

FORVALTNINGSREVISJONS-
RAPPORT NR 8-2022

Helsesamarbeidet NGLMS

UTARBEIDET FOR
KONTROLLUTVALGENE I
NORD-GUDBRANDSDALEN



INNLANDET REVISJON IKS

20. mai 2022
2022 - 589/IS

FORORD

Denne rapporten er et resultat av forvaltningsrevisjonsprosjektet «Helsesamarbeidet NGLMS» som er gjennomført på oppdrag av kontrollutvalgene i Nord-Gudbrandsdalen.

Forvaltningsrevisjon er en lovpålagt oppgave som innebærer at det føres kontroll med at den kommunale forvaltningen foregår i samsvar med gjeldende lover, regler og vedtak, og har en effektiv ressursbruk i forhold til vedtatte mål. Det er kontrollutvalget som har ansvaret for å se til at det gjennomføres forvaltningsrevisjon, jf. Kommuneleven § 23 nr. 2.

Prosjektarbeidet er utført i perioden september 2021 til april 2022 av Ingvild Selfors. Reidun Grefsrud har kvalitetssikret rapporten. Revisjonen har vurdert sin uavhengighet overfor kommunene i Nord-Gudbrandsdalen, jf. kommuneloven § 24 nr. 4 og forskrift om kontrollutvalg og revisjon kapittel 3. Vi kjenner ikke til forhold som er egnet til å svekke vår uavhengighet og objektivitet.

Utkast til rapport er sendt kommunedirektørene i de seks kommunene i Nord-Gudbrandsdalen til uttalelse. Det er kommet uttalelse fra Sel kommune, Dovre kommune, og Skjåk kommune. Disse er vedlagt rapporten. Det er gjort noen små justeringer i rapporten knyttet til kommentarer i høringsuttalelsene.

Revisjonen presiserer at det er kontrollutvalget i Sel som har ansvaret for kontroll av vertskommunesamarbeidet på vegne av deltakerkommunene, jf. kommuneloven § 20-9. Revisjonens anbefalinger rettet mot Sel kommunes interne drift er det således bare kontrollutvalget i Sel kommune som kan behandle. Siden forvaltningsrevisjonen i stor grad dreier seg om hvordan det regionale helsesamarbeidet fungerer, er flere av revisjonens anbefalinger også rettet mot alle deltakerkommunene. Disse kan behandles av kontrollutvalgene i alle deltakerkommunene.

Vi takker for godt samarbeid med ansatte i kommunene som vi har hatt kontakt med i prosjektarbeidet.

Lillehammer, 20. mai 2022



Ingvild Selfors

Oppdragsansvarlig revisor

INNHALDSFORTEGNELSE

FORORD.....	3
SAMMENDRAG.....	6
1 INNLEDNING.....	11
1.1 KONTROLLUTVALGENES BESTILLING	11
1.2 FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER	11
1.3 NGLMS.....	12
1.4 ADMINISTRATIVT VERTSKOMMUNESAMARBEID	16
1.5 VERTSKOMMUNEAVTALEN NGLMS.....	17
2 METODE	19
2.1 DOKUMENTANALYSE	19
2.2 INTERVJUER.....	20
2.3 KVALITETSSIKRING – RELEVANS OG PÅLITELIGHET.....	21
3 REVISJONSKRITERIER.....	22
3.1 REVISJONSKRITERIER TIL PROBLEMSTILLING 1	22
3.2 REVISJONSKRITERIER TIL PROBLEMSTILLING 2	24
3.3 REVISJONSKRITERIER TIL PROBLEMSTILLING 3	29
3.4 REVISJONSKRITERIER TIL PROBLEMSTILLING 5	30
4 DATA.....	33
4.1 INFORMASJON OM NGLMS TIL INNBYGGERNE	33
4.2 BUDSJETTPROSESS	36
4.3 RAPPORTERING OG INNSYN.....	40
4.4 MØTEFORA.....	43
4.5 SAMARBEID MELLOM NGLMS OG KOMMUNALE HELSETJENESTER.....	49
4.6 SAMARBEIDSKLIMA/HVORDAN SAMARBEIDET FUNGERER	51
5 PRAKTISERING AV BESTEMMELSER I VERTSKOMMUNEAVTALEN	53
5.1 VURDERINGER.....	53
6 ETABLERTE STYRINGSMIDLER	59
6.1 VURDERINGER.....	59
7 SAMARBEID MED HELSETJENESTER I DELTAKERKOMMUNENE.....	62
7.1 VURDERINGER.....	62
8 KOMMUNENES BRUK AV SENGEAVDELINGEN	64
8.1 STATISTIKK.....	64

8.2	OPPSUMMERING	70
9	KOSTNADER.....	71
9.1	FORDELING AV KOSTNADER MELLOM DELTAKERKOMMUNENE	71
9.2	KONTROLL AV KOSTNADSGRUNNLAGET	79
9.3	VURDERINGER.....	87
10	KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER.....	89
10.1	KONKLUSJONER.....	89
10.2	ANBEFALINGER.....	93
11	REFERANSER.....	94
VEDLEGG 1:	KOMMUNEDIREKTØRENS UTTALELSER.....	96
VEDLEGG 2:	VALDRES LMS	109

SAMMENDRAG

Formålet med denne forvaltningsrevisjonen er å evaluere helsesamarbeidet knyttet til Nord-Gudbrandsdal lokalmedisinske senter (NGLMS). Det er gått ti år siden helsesamarbeidet ble formalisert som et vertskommunesamarbeid (1.1.2012) mellom kommunene i Nord-Gudbrandsdalen, og det er derfor nyttig å kartlegge og vurdere hvordan ulike sider av samarbeidet fungerer i dag.

Bakgrunnen for kontrollutvalgenes prioritering av temaet NGLMS er først og fremst et ønske om å se nærmere på styringen av vertskommunesamarbeidet. Kontrollutvalgene har stilt spørsmål ved flere sider av samarbeidet, blant annet hvorfor det er så stor variasjonen mellom kommunene i bruken av enkelte tjenester, om kostnadsberegningene knyttet til samarbeidet er riktige, samt om føringene gitt i samarbeidsavtalen er fulgt opp, herunder spesielt hvilken kommunikasjon som er etablert mellom vertskommunen og samarbeidskommunene.

Revisjonen har gjennomført forvaltningsrevisjonen i tråd med RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon, som innebærer at våre vurderinger er gjort med grunnlag i utarbeidde revisjonskriterier. Vi har brukt en kombinasjon av dokumentanalyse og intervjuer i datainnsamlingen.

Det ble formulert fem problemstillinger for prosjektet. Nedenfor gjengis revisjonens konklusjoner og anbefalinger for hver problemstilling.

Problemstilling 1:

I hvilken grad er bestemmelser gitt i vertskommuneavtalen fulgt opp?

Konklusjon:

Bestemmelser i vertskommunen er i noen grad fulgt opp, men revisjonen finner flere områder som ikke gjennomføres iht. avtalen.

Begrunnelse:

Revisjonen har undersøkt samarbeidets praksis på sentrale punkter i vertskommuneavtalen. Dette gjelder i hovedsak hvilke rutiner som er gjennomført når det gjelder å informere og gi innsyn, rutiner for budsjettprosess og rapportering, samt om ulike møtefora er etablert.

Som vertskommune har Sel kommune et særskilt ansvar for å informere om tjenestene som utøves ved NGLMS. I tillegg har samarbeidskommunene også et ansvar for å informere sine innbyggere om tjenester ved NGLMS, som er en del av eget tjenestetilbud. Sel kommune har opprettet nettsiden NGLMS.no, som er primærkanalen for informasjon om tjenestene ved NGLMS. Revisjonen finner at denne nettsiden ikke er oppdatert og inneholder mye utdatert informasjon. Videre finner revisjonen at samarbeidskommunene ikke har gode rutiner for å informere innbyggerne sine om tjenestene som utøves ved NGLMS, og at de prioriterer å informere om helsetilbudet som utøves i egen kommune. Revisjonens funn tyder på at samarbeidskommunene ikke ser på de regionale helsetjenestene som «sine» tjenester, og at det er en mangel på eierskapsfølelse i samarbeidet.

Når det gjelder kommunikasjon mellom vertskommunen og samarbeidskommunene, og innsyn i vertskommunens virksomhet, trekkes budsjett og kostnadsavregninger fram som en kilde til misnøye og frustrasjon. Flere samarbeidskommuner sier at disse er kompliserte og vanskelige å forstå, og at kommunikasjonen rundt disse avregningene fungerer dårlig.

I henhold til vertskommuneavtalen skal vertskommunen utarbeide tertialrapporter og årsmelding som skal danne grunnlag for evaluering av driften og samarbeidet mellom partene. Sel kommune utarbeider ikke egne tertialrapporter om driften ved NGLMS. Det er utarbeidet årsmeldinger i tidligere år, men dette ble ikke gjort for 2020.

Vertskommunen skal videre etablere og drifte flere møtefora. Det er etablert et brukerutvalg, et kvalitetsutvalg og et drifts- og utviklingsutvalg iht. avtalen. Videre gjennomføres det et administrativt dialogmøte hver vår, der alle deltakerkommunene deltar. Det er imidlertid ikke etablert rutine for å gjennomføre årlig politisk dialogmøte mellom partene, som også er et punkt i vertskommuneavtalen.

Problemstilling 2:

Er det etablert tilfredsstillende styringsmidler i samarbeidet?

Konklusjon:

Det er i liten grad etablert tilfredsstillende styringsmidler i samarbeidet.

Begrunnelse:

I et vertskommunesamarbeid har samarbeidskommunene delegert myndighet innenfor et bestemt område til en vertskommune. Vertskommunen skal utføre oppgaver og treffe vedtak på vegne av samarbeidskommunene. Selv om samarbeidskommunene har delegert til en annen kommune å utføre en tjeneste har de ikke delegert ansvaret for sine egne innbyggere, og for at disse får de tjenestene de har krav på. Det er derfor viktig at samarbeidet etablerer gode styringsmidler slik at relevant styringsinformasjon når ut til deltakerkommunene, og slik at deltakerkommunene kan delta og påvirke gjennom etablerte kanaler. Revisjonen bygger sin konklusjon på vurderingen av om det er etablert tilfredsstillende rutiner for budsjettprosess, rapportering og møteplasser i det regionale helsesamarbeidet.

Revisjonen vurderer at budsjettprosessen, slik den fungerer i dag, ikke benyttes som et godt virkemiddel for styring i samarbeidet. Revisjonen finner at det ikke er etablert en formell struktur for samhandling knyttet til budsjettprosessen, og at prosessen er preget av mangelfull dialog og liten grad av involvering. Videre finner revisjonen at deltakerkommunene i varierende grad benytter budsjettdokumentene til å formidle nyttig styringsinformasjon om samarbeidet, slik som kommunenes budsjetterte andel i samarbeidet.

Når det gjelder rapporteringsrutiner i samarbeidet finner revisjonen at vertskommunen har etablert rutiner for rapportering, men at rapporteringen i mindre grad inneholder relevant styringsinformasjon. Dette gjelder spesielt tertialrapporteringen, som i dag er en ren kostnadsavregning. Revisjonen mener at både tertial- og årsmeldinger bør si noe om status for tjenestene, måloppnåelse, avvik ift. plan, foreslåtte tiltak, prognoser for videre drift,

status for internkontroll, eller andre resultater fra rapporter, tilsyn, undersøkelser som kan si noe om kvaliteten på tjenestene.

Revisjonen mener det er positivt at det er etablert flere møtefora i tilknytning til samarbeidet, samt andre regionale møtefora der NGLMS er et naturlig tema. Jordmødrene og tildelingskontorene er i dag ikke representert i noen fora, og revisjonen mener at også disse faggruppene ville dra nytte av å delta i regionale fora knyttet til NGLMS og regionale helsetjenester.

Problemstilling 3:

Fungerer samarbeidet mellom NGLMS og helse- og omsorgstjenestene i samarbeidskommunene på en tilfredsstillende måte?

Konklusjon:

Samarbeidet mellom NGLMS og helse- og omsorgstjenestene i samarbeidskommunene fungerer tilfredsstillende.

Begrunnelse:

Ifølge helse- og omsorgstjenesteloven skal det legges til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig for å tilby helse- og omsorgstjenester. Dette gjelder uavhengig av om de kommunale tjenestene er organisert lokalt eller i et regionalt samarbeid. Revisjonen har ikke vurdert samarbeidet mellom kommunene og det regionale helseforetaket.

De kommunale tjenestene som samarbeider med NGLMS er først og fremst legene og tildelingskontorene. Legene har en nøkkelrolle når det gjelder vurdering av behov for helsetjenester, også tjenester fra NGLMS. Det er tildelingskontorene i deltakerkommunene som fatter vedtak om intermediær sengeplass ved NGLMS og sengeavdelingens kontakt med helsetjenester i pasientens hjemkommune skal i hovedsak skje gjennom tildelingskontorene.

Med bakgrunn i innsamlet informasjon vurderer revisjonen at samarbeidet mellom NGLMS og deltakerkommunene fungerer godt, både i forhold til legene og tildelingskontorene.

Problemstilling 4:

Hva er årsaken til den store variasjonen mellom deltakerkommunene når det gjelder bruk av plasser ved sengeavdelingen?

Det er ikke utarbeidet revisjonskriterier for problemstilling 4 som revisjonen kan vurdere kommunenes praksis opp mot. Det er derfor heller ikke utarbeidet en konklusjon, men en oppsummering av gjennomgangen i kapittel 8.

Statistikken viser at det er stor variasjon i kommunenes bruk av sengeavdelingen ved NGLMS, dette gjelder både intermedisærseger og KAD. Samarbeidskommunene oppgir følgende punkter som viktig når det gjelder bruken av sengeavdelingen:

- Kapasitet og kompetanse i egen kommune
- Avstand
- Økonomi

Så lenge kommunene har ledig kapasitet i institusjon i egen kommune, og en kompetent bemanning, er det mer økonomisk å benytte ledige plasser i egen kommune. Dette ser også ut til å gjelde for bruken av KAD. Bruken av sengeavdelingen øker når kommunene har liten kapasitet i egen kommune, og omvendt. Videre gir kommunene tilbakemeldinger om at avstand er et viktig argument for å gi et tilbud i hjemkommunen, særlig for de eldste. Dette gjelder ikke Vågå.

Det kan altså se ut som at bruken av sengeavdelingen, i særlig grad intermedisærseger, i liten grad er styrt av diagnoser og innleggelseskriterier, men at avdelingen fungerer mer som et ekstratilbud eller avlastning for kommunene når det ikke er ledig kapasitet i hjemkommunen.

Problemstilling 5:

Er beregninger og fordeling av kostnader i samsvar med avtale?

Konklusjon:

Fordelingen av kostnader mellom deltakerkommunene er i samsvar med finansieringsmodellen som er gitt i vertskommuneavtalen. Vertskommuneavtalen gir imidlertid ingen føringer for hvordan kostnadene skal beregnes. Det er i liten grad dokumentert at sentrale faktorer og beregningsmetoder som har betydning for kostnadsgrunnlagene er i samsvar med vedtak eller felles beslutninger.

Begrunnelse:

Revisjonen har gjennomført en overordnet sjekk av kostnadsgrunnlagene for å se om noen utgifter virker urimelige eller ikke tilhører tjenesten. Kostnadsgrunnlagene inneholder både direkte og indirekte fordelte kostnader, dvs. kostnader som fordeles mellom avdelingene ved NGLMS, eller mellom Sel kommunes ulike tjenesteområder, etter fastlagte fordelingsnøkler. Siden sengeavdelingen består av både kommunale og interkommunale senger, må kostnadsgrunnlaget også fordeles mellom Sel kommune og det regionale helsesamarbeidet. Dette blir gjort gjennom en komplisert modell der pleiefaktorer benyttes som fordelingsnøkkel. Modellen gir grobunn for tvil vedrørende kostnadsgrunnlagene og om kommunale og interkommunale kostnader blandes sammen. Ifølge Sel kommune var fastsettelsen av pleiefaktorene gjenstand for et grundig arbeid ved oppstarten av LMS. Revisjonen mener at pleiefaktorene er vesentlige i fordelingen av kostnader ved sengeavdelingen og at disse bør vurderes med jevne mellomrom og i forståelse med samarbeidskommunene.

Andre kostnader som fordeles mellom avdelingene er felleskostnader knyttet til bygget. Eiendomsavdelingen har ansvaret for å fakturere, men sier at de ikke har kjennskap til avtaler eller grunnlag som har ligget i bunn for faktureringen.

1 INNLEDNING

1.1 KONTROLLUTVALGENES BESTILLING

Alle de seks kontrollutvalgene i Nord-Gudbrandsdalen har satt opp Nord-Gudbrandsdal lokalmedisinske senter (NGLMS) som prioritert tema i sine planer for forvaltningsrevisjon. Senhøsten 2020 fattet alle kontrollutvalgene vedtak om en bestilling av en foranalyse knyttet til temaet.

Innlandet Revisjon IKS presenterte en foranalyse om NGLMS i de seks kontrollutvalgene i mars 2021. Alle kontrollutvalgene tok foranalysen til orientering og ønsket å gå videre med en forvaltningsrevisjon. Innlandet Revisjon IKS mottok en bestilling fra Sekretariatet for kontrollutvalga i Nord-Gudbrandsdalen den 7.5.2021 om gjennomføring av en felles forvaltningsrevisjon med bakgrunn i foranalysen:

Kontrollutvalgene i Nord-Gudbrandsdalen har vedtatt forvaltningsrevisjon av Nord-Gudbrandsdalen lokalmedisinske senter (NGLMS). Samtlige kontrollutvalg i 6k samt styret i SKNG har vedtatt forvaltningsrevisjon av NGLMS i samsvar med revisors formål og problemstillinger som har fremkommet i foranalysen.

Bakgrunnen for kontrollutvalgenes prioritering av temaet NGLMS er først og fremst et ønske om å se nærmere på styringen av vertskommunesamarbeidet. Kontrollutvalgene har stilt spørsmål ved flere sider av helsesamarbeidet, blant annet hvorfor det er så stor variasjonen mellom kommunene i bruken av enkelte tjenester, om kostnadsberegningene knyttet til samarbeidet er riktige, samt om føringene gitt i samarbeidsavtalen er fulgt opp, herunder spesielt hvilken kommunikasjon som er etablert mellom vertskommunen og samarbeidskommunene.

1.2 FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER

Formålet med revisjonen er å evaluere helsesamarbeidet knyttet til NGLMS. Det er gått nærmere ti år siden helsesamarbeidet ble formalisert som et vertskommunesamarbeid (1.1.2012), og det er derfor nyttig å kartlegge og vurdere hvordan ulike sider av samarbeidet fungerer i dag.

Forvaltningsrevisjonen er avgrenset til å se på styringen av samarbeidet, og hvordan de ulike føringene for samarbeidet er fulgt opp. Kvaliteten på tjenestene som driftes ved NGLMS er ikke en del av denne revisjonen. Vi har heller ikke sett på forholdet mellom NGLMS og Sykehuset Innlandet.

