevisjonsprosjektet har revisjonen vurdert egen uavhengighet overfor Andøy kommune, jf. kommuneloven § 79 og revisjonsforskriften § 6. Vi kjenner ikke til forhold som er egnet til å svekke tilliten til vår uavhengighet og objektivitet.

Lavangen, den 17.november 2016

Svenn Ole Wiik  
kommunerevisor

## **INNHOLDSFORTEGNELSE**

|   |                |
|---|----------------|
| <b>Forord</b>   | <b>side 02</b> |
| <b>0: SAMMENDRAG</b>  | <b>side 04</b> |
| <b>1: INNLEDNING</b>  | <b>side 06</b> |
| <b>2: PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER</b>   | <b>side 07</b> |
| <b>3 METODE, DATAMATERIALE OG AVGRENSING</b>  | <b>side 07</b> |
| <b>4 ORGANISERING</b>   | <b>side 08</b> |
| <b>5: SPØRSMÅL TIL OG SVAR FRA ENHETSLEDER JØRN<br/>VOLLAN ENHET FOR HELSE OG FAMILIE</b> | <b>side 09</b> |
| <b>6: KONTROLLSPENN</b>   | <b>side 21</b> |
| <b>7: NOEN KOSTRATALL OM LEGETJENESTEN</b>  | <b>side 25</b> |
| <b>8: REVISORS FUNN OG ANBEFALINGER</b>   | <b>side 28</b> |

## O: SAMMENDRAG

Andøy kommune har et godt kvalitetssikringssystem på plass. Utfordringen ligger i det å finne tid til å følge opp alle de gode intensjonene som er innebygd i systemet. Enhetsleder for helse og familie har selv signalisert at det er problemer med å gjennomføre alt som ligger i systemet. Her kan nevnes fravær av egne HMS målsettinger generelt og legekontorene spesielt, ikke tid til å avholde medarbeidersamtaler og manglende risikovurderinger. Generelt er det på grunn av manglende kapasitet hos enhetsleder lite fokus på HMS.

Hovedproblemet for enhetslederen er hans store kontrollspenn på enheten. Ca 35 ansatte ar enhetslederen som sin eneste personalleder og alle disse har rett på tilgang til enhetslederens tid. Ledelse utøves på tre nivå: strategisk, administrativ og operativ ledelse. En stor del av lederens tid medgår til operativ ledelse- spesielt til personalbehandling, dernest til administrativ ledelse og klart minst til strategisk ledelse og planlegging.

Dette er meget uheldig og kan bare bøtes på ved at kontrollspennet blir redusert, det vil si at der utnevnes en administrativ leder for legekontorene som også får personalansvar og ikke bare fagansvar.

Som enhetslederen selv skriver:

- **De opplever at leder (enhetsleder) er tilgjengelig og at det gis nødvendig informasjon, samt at det tas tak i utfordringer, men mangel på daglig ledelse er en utfordring. Beslutninger tar for lang tid og blir ikke fulgt godt nok opp i ettertid. Behov for en som tar avgjørelser i det daglige og har et overordnet ansvar.**

Legekontorene har et lavt sykefravær med et unntak for 2015. Målsettingen er et nærvær på minst 92% (og ikke et sykefravær på 8% eller mindre). Språkbruken er faktisk viktig her- og resultatet er godt.

Enhetslederen gir selv følgende oppsummering av utfordringene ved legetjenesten i Andøy og som revisor slutter seg til:

Disse personalsamtalene dannet grunnlaget for en kartlegging vi har brukt i det videre arbeidet. Det er også mye positivt som kom frem i undersøkelsen, men mine hovedfunn i forhold til utfordringer/nødvendige oppfølginger er som følger:

- Arbeidsmiljøutfordringer: Samarbeidsproblemer.
  - Mangel på enkelte interne rutiner/behov for å forbedre rutiner og klarere ansvarsfordeling.
  - Behov for daglig ledelse: Ingen som tar avgjørelser til daglig.
  - (Behov for oppdatering av noe inventar/utstyr)
- 
- Det er per i dag ikke avdelingsleder ved noen av kontorene.
  - Vi planla ny oppfølging høsten 2016 med fokus på teamarbeid/forbedring av arbeidsmiljø, hvor både NAV arbeidslivssenter og BHT skulle bistå. Har ikke blitt gjennomført enda, hovedsakelig manglende kapasitet hos enhetsleder til å følge opp.
  - Behov for å få på plass daglig ledelse!

- Har ikke lyktes å skape et robust fagmiljø: Har ikke vært tid verken for ledelse, leger eller annet personell til å skape et godt fagmiljø der en sammen har tid til å oppdatere seg faglig, da daglig drift hele tiden er i fokus. (noe en lite stabil legedekning er med på å føre til)
- Daglig ledelse ved legekantoret. En som har hovedansvar til daglig. Tid til god oppfølging av nye leger, utfordringer og utviklingsarbeid ved legekantoret.
- En lege med definert meransvar/myndighet og avsatt tid til utviklingsarbeid ved legekantoret.
- Veiledning av nye leger: Setter av tilstrekkelig tid hos annen lege til veiledning av nye leger. Ved lite erfaring som allmennlege i Norge: Veiledning i forhold til å strukturere arbeid.

***Revisors anbefaling blir derfor at der etableres en kommuneoverlegestilling som også innbefatter personallederansvar og som således fremstår som en mellomleder i linjen i Andøy kommune organisasjonskart.***



## 1: INNLEDNING

Andøy kommunestyre gjorde på sitt møte den 23.mai 2016 følgende enstemmige vedtak i sak 52/16:

” 1.Kommunestyret ber om at det i inneværende valgperiode blir foretatt

forvaltningsrevisjon på følgende områder:

### **2016 Legetjenesten i Andøy, HMS arbeid, intern kontroll og**

#### **kvalitetssikring**

2017 Kvalitet i helseinstitusjonene, herunder sykefravær, forebygging, tiltak og oppfølging

2018 Sosialtjenesten i Andøy- har sosialtjenesten et tilfredsstillende kontrollmiljø, og hvordan er kontrollaktivitetene organisert?

2019 Offentlige anskaffelser - følges regelverket?

2016 Vesterålen Barnevern

2: Kommunestyret viser til at ved en eventuell bestilling av forvaltningsrevisjon, så er det de forannevnte områder som vil være avgjørende for hva som blir hovedfokus i de enkelte prosjekt, og hvilke undersøkelsesperspektiver som skal legges til grunn. Det kan være fornuftig å kombinere flere perspektiver i en og samme undersøkelse. Perspektivene vil komme til uttrykk gjennom problemstillingen når bestillingen settes i verk.”

Andøy kommune har et meget omfattende system og rutiner for så vel HMS, intern kontroll som kvalitetssikring. Revisor har valgt å ta utgangspunkt i kommunens kvalitetssikringssystem. Leder av enheten Helse og familie -som også innbefatter legetjenesten så vel på Andenes som i Risøyhamn- har vært stilt en rekke skriftlige spørsmål som han har besvart skriftlig og som således danner grunnlaget for de konklusjoner som kan trekkes i denne rapporten.. Undertegnede har tidligere utarbeidet en egen forvaltningsrapport om den økonomiske intern kontrollen i Andøy kommune, og jeg viser i forbindelse med intern kontroll i legetjenesten til denne rapporten

## **2: PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER**

Med revisjonskriterier mener vi de lover, forskrifter, retningslinjer, kommunale vedtak, faglige standarder mv som sier noe om hvordan virksomheten skal drives. Hensikten med revisjonskriteriene er at det skal settes opp noen autoritative standarder som kommunens praksis kan måles opp mot og som er grunnlaget for revisjonens vurderinger. Valget av revisjonskriterier er gjort på grunnlag av problemstillingen og de avgrensninger vi har foretatt.