Det er formulert følgende problemstillinger for prosjektet:

1. I hvilken grad er bestemmelser gitt i vertskommuneavtalen fulgt opp?
2. Er det etablert tilfredsstillende styringsmidler i samarbeidet?
3. Fungerer samarbeidet mellom NGLMS og helse- og omsorgstjenestene i deltakerkommunene på en tilfredsstillende måte?

4. Hva er årsaken til den store variasjonen mellom kommunene når det gjelder bruk av plasser ved sengeavdelingen?
5. Er beregninger og fordeling av kostnader i samsvar med avtale?

Problemstilling 1 tar utgangspunkt i samarbeidsavtalen som er utarbeidet for helsesamarbeidet. Vi undersøker om bestemmelsene i avtalen er fulgt opp og hvordan de gjennomføres i praksis.

Under *problemstilling 2* kartlegger vi hvilke styringsmidler som er etablert i samarbeidet og i hvilken grad disse gir samarbeidskommunene muligheter til innsikt og påvirkning. Et styringsmiddel er et virkemiddel eller en metode som benyttes til å styre eller kontrollere noe med, f.eks. budsjettprosess, rapportering, og møttestruktur¹.

Under *problemstilling 3* kartlegger vi og vurderer (der det er mulig) samarbeidet mellom tjenestene som utføres ved NGLMS og aktuelle tjenester i de seks deltakerkommunene. Aktuelle tjenester i kommunene er først og fremst tildelingskontorene og legene.

I *problemstilling 4* prøver vi å finne årsaker til den store forskjellen mellom deltakerkommunenes bruk av sengeavdelingen ved NGLMS. Denne problemstillingen er en ren kartlegging.

I *problemstilling 5* går vi inn i beregningene av kostnadene forbundet med helsesamarbeidet. Vi sjekker at kostnadene som inngår i grunnlaget er relevante og at det er et klart skille mellom kostnader som tilhører Sel kommune og vertskommunesamarbeidet.

1.3 NGLMS

Begrepet lokalmedisinsk senter (LMS) brukes om kommunale helsetilbud der én eller flere kommuner samarbeider med spesialisthelsetjenesten om tjenester til pasienter før og etter, eller istedenfor, innleggelse i sykehus². I forbindelse med innføringen av samhandlingsreformen³ fikk kommunene en rekke nye oppgaver og ansvar knyttet til helse- og omsorgstjenestene. Etablering av lokalmedisinske sentre ble trukket fram som en løsning for å kunne ta hånd om de nye «kommuneoppgavene» og skape en samhandlingsarena mellom tjenester og over flere forvaltningsnivåer.

Hvilke funksjoner som legges til et lokalmedisinsk senter er opp til kommunene, men kan typisk være legevakt, fødeavdeling, ergoterapi, fysioterapi, dialyse, røntgen, akuttsenger og spesialiserte korttidssykehjemssenger, såkalte intermediearenheter. Tjenestene er en blanding av spesialisthelsetjenester og kommunale helsetjenester. Spesialisthelsetjenestene som tilbys er fastlagt i avtaler mellom kommunene og det regionale helseforetaket.

Den opprinnelige idéen bak etableringen av et lokalmedisinsk senter på Otta var å gi et bedre tilbud til pasientgrupper som ellers måtte reise til sykehuset på Lillehammer for behandling. Et slikt tjenestetilbud forutsatte et tett samarbeid mellom kommunene i Nord-Gudbrandsdal⁴ og med spesialisthelsetjenesten

¹ Hentet fra NIBR-rapport 2016:18; *Folkevalgt lederskap og kommunal organisering*.

² Meld. St. 16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015).

³ St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen.

⁴ I starten var også Nord-Fron og Sør-Fron kommuner tenkt som aktuelle samarbeidskommuner.

(Lillehammer/Gjøvik), og bruk av moderne kommunikasjonsmetoder/teknologi. Det ble igangsatt et prosjekt i 2009/2010 som skulle utrede organisasjonsmodell, samarbeidsområder og tjenestetilbud for det nye senteret⁵.

Den 1.1.2012 ble Nord-Gudbrandsdal lokalmedisinske senter (NGLMS) iverksatt som en driftsenhet i Sel kommune. Helsetjenestene som tilbys i lokalene er tjenester knyttet til det interkommunale helsesamarbeidet i Nord-Gudbrandsdalen, lokale helsetjenester i Sel kommune, samt spesialisthelsetjenester i regi av Sykehuset Innlandet og private spesialister. Sel kommune er vertskommune for det interkommunale helsesamarbeidet og eier og drifter lokalene/bygget.

1.3.1 INTERKOMMUNALT HELSESAMARBEID KNYTTET TIL NGLMS⁶

Vertskommunesamarbeidet startet i 2012 og omfatter følgende oppgaver:

- Legevakt
- Legevaktsentral
- Jordmorvakt
- Øyeblikkelig hjelp døgnopphold (KAD), tre sengeplasser
- Intermediære sengeplasser, seks sengeplasser
- Følge opp kommunenes ansvar for undervisning og praktisk opplæring, etter- og videreutdanning, samt forskning (Helse- og omsorgstjenesteloven kap. 8).
- (Koordinator for samfunnsmedisin – følge opp prioriterte oppgaver knyttet til kommunenes ansvar for folkehelsearbeid (Folkehelseloven kap. 2)). Stillingen er for tiden ikke besatt.

Legevakt og legevaktsentral (krav i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 3)

Legevakten dekker de seks kommunene i Nord-Gudbrandsdalen og er bemannet med én lege. I tillegg har én lege i regionen sekundærvakt hjemmefra som utkalles ved behov. Samarbeidet er basert på at alle fastleger (i hjemler) og turnusleger i kommunene skal delta i vaktordningen og at vaktbelastningen deles likt på alle som ikke har rett på fritak⁷.

Legevaktsentralen betjener alle telefoner til legevakt fra kommunene i norddalen⁸. Legevaktsentralen er en del av den medisinske nødmeldetjenesten, og skal motta og håndtere henvendelser fra innbyggerne i legevaktdistriktet. I tillegg betjenes en alarmsentral, som i hovedsak er et mottak for trygghetsalarmer⁹, men de tar også imot andre alarmer som røyksensorer, dørsensorer (institusjon), brann- og innbruddsalarm for kirker.

Ved legevakten/legevaktsentralen er det ansatt ca. 9 årsverk sykepleiere og annet helsepersonell¹⁰ som går i døgnkontinuerlig vaktjeneste og betjener legevaktsentralen og alarmsentralen, samt utfører helserelaterte oppgaver i legevaktens åpningstider. Det er alltid to personer på vakt samtidig.

⁵ Informasjonen er hentet fra *Prosjektrapport for Nord-Gudbrandsdal lokalmedisinske senter; Helsesamarbeid for framtida, februar 2012.*

⁶ Informasjon fra www.NGLMS.no og samtaler med ansatte ved NGLMS.

⁷ Iht fastlegeforskriften § 13.

⁸ Fronskommunene var med i legevaktvarslingen fram til høsten 2019.

⁹ Mottak av trygghetsalarmer gjelder også Nord-Fron og Sør-Fron kommuner.

¹⁰ Det er nå krav om at personell som betjener legevakttelefon skal være utdannet sykepleier eller ha annen relevant 3-årig bachelorutdanning (f.eks. paramedic).

Jordmorvakt

Jordmorvakten er en døgnkontinuerlig beredskapsvakt for kommunene i norddalen. Vakthavende jordmor skal blant annet gi råd, veiledning og undersøkelse ved akutte helseproblemer i graviditet og henvise til fastlege, legevakt, eller spesialisthelsetjeneste ved behov. De er også følgetjeneste for fødende som skal til sykehuset.

Jordmorvakt-samarbeidet innebærer at alle kommunene tilfører ordningen én jordmor-ressurs hver. Hver kommune forplikter seg til å bidra med 52% jordmor-ressurs i vakttjeneste, eller til å dekke 1/6 av de døgnkontinuerlige vaktene. Kommunene rullerer på ansvaret som koordinerende jordmor. Sykehuset Innlandet bidrar med ca. 1 mill. i året i tilskudd til tjenesten, resten betales av kommunene.

Øyeblikkelig hjelp døgnopphold (krav i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5)

I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven har kommunene plikt til å sørge for tilbud om døgnopphold til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelige helse- og omsorgstjenester¹¹. Slike såkalte KAD-plasser (kommunal akutt døgnenhet) erstatter sykehusinnleggelse for pasienter med avklart diagnose som kan behandles av den lokale helsetjenesten. Eksempler på tilstander kan være smerteproblematikk, eller kjent funksjonssvikt hos eldre pasienter.

KAD-sengene er en del av sengeavdelingen ved NGLMS. Opphold på KAD-plass er maks 72 timer. Ved behov for lengre innleggelse overføres pasienten til annen type opphold. Henvisning til innleggelse for KAD-plass gjøres av vakthavende lege på legevakten eller av fastlegene i deltakerkommunene når legevakten ikke er betjent. Legevakslegen har ansvar for pasienten i vakttid, og tilsynslege på sengeavdelingen har ansvar utenom vakttid.

Det regionale helsesamarbeidet består av tre KAD-senger. Beleggsprosenten var 39,8% (436 liggedøgn) i 2021.

Intermediære sengeplasser

Intermediærsengene er en del av sengeavdelingen ved NGLMS. Intermediærsenger er et tilbud for pasienter som en periode har behov for forsterket tilbud i stedet for, eller etter, sykehusinnleggelse, og hvor hjemkommunene vurderer at de ikke vil kunne ivareta pasientens behov. Tilbudet består av palliative senger, postoperative rehabiliteringssenger, og medisinske senger. Opphold på en intermediær plass skal som hovedregel ikke være lenger enn åtte uker.

Det er et poeng at sengeavdelingen ved NGLMS skal ha en bemanning og en kompetanse som overgår kommunenes bemanning i sykehjem og hjemmetjenester. Sengeavdelingen skal ha tilgjengelig tilsynslege, legedekning døgnet rundt ved behov, sykepleierdekning døgnet rundt, tilbud om fysioterapi og ergoterapi, samt spesialsykepleiere til aktuelle fagområder (f.eks. dialysesykepleie, kreftsykepleie).

Innleggelse på intermediær avdeling avgjøres ved vedtak av tildelingskontoret i den enkelte kommune i samarbeid med avdelingsleder for sengeavdelingen ved NGLMS.

¹¹ Plikten ble gjeldende fra 1.1.2016, men kommuner som opprettet tilbud tidligere fikk et øremerket tilskudd fra det året de etablerte tilbudet (2012-2015). Fra 1.1.2017 ble plikten utvidet til også å gjelde for pasienter med psykiske helse- og rusmiddelproblemer.

Ifølge avdelingsleder ved sengeavdelingen er det alle typer pasienter som legges inn på avdelingen, men mange er eldre. Pasientene som legges inn er generelt mye dårligere nå enn tidligere. Det kan være pasienter med omfattende rehabiliteringsbehov, enten som følge av et hjerneslag eller en ulykke, og ofte ulike bruddskader. Det kan også være palliative pasienter med kompliserte sykdomsforløp. Andre tilstander kan være kols, luftveisproblemer, eller dialysepasienter. Sengeavdelingen er ofte en minisykehusavdeling.

Fra 1.1.2021 er det inngått avtale med Sykehuset Innlandet om kjøp av ledig kapasitet for pasienter fra Distriktpsikiatrisk senter (DPS). DPS betaler for 600 liggedøgn i året, og det skal alltid være tilgjengelig kapasitet. Behandlingen av disse pasientene ivaretas av spesialisthelsetjenesten, mens avdelingen har den daglige omsorgen og tryggingen av pasientene.

Det regionale helsesamarbeidet består av seks intermedisærseger. Beleggsprosenten var 81,5% (1785 liggedøgn inkl. DPS) i 2021.

Koordinator for samfunnsmedisin

Stillingen som koordinator for samfunnsmedisin har vært vakant siden årsskiftet 2016/2017. Det var, ifølge Sel kommune, en felles beslutning i rådmannsutvalget om å ikke videreføre stillingen da daværende koordinator sluttet.

1.3.2 SPESIALISTHELSETJENESTER VED NGLMS

Sykehuset Innlandet og private spesialister utfører polikliniske tjenester og dagbehandling på flere områder. Personell ved NGLMS benyttes som støttepersonell for spesialisthelsetjenestene. Det er inngått avtale om kjøp av støttepersonell med Sykehuset Innlandet, hvor kostnadene deles 50/50.

Tjenester som tilbys er blant annet røntgen, lysbehandling, dialyse og andre polikliniske spesialisthelsetjenester som gynekolog, ortoped, nevrolog, audiograf, og hudlege.

I tilknytning til NGLMS sine lokaler er det også poliklinikker innen voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri.

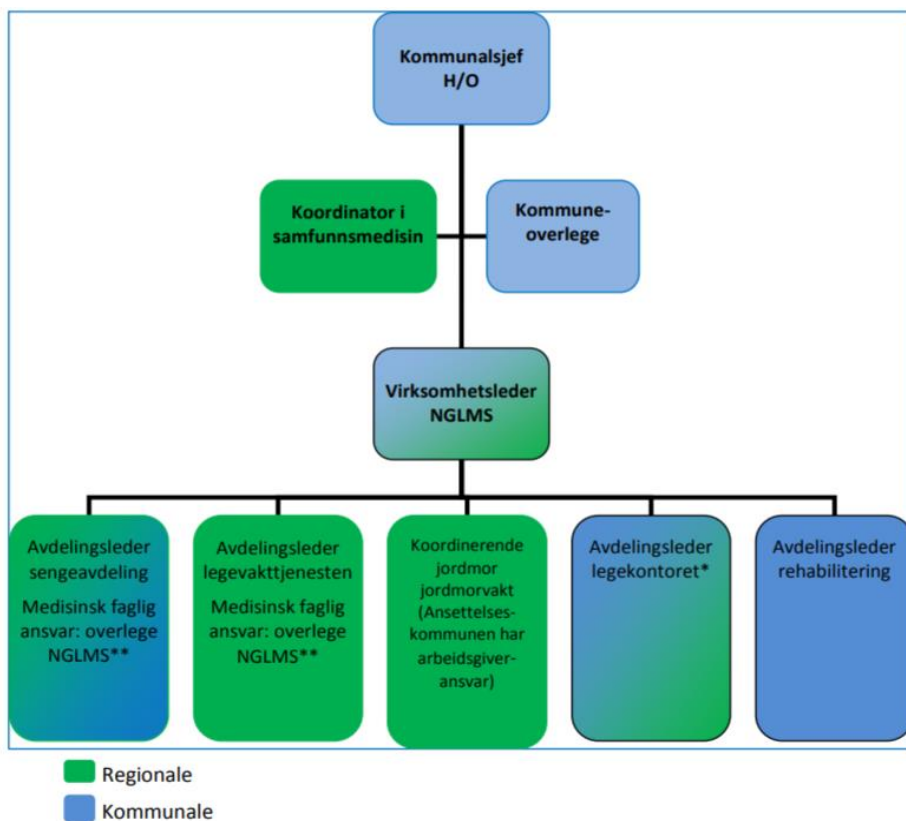
1.3.3 KOMMUNALE HELSETJENESTER I SEL KOMMUNE LOKALISERT VED NGLMS

Sel kommune tilbyr følgende kommunale helsetjenester ved NGLMS:

- 6 korttidsplasser ved sengeavdelingen
- Otta legekantor
- Fysio- og ergoterapitjenesten i Sel, i egen rehabiliteringsavdeling

Sel kommune eier og drifter lokalene som brukes av NGLMS. Sykehuset Innlandet (SI) leier lokaler til røntgen, dialyse, og to kontorer til spesialistpoliklinikker.

1.3.4 ORGANISASJONSKART NGLMS



* Regionalt ansvar/oppgaver: Lysbehandling i regi av spesialisthelsetjenesten. Hudlegen har det faglige ansvaret for lysbehandlingen.

** Det vil bli endringer i stillingen sommer /høst 2017

Organisasjonskartet viser fordelingen mellom regionalt og kommunalt (Sel kommune) ansvar.

1.4 ADMINISTRATIVT VERTSKOMMUNESAMARBEID

Helsesamarbeidet i Nord-Gudbrandsdalen er organisert som et interkommunalt vertskommunesamarbeid regulert i kommuneloven § 20-2¹², såkalt administrativt vertskommunesamarbeid. Vi gir derfor en kort beskrivelse av denne modellen for interkommunalt samarbeid.

For administrativt vertskommunesamarbeid gjelder følgende;

En kommune (samarbeidskommune) kan avtale med en annen kommune (vertskommune) at vertskommunen skal utføre oppgaver og treffe vedtak i saker som *ikke har prinsipiell betydning*.

Vertskommunesamarbeidet er ikke et eget selskap eller et eget rettssubjekt, men organisatorisk en del av vertskommunens virksomhet og dennes styringsstruktur. Kommunestyret i samarbeidskommunen gir instruks til egen kommunedirektør om å delegere myndigheten sin innenfor et bestemt område til kommunedirektøren i vertskommunen.

¹² § 28b fram til ny kommunelov av 2018.

Vertskommunen vil naturlig ha en sentral rolle innenfor det interkommunale samarbeidet, og vil også ha den alminnelige styringsretten som arbeidsgiver. Til grunn for vertskommunesamarbeidet skal det foreligge en skriftlig samarbeidsavtale, jf. kommuneloven § 20-4, som skal vedtas av kommunestyret selv.

Vertskommunesamarbeid er en samarbeidsform som er utviklet for samarbeid om lovpålagte oppgaver og utøvelse av offentlig myndighet¹³, men kan også nyttes til samarbeid om andre typer oppgaver.

1.5 VERTSKOMMUNEAVTALEN NGLMS

Vertskommuneavtalen, eller samarbeidsavtalen, gjelder samarbeid om drift av tjenester ved NGLMS for kommunene Sel, Vågå, Lom, Skjåk, Lesja og Dovre, der Sel kommune er vertskommune. Vertskommuneavtalen ble opprinnelig vedtatt i 2012, senere revidert i 2015 og 2021¹⁴.

Avtalen er inndelt i 22 kapitler. **Kapittel 1** beskriver partene i samarbeidet, samarbeidsform, og forholdet til Sykehuset Innlandet (SI). SI driver spesialisthelsetjenester i samme bygg iht. leiekontrakt mellom Sel kommune og SI.

Kapittel 2. Bakgrunn og formål.

Partene er enige om at hovedmålsettingene med samarbeidet er;

- Å organisere kostnadseffektive helsetjenester med god brukertilfredshet.
- Å etablere en behandlingsskjede med riktig kompetanse på riktig nivå til rett tid.
- Å hindre unødig belastning i forbindelse med behandlingen og unngå ekstra liggedøgn i sykehus for pasienten.
- Å hindre at pasienten unødig legges inn på sykehus.
- Å vektlegge forebygging og mestring av sykdom.

Kapittel 3. Virkeområdet

I dette punktet listes det opp hvilke oppgaver vertskommunesamarbeidet omfatter. I den reviderte avtalen av 28.5.2021 er punktet om koordinator for samfunnsmedisin tatt ut. Koordinatoren hadde ansvar for å følge opp prioriterte kommunale oppgaver iht. folkehelseoven.

Kapittel 4. Om vertskommunesamarbeidet

Vertskommunen organiserer selv sin virksomhet ut fra de oppgaver den etter avtalen skal løse. Vertskommunen kan ikke treffe avgjørelser i saker som er av prinsipiell betydning.

Kapittel 5. Spesialisthelsetjenester fra SI

SI tilbyr spesialisthelsetjenester i henhold til de enhver tid gjeldende samarbeidsavtaler. Vertskommunen er ikke faglig ansvarlig for drift og utvikling av spesialisthelsetjenestene.

¹³ Treffe vedtak etter forvaltningsloven, vedtak som er bestemmende for privatpersoners rettigheter og plikter. F.eks. vedtak om hjemmetjenester, spesialundervisning, sosialtjenester, etc.

¹⁴ Ifølge kommunedirektør i Sel er det kun gjort redaksjonelle endringer, og revidert avtale er derfor kun behandlet administrativt.

Kapittel 6. Vertskommunens plikter

Kapitlet omtaler vertskommunens plikter. Vertskommunen har ansvar for administrasjon og drift av oppgavene som omfattes av vertskommuneavtalen vedrørende NGLMS, herunder å koordinere helsetilbudet med SI.

Kapittel 8. Sengeplasser

Samarbeidet omfatter intermediære sengeplasser (IMS) og kommunalt akutt døgnopphold (KAD) ved sengeavdelingen.

Kapittel 9. Dialog-/ samarbeidsmøter

Vertskommunen skal gjennomføre politisk og administrativt dialogmøte hver vår. I tillegg skal vertskommunen gjennomføre to årlige samarbeidsmøter med SI.

I **kapittel 10** omtales kvalitetsutvalget for interkommunale helsetjenester. Utvalget skal gjennomgå avvik, klager, og faglige utfordringer og gi råd til forbedringstiltak.

Videre har vertskommunen ansvar for å utarbeide mandat, etablere og bistå brukerutvalget, jf. **kapittel 11**.

I den reviderte avtalen fra 2021 er det kommet inn et nytt **kapittel 12** om drifts- og utviklingsråd (DUR). Drifts- og utviklingsrådet har som oppgave å bistå NGLMS med utviklingsarbeidet, samt å gi råd om driften og om helsesamarbeidet i regionen.

Under **kapittel 13. Budsjett og kostnader** står det at vertskommunen skal utarbeide budsjett med økonomiplan og oversende dette til samarbeidskommunene. Kostnadene for de ulike tjenestene fordeles mellom deltagerkommunene etter vedtatte fordelingsnøkler.

I **kapittel 15** er det gitt bestemmelser om vertskommunens rapportering.

Samarbeidsavtalen inneholder i tillegg bestemmelser om samarbeidskommunenes plikter (kap. 7), forfall (kap. 14), avtalens varighet (kap. 16), oppsigelse (kap. 17), mislighold (kap. 18), tvister (kap. 19), kontaktperson (kap. 20), ikrafttredelse (kap. 21) og forbehold om kommunestyrets godkjenning (kap. 22).

Det er utarbeidd to tilleggsavtaler til vertskommuneavtalen. Disse er samarbeidsavtale om legevakt (4.4.2016) og samarbeidsavtale om felles jordmorvakt (1.1.2016).

2 METODE

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

Det ble avholdt oppstartsmøte for prosjektet den 28. august 2021. På møtet deltok kommunedirektør i Sel, Solveig Nymoen, kommunalsjef for helse og omsorg i Sel, Arild Kongsrud, virksomhetsleder ved NGLMS, Svein Helge Synstnes, daværende pleie- og omsorgsleder i Dovre, Reidun Øvre Øygard, og kommunedirektør i Vågå, Jan Egil Fossmo. De andre kommunene var også invitert, men hadde ikke anledning til å møte. Formålet med oppstartmøtet var å gå igjennom prosjektplanen med de involverte kommunene og informere om oppstart og opplegg for gjennomføring, samt utveksle informasjon. Det ble redegjort for problemstillinger, revisjonskriterier, og metode. Et referat fra oppstartmøtet ble sendt til alle seks kommuner.

Prosjektet baserer seg i stor grad på intervjuer i informasjonsinnhenting, samt dokumentanalyse. Det er også innhentet informasjon via e-post. Noen samtaler har foregått via videosamtale (Teams).

Datainnsamlingen gjelder i hovedsak perioden høsten 2021. For problemstillingen som gjelder beregninger og fordelinger av kostnader er det regnskapet for 2020 vi har benyttet som grunnlag, men vi har også hatt tilgang til regnskapene for 2018, 2019 og 2021. Det er plukket ut to tjenester som vi har sett nærmere på, disse er sengeavdelingen og legevaktsentralen.

2.1 DOKUMENTANALYSE

Følgende dokumenter er gjennomgått:

- Avregning samlet for helsesamarbeidet NGLMS, 2018, 2019, 2020, og 2021, Sel kommune
- Budsjett og økonomiplan 2021 – 2024, Sel kommune
- Budsjett 2022 og økonomiplan 2022 – 2025, Vågå kommune
- Budsjett 2022 og økonomiplan 2022 – 2025, Lesja kommune
- Handlingsdel til økonomiplan, budsjett 2022 og økonomiplan 2022 – 2025, Lom kommune
- Kommuneplanen sin handlingsdel med økonomiplan 2022 - 2025 og årsbudsjett 2022, Skjåk kommune
- Årsbudsjett 2022 – økonomiplan 2022-2025, Dovre kommune. Politisk sak med vedlegg
- Eierskapsmelding 2020, Sel kommune
- Internkontroll NGLMS
- Internfaktura fellesutgifter NGLMS med fakturagrunnlag pr. avdeling, 2020 og 2021
- Kvalitetsstandarder for helse-, omsorgs-, og rehabiliteringstjenester, Dovre kommune, godkjent nov. 2020.
- Kvalitetsstandard og kriterier for tildeling av helse-, pleie og omsorgstjenester i Lesja kommune, 2019 - 2020.
- Kvalitetsstandarder for tildeling av tjenester i pleie- og omsorg, Lom kommune, februar 2016.
- Kvalitetsstandard for tildeling av helse- og omsorgstjenester i Vågå kommune, revidert 2017
- Kvalitetsstandard for tildeling av tjenester i pleie og omsorg, Skjåk kommune, september 2016.

- Mandat kvalitetsutvalg, kommuneoverlegeforum og fastlegeforum
- Mandat drifts- og utviklingsutvalg, mai 2017
- Mandat brukerutvalg, februar 2019
- Prosedyrer sengeavdelingen NGLMS, 14.6.2017
- Regnskapsrapport sted 311 Lokalmedisinsk senter 2019 og 2020
- Synliggjøring av vertskommunekostnader ift. regionale helsetjenester – excel-fil
- Vertskommuneavtale 2015 og redigert versjon fra 2021
- Årsmelding NGLMS 2018 og 2019
- Årsmelding 2020, Skjåk kommune
- Årsmelding 2020, Dovre kommune, Del 1 og 2
- Årsrapport 2020, Vågå kommune
- Årsrapport 2020, Lesja kommune
- Årsmelding 2020 – ein digital presentasjon, Lom kommune.
- Årsberetning 2020, Sel kommune
- www.NGLMS.no og hjemmesidene til de seks kommunene, informasjon om helse- og omsorgstjenester.

2.2 INTERVJUER

Det er gjennomført intervju/samtale med følgende personer:

Sel kommune:

Ordfører Eldri Siem (6.10.21)

Kommunedirektør Solveig Nymoen (7.10.21)

Kommunalsjef helse og omsorg, Arild Kongsrud (4.10.21)

Virksomhetsleder NGLMS, Svein Helge Synstnes (4.10.21)

Avdelingsleder for sengeavdelingen, Vera Testad Midtgard (11.10.21)

Konstituert avdelingsleder for legevakt, Liv Randen (24.11.21)

Overlege ved NGLMS, Elisabeth Myrseth (24.11.21)

Tildelingskontoret i Sel v/ Kristin Green og Brit Mallouh, (Teams, 6.10.21)

I tillegg har vi hatt e-post-utveksling med personer i kommunen knyttet til problemstilling 5 om kostnader.

Vågå kommune:

Ordfører Harald Sve Bjørndal (25.11.21)

Kommunedirektør Jan Egil Fossmo (25.11.21)

Kommunalsjef helse og omsorg, Odd Erik Sveen (21.10.21)

Tildelingskontoret i Vågå v/ Synnøve Vistekleiven og Hanne Stokke Moen (21.10.21)

Økonomisjef Frank Roger Vangen (Teams, 14.12.21)

Lom kommune:

Ordfører Bjarne Eiolf Holø (18.10.21)

Administrasjonssjef Elin Fjeldberg (18.10.21)

Kommunalsjef helse og omsorg, Synne Skogsrud (18.10.21)

Skjåk kommune:

Ordfører Edel Kveen (19.10.21)

Kommunedirektør Ivar Bø (19.10.21)

Kommunalsjef helse og omsorg, Inger Helene Brandsar (19.10.21)

Tildelingskontoret i Lom og Skjåk v/ Ann Kristin Auale og Kathrine Brandsar (Teams, 10.11.21)

Økonomisjef Odd Gudbrand Aamodt (Teams, 10.12.21)

Dovre kommune:

Ordfører Guri Ruste (pr telefon, 7.12.21)

Rådmann Halvor Nissen (9.11.21)

Daværende pleie- og omsorgsleder Reidun Øvre Øygard (14.10.21)

Koordinerende jordmor i jordmorvakta, Kristine Lie (9.11.21)

Lesja kommune:

Ordfører Mariann Skotte (15.10.21)

Kommunedirektør Frank Westad (15.10.21)

Helse- og utviklingssjef Therese Gjersøe Hole (15.10.21)

Tildelingskontoret for Lesja (og tidligere Dovre) v/ Laila Holsbrekken (15.10.21)

I tillegg har vi hatt e-post utveksling med leder i kommuneoverlegeforumet, Kristine Stuedal, i desember 2021.

Andre:

Leder for brukerutvalget ved NGLMS, Kristen M Hyrve (18.10.21)

Virksomhetsleder Valdres LMS, Toril Naustdal (Teams, 15.12.21)

2.3 KVALITETSSIKRING – RELEVANS OG PÅLITELIGHET

Dataenes 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.

Med pålitelighet menes at data skal være mest mulig presise og nøyaktige. Dette er blant annet ivaretatt ved verifisering av intervjureferater og ved innhenting av uttalelse fra kommunedirektøren på utkast til rapport.

3 REVISJONSKRITERIER

I en forvaltningsrevisjon skal revisor utlede revisjonskriterier. Med kilder til revisjonskriterier mener vi de lover, forskrifter, retningslinjer, kommunale vedtak, faglige standarder mv som sier noe om hvordan den kommunale virksomheten skal drives. Disse kildene bruker vi til å utlede konkrete revisjonskriterier knyttet opp mot hver problemstilling. Hensikten med revisjonskriteriene er å sette opp noen autoritative¹⁵ standarder som kommunens praksis kan måles opp mot, og som er grunnlaget for revisjonens vurderinger.

I henhold til Standard for forvaltningsrevisjon (RSK 001), punkt 15, skal revisjonskriteriene være «relevante, konkrete og i samsvar med de kravene som gjelder for revidert enhet innenfor den aktuelle tidsperioden».

3.1 REVISJONSKRITERIER TIL PROBLEMSTILLING 1

I hvilken grad er bestemmelser gitt i vertskommuneavtalen fulgt opp?

I denne problemstillingen er det vertskommuneavtalen som er kilde til revisjonskriterier.

3.1.1 Vertskommuneavtale

Nedenfor gjengis bestemmelser i avtalen som vi mener er vesentlige i den løpende styringen av samarbeidet.

Kapittel 6. Vertskommunens plikter

Vertskommunen skal blant annet;

- I samarbeid med samarbeidskommunene gi innbyggerne løpende informasjon om vertskommuneavtalen og de tjenester som til enhver tid er tilgjengelige.
- Gi samarbeidskommunene innsynsrett i vertskommunens virksomhet.
- Innarbeide rutiner for hvordan deltakende samarbeidskommuner skal orienteres og delta i behandlingen av klager, tilsynsrapporter, og forvaltningsrevisjoner.
- Drifte og lede brukerutvalg.

Samarbeidskommunene plikter i likhet med vertskommunen å gi informasjon til egne innbyggere om helsetilbudet som vertskommuneavtalen omfatter, jf. **kapittel 7. Samarbeidskommunenes plikter.**

¹⁵ Autoritativ: toneangivende, med myndighet/autoritet

Kapittel 9. Dialog-/ samarbeidsmøter

Det skal avholdes et dialogmøte mellom partene i avtalen i løpet av første halvår hvert år. I møtet skal det gis aktuell informasjon om status, utvikling og utfordringer. Dialogmøtet er et politisk møte som gjennomføres i regionrådet.

I tillegg skal Sel kommune hvert år i løpet av første tertial avholde et administrativt dialogmøte med samarbeidskommunene og SI.

I **kapittel 10** omtales kvalitetsutvalget for interkommunale helsetjenester. Utvalget skal gjennomgå avvik, klager, og faglige utfordringer og gi råd til forbedringstiltak. Kvalitetsutvalgets arbeid og sammensetning av medlemmer skal evalueres av kommunene en gang i året.

Videre har vertskommunen ansvar for å utarbeide mandat, etablere og bistå brukerutvalget, jf. **kapittel 11**. Brukerutvalget skal ha relevant representasjon fra brukerorganisasjoner fra kommunene i nord- og midt-Gudbrandsdalen.

Det skal opprettes et drifts- og utviklingsråd (DUR), jf. **kapittel 12**. Drifts- og utviklingsrådet har som oppgave å bistå NGLMS med utviklingsarbeidet, samt å gi råd om driften og om helsesamarbeidet i regionen. Deltagere er regionrådsleder, kommunedirektør og ordfører i vertskommunen, 1 representant fra 6K helse, virksomhetsleder ved NGLMS og aktuelle fagledere, samt representanter fra SI.

Ifølge **kapittel 13** skal vertskommunen utarbeide budsjett med økonomiplan og oversende dette til samarbeidskommunene innen medio oktober. Kostnadene for de ulike tjenestene fordeles mellom deltagerkommunene etter vedtatte fordelingsnøkler.

I **kapittel 15** om rapportering står det at vertskommunen skal utarbeide tertialvise rapporter som skal danne grunnlag for evaluering av driften og samarbeidet mellom partene. Rapportene skal også danne grunnlag for årsmelding til administrativt og politisk nivå i vertskommunen, til administrerende direktør og styret i SI, og samarbeidskommunene.

3.1.2 Konkrete revisjonskriterier for problemstilling 1

Vi har formulert følgende konkrete revisjonskriterier for problemstilling 1, basert på gjennomgangen av vertskommuneavtalen.

- Vertskommunen og samarbeidskommunene skal gi løpende informasjon til innbyggerne om de helsetjenester som vertskommuneavtalen omfatter.
- Vertskommunen skal gi samarbeidskommunene innsynsrett i vertskommunens virksomhet.
- Vertskommunen skal ha rutiner for hvordan samarbeidskommunene skal orienteres og delta i behandlingen av klager, tilsynsrapporter, og forvaltningsrevisjoner.
- Vertskommunen skal utarbeide budsjett med økonomiplan og oversende dette til samarbeidskommunene innen medio oktober.

- Vertskommunen skal utarbeide tertialvise rapporter som skal danne grunnlag for evaluering av driften og samarbeidet mellom partene. I tillegg skal det utarbeides årsmelding til administrativt og politisk nivå i vertskommunen, til administrerende direktør og styret i SI, og samarbeidskommunene.
- Det skal avholdes dialogmøte mellom partene i avtalen i løpet av første halvår hvert år. I møtet skal det gis aktuell informasjon om status, utvikling og utfordringer. Dialogmøtet gjennomføres i regionrådet.
- Vertskommunen skal hvert år i løpet av første tertial avholde et administrativt dialogmøte med samarbeidskommunene og SI.
- Vertskommunen skal utarbeide mandat, drifte og bistå brukerutvalget. Brukerutvalget skal ha relevant representasjon fra brukerorganisasjoner fra kommunene i nord- og midt-Gudbrandsdalen, samt fra eldrerådene og råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne i samarbeidskommunene.
- Vertskommunen skal utarbeide mandat for kvalitetsutvalget for interkommunale tjenester. Utvalget skal gjennomgå avvik, klager, og faglige utfordringer og gi råd til forbedringstiltak. Kvalitetsutvalgets arbeid og sammensetning av medlemmer skal evalueres av kommunene én gang i året.
- Vertskommunen skal etablere drifts- og utviklingsrådet (DUR). DUR skal bistå NGLMS med utviklingsarbeidet og være en formell overordnet arena for strategisk og langsiktig planlegging mellom LMS, kommunene i Nord-Gudbrandsdal og SI.

3.2 REVISJONSKRITERIER TIL PROBLEMSTILLING 2

Er det etablert tilfredsstillende styringsmidler i samarbeidet?

Hvilke styringsmidler er tilgjengelige innenfor vertskommunemodellen? Hvordan bør et styringssystem for vertskommunesamarbeider innrettes for å gi god informasjonsflyt mellom deltakerkommunene? Hva innebærer god styringsinformasjon? Dette er spørsmål vi skal prøve å utlede svar på og som vil utgjøre revisjonskriterier til problemstilling 2.

Vi har brukt følgende kilder til revisjonskriterier for denne problemstillingen:

- Kommuneleven, Kapittel 20. Vertskommune.
- Veileder til *Vertskommunemodellen i kommuneloven § 28*¹⁶ a flg., utgitt av Kommunal- og regionaldepartementet.
- Rapporten *Folkevalgt lederskap og kommunal organisering*, NIBR, og arbeidshefte fra KS med samme navn.

Kommunene har stor handlefrihet når det gjelder å velge hvordan oppgaveløsningen skal organiseres. Mange av de mest vanlige organisasjonsformene er lovregulerte, slik som vertskommunesamarbeider, interkommunale

¹⁶ Veilederen er ikke oppdatert med nye lovparagrafer iht ny kommunelov av 2018. Kapittel om vertskommunemodell er ikke vesentlig endret i loven.

selskaper og aksjeselskaper, og kommunene må selvsagt følge lovgivningen som gjelder for den organisasjonsformen som er valgt. Slik lovgivning påvirker også hvilke styringsmidler som er til rådighet innenfor de ulike samarbeidsmodellene. Loven og lovens veileder er derfor naturlige autoritative kilder til revisjonskriterier knyttet til vår problemstilling.