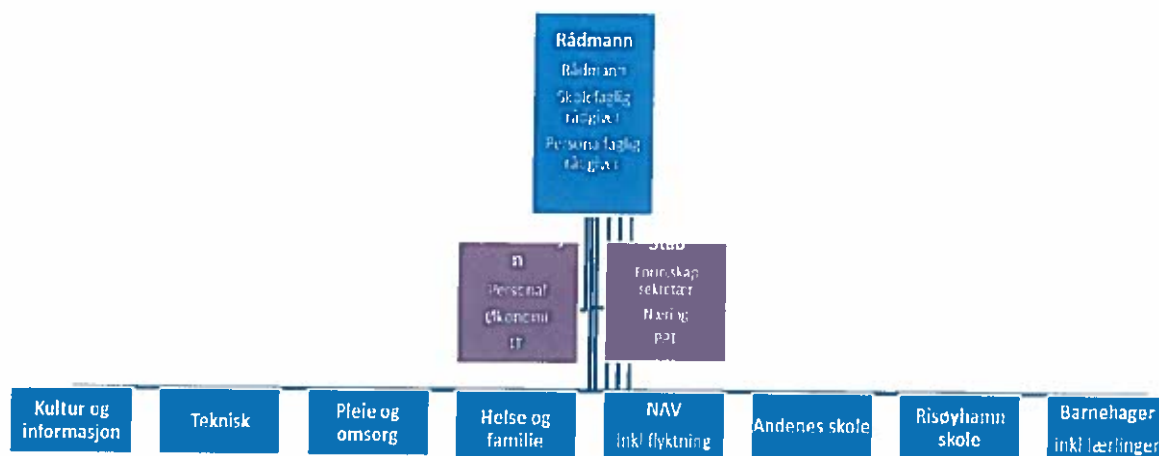
Utgangspunktet for de spørsmål som er stilt til leder av enheten Helse og familie er Andøy kommunes kvalitetssikringssystem. Revisor har foretatt en grundig gjennomgang av dette og så utledet i alt 35 spørsmål til enhetslederen. Hovedformålet blir dermed å finne ut om enheten og da spesielt legetjenesten benytter seg av dette kvalitetssikringssystemet og om bruken er adekvat og tilstrekkelig. **Revisjonskriteriet blir dermed anvendes og overholdes Andøy kommunes kvalitetssikringssystem.** Som en del av denne kartleggingen får vi frem hva avdelingen har gjort av faktisk HMS arbeid.

## **3 METODE, DATAMATERIALE OG AVGRENSING**

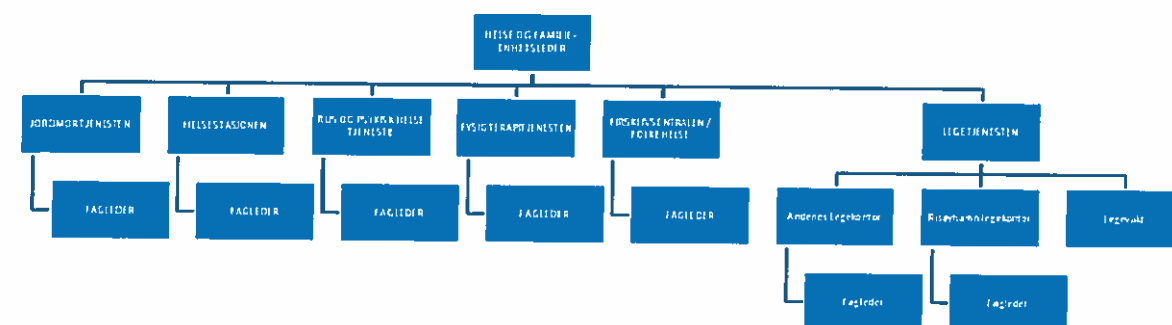
Anvendt metode her er skriftlig intervju med enhetsleder Helse og familie samt en grundig gjennomgang av Andøy kommunes HMS system og kvalitetssikringssystem. Der er ikke foretatt noen spesifikk gjennomgang av enhetens økonomisk intern kontroll system. Dette begrunnes med at undertegnede alt har foretatt en grundig gjennomgang av hele kommunens økonomiske intern kontroll og rapport om dette har vært behandlet av så vel kontrollutvalg som kommunestyre.

## 4 ORGANISERING

Organisasjonskartet for Andøy kommune ser slik ut:



Organisasjonskartet for enheten Helse og familie i Andøy kommune ser slik ut:



## **5: SPØRSMÅL TIL OG SVAR FRA ENHETS JØRN VOLLAN ENHET FOR HELSE OG FAMILIE**

**Spørsmål:** Under punktet «Målstyring» står blant følgende:

For å sikre at disse kravene oppfylles i planlegging, utførelse, oppfølging og tilrettelegging for forbedringer av HMS-forhold er HMS-mål en forutsetning.

**Hvilke HMS mål har enheten Helse og familie satt- og er der egne HMS mål for legekantorene?**

**Svar:**

AMU har vedtatt HMS-mål og tiltak/handlingsplan for hele organisasjonen (revidert oktober 2016). Enhet Helse og familie har ingen egne HMS mål. Der er heller ikke egne HMS mål for legekantorene.

**Spørsmål:** Har dere en handlingsplan for å nå mål på forrige spørsmål?

**Svar:**

Det foreligger ingen handlingsplan spesifikt for helse og familie.

**Spørsmål:** Hvordan orienterer dere (ny)ansatte om kommunenes avviksprosedyrer?

**Svar:**

Det blir foretatt en generell gjennomgang der en orienterer om KF kvalitetssystem og avvikshåndtering. Det jobbes med en generell info til alle nytilsatte i Andøy kommune (som e-læringskurs). Dette vil sikre at alle får felles informasjon.

**Spørsmål:** Har dere i enheten og legekantorene spesielt fått inn avviksmeldinger- og i tilfelle ja- hva går disse ut på?

**Svar:**

Ja, med utgangspunkt i avvik hentet ut i fra kvalitetssystemet i 2016:

- IT: Flere meldinger om feil/behov for bistand og avvik i forhold til at det tar veldig lang tid å få hjelp fra IT (begrenset kapasitet, kun en IT ansatt).
- Kommunebil: Avvik i forhold til at noen brukere ikke følger interne rutiner i forhold til avlevering av nøkler.
- Avvik sykehjemslege: Klage fra sykehjem i forhold til en enkelthendelse.
- Videre vil jeg kommentere at vi skiller mellom avvik og klager. Pasientklager leveres på eget skjema og behandles etter gjeldende interne retningslinjer.

**Spørsmål: For å organisere HMS-arbeidet anbefales det å utarbeide et organisasjonskart. Organisasjonskartet bør inneholde ledelsen, vernetjenesten, stillinger og andre funksjoner som inngår i HMS-arbeidet. Er dette gjort- og hvis ja- kan jeg få et ex.**

**Svar:**

Jeg er eneste-leder med personalansvar i enhet helse og familie. Jeg har kun fagledere i tjenestene. Enheten har et felles verneombud som er verneombud for alle tjenestene (og de bygg det inkluderer).

**Spørsmål: Enhetslederen skal sørge for å drive systematisk HMS-arbeid i samarbeid med ansatte og tillitsvalgte. Enhetens øverste leder og linjeledelsen er ansvarlig for å igangsette og følge opp HMS-arbeidet. Hva er konkret gjort her?**

**Svar:**

Enhetsleder har per i dag ikke hatt kapasitet til systematisk HMS arbeid i samarbeid med ansatte og tillitsvalgte. Det jobbes imidlertid med skriftliggjøring og oppdatering av interne rutiner i enheten samt opplastning av disse i KF kvalitetssystem. Det er i 2016 gjort en relativt stor jobb i forhold til dette.

**Spørsmål: Hvem er verneombud for legekantorene og hvilken opplæring har vedkommende fått?**

**Svar:**

Verneombud er Mette Brons Sørensen (ansatt i jordmortjenesten). Hun har gjennomgått obligatorisk kurs for verneombud.

**Spørsmål: Hvilken BHT bruker dere- og hva benyttes BHT til?**

**Svar:**

Vi bruker UNIVI BHT. Vi har brukt dem både til overordnet arbeid i en tjeneste og i enkelt saker (ansatte fått tilbud om samtale med BHT).

**Spørsmål: Hvem er brannansvarlig for legekantorene?**

**Svar:**

Tommy Andreassen, vaktmester.

**Spørsmål: Hvilken info gis nytilsatte spesielt med hensyn til HMS?**

**Svar:**

Det blir foretatt en generell gjennomgang der en orienterer om KF kvalitetssystem og avvikshåndtering. Det jobbes med en generell info som alle nytilsatte skal gjennomgå via en e-læringsportal på internett. Den vil sikre at alle får felles informasjon.

**Spørsmål: Informasjon er like viktig som opplæring. Enhetslederen må sørge for at ansatte fortløpende får informasjon om risiko som kan være forbundet med arbeidet og hvordan risiko kan unngås.**

**Det anbefales at opplæring og informasjon som blir gitt, dokumenteres både når det gjelder innhold, tidspunkt og hvem som har deltatt.**

**Er dette gjort?**

**Svar:**

Fagledermøter (møter med alle faglederne i de ulike tjenestene) skriftliggjøres med referat skrevet av enhetsleder der det fremgår hvem som har deltatt. Fagledere tar informasjon videre til de andre ansatte i tjenestene. I tillegg har vi en gang i måneden tverrfaglig møte der alle i enheten kan møte. Tema er alt fra presentasjon av kurs ansatte har vært på, faglig oppdatering, Inkluderende arbeidsliv, spesielle problemstillinger etc.

**Spørsmål: Enheter som utøver helse- og omsorgsarbeid, bør risikovurdere følgende områder:**

- \* tungt og ensformig arbeid
- \* biologiske faktorer og smitte
- \* bruk av arbeidsutstyr
- \* særlig risiko for forplantningsskader og uheldige arbeidsmiljøforhold for gravide
- \* kjemikaliehåndtering

**Har dere foretatt en slik risikovurdering av/ved legekantorene?**

**Svar:**

Nei, vi har ikke gjort risikovurderinger for disse områdene.

**Spørsmål: Hvem går vernerunder ved legekantorene og hvor ofte?**

**Svar:**

Jf. HMS årshjul skal det tas vernerunder årlig i perioden juli-september. Det er i oktober foretatt en vernerunde i Rus og psykisk helsetjenesten sine lokaler. Planlegger vernerunde ved Helse og familie sine lokaler i Andenes Helsesenter og ser for meg at denne blir utført i november. Da gjenstår også Risøyhamn legekantor.



Andøy kommune

## HMS - årshjul

### Januar - mars

- Årsrapport BHT
- Handlingsplan BHT
- Rapportering sykefravær
- Årsrapport til AMU
- AMU-møte

### April - juni

- Rapportering sykefravær
- HMS-opplæring
- AMU-møte

### Juli - september

- Påminning retningslinjer varsling
- Vernerunder
- Risikovurdering
- Rapportering sykefravær

### Oktober - desember

- Revidering kompetanseplan
- Rapportering sykefravær
- Medarbeiderundersøkelse
- Medarbeidersamtaler
- AMU-møte
- Revidere HMS-mål og IA-avtale

**Spørsmål: Foretas det arbeidsmiljøkartlegging ved legekantorene også av det psykososiale arbeidsmiljøet?**

**Svar:**

Ja ved behov. Det finnes en større kartlegging fra et av legekantorene, basert på medarbeidersamtaler av alle ansatte ved legekantoret, både faste leger og helsesekretærer. Denne kartleggingen tar også for seg det psykososiale arbeidsmiljøet. Kartleggingen tok for seg: Arbeidstid/arbeidsoppgaver, interne rutiner, arbeidsmiljø/trivsel, kompetanse, leders rolle og nødvendig utstyr. **Kartlegging utført i perioden desember 2015 – januar 2016. For mer utfyllende info, se kommentar etter siste spørsmål.**

**Spørsmål: Har du gjennomført medarbeidersamtale med kommunelegene- og gjennomfører disse medarbeidersamtaler med sine ansatte? Og hvor ofte?**

**Svar:**

Det er jeg som har personalansvar for alle helsesekretærene og legene (flere er riktignok selvstendig næringsdrivende, men det er uansett nødvendig med tett oppfølging, spesielt når det er mange forskjellige vikarer innom). Kommunelegene har ingen ansatte. Det er kun gjennomført medarbeidersamtaler med de ansatte ved et av legekantorene + kommunelegene ved dette kantoret. Jeg ble ansatt i 2015 og har siden jeg startet ikke gjennomført medarbeidersamtaler med andre enn de nevnt overfor. Medarbeidersamtaler skal gjennomføres minimum hvert andre år. Jeg har per i dag ikke noen plan for gjennomføring av de resterende medarbeidersamtalene. Totalt har jeg 35 ansatte som jeg har personalansvar om jeg iberegner vikarer, private leger og prosjektstillinger.

**Spørsmål: For ansatte i helse- og omsorgssektoren kan samarbeidsproblemer, eller organisatoriske forhold som skaper stress og tidspress, være utfordringer i arbeidsmiljøet. Har man hatt slike erfaringer ved legekantorene?**

**Svar:**

Ja, jeg har igjennom kartlegging gjennomført i 2015 kjennskap til samarbeidsproblemer ved et av legekantorene. **Samarbeidsproblemene ble tatt tak i og fulgt opp. Opplever per i dag ikke dette som et problem. For mer utfyllende info, se kommentar etter siste spm.**

**Spørsmål: Formålet med arbeidsmiljøloven er blant annet å sikre et trygt ansettelsesforhold og et arbeidsmiljø uten fysiske og psykiske skadevirkninger. Viktig for den enkeltes trygghetsfølelse er**

\* forutsigbarhet

\* samsvar mellom kompetanse og faglige oppgaver og utfordringer



- \* gjensidig respekt
- \* tilbakemelding på eget arbeid
- \* mulighet til å påvirke egen arbeidssituasjon
- \* mulighet til å melde fra om avvik og forbedringer, med visshet om at man blir møtt med en positiv reaksjon

**Trygghetsopplevelsen kan kartlegges i forbindelse med medarbeiderundersøkelser og medarbeidersamtaler. Er dette gjort?**

**Svar:**

Kun for de ansatte ved et legekantor i forbindelse med medarbeidersamtaler. **Funn:**

- **Ansatte opplever at arbeidsplassen er trygg (fast jobb og føler seg trygg på jobb)**
- **De opplever at leder (enhetsleder) er tilgjengelig og at det gis nødvendig informasjon, samt at det tas tak i utfordringer, men mangel på daglig ledelse er en utfordring. Beslutninger tar for lang tid og blir ikke fulgt godt nok opp i ettertid. Behov for en som tar avgjørelser i det daglige og har et overordnet ansvar.**
- **Alle har formell kompetanse/utdanning. Behov/ønskelig med mer kurs og intern opplæring/oppdatering. Alle mestrer daglige oppgaver. Enkelte små oppgaver kun enkelte kunne, som f.eks kontroll av utstyr, oppgjør etc.**
- **Som nevnt tidligere: Utfordringer i forhold til arbeidsmiljø ble funnet og jobbet med.**

**Spørsmål: Har man hatt konflikter ved legekantorene- og hvis ja hvordan ble disse håndtert?**

**Svar:**

Ja. Viser til tidligere nevnte medarbeidersamtaler/ arbeidsmiljøkartlegging. Denne kartleggingen ble igangsatt på bakgrunn av konflikter/varsling om kritikkverdige forhold.

Se kommentar etter siste spm for mer utfyllende forklaring.

**Spørsmål: Ved hjelp av arbeidsmiljøkartleggingen kan omfanget av mobbing på arbeidsplassen avdekkes. Resultatene fra undersøkelsen danner så grunnlag for gjennomføring av konkrete, forebyggende tiltak. Er dette avdekket mobbing ved legekantorene?**

**Svar:**

Nei.

**Spørsmål: Hva er målsettingen mht sykefravær? Kan jeg få statistikk for enheten fra 2010 og frem til i dag? Det holder med årsgjennomsnittstall.**

**Svar:**

Målet er et nærvær på 92 %, med andre ord ikke over 8 %

Fraværshistorikk:

2010:4,46%

2011:3,85%

2012:2,85%

2013:2,39%

2014:5,76%

2015:10,79%

2016 jan-sept:7,29% **EN GOD STATISIIKK**

**Spørsmål: Fysisk aktivitet. Er noe gjort her?**

**Svar:**

Alle kommunalt ansatte i 100 % stilling kan bruke en time til fysisk aktivitet så fremst driften tillater det. I helse og familie arrangeres det en treningstime med yoga på fysioterapisalen som de som ønsker kan delta på. På sommer/høst har vi gjennomført flere felles fjellturer der vi bruker treningstimen. Videre har vi jevnt over fokus på fysisk aktivitet (folkehelsekoordinator planverk, folkehelseuken, frisklivssentralen etc). Alle ansatte blir oppfordret til å være med på aktivitetsskampanjer.