I tillegg mener revisjonen at rapporten *Folkevalgt lederskap og kommunal organisering* gir en god oversikt over relevante styringsmidler innenfor ulike former for organisering av kommunal virksomhet. Rapporten er utarbeidet på oppdrag fra KS og bygger i hovedsak på dokumentstudier av regelverk og tidligere forskning. Den utgjør grunnlaget for et arbeidshefte med samme tema som inngår i KS` folkevalgtprogram. KS` folkevalgtprogram er et veiledende program for folkevalgte og administrative ledere i alle landets kommuner og fylkeskommuner og setter blant annet fokus på hva som kjennetegner god folkevalgt styring. Vi mener derfor at rapporten kan benyttes som en kilde til revisjonskriterier som kan supplere de øvrige kildene.

I utledningen nedenfor har vi tatt utgangspunkt i rapporten og arbeidsheftet *Folkevalgt lederskap og kommunal organisering* som knytter tilgjengelige styringsmidler til ulike faser i virksomhetens «levetid». Under hver fase har vi i tillegg tatt med utfyllende opplysninger fra kommuneloven/ veileder til kommuneloven om vertskommunemodellen (kap.20).

3.2.1 Etableringsfasen

Politikerne har det overordnede ansvaret for etablering av en kommunal virksomhet. Når det gjelder vertskommunesamarbeid er den viktigste muligheten til påvirkning nettopp i etableringsfasen og gjennom utforming av samarbeidsavtalen.

Samarbeidsavtalen

Det er et krav i kommuneloven (§ 20-4) at det skal inngås en skriftlig samarbeidsavtale mellom deltakerne i samarbeidet, og avtalen skal vedtas av kommunestyret selv i hver kommune.

Avtalen skal (minimum) inneholde bestemmelser om:

- Deltakere og hvem som er vertskommune.
- Hvilke oppgaver og hvilken myndighet som legges til vertskommunen.
- Tidspunktet for overføring av oppgaver og avgjørelsesmyndighet.
- Hvilke av vertskommunens vedtak deltakerkommunene skal underrettes om.
- Hvordan det økonomiske oppgjøret mellom samarbeidskommunene og vertskommunen skal foregå.
- Hvordan samarbeidet skal oppløses.
- Annet som etter lov skal fastsettes i avtale.

Vi ser at det er spesielt fjerde punkt i minimumskravene som omhandler informasjon mellom vertskommunen og samarbeidskommunene. Dette kravet tar hensyn til at samarbeidskommunene må ha tilgang til informasjon om virksomheten for å vurdere tjenesteproduksjonen.

Samarbeidsavtalen er selve grunnlaget for samarbeidet og alle forhold av betydning bør reguleres i avtalen. Kommunene står fritt til å regulere andre forhold enn minimumskravene som følger av loven, for eksempel:

- Informasjon til innbyggerne.
- Tilgjengelighet til tjenestene for innbyggerne i samarbeidskommunen.
- Innsynsrett for samarbeidskommunen i vertskommunens virksomhet.
- Instruks om hvordan oppgavene på et bestemt område skal løses på vegne av samarbeidskommunen, jf. § 20-2, fjerde ledd.
- Informasjon til deltakerne om mottatte klager, tilsynsrapporter, forvaltningsrevisjoner, mv.
- Hvordan leder av virksomheten skal utpekes, mv.

Det er bare endringer i minimumskravene som følger av loven som må vedtas av kommunestyret selv. Kommunedirektøren kan få delegert myndighet til å utforme eller endre andre bestemmelser i avtalen, for eksempel å utarbeide retningslinjer og rutiner for samhandling mellom deltakerkommunene.

3.2.2 Driftsfasen

Premissene for vertskommunesamarbeidet legges i etableringsfasen og når avtalen inngås. Det er imidlertid også flere styringsmidler som kan benyttes i driftsfasen.

Instruksjon

I tillegg til å utforme *generelle* instruksjoner når avtalen inngås, om hvordan oppgavene på et område skal løses på vegne av samarbeidskommunene, kan en samarbeidskommune gi en *spesial* instruks til vertskommunen, typisk om utfallet i en særskilt sak. Denne retten til instruksjon er avgrenset til å gjelde saker som alene angår deltakerkommunen eller dens innbyggere, jf. kommuneloven § 20-2, fjerde ledd.

Det operative ansvaret for helhetlig styring av kommunen ligger til kommunedirektøren. For virksomhet som er organisert utenfor egen driftsorganisasjon har imidlertid kommunedirektøren ingen formell instruksjonsmyndighet og politikerne kan heller ikke styre virksomheten via kommunedirektøren. Forskning har imidlertid vist¹⁷ at kommunedirektørens rolle i eierstyringen kan ha stor betydning, selv om han/hun ikke har formell instruksjonsmyndighet. Kommunedirektørens muligheter diskuteres videre under *Rapporteringskrav* nedenfor.

Budsjettvedtak

Selv om tjenesteproduksjonen foregår utenfor kommunens egen driftsorganisasjon krever den bevilgninger fra alle deltakerkommunene. Under budsjettbehandlingen har samarbeidskommunen mulighet til å legge føringer for tjenesten. Hvordan budsjettene utarbeides og hvordan prosessen fram mot endelig vedtak foregår har derfor betydning for styringen av samarbeidet. Budsjettet for den interkommunale virksomheten bør være tilgjengelig i deltakerkommunenes styringsdokumenter.

Rapporteringskrav

Politikere og administrativ ledelse er avhengige av informasjon om det interkommunale samarbeidet for å kunne ivareta ansvaret for styring og kontroll.

¹⁷ NIBR-rapport 2015:1. *Kommunale selskap og folkevalgt styring gjennom kommunalt eierskap* (Bjørnsen, Klausen og Winsvold)

Det er viktig å ta stilling til hvilke saker som regelmessig skal legges fram for kommunestyret, ev. for administrasjonen i samarbeidskommunene. Saker det kan rapporteres om kan være:

- Måloppnåelse, økonomisk status
- Resultater fra statlige tilsyn, forvaltningsrevisjonsrapporter, etc.
- Internkontroll
- Klagesaker, omgjøringsvedtak
- Statistikk
- Brukerundersøkelser, medarbeiderundersøkelser

Flere av punktene kan være del av årsrapport fra det interkommunale samarbeidet.

I praksis kan det være vanskelig for folkevalgte å gjøre seg kjent med og trenge igjennom den store mengden informasjon som framgår av årsmeldinger, regnskaper og lignende fra interkommunale samarbeider, kommunale selskaper, aksjeselskaper mv. I rapporten *Kommunale selskap og folkevalgt styring gjennom kommunalt eierskap* (2015)¹⁸, framgår det at dette er et problem for de folkevalgte. Svaret på problemet er i henhold til denne undersøkelsen å *ta i bruk kommunens egen administrasjon* på en mer aktiv måte. I undersøkelsen finner de at «det å ha en aktiv, systematisk og organisert oppfølging av selskapene fra kommuneadministrasjonens side, er et svært viktig ledd i den folkevalgte styringen. Men siden selskapene er løftet ut av den vanlige styrings- og kontroll-linjen, hvor rådmannen har det overordnede ansvaret overfor folkevalgt nivå, dreier dette seg ikke om en styringsfunksjon i vanlig forstand. Rådmannens og kommuneadministrasjonens rolle skal heller betegnes som en støttefunksjon til politisk ledelse».

Regnskap og årsrapporter bør legges fram på en slik måte at innhold, konsekvenser og styringsmuligheter er godt tilgjengelig for mottakerne. Det er også en utfordring å sikre at regnskaper og rapportering fra virksomheten ses i sammenheng med kommunens øvrige drift. Administrasjonen har en viktig rolle i å bidra til dette.

Kontrollordninger

Politisk og administrativ ledelse har ansvar for at kommunens innbyggere har et godt tjenestetilbud. Dette ansvaret kan ikke delegeres til en vertskommune. Det er derfor viktig at samarbeidskommunene følger opp at virksomheten det samarbeides om har en betryggende internkontroll og at kommunene/kommunestyret får tilstrekkelig informasjon om den kontrollen.

Kontrollutvalget i vertskommunen kan utføre revisjoner og kontroller med virksomheten i vertskommunen på vegne av alle deltakerne i vertskommunesamarbeidet, jf. kommuneloven § 20-9. Statlige tilsyn skal også rettes mot vertskommunen. Resultatene av disse er viktig informasjon for alle deltakerkommunene.

¹⁸ Rapporten undersøker hvorvidt kommunene klarer å ivareta hensynet til god, folkevalgt styring, når deler av virksomheten er organisert som egne *selskaper*. Revisjonen mener at resultatene om administrasjonssjefens rolle kan overføres til alle organisasjonsformer som innebærer drift utenfor egen organisasjon.

Kommunedirektørens plikt til å etablere internkontroll med forvaltningen følger av kommuneloven § 25-1. I tillegg gir helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 krav om at enhver som yter helse- og omsorgstjeneste etter loven skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Vertskommunen må kunne gjøre rede for hvordan denne plikten oppfylles.

Eiermøter og lignende

Kommuner organiserer ofte møter mellom folkevalgt og administrativ ledelse i kommunen og ledelsen i virksomheter som utfører oppgaver utenfor kommunens egen driftsorganisasjon. Fra kommunens side kan for eksempel virksomhetsledelsen inviteres til å orientere kommunestyret eller formannskapet om virksomheten, eller det kan være mindre fora der bare ordføreren eller noen få folkevalgte deltar.

I interkommunale samarbeider har mange kommuner innført ordninger med faste møter med kommunedirektørene og eventuelt ordførerne i deltakerkommunene. Delegering av myndighet skal gå fra kommunedirektøren i samarbeidskommunen til kommunedirektøren i vertskommunen, og kommunedirektøren i samarbeidskommunen har derfor en særlig anledning til å følge opp hvordan myndigheter og instruksjoner er fulgt opp av vertskommunen på samarbeidskommunens vegne.

3.2.3 Reorganiseringsfasen

Kommuneloven har fastsatt regler for oppløsning av og uttreden fra et vertskommunesamarbeid. Samarbeidsavtalen skal inneholde bestemmelser for uttreden og avvikling av samarbeidet. Revisjonen går ikke nærmere inn på styringsmidler i denne fasen.

3.2.4 Konkrete revisjonskriterier for problemstilling 2

Vi har formulert følgende konkrete revisjonskriterier for problemstilling 2, basert på gjennomgangen ovenfor:

- Budsjettprosessen og budsjettbehandlingen for helsesamarbeidet NGLMS skal gjennomføres på en slik måte at det gis god styringsinformasjon og mulighet for påvirkning for administrasjon og politikere i deltakerkommunene.
- Det er etablert rapporteringsrutiner mellom NGLMS/vertskommunen og samarbeidskommunene som gir samarbeidskommunene god styringsinformasjon om status og måloppnåelse for tjenestene det samarbeides om. Status for internkontroll/kvalitetsarbeid og resultater av ulike kontroller bør være en del av rapporteringen.
- Det er etablert faste møteplasser mellom den administrative og eventuelt politiske ledelsen i deltakerkommunene der informasjon om det interkommunale samarbeidet er tema.

3.3 REVISJONSKRITERIER TIL PROBLEMSTILLING 3

Fungerer samarbeidet mellom NGLMS og helse- og omsorgstjenestene i deltakerkommunene på en tilfredsstillende måte?

Vi har brukt følgende kilder til revisjonskriterier for problemstilling 3:

- Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4
- Vertskommuneavtalen

3.3.1 Helse- og omsorgstjenesteloven

§ 3-4. Kommunens plikt til samhandling og samarbeid

«Kommunens ansvar etter § 3-1 første ledd¹⁹ innebærer plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig for å tilby tjenester omfattet av loven her».

Kommunene har således plikt etter helse- og omsorgsloven til å legge til rette for samhandling mellom kommunale helsetjenester. Dette gjelder uavhengig av om en kommunal helsetjeneste er organisert i et regionalt samarbeid eller ikke.

3.3.2 Vertskommuneavtalen

Som vi har sett i kapittel 1.5 ovenfor, har deltakerkommunene blitt enige om et sett med mål for samarbeidet som gjengis i samarbeidsavtalen kapittel 2. Hovedmålsettingene setter brukeren i fokus og vektlegger at brukeren skal møte et «sømløst system» og få behandlingstilbud på riktig nivå til rett tid. Det er også et mål å samordne tjenestene til beste for pasienten/brukeren.

Andre punkter i avtalen som omhandler samarbeid finner vi i kapittel 8. Sengeplasser. Under intermediære sengeplasser står det; «Samarbeidskommunene fatter vedtak om innleggelse ved intermediær sengeplass. Vertskommunen v/NGLMS fatter vedtak om utskrivning. Begge prosesser betinger samarbeid og dialog partene imellom». Revisjonen antar at slik dialog også er viktig når det gjelder KAD-plasser.

¹⁹ Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd: Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendig helse- og omsorgstjenester.

3.3.3 Konkrete revisjonskriterier for problemstilling 3

- Det skal legges til rette for samhandling mellom kommunale tjenester utført ved NGLMS og helse- og omsorgstjenestene som ytes i kommunene. Herunder
 - Den kommunale legetjenesten bør ha et tett samarbeid med de ulike tjenestene som tilbys ved NGLMS, både kommunale- og spesialisthelsetjenester.
 - Sengeavdelingen bør samarbeide godt med tildelingskontorene i deltakerkommunene eller annen instans hvor vedtak om intermediasplass fattes.

3.4 REVISJONSKRITERIER TIL PROBLEMSTILLING 5

Er beregninger og fordeling av kostnader i samsvar med avtale?

Vi har brukt følgende kilder til revisjonskriterier for problemstilling 5:

- Vertskommuneavtalen kapittel 13
- Selvkostforskriften (2019)
- Veileder til selvkostforskriften²⁰ (november 2020)

3.4.1 Vertskommuneavtalen

Bestemmelser om fordeling av kostnader er beskrevet i kapittel 13. Budsjett og kostnader. Her står det at vertskommunen skal ha dekket alle sine utgifter til drift av NGLMS, herunder andel av kommunens generelle kostnader til støttetjenester som knytter seg til samarbeidet. Det er satt opp en finansieringsmodell for de ulike tjenestene.

Intermediære senger og KAD-senger:

- 20% av totalkostnaden for den enkelte tjeneste fordeles likt mellom deltakerkommunene.
- Betaling etter forbruk av liggedøgn.
- Rest fordeles etter folketall (pr 1.1. i regnskapsåret)

Jordmorvakt og legevakt:

- 20% av netto utgifter for den enkelte tjeneste fordeles likt mellom deltakerkommunene.
- 80% av utgiftene fordeles etter folketall pr. 1.1 i regnskapsåret.

²⁰ Kommunal- og moderniseringsdepartementets forklaringer til forskrift 11. desember 2019 nr. 1731 om beregning av samlet selvkost for kommunale og fylkeskommunale gebyrer (selvkostforskriften).

Legevaktsentral:

- 50% av netto utgifter i tjenesten fordeles likt mellom deltakerkommunene.
- 50% av utgiftene fordeles etter folketall pr. 1.1. i regnskapsåret.

Bistandspersonell for spesialisthelsetjenester:

- 50% av netto utgifter til tjenesten dekkes av SI.
- 50% av netto utgifter til tjenesten, som ikke dekkes av SI, fordeles likt mellom deltakerkommunene.
- 50% av utgiftene, som ikke dekkes av SI, fordeles etter folketall pr. 1.1. i regnskapsåret.

3.4.2 Selvkostforskriften med veileder

Selvkostforskriften gjelder for beregningen av samlet selvkost for et tjenesteområde når det er fastsatt i lov eller forskrift at kommunens gebyrer ikke skal være større enn kostnadene ved å yte tjenesten. Det regionale helsesamarbeidet er ikke et selvkostområde, men revisjonen mener at forskriften likevel kan være en relevant kilde til revisjonskriterier. Kostnadene forbundet med samarbeidet skal fordeles på alle deltakerkommunene, og det er viktig at fordelingsgrunnlaget inneholder kostnader som tilhører tjenestene det samarbeides om. Vertskommunens kostnader forbundet med de interkommunale tjenestene vil også inneholde både direkte og indirekte kostnader, slik som beregningsgrunnlaget for selvkost.

Nedenfor gjengis relevante punkter i forskriften. Kommentarer fra veiledningen er tatt med der dette gir utfyllende informasjon.

§ 2:

«Selvkost er kostnadene som direkte og indirekte gjelder produksjonen av tjenesten som det skal betales gebyr for, og omfatter både faste og variable drifts- og kapitalkostnader.

Kostnader som påløper uavhengig av tjenesten, skal ikke inngå i selvkost. Inntekter som knytter seg til kostnader som omfattes av selvkost, skal trekkes fra».

Dersom vi overfører dette til det regionale helsesamarbeidet skal kostnadene til fordeling på deltakerkommunene gjelde direkte og indirekte driftskostnader forbundet med tjenesteproduksjonen, og inntekter knyttet til tjenesteproduksjonen skal trekkes fra. Kostnader som ikke er henførbare til de aktuelle tjenestene skal holdes utenfor.

§ 3:

«Beregningsgrunnlaget for selvkost er regnskapsførte utgifter eller kostnader og regnskapsførte inntekter, så langt ikke noe annet følger av forskriften her».

Beregningsgrunnlaget for fordeling av kostnader på deltakerkommunene er utgifter og inntekter som er regnskapsført i vertskommunens årsregnskap. Bokførte innbetalinger underveis i regnskapsåret fra deltakerkommunene skal trekkes fra.

§ 4:

«Direkte driftskostnader omfatter kostnader til arbeid, varer og tjenester som brukes for å produsere og yte selvkosttjenesten.

Indirekte driftskostnader omfatter kostnader til stabs- og støttetjenester, fellestjenester og kontrollfunksjoner som utfyller eller understøtter selvkosttjenesten. Andelen indirekte driftskostnader som tilordnes selvkost, skal gjenspeile selvkosttjenestens bruk av disse tjenestene og funksjonene».

Bestemmelsene i § 4 definerer hva som regnes som direkte og indirekte driftskostnader. Kostnader som ikke gjelder produksjonen av eller som ikke utfyller eller understøtter de regionale helsetjenestene, og eventuelle tilhørende inntekter, skal holdes utenfor.

Veilederen utdyper forskriftens bestemmelser. Her står det blant annet at dersom ansatte utfører oppgaver for flere tjenester, må det ved beregning av kostnadsgrunnlaget foretas en fordeling av lønnskostnadene slik at bare lønnskostnader som er direkte henførbare tas med i selvkost som direkte kostnader. Videre står det at en rekke funksjoner kan inngå i grunnlaget for beregning av indirekte kostnader, blant annet interne funksjoner som ytes til tjenesten, slik som personaltjenester, juridiske tjenester, regnskap, IKT og arkiv mv.