**Spørsmål: Selv om gravide i utgangspunktet er friske, må det ofte tas mer hensyn i arbeidet under svangerskapet enn ellers. Et trygt arbeidsmiljø kan ofte oppnås med tilrettelegging av arbeidet, ikke bare for den gravide, men også for det ufødte barnet. Både den gravide og det kommende barnet kan være ekstra følsomme for potensielle farer i arbeidsmiljøet. Dette kan omfatte eksponering for kjemikalier, fysisk belastende arbeid, støy, stråling, smitte og skift- og nattarbeid. Det er derfor viktig at risikovurderinger omfatter mulig uønskede forhold som kan påvirke gravide og ammende. Risikovurderingen vil danne grunnlag for gjennomføring av forebyggende tiltak, omplassering eller tilrettelegging for den gravide der det er nødvendig.**

**Svar:**

Nei, det er ikke utført risikovurdering.

**Spørsmål: Er dette en aktuell problemstilling ved legekantorene?**

**Svar:**

Ingen gravide/ammende på legekantorene nå.

**Spørsmål: Smittevern er jo svært aktuelt ved et legekantor og spesielt nå når man har så mange flyktninger boende i Andøy. Hva gjøres her ved legekantorene?**

**Svar:**

Kommuneoverlege har det overordnede ansvaret i forhold til smittevern. Vi har en egen plan for koordinering av smittevernarbeid i kommunen i forhold til flyktninger og asylsøkere. Denne skal oppdateres i disse dager, da asylmottaket avvikles og det blir en del endringer i forhold til stillinger/ansvarsområde fra 01.01.16. **Kommuneoverlege er Astrid B Holm. I tillegg til å være kommuneoverlege, er hun fastlege ved Risøyhamn legekantor.**

**Spørsmål: Hva har man av verneutstyr ved legekantorene?**

**Svar:**

Alarm og kameraovervåking.

Munnbind, smittevernlær, bøtter for håndtering av risikoavfall.

**Spørsmål: Stoffkartotek. Hvor befinner de seg?**

**Svar:**

Egen perm på legekantor hvor data- og informasjonsblad oppbevares.

**Spørsmål: Oppbevares der brann- og eksplosjonsfarlig gass ved legekantorene? Hvis ja- hvordan sikres disse?**

**Svar:**

Oksygen oppbevares på skade/skiftestuene. Sikres ikke på annen måte enn at skade/skiftestue er avlåst når den ikke er i bruk. Rommet er merket med trekant som viser at det oppbevares eksplosjonsfarlig gass der.

**Spørsmål: Alle ansatte har rett til å varsle uten å være redd for gjengjeldelse, for eksempel i form av utfrysning eller degradering.**

**Kritikkverdige forhold er forhold i strid med lov eller etiske normer, for eksempel**

- \* svikt i sikkerhetsrutiner
- \* arbeidsforhold i strid med arbeidsmiljølovens krav
- \* uforsvarlig saksbehandling
- \* korrupsjon eller andre økonomiske misligheter
- \* mobbing og trakassering
- \* dårlig arbeidsmiljø
- \* fare for pasienters liv og helse

**Har du som enhetsleder mottatt varsler?**

**Svar:**

**Ja, varselet ble fulgt opp og tiltak iverksatt.** Varsel gikk ut på muntlig varsling fra en tjeneste, samt fra en ansatt i en annen tjeneste på arbeidsmiljøforhold.

Se kommentar etter siste spørsmål for mer utfyllende forklaring:

**Spørsmål: Hvordan håndterer dere risikoavfall fra legekantorene?**

**Svar:**

Egne beholdere med risikoavfall som hentes av Reno Vest.

**Spørsmål: Leder har plikt til å sørge for at HMS-systemet blir overvåket og**

**gjennomgått for å sikre at det fungerer som forutsatt. I dette ligger en plikt til å vurdere HMS-arbeidet kontinuerlig slik at mangler kan fanges opp.**

**Hensikten med overvåkingen av internkontrollsystemet er også å avdekke forbedringer. Dette er forbedringer både av internkontrollen og av enhetens HMS-prestasjoner.**

**Hva gjøres konkret her?**

**Svar:**

Det overordnede HMS arbeidet blir ikke fulgt opp godt nok i dag. Ved HMS avvik blir disse lukket dersom det oppstår et avvik. Vi har for lite fokus på HMS arbeid i dag. Utfordringen her har vært og er fortsatt kapasitetsutfordring hos enhetsleder.

### Kommentar fra enhetsleder:

Jeg kommer i flere av spørsmålene inn på medarbeidersamtaler/arbeidsmiljøkartlegging ved et av legekantorene, men ønsker å oppsummere dette arbeidet samlet:

På bakgrunn av varsling fra medarbeidere på et av legekantorene og annen ansatt i en annen tjeneste på forhold som gikk på arbeidsmiljø, iverksatte jeg tiltak:

- Alle helsesekretærer og faste leger på kontoret ble kalt inn til medarbeidersamtale. I medarbeidersamtalene tok jeg for meg følgende punkter:
  - o Arbeidstid/arbeidsoppgaver
  - o Interne rutiner
  - o Arbeidsmiljø/trivsel
  - o Kompetanse
  - o Leders rolle
  - o Nødvendig utstyr/hjelpemidler

Disse personalsamtalene dannet grunnlaget for en kartlegging vi har brukt i det videre arbeidet. Det er også mye positivt som kom frem i undersøkelsen, men mine hovedfunn i forhold til utfordringer/nødvendige oppfølginger er som følger:

- o Arbeidsmiljøutfordringer: Samarbeidsproblemer.
  - o Mangel på enkelte interne rutiner/behov for å forbedre rutiner og klarere ansvarsfordeling.
  - o Behov for daglig ledelse: Ingen som tar avgjørelser til daglig.
  - o (Behov for oppdatering av noe inventar/utstyr)
- Det ble iverksatt en prosess i forhold til å forbedre rutiner. Her er mye gjort i 2016. F.eks skriftliggjøring og oppdatering av interne rutiner og prosedyrer, skriftliggjøring av arbeidsfordeling, nye opplæringsrutiner for leger osv.
  - Bedriftshelsetjenesten ble kontaktet for bistand. De utførte en felles prosessveiledning for de ansatte og leder med fokus på psykososialt arbeidsmiljø. Ansatte fikk tilbud om samtale med bedriftshelsetjenesten.
  - Det er per i dag ikke avdelingsleder ved noen av kantorene.
  - Personalsak ble fulgt opp og avsluttet.
  - Innkjøpt en del nytt utstyr og nytt inventar m/ hev/senk etc.
  - I tillegg en god del andre endringer/forbedringer ut i fra kartleggingen.

### Status i dag:

- Det er gjort et stort arbeid i forhold til forbedringsarbeid som fortsatt arbeides videre med.
- Jeg mener at arbeidsmiljøet i dag er bedret, samtidig er det en krevende og stressende jobb både å være lege og helsesekretær. Det er derfor viktig å fortsatt ha fokus på dette. Vi planla ny oppfølging høsten 2016 med fokus på teamarbeid/forbedring av arbeidsmiljø, hvor både NAV arbeidslivssenter og BHT skulle bistå. Har ikke blitt gjennomført enda, hovedsakelig manglende kapasitet hos enhetsleder til å følge opp.
- Behov for å få på plass daglig ledelse!

Kan du i tillegg skrive noen ord om legetjenesten i Andøy (Andenes og Risøyhamn) om likheter og ulikheter med hensyn til drift og rekruttering av leger.

Synes det er vanskelig å si noe om dette ettersom jeg bare har hatt stillingen i ca 1,5 år. Jeg har kjennskap til at det har vært en del bruk av vikarer opp i gjennom årene også i Risøyhamn, noe som tyder på at det også der har vært rekrutteringsproblemer. I dag har vi begge hjemlene i Risøyhamn besatt med lokale leger som har tilknytning til plassen og som bor i nærheten. Hvis jeg skal peke på en faktor som jeg tror har vært positivt for Risøyhamn: Det har vært en stabil lege der over tid som har fungert som en "leder" og veileder for de andre legene. Har tatt ett "hovedansvar".

Annet:

- Andenes legekantor har et mye større pasientgrunnlag og stort trykk på tjenesten, noe som fører til stor belastning på leger og helsepersonell, spesielt på faste leger når vi har mange vikarer eller redusert bemanning.
- Asylsøker/flyktningarbeid: Mye arbeid med flyktning/asylsøkere ettersom all bosetting inntil nå har vært på Andenes. 2016 har vært spesielt med tanke på asylsøkergruppen som nå er borte. Oppfølging tar tid og er krevende for legene. Utenlandske leger opplever det som ekstra krevende i og med at det må brukes tolk.
- Legene på Andenes har hatt en vesentlig større vaktbelastning enn i Risøyhamn.
- Ustabilitet i legebemanning og stor arbeidsbelastning har ført til nye leger har sluttet. "En ond sirkel".

Hva anser du personlig som den/de viktigste årsaken/e til at Andenes legekantor har så store rekrutteringsproblemer- og hva vil du anbefale av tiltak for å få flere fastleger på plass?

- Generelt vanskelig å rekruttere leger til distriktene, det er vi ikke alene om. Vi ser når vi søker etter leger at det er få søkere. Mange av søkerne har lite eller ingen erfaring i Norge og søker overalt for å få erfaring (et springbrett videre)
- I 2016 har det vært utfordrende ved Andenes legekantor å oppnå tilstrekkelig stabilitet. Vi har hatt mange vikarer/nye leger inne pga vakanse, sykdom, perm etc. I perioder har det også vært vanskelig å få tak i vikar leger. Det har ført til at faste leger på kontoret har fått stor belastning både i forhold til opplæring/veiledning og ved redusert bemanning en økt pasient belastning, altså lange dager på jobb. Både faste leger og vikarer gir uttrykk for at de trives her.
- Samarbeidsproblemer
- Har ikke lyktes å skape et robust fagmiljø: Har ikke vært tid verken for ledelse, leger eller annet personell til å skape et godt fagmiljø der en sammen har tid til å oppdatere seg faglig, da daglig drift hele tiden er i fokus. (noe en lite stabil legedekning er med på å føre til)
- Vi har ikke hatt kommuneoverlege de siste årene, kun innleid lege fra annen kommune for enkelte av disse funksjonene. Er imidlertid på plass nå.
- Et generelt punkt som gjelder alle fastleger: Ansvarer til fastlegene har stadig økt. Det er svært mye å sette seg inn i, spesielt for leger som kommer fra annet land enn Norge.

Hva jeg anbefaler:

- Jeg vil først si at vi har gjort et stort arbeid for å forbedre rutiner i legetjenesten. F.eks så har vi gjort mye i forhold til det å ta imot nye leger og mottar skryt fra de nye legene i forhold til hvor godt de har blitt tatt imot og opplæringen som er gitt. Her har både faste leger og øvrig helsepersonell gjort en stor jobb! Fortsetter dette arbeid.
- Lønn: Vurdere andre lønnsordninger og evt. andre rekrutteringstiltak. Skaper ikke nødvendigvis stabilitet, men kan trekke leger som i alle fall vil være over lengre perioder. Eventuelt andre rekrutteringstiltak.
- Jobbe aktivt ut mot leger som har tilknytning til plassen. Vurdere stipendordninger for lokale leger under utdanning mot bindingstid etter fullført utdanning, om det er mulig.
- Daglig ledelse ved legekantoret. En som har hovedansvar til daglig. Tid til god oppfølging av nye leger, utfordringer og utviklingsarbeid ved legekantoret.
- En lege med definert meransvar/myndighet og avsatt tid til utviklingsarbeid ved legekantoret.
- Veiledning av nye leger: Setter av tilstrekkelig tid hos annen lege til veiledning av nye leger. Ved lite erfaring som allmennlege i Norge: Veiledning i forhold til å strukturere arbeid.
- Noen ønsker å jobbe som vikar og jobbe intenst en periode for så å ha fri. Det er bra å ha tilgang på vikarer som er kjent her og som kommer tilbake, i den tid vi ikke har tilstrekkelig med faste leger. Det kan sørge for mer stabilitet også for nye faste leger som blir rekruttert, når vi har vikarer med erfaring på kantoret. Vi har flere vikarer som trives godt hos oss og som gjerne kommer tilbake. Disse er viktig å holde på den tid vi mangler faste leger/trenger vikarer.

## 6: KONTROLLSPENN

Kontrollspenn handler om hvor mange ansatte en leder i praksis kan klare å føre tilsyn med. Henri Fayol var den første som diskuterte begrepet kontrollspenn, og han analyserte hvor mange underordnede en enkelt leder kunne ha ansvar for å følge opp. «Fayols konklusjon var at en leder vanskelig kunne ha oversikt over mer enn seks til åtte personer, maksimum tolv» (Jacobsen & Thorsvik 2007: 75).

Begrepet kontrollspenn omhandler hvor mange underordnede som rapporterer til en enkelt leder. Det er med andre ord snakk om hvor mange underordnede én leder kan ha ansvar for uten at det oppstår kommunikasjons- og koordineringsproblemer. Kontrollspenn har i den klassiske litteraturen gjerne vært forbundet med direkte kontroll. Kontrollspenn omhandler imidlertid seks grunnleggende koordineringsmekanismer; gjensidig tilpasning, direkte kontroll, standardisering av arbeidsprosesser, standardisering av resultatkrav, standardisering av kompetanse og standardisering av normer.

Begrepet kontrollspenn kan virke misvisende da det ikke bare omhandler direkte kontroll. Kontrollspenn kan erstattes med størrelse på enheter eller oppmerksomhetsspenn. Størrelsen på kontrollspennet er ikke nødvendigvis avgjørende for hvor stor direkte kontroll som utøves. Viktige spørsmål å stille når størrelsen på kontrollspennet skal avgjøres er:

- hvor enkle eller komplekse er oppgavene,
- innslag av rutiner og mulighet for standardisering og
- innbyrdes eller gjensidig avhengigheter mellom oppgavene.

Enkle oppgaver som er spesialiserte trekker i retning av stort kontrollspenn. Der oppgaver ikke lar seg standardisere er det en tendens til små kontrollspenn. Størrelsen på kontrollspennet har tradisjonelt vært minst på toppledernivå og økende nedover i organisasjonen, og størst på operativt ledernivå. Det er en tendens til at dagens ledere i mindre grad skal være kontrollører og ordregivere, og i økende grad ivareta rollene som inspirator, tilrettelegger og støttespiller. Kontrollspennet har en tendens til å øke når oppgaveløsning og koordinering er preget av standardisering, og når det er likhet mellom oppgavene som skal utføres. Videre taler det for økende kontrollspenn når underordnede har behov for autonomi og selvrealisering. Det er gjerne snakk om større kontrollspenn når det gjelder ledere på mellomleder- og førstelinjeledernivået, og når det er god tilgjengelighet på moderne kommunikasjonsmidler.

Mindre kontrollspenn er særlig aktuelle når oppgavene som skal løses er komplekse og det må utvises skjønn, og det er behov for hyppig tilgang på lederen for råd og veiledning. Små kontrollspenn er aktuelt når det er behov for koordinering i form av direkte kontroll og tett oppfølging, og når oppgaveløsningen krever skreddersøm (NOU 1999).

Den andre viser at det er en negativ sammenheng mellom størrelse på enheter og jobbtilfredshet. En av utfordringene syntes å være å sikre god kommunikasjon mellom leder og medarbeider, noe som viste seg å være vanskeligere i store enheter enn i små. Det er flere studier som tilsier at store kontrollspenn påvirker leders evne og mulighet til å utføre jobben tilfredsstillende. Stort kontrollspenn gir den enkelte leder høy arbeidsbelastning fordi den får mange ansatte å forholde seg til, og dette vil igjen gjøre noe med hvordan den klarer å følge opp og støtte hver enkelt ansatt.

I en annen undersøkelse gjort i et lokalsykehus med 51 enheter, 41 sykepleieledere, 717 sykepleiere og 680 pasienter i Canada, fremkommer det også at både lederstil og kontrollspenn har stor betydning for pasient- og medarbeidertilfredshet.



Konklusjonen er likevel at når lederspennet blir for stort, vil medarbeidertilfredshet og pasienttilfredshet bli lavere, og ingen lederstil kan demme opp for de negative effektene. Dette handler om at det er umulig for en leder å utøve godt lederskap til et stort antall ansatte samtidig som denne skal ta hånd om daglig drift.