§ 9:

«Kommunen eller fylkeskommunen skal ha dokumentasjon av hvordan beregningen av samlet selvkost er gjort».

I veiledningen til § 9 står det blant annet at dokumentasjonen skal gi organer og instanser som kontrollutvalg, revisjonen, fylkesmannen, Sivilombudsmannen o.l., eller andre som ønsker det, mulighet til å kunne se hvordan de ulike elementene av samlet selvkost for en gebyrbelagt tjeneste er beregnet. Dokumentasjonen må vise hvilke kostnader som er tatt med, hvilke fordelingsnøkler som er brukt for henføring av kostnader og hvordan fordelingsnøklerne er utledet. Videre må den vise hvilke inntekter som er trukket fra i selvkostberegningen.

Revisjonen mener at dokumentasjonskravet er relevant selv om de regionale helsetjenestene ikke er en selvkosttjeneste. Samarbeidskommunene betaler for en tjeneste de ikke drifter selv, og det er viktig at de kan se hvordan kostnadsgrunnlaget for tjenestene framkommer.

3.4.3 Konkrete revisjonskriterier for problemstilling 5

- Fordelingen av kostnader mellom deltakerkommunene skal følge finansieringsmodellen som er gitt i vertskommuneavtalen.
- Kostnadsgrunnlaget for helsesamarbeidet skal framgå av vertskommunens årsregnskap og inkludere direkte og indirekte kostnader forbundet med tjenesteproduksjonen. Inntekter knyttet til tjenesteproduksjonen skal trekkes fra.
- Vertskommunen skal ha dokumentasjon av hvordan beregningen av kostnadsgrunnlaget for helsesamarbeidet er gjort, samt av hvordan fordelingen mellom kommunene er beregnet. Dokumentasjonen må vise hvilke kostnader og inntekter som er tatt med, hvilke fordelingsnøkler som er brukt for henføring av kostnader og hvordan fordelingsnøklerne er utledet.

4 DATA

Informasjonen i kapitlet baserer seg på intervjuer med relevante personer i deltakerkommunene, samt på dokumentanalyse og gjennomgang av informasjon på kommunenes hjemmesider.

4.1 INFORMASJON OM NGLMS TIL INNBYGGERNE

Revisjonen har spurt deltakerkommunene om på hvilken måte de informerer egne innbyggere om helsetilbudet ved NGLMS. I tillegg har vi gått igjennom tilgjengelig informasjon om helsetjenester på kommunenes hjemmesider og i kommunenes årsmeldinger for 2020. I samtale med kommunene sier flere at de kan bli bedre til å synliggjøre tilbudet ved NGLMS til egne innbyggere.

Informasjon om helsetilbudet ved NGLMS i vertskommunen

Ifølge vertskommunen er kommunikasjonsformen ut mot innbyggerne primært via nettsiden NGLMS.no. Det ligger link til siden under tjenesteområde *Helse, omsorg og sosiale tjenester* på hjemmesiden til Sel kommune. Nettsiden skal være en kanal for å informere innbyggerne om det eksisterende tilbudet. Denne er imidlertid ikke blitt oppdatert på en stund, sier kommunalsjef for helse og omsorg i Sel.

Revisjonen har gått igjennom informasjonen som ligger på nettsiden NGLMS.no. Her ligger det informasjon om de ulike tjenestene, samt om regionale prosjekter, samarbeidsfora, samarbeidsavtaler og internkontroll. Mye av informasjonen er flere år gammel. For eksempel ligger det en omtale av den forrige virksomhetslederen. Under boksen *Regionale oppgaver/prosjekt* vises det kun til eldre prosjekt som er avslutta for flere år siden, og under boksen *Aktuelt* ligger det ingen nyere saker. Under boksen *Samarbeidsfora og avtaler* står det at det legges ut referater fortløpende fra utvalg som drives av NGLMS, men det er ikke lagt ut referat fra kvalitetsutvalget, kommuneoverlegeforum, eller fastlegeforum etter juni 2017. Brukerutvalget og Drifts- og utviklingsrådet (DUR) har oppdaterte referater.

Sel kommune sier at innbyggerne i tillegg får informasjon om tjenestene ved NGLMS gjennom øvrige helsetjenester, slik som fastlege, jordmortjenesten, tildelingskontor og sykehuset. Avisoppslag er også kanaler for informasjon, både oppslag de selv initierer og fra for eksempel brukere. Brukerutvalget er en viktig bidragsyter for å nå ut med informasjon om tilbudet ved NGLMS til brukergruppene, mener de.

Ellers deltar ledelsen ved NGLMS i diverse regionale fora hvor de informerer om tjenestene, f.eks. det årlige dialogmøtet med alle deltakerkommunene og Sl. Virksomhetslederen ved NGLMS deltar også i brukerutvalget, i kvalitetsutvalget og i DUR.

Når det gjelder informasjon om NGLMS sine tjenester i vertskommunen sin rapportering står det i Sel kommune sin årsberetning for 2020 følgende under avsnittet *Interkommunalt samarbeid*;

«I årsberetningen til den kommunen hvor et interkommunalt samarbeid har sitt hovedkontor skal det gis opplysninger om forhold som er viktige for å bedømme samarbeidets stilling og resultatet av virksomheten, og som ikke kommer fram av årsregnskapet, samt om andre forhold som er av vesentlig betydning for samarbeidet. Det blir utarbeidet en egen årsmelding for interkommunale samarbeid.»

Revisjonen finner ikke at det er utarbeidet egen årsmelding for interkommunale samarbeid i 2020. Det er heller ikke utarbeidet egen årsmelding for NGLMS. Ved søk på internett finner revisjonen en Youtube-video om tilbudet ved NGLMS fra 2016, som er presentert i forbindelse med Sel kommune sin årsmelding for 2015.

Informasjon på samarbeidskommunenes hjemmesider

Når det gjelder informasjon om tilbudet ved NGLMS i de andre deltakerkommunene ser vi at Vågå, Lom og Skjåk har lagt inn direkte link til NGLMS.no på de respektive hjemmesidene sine under tjenesteområde for Helse og omsorg.

I Dovre og Lesja må en ha noen flere klikk for å komme seg inn på Legetjenester før en finner link til NGLMS.no. På hjemmesidene til både Dovre og Lesja ligger det beskrivelser av tilbudene ved henholdsvis Fredheim omsorgssenter og Lesja sjukeheim. Her går det fram at begge kommuner tilbyr akuttopphold med døgntilsyn, der lege vurderer at det ikke er nødvendig med innleggelse ved sykehus eller øyeblikkelig hjelp ved NGLMS. Tilbud om intermedieærplass eller KAD-plass ved NGLMS er ikke beskrevet særskilt.

Alle kommunene, med unntak av Lom, omtaler den regionale Jordmorkvakt under sine beskrivelser av Jordmortjenester, og alle kommunene viser til regional legevakt under Legetjenester.

Kvalitetsstandarder for helse- og omsorgstjenester

Alle samarbeidskommunene har utarbeidet såkalte kvalitetsstandarder for tildeling av helse og omsorgstjenester²¹ som ligger tilgjengelig på kommunenes hjemmesider. Standardene skal gi informasjon hvilke helse- og omsorgstjenester kommunene tilbyr, og hva innbyggerne kan forvente av tjenestene.

I dokumentet «Kvalitetsstandarder for helse- omsorgs- og rehabiliteringstjenester i Dovre kommune» (vedtatt 23.11.2020) henvises det til legevakt og jordmorkvakt ved NGLMS. Under informasjon om korttidsopphold for rehabilitering ved Fredheim omsorgssenter står det at; «pasienter som har behov for et forsterket tilbud, kan legges inn på intermedieære senger på Nord-Gudbrandsdal Lokalmedisinske Senter, dersom kommunen vurderer at de selv ikke kan ivareta pasientens behov». Under informasjon om korttidsopphold for utredning og behandling ved Fredheim omsorgssenter står det at formålet er å gi personer som ikke trenger innleggelse på sykehus eller lokalmedisinsk senter mulighet for døgntilsyn. Det gis til slutt i dokumentet en egen beskrivelse av KAD-plasser ved NGLMS. Intermedieær-tilbudet er ikke beskrevet.

På Lesja kommune sine hjemmesider finner vi dokumentet *Kvalitetsstandarder og kriterier for tildeling av helse-, pleie- og omsorgstjenester i Lesja kommune 2019-2020*, vedtatt 13.12.2018. Dokumentet lister opp hvilke tjenester som ytes fra kommunens pleie- og omsorgstjeneste, men her er ikke NGLMS nevnt. Tilbud om KAD-plass eller intermedieærplass er ikke beskrevet i dokumentet, men under beskrivelsen av akuttopphold på Lesja sjukeheim står det at tilbudet *ikke må forveksles med øyeblikkelig hjelp seng (KAD), som for Lesja er på NGLMS.*

²¹ Kvalitetsstandardene har litt ulik benevnelse i de ulike kommunene.

I dokumentet *Kvalitetsstandard for tildeling av helse- og omsorgstjenester i Vågå kommune (2017)*, vedtatt 4.4.2017, er tjenestene ved NGLMS ikke omtalt. Det står imidlertid under beskrivelsen av korttidsopphold og rehabiliteringsopphold ved Vågåheimen at; «*Tenesta kan bli gjeve i institusjon i eller utanfor Vågå kommune. Om det ikkje er kapasitet ved Vågåheimen kan tenesta bli innvilga ved Nord- Gudbrandsdal lokalmedisinske senter eller ved sjukeheim i ei nærliggjande kommune*».

På Lom kommune sin hjemmeside finner vi dokumentet *Kvalitetsstandardar for tildeling av tenester i pleie og omsorg (2016)*. En av tjenestene som tilbys er korttids-rehabiliteringsopphold i institusjon/NGLMS. I beskrivelsen av tjenesten gis det ingen informasjon om tilbudet ved NGLMS, eller hva som skiller tilbudet ved Lom helseheim og NGLMS. Kvalitetsstandarden har ingen informasjon om døgnopphold øyeblikkelig hjelp (KAD-plass).

Skjåk kommune har utarbeidet dokumentet *Kvalitetsstandarder for tildeling av tenester i pleie og omsorg (2016)*. Tjenester ved NGLMS er ikke omtalt i dokumentet. Det gis tilbud om korttids- og rehabiliteringsopphold ved Skjåkheimen.

Det ligger ikke kvalitetsstandarder for helse- og omsorgstjenester på Sel kommune sin hjemmeside.

Informasjon i samarbeidskommunenes årsmeldinger/årsrapporter for 2020

Dovre kommunes årsmelding for 2020 er delt inn i en offisiell del (del 1), og en vedleggsdel (del 2) med detaljerte årsmeldinger. I del 1 står det følgende under rådmannens kommentarer om Helse- og omsorgstjenestene; «*Samhandlingsreformen trådte i kraft 1. januar 2012. Det er opprettet legevaktjeneste på Otta (NGLMS), og sykehjemmet Fredheim har gode tilbud til pasienter som trenger pleie og omsorg ved livets slutt. Sykehjemmet og hjemmetjenesten driver aktiv behandling, som medfører at en del pasienter kan få hjelp lokalt, og på den måten slippe å reise til Lokalmedisinsk senter (Otta) eller Sykehuset Innlandet (Lillehammer)*».

Under punktet «Samarbeid med andre kommuner» står det; «*Kommunen deltar i flere samarbeidsordninger, både regionalt, og med enkeltkommuner (se kapittel 7). Særlig viktige samarbeid er innenfor ict og legevakt med hhv Regiondata og NGLMS (Nord-Gudbrandsdalen Lokalmedisinske Senter)*».

I kapittel 7 er det satt inn en tabell som gir oversikt over samarbeid mellom kommunene i Nord-Gudbrandsdalen. Her er også NGLMS oppgitt.

I årsmeldingen del 2 gis det detaljerte årsmeldinger for de enkelte enhetene. I rapporteringen for Helse- og rehabiliteringsavdelingen opplyses det om deltagelse i regional legevaktordning og jordmorvakt. Under Pleie- og omsorgsavdelingen opplyses det at Dovre disponerer en korttids plass ved intermedieæravdelingen på NGLMS. Det oppgis videre statistikk for bruken av intermedieærplassen (beleggsprosent).

I Lesja kommune sin årsrapport for 2020 rapporteres det pr avdeling. Under Helse- og utviklingssjefens ansvarsområde står det at Lesja deltar i regionalt helsesamarbeid som omfatter tjenester levert fra NGLMS. Det henvises til NGLMS sin årsrapport. Det gis ingen beskrivelse/rapportering av interkommunale samarbeid i årsrapporten. Vågå kommune sin årsrapport for 2020 er en økonomisk statusrapport og inneholder ikke rapportering på avdelingsnivå/tjenestenivå. I Lom kommune sin digitale presentasjon av høydepunktene fra året 2020 er det ingen omtale av det interkommunale helsesamarbeidet.

I Skjåk kommune sin årsmelding for 2020 er det rapportert pr tjenesteområde. Under rapportering av økonomi for tjenesteområde Helse og omsorg står det at «overforbruket på om lag 500 000 kroner skuldast m.a. auka kostnader til kjøp av intermediære sengeplassar på NGLMS.

Dette kjøpet var heilt nødvendig fordi desse pasientane hadde behov for kompetanse og tilgang på andre tenester som Skjåk kommune ikkje har». Det er ikke gitt øvrig rapportering knyttet til tjenester ved NGLMS. Årsmeldingen har egen rapportering for det interkommunale barnevernssamarbeidet. Til slutt i årsmeldingen er det satt opp en oversikt over alle interkommunale samarbeid og andre samarbeidsavtaler der Skjåk kommune deltar, hvor også Lokalmedisinsk senter (NGLMS) er inkludert.

4.2 BUDSJETTPROSESS

Avsnittet er basert på samtaler med kommunedirektører, kommunalsjefer og ordførere i deltakerkommunene, samt virksomhetsleder ved NGLMS. I tillegg har vi gått igjennom kommunenes budsjett dokumenter for å se hvilken informasjon som presenteres vedrørende budsjettet for det regionale helsesamarbeidet.

Ifølge samtaler med vertskommunen utarbeider de et utkast til budsjett for helsesamarbeidet som skal oversendes samarbeidskommunene innen 15. oktober. Det hender at budsjettutkastet blir oversendt litt senere for å få med resultatene av lokale lønnsforhandlinger, sier kommunedirektøren. Budsjettet er oppe til diskusjon i kommunedirektørutvalget i november. Det er vanskelig å budsjettere neste års kostnader da bruken av tjenestene varierer mye. Budsjettet baserer seg på et slags gjennomsnitt fra de siste årene.

Dersom det er større endringer i budsjettet skal dette ha vært drøftet med samarbeidskommunene på forhånd. Vesentlige endringer skal tas opp i kommunedirektørutvalget og eventuelt i regionrådet. Det første møtet i 6K helse etter at 2. tertialrapport er lagt fram har en sak om budsjett og regnskap. Det kan bli noen drøftinger mellom kommunene etter at de har mottatt budsjettforslaget, sier kommunalsjefen. Noen kommuner kan for eksempel ha vedtatt generelle kostnadskutt og ønsker at dette også skal gjelde for helsesamarbeidet. Dette må imidlertid gjelde alle kommunene, da premissene for budsjettet må være likt for alle deltakerkommunene, sier han.

Eksempler på større endringer i budsjettet, ifølge vertskommunen, er vedtak om salg av inntil 600 liggedøgn ved sengeavdelingen til Sykehuset Innlandet til bruk for DPS. Vedtaket ble fattet i regionrådet. Budsjettet for 2022 har fått økte kostnader knyttet til legevakt, pga. oppgradering av kompetansekrav til stillinger ved legevaktvarsling. Dette er drøftet med kommunene på forhånd.

Budsjettprosessen i kommunene foregår i hovedsak på administrativt nivå, og politikerne er ikke involvert før i slutfasen, sier ordførerne revisjonen har snakket med. Noen ordførere er kun involvert på rammenivå. Ordførerne sier at de blir informert underveis dersom det er større endringer, etc. som de bør kjenne til.

Det er delte meninger i samarbeidskommunene om hvorvidt endringer i budsjettforslaget er kjent på forhånd. Flere kommuner mener at det er mangel på dialog og prosess i forkant av at budsjettforslaget sendes til kommunene, og de opplever at budsjettene kan ha større endringer som de ikke er kjent med på forhånd. Det er også flere som mener at budsjettforslaget kommer så sent at det i realiteten ikke er mulig å påvirke, og at det er behov for bedre informasjon om hva som ligger i de ulike tallene.

Nedenfor gjengis noen kommentarer om budsjettprosessen;

«Denne måten å gjennomføre en budsjettprosess på gir ingen forutsigbarhet for samarbeidskommunene, og de har heller ingen påvirkningsmulighet i etterkant. Når budsjettutkastet oversendes er det så liten tid fram til endelig budsjett skal vedtas, at de ikke har en reell mulighet til å drøfte alternativer. Samarbeidskommunene blir sittende med konsekvensene av en utvikling de ikke har deltatt i eller fått være med å påvirke».

«Det er generelt for lite dialog i samarbeidet, og dette gjelder også budsjettprosessen. Kommunen får et budsjettforslag helt på tampen av året som de ikke kan være med å påvirke. Dette skaper misnøye. Kommunene burde samles og bli enige om felles mål for tjenesten og bestrebe seg på gode diskusjoner. Det gjelder for store beløp til at det ikke skal være mulig med diskusjon rundt budsjettet. Det er særlig frustrerende at de må godta budsjettet uten å ha god nok forståelse av hva tallene innebærer».

«Budsjettet for NGLMS blir presentert i kommunedirektørutvalget, men det er liten diskusjon rundt tallene. Flere har prøvd å melde inn endringsforslag eller spørsmål til diskusjon, men de opplever liten respons fra vertskommunen. Det er noe misnøye i samarbeidskommunene knyttet til at de betaler relativt store beløp uten å kjenne tilstrekkelig grunnlaget. Det er ingen rutine for budsjettprosess i samarbeidet. Kommunene kan være med å påvirke, men budsjettutkastet kommer i 12. time, slik at det er liten tid til å få til endringer. Kommunene får ikke innsyn i hvorfor Sel kommune prioriterer som de gjør. Alle kommuner har utfordringer mht. budsjett, men det har vært vanskelig å inkludere NGLMS i denne prosessen. Det har igjen ført til relativt større kutt i de kommunale enn de interkommunale tjenestene, noe som oppleves uheldig».

«Det er ikke lagt opp til noen budsjettdialog. Vi forholder oss til det som blir oversendt og må ha tillit til at det er gjort ordentlig. Budsjettet består av et stort excel-ark og et vedlegg med kommentarer/forklaring. Det oppleves som ugreit å stille spørsmål, og vi får ofte litt vage svar. Avregningsmodellen for beregning og fordeling av kostnader er komplisert og det er utfordrende for kommunalsjefen å orientere administrasjon og politikere om hva som ligger til grunn for tallene».