Cathcard med flere påviser en negativ sammenheng mellom stort kontrollspenn i helsevesenet og de ansattes engasjement. Engasjementet var dalende i takt med økning av lederspenn, men det var viktige knekkpunkt der score på engasjement dalte betydelig med antall ansatte. Dette var når antallet ansatte pr.leder gikk over 15 og 40.

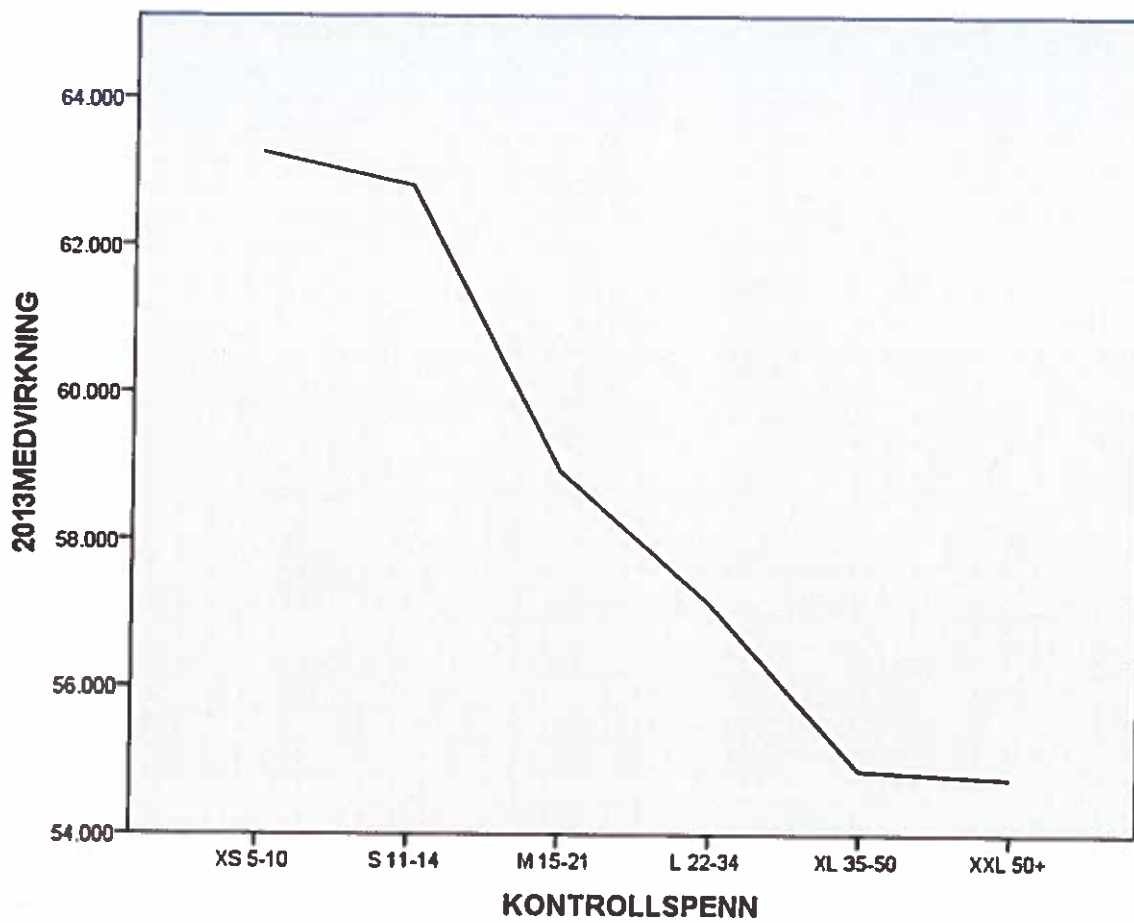
En nyere svensk studie utført blant 434 ledere i kommunehelsetjenesten konkluderer også med at strukturelle forutsetninger som kontrollspenn har betydning for hvordan lederne opplever sin arbeidssituasjon, både individuelt og som en del av et team. Store kontrollspenn viste seg å ha en signifikant sammenheng med blant annet opplevelse av arbeidspress, rollekonflikter og gruppeproblemer. Det viste seg også at det å være en del av et lederteam med store kontrollspenn hadde en forsterket negativ effekt, noe som ble tolket som om samholdet og støtten mellom lederne fungerte dårligere når de hadde mange medarbeidere å lede.

Kontrollspennteorien til Meier og Bohte viser til at antall ansatte pr. leder har en positiv effekt inn til et visst nivå. Etter dette nivået har det ingen effekt eller er direkte skadelig. Ut over dette nivået vil kostnadseffektiviteten bli høyere med flere ansatte pr. ledere, men leders mulighet til å følge opp og støtte sine medarbeidere blir mindre. Et lite kontrollspenn kan føre til flere ledernivå (vertikalt spenn), noe som igjen vil øke avstanden mellom ansatte og leder.

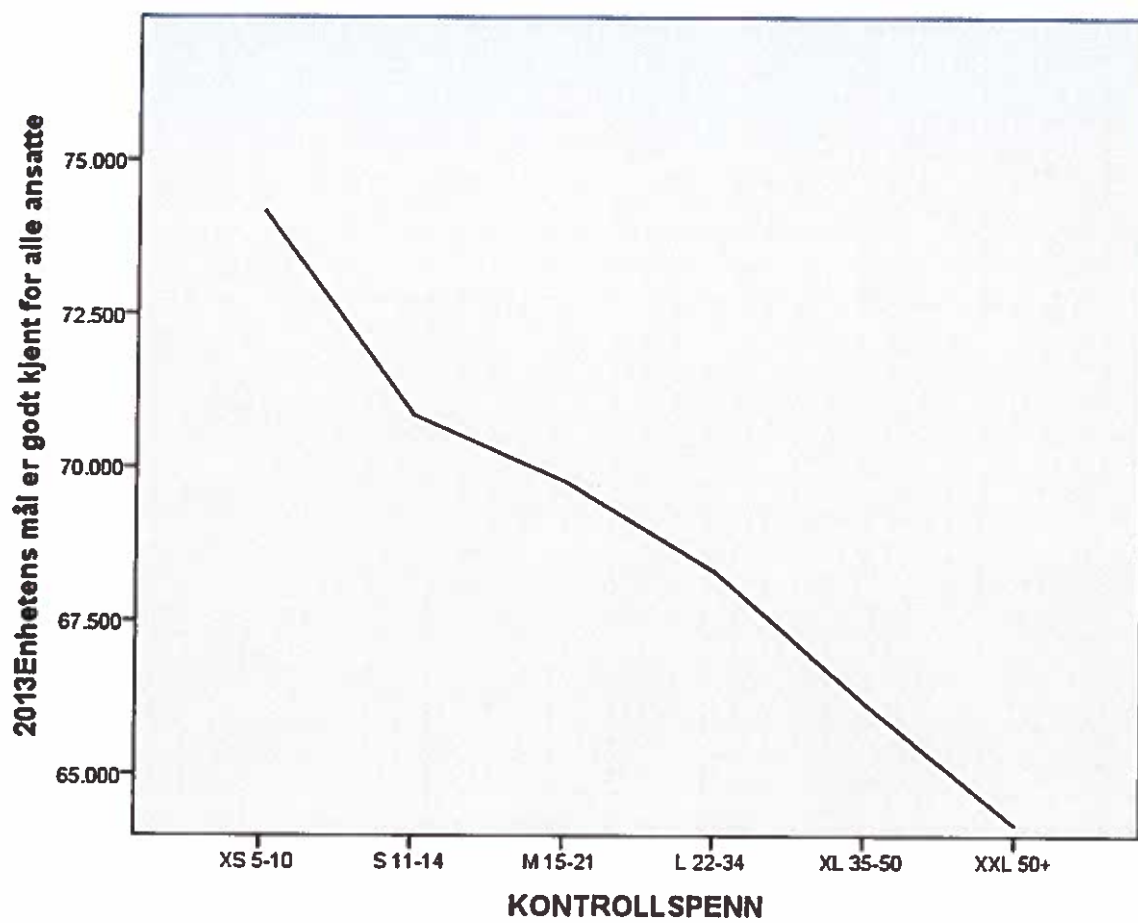
Holm Petersen bygger også opp under teorien om en omvendt U og at det er en positiv sammenheng mellom størrelse og resultater inntil et visst punkt. Det blir derfor viktig å finne den riktige balansen. Meyer konkluderer med at et for lite antall leder pr. ansatte kan føre til en ledelse som er for kontrollerende. Et for lite spenn kan redusere autonomi gjennom for tett ledelse og for lite delegasjon, og vil kunne assosieres med liten frihet og moral. Videre viser også Holm Petersens til at for tett ledelse og kontroll på sengeposter kan være hemmende for kreativitet, autonomi og produktivitet og at få ansatte kan påvirke fleksibilitet og faglig utvikling negativt. Samtidig viser andre studier til en positiv sammenheng mellom et begrenset kontrollspenn og ansattes jobbtilfredshet. I disse studiene ser man ikke ledelsen som en kontrollør, men mer som en tilrettelegger, veileder og støtte for medarbeiderne i deres daglige arbeid. Holm Petersen viser blant annet til hvordan noen argumenterer for at begrensede spenn øker muligheten for en felles målforståelse og det å være en sparringspartner for medarbeiderne .

Kontrollspenn er tradisjonelt blitt forbundet med direkte kontroll over medarbeiderne, mens man i dag forstår dette som hvor mange ansatte en leder kan inspirere, støtte og legge til rette for uten at det oppstår kommunikasjons- eller koordineringsproblemer. Ifølge forskningen som er gjort på området vil et stort kontrollspenn begrense muligheten til å støtte og legge til rette for den enkelte medarbeider, og som en følge av dette ha negativ effekt på trivsel og helse. Samtidig konkluderer noen studier med at også små kontrollspenn er ugunstig.

**Figur 1 Kontrollspenn og medvirkning**



**Figur 2 Kontrollspenn og faglig utvikling**



## 7: NOEN KOSTRATALL OM LEGETJENESTEN

| 1871 Andøy |      |      |      | Kostragruppe 11 |      |      |      | Nordland |      |      |      | Landet uten Oslo |      |      |      |
|------------|------|------|------|-----------------|------|------|------|----------|------|------|------|------------------|------|------|------|
| 2012       | 2013 | 2014 | 2015 | 2012            | 2013 | 2014 | 2015 | 2012     | 2013 | 2014 | 2015 | 2012             | 2013 | 2014 | 2015 |
| 1948       | 2241 | 2299 | 2404 | 2287            | 2374 | 2575 | 2613 | 2697     | 2748 | 2932 | 3072 | 2089             | 2161 | 2316 | 2381 |
| 12,5       | 12,7 | 10,6 | 12,6 | 10,7            | 11,1 | 11,2 | 11,7 | 12       | 12   | 12,2 | 13   | 10               | 10,2 | 10,4 | 10,5 |
| 10,9       | 11   | 9,7  | 11,8 | 8,6             | 9    | 9,2  | 9,5  | 9,4      | 9,5  | 9,8  | 10,5 | 8,1              | 8,3  | 8,4  | 8,5  |
| 115        | 99   | 118  | 124  | 104             | 105  | 105  | 105  | 107      | 105  | 105  | 105  | 105              | 105  | 105  | 105  |
| 3,18       | 3,21 | 3,02 | 3,01 | 2,87            | 2,86 | 2,86 | 2,85 | 2,74     | 2,72 | 2,72 | 2,7  | 2,67             | 2,66 | 2,68 | 2,68 |
| 3,11       | 3,12 | 2,84 | 2,94 | 2,83            | 2,84 | 2,83 | 2,82 | 2,75     | 2,72 | 2,7  | 2,68 | 2,66             | 2,64 | 2,67 | 2,66 |
| 960        | 959  | 934  | 806  | 1014            | 1006 | 994  | 988  | 983      | 975  | 944  | 930  | 1142             | 1125 | 1108 | 1102 |
| 3699       | 3756 | 970  | 1752 | 1230            | 1181 | 1142 | 1139 | 1256     | 1184 | 1113 | 1086 | 1283             | 1256 | 1227 | 1215 |

|  |
|--|
| Netto driftsutgifter pr. innbygger i kroner, kommunehelsetjenesten |
| Legeårsverk pr 10 000 innbyggere, kommunehelsetjenesten            |
| Årsverk av leger pr. 10 000 innbyggere. Funksjon 241               |
| Reservekapasitet fastlege  |
| Fastlegekonsultasjoner per person i pasientens bostedskommune      |
| Fastlegekonsultasjoner per person i legens praksiskommune          |
| Gjennomsnittlig listelengde  |
| Gjennomsnittlig listelengde korrigeret for kommunale timer         |

**Linje 1 viser kommunens nettoutgift til kommunehelsetjenesten målt pr innbygger.**

Tallenes tale her er at Andøy kommune hele tiden har brukt mindre penger på sin kommunehelsetjenesten enn så vel sammenlignbar Kostragruppe, Nordland fylke som hele landet under ett mins Oslo – og unntatt 2013 og 2015 for landet under ett.

**Linje 2 i tabellen viser antall legeårsverk per 10.000 innbyggere.** Andøy ligger svakt over sammenlignbare kommuner.

**Linje 3 i tabellen viser antall årsverk av leger per 10.000 innbyggere til funksjon 241 diagnose, behandling og rehabilitering.** Tallet for Andøy er klart større enn for sammenligningskommunene. Forskjellen mellom linje 2 og 3 er det antall legetimer som går med til annet enn rent pasientrettet legearbeid.

**Linje 4 viser reservekapasitet fastlege.** Tallet er noe høyere for Andøy enn sammenligningskommunene.

Indikatoren angir kapasiteten (listetaket) i forhold til antall pasienter på listene i prosent. En verdi > 100 betyr at det er ledig plass.

Data hentes fra Helsedirektoratets Fastlegeregister og gjelder pr. 31.12.

Beregning: ( ("Kapasitet hos fastlegene (iht. liste)"

/"Antall pasienter på fastlegeliste" ) \* 100

**Linje 5 viser antall fastlegekonsultasjoner per person i pasientens bostedskommune.** Tallene er litt høyere for Andøy enn sammenligningskommunene.

Fastlegekonsultasjoner per person i pasientens bostedskommune viser gjennomsnittlig antall konsultasjoner per person på kommunenivå.

Beregning:

Antall fastlegekonsultasjoner / middelfolkemengdebefolkningen i alt = Fastlegekonsultasjoner per person

Fastlegekonsultasjoner per person i pasientens bostedskommune sier noe om bruken og behovet til alle bosatte for fastlegetjenesten i den aktuelle kommunen. Den bør sees i sammenheng med indikatoren "Fastlegekonsultasjoner per person i legens praksiskommune" og indikatorer knyttet til fastlegeliste publisert i samme statistikkbanktabell.

Konsultasjon: En konsultasjon innebærer et fysisk møte mellom lege og pasient og at legen foretar en utredning.

I små kommuner med få leger, der noen leger ikke registrerer refusjoner elektronisk vil tallene være ekstra sårbare, og gi lavere tall enn det faktiske antall konsultasjoner.

Datakilde er Helsedirektoratets KUHR-data(Kontroll og utbetaling av refusjoner

**Linje 6 viser antall fastlegekonsultasjoner per person i legens praksiskommune. Her er tallene svakt høyere for Andøy enn sammenligningskommunene.**

Fastlegekonsultasjoner per person i legens praksiskommune viser gjennomsnittlig antall konsultasjoner per person på kommunenivå.

Beregning:

Antall fastlegekonsultasjoner / befolkningen i alt = Fastlegekonsultasjoner per person

Fastlegekonsultasjoner per person i legens praksiskommune sier noe om aktiviteten og fastlegetilbud i den aktuelle kommunen. Den bør sees i sammenheng med indikatoren

"Fastlegekonsultasjoner per person i pasientens bostedskommune" og indikatorer knyttet til fastlegeliste publisert i samme statistikkbanktabell.

Konsultasjon: En konsultasjon innebærer et fysisk møte mellom lege og pasient og at legen foretar en utredning.

I små kommuner med få leger, der noen leger ikke registrerer refusjoner elektronisk vil tallene være ekstra sårbare, og gi lavere tall enn det faktiske antall konsultasjoner.

**Linje 7 viser gjennomsnittlig listelengde for legene.** I Andøy har legene kortere lister enn i sammenligningskommunene.