«Budsjettprosessen høsten 2020 var ikke god. Kommunene hadde en forventning om at budsjettet for NGLMS skulle tas ned, men det viste tvert imot en betydelig oppgang. Dette kom svært overraskende på samarbeidskommunene, men ifølge Sel var det ikke rom for endringer. Samarbeidskommunene måtte akseptere budsjettet slik det forelå».

«Når det gjelder budsjett og økonomi er det mye frustrasjon i samarbeidskommunene. Vi opplever at budsjettforslag innebærer store kostnadsøkninger som ikke er mulig å diskutere».

«Samarbeidskommunene kjenner ikke bakgrunnen for de ulike tallene. Utrekningene i de ulike tabellene er greie å forstå, men grunntallene inn i modellen er for lite kjent».

Kommunedirektøren i Vågå mener at budsjettprosessen fungerer greit. Han sier at det var noe diskusjon rundt budsjettet for 2021, men dette skyldtes en feil. Han kjenner seg ikke igjen i kritikken fra andre kommuner når det gjelder budsjettprosessen.

Informasjon i deltakerkommunenes budsjett dokumenter for 2022:

Sel kommune:

Driftsbudsjettet for Sel kommune er vedtatt på rammenivå. NGLMS ligger under rammeområde 3 – Helse og omsorg. Det framgår ikke av budsjettokumentet hva som er budsjettet for vertskommunesamarbeidet knyttet til NGLMS, eller hva som er Sel kommune sin andel i samarbeidet.

Det er kun nye tiltak/endringer som vises under de ulike tjenestene. Det gis en omtale av NGLMS og tiltak som har betydning for økonomiplanperioden under rammeområde 3.

Det er ikke satt opp spesifikke mål for tjenestene og Sel kommune sin tertialrapportering til kommunestyret er en ren regnskapsrapportering (2021). I Sel kommune sin budsjett og økonomiplan for 2019 er det satt opp målekort for de ulike virksomhetene, samt en situasjonsanalyse med styrker og forbedringspotensial. Revisjonen kjenner ikke til hvordan dette er gjort i budsjettokumentene for 2020 og 2021, da disse ikke ligger tilgjengelig på internett.

Budsjettokumentet for 2022 har en egen omtale av NGLMS og øvrig helsesamarbeid under kapittel om *Interkommunalt samarbeid, vertskommuneansvar, selskapsavtaler*. Her gis en beskrivelse av sentrale tiltak gjennomført i 2021 og som har betydning for utvikling av NGLMS i åra framover.

Det er litt ulik praksis for hvordan de andre kommunene presenterer budsjettene sine. Budsjettokumentet for Dovre kommune viser fordeling av sum bevilgning til drift på de ulike driftsansvarene. Her er «Samarbeid helsetjenester» et eget driftsansvar, hvor vi finner Dovre kommune sin budsjetterte andel av kostnadene for vertskommunesamarbeidet²². I Vågå kommune viser driftsbudsjettet netto driftsrammer fordelt på tjenester innen de ulike rammeområdene. Interkommunale tjenester er et eget rammeområde. Det framgår ikke av budsjettet hva som er Vågå sin budsjetterte andel i det regionale helsesamarbeidet, men det er oppgitt en tabell med sum/beløp knyttet til nye tiltak for budsjettperioden.

Lesja kommune sitt budsjett viser netto driftsrammer for tjenesteområdene. Det gis en beskrivelse av de ulike tjenesteområdene og hvilke tjenester som inngår. Regionale helsetjenester (NGLMS) inngår i tjenesteområde *Stab – Organisasjonsutvikling/helse*. Her gis det informasjon om hvilke tjenester kommunen samarbeider om ved NGLMS. Videre opplyses det at budsjettet er basert på forslag fra vertskommunen og at økte utgifter i 2022 er tilknyttet legevakt og sengeavdeling. Sel kommune sin begrunnelse for endringen er gjengitt. Lesja sin totale budsjetterte andel i det regionale helsesamarbeidet er ikke oppgitt.

I Lom kommune sitt budsjettokument gis det en beskrivelse av satsingsområder i helsesektoren og oppfølgingen av disse. Her står det også om NGLMS;

«NGLMS er drifta etter vertskommunemodellen med Sel kommune som vertskommune. Det er ønskeleg å få til eit større eigarskap til NGLMS. I budsjettforslaget for 2022 frå vertskommunen er det ikkje innarbeidd reduksjon av driftsutgifter i tråd med politiske føringar frå Lom kommune ved budsjettbehandling i 2021.»

Videre står det at utvikling og oppbygging av NGLMS er et felles satsingsområde for regionen i Nord-Gudbrandsdal. Det vises til utredningen av det framtidige spesialisthelsetilbudet som ble lagt frem tidlig i 2021

²² Teksten om Dovre sitt budsjett er endret i etterkant av mottatt høringskommentarer fra Dovre kommune.

med forslag om flere tiltak på kort og lang sikt, og som resulterte i at det i 2021 ble etablert et utvidet spesialisttilbud ved NGLMS.

Det vises også til gjennomføringsprosjektet DPS der det i etterkant ble etablert et samlet døgntilbud ved NGLMS, med intermediær seng (IM), kommunal akutt døgnenhet (KAD) og brukerstyrt seng (DPS). Liggedøgnstatistikk fra NGLMS viser økning i bruk av intermediærplasser for Lom kommune i 2021, som må sees i sammenheng med det endrede brukerbehovet kommunen opplever.

I budsjettdokumentet er det satt opp en tabell som viser Lom kommune sine budsjetterte overføringer til andre kommuner i forbindelse med interkommunale samarbeider. Nedenfor viser vi Lom kommune sine overføringer til Sel kommune, hentet fra budsjettdokumentet;

Mottakar	2 020	2 021	2 022	Endring
				0
Overføring til Sel kommune:				
Barnevernsteneste, Sel, Vågå, Lom og Skjåk	3 661 000	2 852 000	2 955 000	103 000
Nord-Gudbrandsdal lokalmedisinske senter(NGLMS):				0
Jordmorvakt (2020 er salderte tal frå Sel)	45 000	44 000	47 000	3 000
Legevakt (2020 er salderte tal frå Sel)	868 000	960 000	1 078 000	118 000
Legevaktvarsling (2020 er salderte tal frå Sel)	1 268 000	1 246 000	1 261 000	15 000
Intermediære senger (2020 er salderte tal frå Sel)	890 000	1 339 000	824 000	-515 000
KAD (2020 er salderte tal frå Sel)	392 000	479 000	605 000	126 000
Kreftkoordinator	222 000	0		0
PPT	1 550 000	1 511 000	1 381 000	-130 000
Regiondata	2 031 000	2 167 000	2 551 000	384 000
Sekretariat for kontrollutval	110 000	114 000	125 000	11 000
Samarbeid med NAV - Gjeldsrådgjeving	131 000	131 000	131 000	0

I Skjåk kommune sitt budsjettdokument gis det en beskrivelse av de ulike tjenesteområdene med tilhørende tjenester. Under tjenesteområde Helse og omsorg, Regionalt helsearbeid, er det satt inn en tabell som viser Skjåk kommune sine budsjetterte utgifter til de ulike områdene innen samarbeidet, se nedenfor.

Regionalt helsesamarbeid

Vertskommuneavtale om helsesamarbeid i Nord-Gudbrandsdal omfatter legevaktordning, legevaktvarsling, jordmorvaktordning, 6 intermediære senger, 3 KAD-senger (Ø-hjelp) og kostnader for hjelpepersonell knytt til spesialisthelsetenesta ved NGLMS. Kommunane mottek statlege tilskot for å drifte KAD-senger, som blir overført Sel kommune som del av finansieringa.

Skjåk	2020	2021	2022	Auke frå 2021 i kroner	%-vis auke frå 2021 i kroner
Intermediær	495 798	678 889	815 000	136 111	20,0%
KAD	334 964	458 769	598 000	139 231	30,3%
Jordmorvakt	43 757	42 020	46 000	3 980	9,5%
Støttepersonell	106 698	101 157	101 000	-157	-0,1%
Legevakt	852 871	949 799	1 066 000	116 201	12,2%
Legevaktvarsling	1 254 993	1 238 424	1 253 000	14 576	1,8%
Sum	3 089 081	3 470 058	3 879 000	408 942	11,8%

4.3 RAPPORTERING OG INNSYN

Rapporteringsrutiner i vertskommunen

Hvert tertial utarbeider vertskommunen en kostnadsavregning for de regionale helsetjenestene som sendes samarbeidskommunene, og som danner grunnlag for vertskommunens fakturering. Denne følges gjerne opp med dialog i 6K helse, sier kommunedirektøren i Sel. Det utarbeides ikke egne tertialrapporter for NGLMS utover avregningene.

Nåværende kommunedirektør har fram til nå²³ hatt ansvaret for å utarbeide de økonomiske avregningene. Dette er en komplisert modell, og når det har oppstått spesielle situasjoner har hun bedt økonomisjefer i de andre kommunene (Skjåk og Dovre) om å hjelpe til med å kvalitetssikre. Hun har også fått kvalitetssikring internt. Systemet har vært sårbart, og det har vært diskutert å prøve å lage en enklere beregningsmodell. Dette både med hensyn til å gi samarbeidskommunene et beregningsgrunnlag som er enklere å forholde seg til, samt å ikke være avhengig av én enkelt person i Sel kommune til å gjøre beregningene. Controller i Sel kommune har nå overtatt ansvaret for avregningene.

Det skal utarbeides en årsmelding for NGLMS som inneholder informasjon om status for de ulike tjenestene. Rapporten skal blant annet inneholde rapportering på måltall og presentere statistikk over bruken av tjenestene. Her blir også spesialisthelsetjenestene omtalt. Kommunedirektøren opplyser at årsmeldingen settes på dagsorden i 6K helse, DUR og i brukerutvalget. Rapporten behandles ikke politisk i Sel kommune, men ordføreren deltar i DUR. Det er opp til de enkelte deltakerkommunene å bestemme hvordan de vil behandle årsmeldingen.

Det ble ikke utarbeidet årsmelding for NGLMS for 2020, sier virksomhetslederen ved NGLMS. Revisjonen har fått oversendt årsmeldingen for 2018 og 2019.

Når det gjelder innsynsrett for samarbeidskommunene sier vertskommunen at de legger vekt på å være transparente i arbeidet og bestreber å gjøre ting slik som deltakerkommunene ønsker det. Dersom en deltakerkommune etterspør informasjon blir dette besvart, så sant det lar deg gjøre. Ellers er møteforaene en kanal for innsyn. Det blir også sendt ut liggedøgnstatistikk for sengeavdelingen til kommunene hver måned.

Årsmelding fra NGLMS

Revisjonen har gått igjennom årsmeldingene fra NGLMS fra 2018 og 2019. Begge er bygd opp på samme måte. Innledningsvis gis en kort oppsummering av hendelser fra året som har gått, deretter presenteres fakta/statistikk for de ulike tjenestene, både for spesialisthelsetjenestene og det regionale helsesamarbeidet. Under avsnittet om helsesamarbeidet presenteres en tabell med oversikt over kostnader pr tjeneste og fordelt pr kommune. I tillegg gis noen kommentarer til kostnadene. I rapporten for 2018 knyttes kommentarene til den enkelte tjeneste, mens dette ikke er gjort i 2019. For legevakten, jordmorvakten og kreftkoordinatoren gis en beskrivelse av aktiviteter i året som har gått.

Revisjonen har spurt samarbeidskommunene (kommunedirektører, kommunalsjefer og ordførere) om hvordan årsmeldingen fra NGLMS behandles. Med unntak av Lesja, er det ingen som kan gi et klart svar på om de får årsrapport, eller hvordan denne eventuelt behandles i egen kommune.

²³ Solveig Nymoen ble kommunedirektør i Sel kommune i juni 2021.

I Lesja sier helse- og utviklingssjefen at de har pleid å få årsmelding fra NGLMS, og at denne blir satt opp i kommunestyret som referatsak. Hun sier også at det hadde vært nyttig om vertskommunen/NGLMS hadde kommet og rapportert i kommunestyret.

Årsmeldingen inneholder ikke informasjon om internkontroll, klager, tilsyn, etc. Dette er ifølge vertskommunen saker som behandles i kvalitetsutvalget. Her deltar alle kommuneoverlegene. 6K helse blir også orientert om slike saker, sier kommunalsjef for helse og omsorg i Sel. I samtaler med samarbeidskommunene går det fram at dette er informasjon som i liten grad er kjent. Kommunedirektøren i Skjåk sier at det hadde vært fint å få mer systematisk informasjon fra arbeidet i kvalitetsutvalget, da dette er nyttig informasjon om kvaliteten på tjenestene de samarbeider om. Helse- og utviklingssjefen i Lesja sier følgende om temaet:

«Dette ble ivaretatt av tidligere koordinator for samfunnsmedisin. Hun brakte med seg disse sakene inn i 6k og var den som hadde oversikt over systematikken. Det er kvalitetsutvalget ved NGLMS som behandler slike saker, hvor kommuneoverlegen er vår representant. Vi har ikke gode rutiner for å dele slik informasjon internt. Vi kunne sikkert vært flinkere til å utveksle informasjon tverrfaglig i kommunen. Dersom det er spesielle ting/avvik vil disse bli tatt opp i 6k».

Kommunalsjef for helse og omsorg i Lom sier at; «Det er kommuneoverlegene i regionen som i utgangspunktet får informasjon om disse sakene gjennom deltagelse i kvalitetsutvalget. Kommuneoverlegen i Lom deltar på ledermøter i HO-sektoren og det er fortløpende dialog mellom kommuneoverlegen og kommunalsjefen».

Samarbeidskommunenes kommentarer til rapporteringsrutiner og innsynsmuligheter

Revisjonen har spurt samarbeidskommunene om hvordan de oppfatter rapporteringsrutinene i helsesamarbeidet og om mulighetene for innsyn i forhold som vedrører samarbeidet. Et gjennomgående svar er at de økonomiske avregningene er vanskelige å forstå, og at det oppleves som problematisk å stille spørsmål omkring disse. I tillegg er det flere som mener at rapporteringen bør inneholde mer utfyllende informasjon om status for driften, avvik og prognoser, etc. Det påpekes at rapporteringen skal benyttes som grunnlag for å rapportere videre i egen kommune, og at det derfor er viktig at kommunene forstår hva tallene innebærer og at rapportene har fokus på god styringsinformasjon.

Flere av samarbeidskommunene kommenterer at det oppleves som ugreit å stille spørsmål til vertskommunen da de ofte ikke får svar, eller ikke får gode svar. Noen føler de blir oppfattet som masete eller irriterende. Videre fører mangelfull informasjon til synsing og usikkerhet blant samarbeidskommunene, som igjen gir et dårlig samarbeidsklima.

Vågå kommune har derimot en annen oppfatning enn de andre samarbeidskommunene. Kommunedirektøren er enig i at de økonomiske avregningene er avanserte og ikke så lette å forstå, men han mener det handler om å ha tillit til vertskommunen og at en samarbeidskommune ikke kan være for detaljfokusert ift. vertskommunens virksomhet. Kommunene som ikke er fornøyde med rapporteringen må spørre seg selv om de gjør nok for å sikre seg informasjon, sier han. Det er etablert mange ulike fora for informasjonsutveksling, og referatene ligger tilgjengelig for alle.

Kommunalsjefen i Lom kommune sier at de nå (høsten 2021) i fellesskap (6k helse) har jobbet med formen for hvordan informasjonen rundt tertialrapporteringen skal gis. De føler at Sel kommune nå ønsker å tilpasse seg samarbeidskommunenes ønsker. Det er enighet i 6K helse om at de skal ha tertialrapportering som fast sak i siste møte før 1. og 2. tertial sendes ut, og at Sel kommune skal orientere.

Nedenfor gjengis noen av kommentarene fra samarbeidskommunene. Kommentarene er basert på intervjuer med kommunalsjefer, kommunedirektører og ordførere:

«Det er behov for bedre kvalitet på rapporteringen samarbeidskommunene får fra Sel kommune knyttet til NGLMS. Denne bør gi et godt grunnlag for kommunenes vidererapportering til politikerne. Tertialrapportene inneholder ingen informasjon som sier noe om status så langt i året, avvik, prognose for resten av året, forklaring på endringer, hva som kan forventes, etc. Dette er informasjon som er viktig når administrasjonen skal rapportere på status til politikerne. Kommunedirektøren kommer i en skvis overfor politikerne når han/hun ikke kjenner godt nok til hva tallene i vertskommunens rapportering innebærer. De har flere ganger prøvd å ta opp dette med Sel, men det har ikke blitt bedre foreløpig».

«Kommunene har kjent på en mistillit overfor Sel kommune som i stor grad skyldes at de ikke har fått gode svar på ting som blir etterspurt. Dette gjelder i hovedsak de økonomiske avregningene, som har vært gjenstand for en evig diskusjon. Samarbeidskommunene føler de ikke har god nok innsikt i tallgrunlaget og at de blir møtt med en negativ holdning dersom de stiller spørsmål.»

«Noe av utfordringen er at tertialrapportene kun inneholder tall, uten oppsummerende tekst. For å kunne rapportere videre i egen kommune trenger de imidlertid mer utfyllende informasjon om hva tallene innebærer, slik som avvik, konsekvenser, etc. En annen utfordring er at rapportene kommer for sent, slik at de ikke kommer med i kommunens egen tertialrapportering. Det har blitt sendt e-poster til vertskommunen der de ber om svar på om ting er forstått riktig, men de opplever at de ofte ikke får svar.»

«Kommunen har blitt sett på som en masete kommune i samarbeidet, med gjentakende spørsmål og etterspørsel etter informasjon. Dette har ført til et betent samarbeidsklima og flere «oppvaskmøter». Intensjonen har ikke vært å være vanskelig, men det er viktig å ta tak i problemene for å lære hvordan de kan bli bedre, uten at Sel tar seg nær av tilbakemeldingene. Samarbeidsklimaet er imidlertid mye bedre nå.»

«Kommunen savner en mer omfattende rapportering fra vertskommunen. I dag får de kun en økonomisk avregning som ikke inneholder informasjon om driften og hva tallene betyr. Det er et ønske å få en fyldigere rapportering, i hvert fall på tertialnivå, som gir mer innsikt i status for driften.»

«De økonomiske avregningene er en kilde til mistillit. Det er bare Sel kommune som forstår disse. Vi stiller spørsmål, men det er ikke lett å få gode svar».

«Kommunene får ikke godt nok innsyn i grunnlagene som ligger til grunn for kostnadsfordelingen. Det er ikke lett å få en forklaring på de ulike tallene.»

«Det er ikke en lett øvelse å stille spørsmål til Sel knyttet til samarbeidet. De kommer ikke på innsida, og det er vanskelig å få den oversikten de burde ha. Det burde utarbeides bedre rutiner for å informere samarbeidskommunene».

«Som samarbeidskommune må de selv etterspørre informasjon. Dersom de spør får de som regel svar, men ikke alltid. Det er ikke lett å stille spørsmål, da de noen ganger får inntrykk av at det er vanskelig å svare eller at spørsmålene oppfattes som litt irriterende. Dette gjelder særlig spørsmål rundt økonomi og avregninger. Det ligger ved en forklaringsmodell som underlag til budsjettet/avregning, men denne er ikke lett å forstå. Ofte kan det være vanskelig å svare på spørsmål fra økonomisjefen eller politikere som gjelder de økonomiske

avregningene. Det hadde vært fint om vertskommunen kunne kommet ut til kommunene og orientert kommunestyrene om beregningsmodellen og hvordan ting henger sammen. Den første virksomhetslederen ved NGLMS var flink til å reise ut og informere.»

«Slik samarbeidet fungerer i dag er det preget av mangelfull rapportering fra vertskommunen, som gir grobunn for mistillit i samarbeidskommunene. I starten av NGLMS sin historie var virksomhetslederen tydelig på hvordan ting skulle gjøres, og hun var flink til å formidle dette i kommunene.»

«Sel kommune kan bli bedre til å informere. Slik det er i dag er det mye synsing blant samarbeidskommunene, men ingen vet med sikkerhet. Men, det er også den enkelte kommunes ansvar å etterspørre informasjon. For eksempel er det en mulighet å invitere NGLMS til å komme å informere i kommunestyret. NGLMS bør også være på tilbudssiden og invitere seg inn. God informasjon om tilbudet gir mindre skepsis og mer engasjement blant innbyggerne.»

4.4 MØTEFORA

4.4.1 Dialogmøter

Sel kommune gjennomfører administrativt dialogmøte hver vår. Her deltar representanter fra den administrative ledelsen i deltakerkommunene, ledelsen ved NGLMS, og representanter fra Sykehuset Innlandet.

Temaet for dialogmøtet våren 2021 var utvikling av NGLMS og videre framdrift i utviklingsarbeidet, slik at dialogen var styrt til dette temaet. Det ble informert om 6K sin rolle og hvordan de jobber med å få til et godt regionalt samarbeid om NGLMS. Sykehuset Innlandet presenterte en utredning om spesialisthelsetjenestetilbudet ved NGLMS, utarbeidet av en arbeidsgruppe oppnevnt av DUR. Videre ble det orientert om nytt prosedyreverktøy og ny plattform for velferdsteknologi for legevakten. Til slutt ble det reflektert rundt spørsmål som var sendt ut til deltakerne på forhånd.

Kommunalsjef for helse og omsorg i Lom sier at hun synes disse møtene har blitt bedre de siste årene.

4.4.2 Brukerutvalget

Det er opprettet et brukerutvalg i tilknytning til driften av NGLMS. Et mandat for brukerutvalget, sist godkjent av kommunalsjef for Helse og omsorg den 15.2.2019 ligger på NGLMS.no, under Organisering, samarbeidsfora og samarbeidsavtaler/Brukerutvalg. I mandatet står det at brukerutvalget er et rådgivende organ som skal arbeide for gode, likeverdige og brukerorienterte helsetjenester uavhengig av alder, kjønn, bosted, etnisk opprinnelse, sosial status, sykdom/diagnose og funksjonshemning.

Brukerutvalget skal blant annet:

- Avgi uttalelse til årsrapport for NGLMS, og i den forbindelse evaluere sin virksomhet.
- Når 6K helse eller brukerutvalget ønsker det - sørge for deltakelse fra brukerutvalget på møte i 6K helse for å drøfte saker vedr. NGLMS.

På siden til brukerutvalget på NGLMS.no, finner vi også informasjon om medlemmene i brukerutvalget, samt møtereferater. Siste møtereferat er fra august 2021.

Samtale med leder i brukerutvalget

Brukerutvalget har sju representanter, en fra hver av deltakerkommunene og én felles for kommunene i midt-Gudbrandsdalen. Medlemmene skal representere relevante brukerorganisasjoner fra nord- og midt – Gudbrandsdalen, FFO og SAFO, eller fra eldrerådene i nord-dalen.

Det er valg hvert år, med nyvalg på 50% av medlemmene, og brukerutvalget har da ansvar for å invitere alle aktuelle organisasjoner til å foreslå kandidater innen november. Dette er ikke enkel oppgave, da det ikke finnes en god oversikt over hvilke organisasjoner som eksisterer.

Det er som regel slik at hver kommune kommer med forslag til én kandidat. Brukerutvalget skal i utgangspunktet representere ulike brukergrupper, men det er få kandidater å velge mellom, og slik valget er lagt opp må de ta de som er foreslått. Kommunene har ikke oversikt over hvilke kandidater de andre kommunene har foreslått. Dette kan innebære at noen brukergrupper blir overrepresentert, mens andre ikke er representert.

Leder av brukerutvalget deltar i kvalitetsutvalget og i DUR. Han er også med i felles brukermøter med brukerutvalgene ved Valdres LMS og SI, hvor alle medlemmene er invitert. Han refererer alltid fra disse møtene i brukerutvalget. Han vet ikke hvordan medlemmene informerer videre i sine egne kommuner. Etterspørselen etter informasjon i kommunene er liten. Han informerer til aktuelle organisasjoner i Skjåk.

Brukerutvalget arrangerer hvert år en brukerkonferanse. Her inviteres alle relevante lag og organisasjoner i nord-Gudbrandsdalen. De inviterer personer til å holde innlegg om aktuelle saker, og presentere tilbudet ved NGLMS. De har ikke gjennomført brukerundersøkelser. Dette er vanskelig å gjennomføre i praksis, som frivillig arbeid.

Leder har deltatt i tilgjengelighetsprosjektet, der de har vurdert hvilke spesialisthelsetjenester som er aktuelle å tilby ved NGLMS. I forbindelse med prosjektet gikk han ut i Fjuken og ba innbyggerne om innspill til tjenester de mener det hadde vært nyttig å tilby ved LMS. Dette resulterte i mange tilbakemeldinger, også anonyme.

Brukerutvalget opplever i liten grad å få henvendelser fra brukere som har hatt negative opplevelser med tilbudet de har fått fra NGLMS.

Leder opplever at han har et godt samarbeid med Sel kommune og NGLMS. Han har tett dialog med kommunalsjefen i Sel og virksomhetslederen ved NGLMS. Virksomhetsleder deltar i møtene. Sel kommune bidrar med en person som hjelper til med å skrive og sende ut saklister og referat. Utvalget har en beskjeden budsjett-post. Denne skal stort sett gå til å dekke kjørekostnader. Leder har ingen godtgjørelse for det arbeidet han gjør, det er en ren frivillig oppgave.

4.4.3 Kvalitetsutvalg

Det er opprettet et kvalitetsutvalg knyttet til driften av NGLMS. På NGLMS.no, under Organisering, samarbeidsfora og samarbeidsavtaler/Kvalitetsutvalg ligger dokumentet «Organisering av kvalitetsutvalg for interkommunale tjenester».²⁴ I dokumentet står det at utvalgets oppgaver blant annet er;

²⁴ «Organisering av kvalitetsutvalg for interkommunale tjenester», opprettet våren 2014, sist endret september 2016.

- Å gi råd i forhold som gjelder virksomhetens internkontroll og ROS-analyser.
- Se til at avvik og klager håndteres iht krav i lov, forskrift, og interne prosedyrer, samt gi råd ved avvik som er vanskelige å lukke på enhetsnivå.
- Holde seg orientert om og bruke meldte avvik, klager, brukerundersøkelser, referat fra brukerutvalg, presseoppslag, og tilbakemeldinger fra eksterne instanser og tilsyn i forbedringsarbeidet
- Gi anbefalinger på saker som 6K helse fremmer for utvalget
- Lage en årlig oppsummering over egenaktiviteten som skal inngå i årsmeldingen for virksomheten

Videre står det at kvalitetsutvalget består av kommuneoverlegene i deltakerkommunene, overlege NGLMS, virksomhetsleder NGLMS, koordinator for samfunnsmedisin, en representant fra brukerutvalget, en representant fra helse- og omsorgstjenesten (på rundgang mellom kommunene), tillitsvalgt NGLMS, og representant Fagforbundet samhandlingsledd Nord-Gudbrandsdal.

Det ligger referater fra kvalitetsutvalgets møter på nettsiden til NGLMS, men det siste referatet som er lagt ut er fra juni 2017.

Revisjonen har hatt samtale med overlegen ved NGLMS som er leder av kvalitetsutvalget. Hun sier at kvalitetsutvalget har fire møter i året, på samme dag som kommuneoverlegeforum og fastlegeforum. Hun sier videre at avdelingsleder for sengeavdelingen, avdelingsleder for legevakten, samt kommunalsjefen (ikke alltid) også deltar på møtene.

Overlegen sier det generelt meldes for lite avvik. Det er også lite klager, kanskje noen få på legevakt. Det har ikke vært tilsyn fra fylkesmannen siden hun begynte i stillingen. Avdelingsleder for legevakt sier at det er et stort forbedringspotensial når det gjelder å melde avvik. Det er generelt lite klager fra kommunene knyttet til legevakt, men det hender.

4.4.4 Drifts- og utviklingsråd (DUR)

Ifølge kommunedirektøren i Sel ble DUR avviklet som samarbeidsorgan en periode, men senere etablert igjen. På nettsiden til NGLMS ligger et mandat fra oktober 2016, oppdatert mai 2017, samt referater fra møtene. Det siste referatet er fra mars 2021. I mandatet står det at DUR skal ha fire møter i året. Regionrådsleder og ordfører i vertskommunen veksler på lederrollen 2. hvert år. I 2021 var det regionrådslederen, Bjarne Eiof Holø, som var leder. Utvalget har videre medlemmer fra administrativ ledelse i vertskommunen, fra ledelsen ved NGLMS, fra 6K helse, og fra Sykehuset Innlandet. I tillegg deltar leder i brukerutvalget og representant for tillitsvalgt.

Ordføreren i Sel mener DUR er en god arena for utveksling av informasjon. Eksempler på saker som har vært behandlet i DUR det siste året er håndtering av Covid-19, nye tjenester og stillinger ved NGLMS, samt orientering fra ledelsen om status, drift, utviklingsarbeid, etc. Det blir også bestilt faglige utredninger om aktuelle saker, f.eks. regional legevaktbil og FACT-team. Når det gjelder informasjon er det også viktig at de ulike representantene i DUR tar med seg informasjon tilbake til sine kommuner og til de som de skal representere, sier ordføreren.

Det har vært en svakhet for arbeidet i DUR at det har vært stor utskifting av ledere ved LMS, samt av helseledere i regionen, sier regionrådslederen. Stadig nye folk medfører at de ofte må ta opp igjen ting som er ferdig planlagt og orientere på nytt om prosesser som er igangsatt, men ikke fullført.

4.4.5 Kommuneoverlegeforum/ Fastlegeforum

Det er etablert kommuneoverlegeforum og fastlegeforum for kommunene i Nord-Gudbrandsdal. Det ligger mandat²⁵ og møtereferater på NGLMS.no. Det er ikke lagt ut referater etter september 2017.

I henhold til mandatet skal *kommuneoverlegeforumet* være medisinskfaglig rådgiver for administrativ ledelse og politisk nivå i Nord-Gudbrandsdalen ved følgende saker:

- Planlegging, utvikling, organisering og drift av helse- og omsorgstjenestene i regionen
- Folkehelse inkludert miljørettet helsevern
- Befolkningens helsetilstand
- Samhandlingsreformen
- Samarbeidsavtaler mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten

Saker som berører regionen og interkommunalt samarbeid:

- Drøfte saker og - om mulig - gi felles uttalelse/råd

Saker som berører den enkelte kommune:

- Erfarings- og informasjonsutveksling som ledd i kompetanseheving i kommunene

Kommuneoverleger/kommuneleger i kommunene i Nord-Gudbrandsdalen, koordinator i samfunnsmedisin og overlege ved NGLMS er faste deltakere. Rådmenn, daglig leder NGLMS, sektorsjefer helse- og omsorgstjenester eller kommunalsjefer og andre deltar ved behov og etter ønske. Det avholdes minst et felles møte med 6K helse i året – bl.a. for å drøfte saker som er av betydning for det kommende budsjett.

Fastelegeforum er, ifølge mandatet, et faglig forum for kunnskaps-, informasjon- og erfaringsutveksling:

- på tvers av kommunegrenser
- i forhold til sykehuset Innlandet
- mellom legene og
 - 6K helse
 - kommuneoverlegeforum
 - ledelse og ansatte i helsesamarbeidet med regionalt ansvar
 - kvalitetsutvalget

Fastlegeforum er et ledd i regionens kvalitetsforbedrende arbeid.

Faste deltakere i fastlegeforumet er fastleger og kommuneleger i Nord-Gudbrandsdal, turnuskandidater og studenter i Nord-Gudbrandsdal, koordinator i samfunnsmedisin, overlege NGLMS og praksiskonsulent. Rådmenn, virksomhetsleder NGLMS og representanter i 6K helse deltar ved behov og etter ønske.

²⁵ Dokumentene «Organisering av kommuneoverlegeforum» (godkjent i 6K helse i 2013) og «Organisering av fastlegeforum» (godkjent i 6K helse nov 2014).

I mandatet står det at det er koordinator for samfunnsmedisin som er møteleder og referent. Denne stillingen har vært vakant siden 2017 og det er overlege ved NGLMS som er leder for fastlegeforumet, mens ledervervet for kommuneoverlegeforumet går på rundgang mellom kommuneoverlegene.

Overlege ved NGLMS sier at sakene i fastlegeforumet i hovedsak dreier seg om status og erfaringer knyttet til legevakten, samarbeid mellom legevakt og ambulansetjenesten, samarbeid med sengeposten, behov for utstyr, rutiner og regler, etc.

Leder for fastlegeforumet sier på vegne av de seks kommunelegene at de er enige om at disse forumene er nyttige, og ikke minst sosiale, og at dette er noe de vil fortsette med.

4.4.6 6K HELSE

6K helse er et regionalt forum for helserelaterte saker på kommunalsjefnivå. Forumet møtes ca. én gang i måneden. Det er kommunalsjef for helse og omsorg i Vågå som er leder nå (2021). Dette går på rundgang i kommunene.

Kommunalsjefen i Vågå sier at 6K helse er et viktig organ der helselederne kan diskutere ulike saker og dele erfaringer med andre kollegaer i regionen. 6K helse er et fagorgan og har ikke vedtaksmyndighet. Dersom det er saker som dreier seg om økonomi skal det videre til kommunedirektørutvalget. Kommunalsjefen synes 6K helse fungerer godt i dag, de har en god tone og et godt arbeidsklima. De kan diskutere både generelle og spesielle saker, få orienteringer og behandle utredninger. De kan også bestille utredninger om ulike tema. Det er satt opp en møteplan for hele året, og leder har ansvar for å sette opp sakliste og innkalle til møte. Innkallinger og referater ligger på internett på Region:felles. Her kan alle kommunene gå inn og gi innspill til saker de ønsker å ta opp på de ulike møtene. Det som blir bestemt i møtene vil framgå av referatet og følges opp i neste møte.

Det er ingen faste saker som behandles i 6K helse, sier kommunalsjefen, men høsten 2021 ble det bestemt at forumet skal ha en fast gjennomgang av de økonomiske avregningene knyttet til NGLMS som sendes ut hvert tertial.

Kommunalsjef for helse og omsorg i Lom var leder for 6K helse i forrige periode. Hun sier det har vært en stor utskifting av helseledere i kommunene de siste årene, og dermed også i 6K helse. Hun mener at 6K helse fungerer mye bedre nå enn for et par år siden. Dialogen er god, selv om de ikke alltid er enige. Tidligere var NGLMS oppe som fast sak i møtene, men dette har sklidd ut, sier hun. Fra 2022 skal de ha oppe tertialrapportene som fast sak. Dersom det er spesielle saker knyttet til NGLMS vil 6K helse bli orientert, sier hun. Leder i 6K helse er også medlem av DUR. Saker som behandles i DUR forankres både i forkant og i etterkant i 6K helse.

4.4.7 Kommunedirektørutvalget

Kommunedirektørutvalget er et regionalt forum på kommunedirektørnivå. Leder i utvalget går på rundgang mellom kommunene, annet hvert år. Det er møter ca. én gang i måneden.

Rådmannen i Dovre sier det var mer fokus på NGLMS i utvalget for noen år siden enn i dag. Dette kan ha noe med personene å gjøre. Det er mange ferske kommunedirektører i kommunene. Utvalget har ikke faste saker på dagsorden, og NGLMS er således ikke oppe som fast sak i utvalget.

Administrasjonssjefen i Lom sier de kan drøfte saker vedrørende NGLMS dersom det er spesielle ting som oppstår, men NGLMS, eller andre vertskommunesamarbeider, er ikke oppe som fast sak. Det er 6K helse som er fagutvalget, og som naturlig har saker vedrørende helsesamarbeidet.

Det er først og fremst i kommunedirektørutvalget at det blir tatt opp saker og gitt informasjon om NGLMS på kommunedirektørnivå, sier kommunedirektøren i Vågå. Han var leder i kommunedirektørutvalget i forrige periode, fram til våren 2021. Leder i kommunedirektørutvalget deltar også i andre fora, f.eks. i regionstyret²⁶, og får derfor en del ekstra informasjon, sier han. Kommunedirektørutvalget har to fellesmøter med 6K helse i løpet av året.

4.4.8 Andre møtefora på politisk nivå

Ordfører i Sel sier at arenaer for informasjon til politikerne om NGLMS er først og fremst kommunestyret og regionrådet. Dette gjelder dersom det er spesielle saker, -f.eks. ble siste revisjon av vertskommuneavtalen behandlet i kommunestyret (2015). Det er ikke en fast post om interkommunale samarbeid eller NGLMS i regionrådet, men saker blir tatt opp ved behov. Ellers deltar ordfører i vertskommunen og regionrådslederen i DUR.

Når det gjelder punktet i vertskommuneavtalen om faste årlige dialogmøter mellom partene i avtalen i regi av regionrådet, kjenner ordføreren ikke til at dette gjennomføres. Kommunedirektøren i Sel sier at et slikt dialogmøte i regi av regionrådet ikke er satt i system, men kommunen kan møte i regionrådet og informere om spesielle saker, enten det er regionrådet som inviterer eller kommunen som inviterer seg inn.

Ordføreren i Skjåk sier at det kan komme opp saker om interkommunale samarbeid i regionrådet, men ikke systematisk. Det kan for eksempel komme opp saker som er tatt opp i 6K helse. Regionrådet har hatt en omvisning ved NGLMS og fått informasjon om de ulike tjenestene. Dette var informativt og noe de burde gjøre mer av, sier hun. Regionrådet har faste møter med Sykehuset Innlandet. Hun ønsker at det skal gis mer informasjon til politikerne om saker som behandles i DUR. Slik det er i dag må de be om å få referat, sier hun.