Indikatoren angir gjennomsnittlig antall pasienter på fastlegelistene.

Data hentes fra Helsedirektoratets Fastlegeregister og gjelder pr. 31.12.

Beregning: ("Antall pasienter på fastlegeliste")/("antall fastlegeavtaler")

**Linje 8 – og siste linje- viser listelengde etter korreksjon.** Her er tallenes tale strekt forvirrende og tyder på feilrapportering. Tallene varierer voldsomt for Andøy fra år til år.

Indikatoren angir gjennomsnittlig antall pasienter på fastlegelistene, inkl. antall kommunale timer (f120, f232, f233, f253) av fastleger, omgjort til antall pasienter (full stilling tilsvarer 37,5 timer eller 1500 pasienter).

Data gjelder pr. 31.12 og hentes fra:

Helsedirektoratets Fastlegeregister:"Antall pasienter på fastlegeliste"

"antall FL-avtaler"

"Antall fastlegelister uten lege"

KOSTRA skjema 1, del 2, punkt 2-1: "Næringsdrivende leger med fastlegeavtale"

Beregning: ( ("Antall pasienter på fastlegeliste")+

("Timer pr. uke til kommunalt arbeid av fastleger")/37.5\*1500)

/( ("antall FL-avtaler")-("Antall fastlegelister uten lege") )

## OPPSUMMERING KOSTRA TALL:

Andøy kommune bruker relativt lite penger på sin kommunehelsetjeneste målt ved nettoutgift per innbygger. Likevel har Andøy en høy dekningsgrad og et kvantitativt høyt tilbud av legetjenester til sine innbyggere. At tjenesten koster mindre enn i sammenligningskommunene kan ha med organisering å gjøre der administrasjonskostnad for tjenesten ikke fremkommer i tallene men blir i sin helhet ført på administrasjon funksjon 120. Tabellen nedenfor viser mindre nettokostnaden for Andøy kommune for årene 2012-2015 målt mot Kostra gruppe 11, Nordland fylke og Norge under ett unntatt Oslo. Minus som fortegn betyr at tjenesten var dyrere i Andøy enn sammenligningsgruppen. Beløpene er beregnet som forskjell per innbygger multiplisert med 5.000 innbyggere.

|                     | 2012         | 2013         | 2014         | 2015         |
|---------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| KOSTRA GRUPPE 11    | kr 1 695 000 | kr 665 000   | kr 1 380 000 | kr 1 045 000 |
| NORDLAND            | kr 3 745 000 | kr 2 535 000 | kr 3 165 000 | kr 3 340 000 |
| LANDET UNNTATT OSLO | kr 705 000   | -kr 400 000  | kr 85 000    | -kr 115 000  |

## 8: REVISORS FUNN OG ANBEFALINGER

Andøy kommune har et godt kvalitetssikringssystem på plass. Utfordringen ligger i det å finne tid til å følge opp alle de gode intensjonene som er innebygd i systemet. Enhetsleder for helse og familie har selv signalisert at der er problemer med å gjennomføre alt som ligger i systemet. Her kan nevnes fravær av egne HMS målsettinger generelt og legekantorene spesielt, ikke tid til å avholde medarbeidersamtaler og manglende risikovurderinger. Generelt er det på grunn av manglende kapasitet hos enhetsleder lite fokus på HMS.

Hovedproblemet for enhetslederen er hans store kontrollspenn på enheten. Ca 35 ansatte ar enhetslederen som sin eneste personalleder og alle disse har rett på tilgang til enhetslederens tid. Ledelse utøves på tre nivå: strategisk, administrativ og operativ ledelse. En stor del av lederens tid medgår til operativ ledelse- spesielt til personalbehandling, dernest til administrativ ledelse og klart minst til strategisk ledelse og planlegging.

Dette er meget uheldig og kan bare bøtes på ved at kontrollspennet blir redusert, det vil si at der utnevnes en administrativ leder for legekantorene som også får personalansvar og ikke bare fagansvar.

Som enhetslederen selv skriver:

- **De opplever at leder (enhetsleder) er tilgjengelig og at det gis nødvendig informasjon, samt at det tas tak i utfordringer, men mangel på daglig ledelse er en utfordring. Beslutninger tar for lang tid og blir ikke fulgt godt nok opp i ettertid. Behov for en som tar avgjørelser i det daglige og har et overordnet ansvar.**

Legekantorene har et lavt sykefravær med et unntak for 2015. Målsettingen er et nærvær på minst 92% (og ikke et sykefravær på 8% eller mindre). Språkbruken er faktisk viktig her- og resultatet er godt.

Enhetslederen gir selv følgende oppsummering av utfordringene ved legetjenesten i Andøy og som revisor slutter seg til:

Disse personalsamtalene dannet grunnlaget for en kartlegging vi har brukt i det videre arbeidet. Det er også mye positivt som kom frem i undersøkelsen, men mine hovedfunn i forhold til utfordringer/nødvendige oppfølginger er som følger:

- Arbeidsmiljøutfordringer: Samarbeidsproblemer.
  - Mangel på enkelte interne rutiner/behov for å forbedre rutiner og klarere ansvarsfordeling.
  - Behov for daglig ledelse: Ingen som tar avgjørelser til daglig.
  - (Behov for oppdatering av noe inventar/utstyr)
- 
- Det er per i dag ikke avdelingsleder ved noen av kontorene.
  - Vi planla ny oppfølging høsten 2016 med fokus på teamarbeid/forbedring av arbeidsmiljø, hvor både NAV arbeidslivssenter og BHT skulle bistå. Har ikke blitt gjennomført enda, hovedsakelig manglende kapasitet hos enhetsleder til å følge opp.
  - Behov for å få på plass daglig ledelse!
  - Har ikke lyktes å skape et robust fagmiljø: Har ikke vært tid verken for ledelse, leger eller annet personell til å skape et godt fagmiljø der en sammen har tid til å oppdatere seg faglig, da daglig drift hele tiden er i fokus. (noe en lite stabil legedekning er med på å føre til)
  - Daglig ledelse ved legekantoret. En som har hovedansvar til daglig. Tid til god oppfølging av nye leger, utfordringer og utviklingsarbeid ved legekantoret.
  - En lege med definert meransvar/myndighet og avsatt tid til utviklingsarbeid ved legekantoret.
  - Veiledning av nye leger: Setter av tilstrekkelig tid hos annen lege til veiledning av nye leger. Ved lite erfaring som allmennlege i Norge: Veiledning i forhold til å strukturere arbeid.

***Revisors anbefaling blir derfor at der etableres en kommuneoverlegestilling som også innbefatter personallederansvar og som således fremstår som en mellomleder i linjen i Andøy kommune organisasjonskart.***



## Kirsten Pedersen

---

**Fra:** Kirsten Pedersen  
**Sendt:** 29. november 2016 08:26  
**Til:** Svein Ole Wiik  
**Kopi:** 'arild.dahle@gmail.com'; Jørn Vollan; Kjell Einar Johansen; Jonni Solsvik  
**Emne:** Forvaltningsrevisjon legetjenesten - rådmannens kommentarer

Jeg viser til rapport fra forvaltningsrevisjon av legetjenesten i Andøy høsten 2016, og har følgende kommentar til revisors anbefaling om å etablere en kommuneoverlegetilling som også innbefatter personalleder:

Rådmannens budsjettforslag (og formannskapetets innstilling i møte 28.11.16) inneholder styrking med en 60% stilling som avdelingsleder for Andenes legekantor fra 2017.

Avdelingsleder skal ha ansvar for daglig ledelse (personal- og økonomiansvar) og drift av legekantoret. Dette vil bidra til at enhetsleder får frigjort tid til mer overordnet arbeid og oppfølging av de andre tjenestene i enheten. Slik enhetsleder og rådmannen vurderer det, er det imidlertid ikke behov for en kommuneoverlege som avdelingsleder. Andøy kommune har nå fått på plass en 50% kommuneoverlegeressurs. Kommuneoverlegen har et overordnet faglig ansvar for legetjenesten. Det vil ikke være fornuftig å bruke kommuneoverlegeressursen til de oppgavene som er tenkt lagt til avdelingsleder for Andenes legekantor, som ikke innbefatter det faglige ansvaret.

mvh  
Kirsten L. Pedersen  
rådmann