4.4.9 Andre møtefora med Sykehuset Innlandet

Det gjennomføres to samarbeidsmøter i året mellom NGLMS og Sykehuset Innlandet. I tillegg gjennomføres kvartalsvise ledermøter der leder for NGLMS og leder for Valdres LMS deltar, samt flere representanter for SI (prehospitaltjenester). Virksomhetslederen ved NGLMS er delvis (20%) eid av SI.

²⁶ Regionstyret erstatter det tidligere arbeidsutvalget i regionrådet og består av de seks ordførerne, pluss leder i kommunedirektørutvalget.

4.5 SAMARBEID MELLOM NGLMS OG KOMMUNALE HELSETJENESTER

Sengeavdelingen – intermediære senger

I henhold til vertskommuneavtalen skal samarbeidskommunene fatte vedtak om innleggelse ved sengeavdelingen og vertskommunen v/ NGLMS skal fatte vedtak om utskrivning. Det er utarbeidet en prosedyre for sengeavdelingen²⁷ som ligger på NGLMS.no. Her står det at innleggelse på intermediær avdeling avgjøres ved vedtak av tildelingskontorene i deltakerkommunene i samarbeid med avdelingsleder for sengeavdelingen ved NGLMS. Hvis det er tvil om intermediære senger er rett behandlingsnivå, skal avdelingsleder drøfte saken med overlege eller dennes stedfortreder som tar den endelige beslutningen. Ved uenighet mellom tildelingskontor i aktuell kommune og avdelingsleder eller overlege ved NGLMS, skal saken drøftes i fellesskap mellom avdelingsleder og overlege NGLMS og kommuneoverlege og tildelingskontor i aktuell kommune. Den endelige beslutningen skal tas av avdelingsleder og overlege ved NGLMS. Det foreligger ikke særskilt prosedyre for utskrivning.

Kommunalsjef for helse og omsorg i Sel mener at alle tildelingskontorene kjenner godt til tilbudet ved NGLMS, kanskje med unntak av Dovre kommune som har en helt ny ansatt ved tildelingskontoret. Tildelingskontoret i Lesja og Dovre er nå delt opp slik at det er egne kontorer i de to kommunene. Deltakerkommunene har også et eget ansvar for å informere ansatte om det eksisterende helsetilbudet i regionen, sier han. Sel kommune inviterte alle deltakerkommunene til å delta i en gjennomgang av innleggelsesrutinene for et par år siden. Her deltok også overlege og avdelingsleder for sengeavdelingen ved NGLMS.

Avdelingsleder for sengeavdelingen sier at kontakten med helsetjenester i hjemkommunene som hovedregel skal gå gjennom tildelingskontorene. Det kan likevel være situasjoner der de er i kontakt med f.eks. rehabiliteringstjenesten, hjemmetjenesten eller kreftkoordinator, dersom det er pasienter med spesielle behov. I noen tilfeller kan de avtale møter med ulike tjenester for å samarbeide om å gi et best mulig tilbud når pasienten skal skrives ut.

Når det gjelder samarbeid med andre kommuner vil dette i hovedsak gjelde i forbindelse med utskrivningsklare pasienter, sier overlege ved NGLMS. De kan ha møter med kommunen vedrørende videre oppfølging av pasienter. Overlegen har ansvar for den medisinske avklaringen. Hun utarbeider epikriser som sendes fastlegen ved utskrivning. De har tverrfaglige møter en gang i uka der de diskuterer pasientenes status og videre oppfølging. Her deltar sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter.

Revisjonen har hatt samtaler med alle tildelingskontorene i deltakerkommunene, med unntak av Dovre²⁸. Tildelingskontorene behandler søknader om pleie- og omsorgstjenester fra kommunens innbyggere og fatter vedtak eller en beslutning om tildeling av tjenester. Dersom tildelt hjelpetiltak har varighet lenger enn 14 dager skal det fattes et enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Det er tildelingskontoret i Sel som skriver inn og ut alle pasienter som har fått intermediær plass, også de som kommer fra de andre kommunene. Dette administreres i pasientjournalssystemet Profil. Kostnadsfordelingen mellom kommunene baserer seg på liggedøgnstatistikk fra tildelingskontoret i Sel.

²⁷ Prosedyrer sengeavdelingen NGLMS, utgave 14.6.2017. Lagt fram for kvalitetsutvalget og brukerutvalget.

²⁸ Ansatt ved tildelingskontoret i Lesja har også hatt ansvar for Dovre frem til høsten 2021.

Tildelingskontoret i Sel skal til enhver tid ha oversikt over antall ledige senger og hvilke pasienter som er innlagt. Dette gjelder også KAD-sengene. Dersom en pasient blir lagt inn fra en annen kommune er det tildelingskontoret i hjemkommunen som har dialog med NGLMS om pasienten. NGLMS skal gi muntlig beskjed til tildelingskontoret i Sel om den kommende innleggelsen. Tildelingskontoret skal også få skriftlig melding om innleggelse fra hjemkommunen, et innleggesskriv eller en PLO-melding. Dersom noen blir lagt inn på kveld eller helg skal de skrives inn av sykepleiere på NGLMS, og så kontrollerer tildelingskontoret i etterkant at datoer og pasientinformasjon er riktig.

Tildelingskontoret i Sel har daglig kontakt med sengeavdelingen ved NGLMS og de har ukentlige statusmøter der også lege, sykepleiere, og ergoterapeut/fysioterapeut er til stede. Her drøftes status for innlagte pasienter, videre bruk av plassene, og hvilke pasienter som skal inn/ut, etc. Tildelingskontoret er godt fornøyd med samarbeidet med NGLMS og synes det er positivt at den nye virksomhetslederen kjenner sektoren godt.

Leder for tildelingskontoret i Lesja²⁹ sier at en prosess med innleggelse ved NGLMS starter med at tildelingskontoret får melding fra sykehuset eller fra helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Tildelingskontoret behandler meldingen og tar kontakt med NGLMS for å avklare om de har plass. Deretter fatter de vedtak om innleggelse og sender beskjed til tildelingskontoret i Sel, som har ansvaret for å skrive inn og ut alle pasienter i Profil. Hjemkommunen får jevnlig oppdatering om status for sine pasienter ved LMS. Etter hvert kommer det beskjed om at pasienten er klar for å skrives ut. Tildelingskontoret har da et koordineringsansvar for å legge til rette for et best mulig tilbud etter hjemkomst. Det hender også at NGLMS har direkte kontakt med tjenestene i hjemkommunen, f.eks. hjemmetjenesten eller institusjon, særlig på kveld/helg. Tildelingskontoret kan også delta på møter om pasienter ved NGLMS. De opplever at samarbeidet med sengeavdelingen ved NGLMS er godt, og at det har blitt bedre den siste tiden.

Tildelingskontoret i Vågå sier de har et veldig godt samarbeid med sengeavdelingen på NGLMS og kjenner godt tjenesten der. De ringer avdelingslederen og drøfter situasjonen, eller til sengeposten dersom avdelingslederen ikke er til stede. Det er svært sjelden at de blir avvist, enten pga. plassmangel, eller fordi NGLMS mener det ikke er riktig bruk av plassene. Tidligere hadde de flere møter med sengeavdelingen. Da reiste hun nedover og møtte teamet rundt en pasient og de pårørende. Nå går det for det meste på telefon eller elektronisk melding.

Tildelingskontoret for Lom og Skjåk sier at de har god erfaring med samarbeidet med NGLMS. Når det gjelder utskrivninger fra NGLMS kunne de imidlertid vært flinkere til å skrive elektroniske meldinger da tildelingskontoret trenger skriftlig dokumentasjon på pasientens status. NGLMS er flinke til å ringe og til å gi muntlige beskjeder, men ikke så gode på skriftlige beskjeder. De opplever også at rutinene for innleggelse av pasienter er gode. Tildelingskontoret tar alltid kontakt med NGLMS i forkant av et vedtak for å sjekke om det er plass. Det kan skje at sengeavdelingen er full, men da ringer avdelingen opp igjen når de har fått en ledig plass. Tildelingskontoret kan bli invitert til LMS for samtaler om videre oppfølging av pasienter.

Sengeavdelingen – KAD

Det er utarbeidet egen prosedyre for innleggelse av pasienter til KAD-senger. Innleggelse på KAD-plass avgjøres av lege i kommunen når legevakten ikke er betjent, eller primærvakt når legevakt er betjent. Innleggende lege skal ta kontakt med sengeavdelingen.

²⁹ Tidligere tildelingskontoret for Lesja og Dovre med 1 ansatt. Denne er nå ansatt i tildelingskontoret i Lesja. Hun snakket på vegne av både Lesja og Dovre. Revisjonen har ikke snakket med nytilsatt i tildelingskontoret i Dovre, startet

Leder for kommuneoverlegeforumet sier at det regionale samarbeidet om KAD-plasser fungerer bra og at alle kommunene er fornøyde med å ha muligheten til å benytte KAD-plasser ved NGLMS. Hun sier videre at alle legene kjenner til KAD-tilbudet, men kriteriene kunne vært revidert årlig og sendt ut til den enkelte lege, for å få en oppfriskning.

Alle leger i de seks kommunene skal i utgangspunktet delta i legevaksordningen, og de skal derfor kjenne KAD-tilbudet gjennom vakt-tjenester. Nye leger får opplæring før de har egne vakter.

Jordmørvakten

Revisjonen har snakket med koordinerende jordmor. Hun sier at de har et veldig godt samarbeid med legevakten og ambulansetjenesten. Hun sier videre at jordmødrene blir sett på som litt vanskelige å ha med å gjøre i helsesamarbeidet og at det har vært noen diskusjoner. Jordmørvakten føler seg litt utenfor i samarbeidet og de ønsker å bli inkludert på samme måte som de andre tjenestene.

4.6 SAMARBEIDSKLIMA/HVORDAN SAMARBEIDET FUNGERER

Informasjonen i dette kapitlet benyttes ikke som revisjonsbevis/data. Revisjonen mener likevel at det er nyttig å vise hvordan samarbeidskommunene kommenterer samarbeidet.

Nedenfor gjengis noen av kommentarene fra samarbeidskommunene knyttet til hvordan de synes samarbeidet fungerer. Kommentarene er hentet fra samtaler med kommunalsjefer, kommunedirektører og ordførere:

«Når det gjelder samarbeidet om NGLMS fikk dette en litt uheldig start i og med at det har vært stor gjennomtrekk i ledelsen, og liten kontinuitet i sentrale stillinger. Det har vært en del misnøye med hvordan de andre kommunene blir møtt når de henvender seg til NGLMS eller andre i Sel kommune. Dette har blitt bedre nå.»

«Det har vært mange utskiftninger av helseledere i regionen, og dette gjør at flere mangler historikken rundt samarbeidet og opprettelsen av NGLMS. Det har i tillegg vært stor gjennomtrekk i ledende stillinger ved NGLMS, som medfører at kontinuiteten mangler og at styringen av samarbeidet blir mer uoversiktlig. Dette har ført til at samarbeidet ikke har «glidd» godt. Noen personer har vært involvert i veldig mye, og har måttet ta over oppgaver for andre. Nye personer som kommer inn må bruke tid på å sette seg inn i nye oppgaver, som innebærer at de ofte må «begynne på nytt» med saker de allerede har drøftet ferdig.»

«Kommunen har flere ganger opplevd at de blir involvert *i etterkant* når Sel har jobbet med ulike prosjekter, og at det blir vanskelig når kommunen sier at de ikke har dette behovet, eller at de løser dette selv. Det er en forventning fra Sel om at alle kommunene skal være enige i det som utvikles i Sel.»

«Det er nødvendig med samarbeid for å sikre god kvalitet på viktige tjenester. Innbyggertallet i regionen går nedover og kommunene blir for små til å kunne tilby alle tjenester i egen kommune. Det er helt nødvendig med samarbeid for å skape et større fagmiljø. En viss størrelse gjør det lettere å rekruttere. Måten de samarbeider på kan imidlertid diskuteres. Kommunene i regionen er ikke samstemte når det gjelder plassering av tjenester og det er ikke en felles enighet om at Otta er samlingspunktet. Nå må kommunene sette pasientene i fokus og faglig kvalitet må overstyre distriktpolitiske hensyn. Kommunene må se framover og samarbeide om å utvikle NGLMS til å bli enda bedre. Dette har de forstått i Nord-Østerdalen, Valdres og i Oppdalsregionen. Der er det ikke samme konfliktnivå rundt lokalisering.»

«Kommunene i nord-dalen deltar i stor grad i interkommunalt samarbeid organisert etter vertskommunemodellen, og dette gir større demokratiutfordringer enn en storkommune. Det er en utfordring at så mange tjenester driftes utenfor kommunenes organisasjon. Dette gjelder også NGLMS. Det hadde kanskje gitt en bedre forankring dersom det hadde vært et politisk nivå/styre der alle kommunene deltok.»

«Måten samarbeidet er organisert på innebærer at nye avtaler, etc. skal på rundgang i kommunene for endelige vedtak. Det hadde vært en fordel om det hadde vært en sterkere politisk involvering (formannskapsnivå) i forkant før sakene kommer til endelig vedtak. Det er vanskelig som kommunestyrepolitiker å komme med forslag til endringer i disse sakene fordi dette vil innebære nye runder i kommunestyrene.»

«Det er uheldig for samarbeidet at det har vært en del interne stridigheter i Sel kommune. Dette har krevd mye energi av de involverte, og har skapt en del usikkerhet blant samarbeidskommunene.»

«Samarbeidet i regionen på helsesektoren fungerer bedre nå enn på lenge. Det virker som det nå er en økt vilje til å samarbeide. De andre kommunene blir hørt i større grad enn tidligere, og Sel kommune som vertskommune er mer imøtekommende og har mindre styrte forventinger enn før».

«Det er viktig at NGLMS er med i utviklingen som skjer i helsesektoren for å klare å opprettholde et godt tilbud. Deltakerkommunene må ha tillit til at tjenestene ved NGLMS har en kvalitet som de selv ikke kan oppnå alene for at de skal være tjent med å samarbeide. Det er også viktig å utvikle dagenhet/poliklinikken, da det er et stort behov for slike spesialisttjenestetilbud i regionen. Dette gir et mye bedre tilbud enn når pasienter må reise til Lillehammer og Gjøvik for timer ved poliklinikk».

«Det har til dels vært sterke meninger om ulike sider ved samarbeidet, men det er som regel Sel som har vunnet frem. Vi ønsker at kommunene i samarbeidet i større grad skal ha likeverdige stemmer. Flere av samarbeidskommunene ønsker at visse tjenester kan utøves desentralisert/og at kompetanse blir delt på tvers av kommunegrensene. Å styrke helsetjenestene i kommunene vil også bidra til å styrke Sel og NGLMS».

«Tonen i samarbeidet er bedre nå enn den har vært tidligere. Det er et ønske om å fortsette samarbeidet. Raushet og åpenhet er viktig for at kommunene skal ha tillit til samarbeidet, her ligger nok noe av kjernen til utfordringene som har vært».

5 PRAKTISERING AV BESTEMMELSER I VERTSKOMMUNEAVTALEN

I dette kapitlet svarer vi på problemstilling 1.

I hvilken grad er bestemmelser gitt i vertskommuneavtalen fulgt opp?

Vi vurderer informasjonen presentert i kapittel 4 opp mot de konkrete revisjonskriteriene for problemstilling 1, utarbeidet i kapittel 3.1.

5.1 VURDERINGER

5.1.1 Tilgang til informasjon om NGLMS

Vertskommunen og samarbeidskommunene skal gi løpende informasjon til innbyggerne om de helsetjenester som vertskommuneavtalen omfatter.

Vertskommunen har fått delegert ansvar fra samarbeidskommunene til å drifte tjenestene som kommunene samarbeider om. Tjenestene driftes i Sel kommune, men er et tilbud til alle innbyggerne i Nord-Gudbrandsdalen. De kommunale regionale helsetjenestene som tilbys ved NGLMS er helsetjenester som alle de seks kommunene i utgangspunktet tilbyr på lik linje med sine andre kommunale helsetjenester, men den fysiske utøvelsen av tjenesten skjer på Otta. Tilbud om legevakt, jordmorvakt, KAD-plasser og intermedieærplasser bør derfor beskrives som en naturlig del av kommunenes helsetjenester. I tillegg tilbys flere spesialisthelsetjenester ved NGLMS til regionens innbyggere, og det er viktig at innbyggerne kjenner til hvilket tilbud som til enhver tid er tilgjengelig.

Det er videre viktig at alle leger i regionen kjenner til spesialisthelsetjeneste-tilbudet og akutt-tilbudet ved NGLMS, både legevakt, jordmorvakt og KAD-senger, samt at alle ansatte ved tildelingskontorene i kommunene kjenner intermedieær-tilbudet og kriterier for innleggelse.

Som vertskommune har Sel kommune et særskilt ansvar for å informere om tjenestene som utøves ved NGLMS. Det er nettsiden NGLMS.no som er primærkanalen for å informere innbyggerne om det eksisterende tilbudet. Nettsiden NGLMS.no inneholder mye relevant informasjon om de ulike tjenestene og andre forhold knyttet til driften av NGLMS. Nettsiden er imidlertid ikke oppdatert og bærer preg av at den ikke er systematisk vedlikeholdt. Revisjonen vurderer at nettsiden NGLMS.no er en god kanal for å informere om NGLMS og regionale helserelevante aktiviteter, men det er en forutsetning at siden oppdateres og kvalitetssikres løpende.

Det regionale kommuneoverlegeforumet og fastlegeforumet møtes fire ganger i året, som er en viktig kilde til informasjon for legene. Tildelingskontorene har ikke faste regionale møtefora, men alle revisjonen har snakket med sier at de kjenner intermedieartilbudet godt og at de har tett dialog med sengeavdelingen. Revisjonen mener at selv om tildelingskontorene sier at de kjenner tilbudet godt kan det være nyttig å vurdere å etablere en mer systematisk kommunikasjon med tildelingskontorene knyttet til intermedieær-tilbudet. Når det gjelder kriteriene for innleggelse kom det fram gjennom intervjuene at disse ikke aktivt blir benyttet i det daglige arbeidet, da de oppfattes som for detaljerte og omfattende. Revisjonen mener at kriteriene kan forenkles slik at alle tildelingskontorene har en felles forståelse av hvilke pasienter som er målgruppe for intermedieær-senger.

En annen naturlig kanal for informasjon om en kommunes tjenester kan være den årlige rapporteringen om kommunens samlede virksomhet. Revisjonen har gått igjennom Sel kommune sin årsberetning for 2020, hvor det vises til en egen årsmelding for interkommunale samarbeid. Revisjonen finner ikke at det er utarbeidet en egen årsmelding for interkommunale samarbeid for 2020, og heller ikke en egen årsmelding for NGLMS. Revisjonen vurderer at det er positivt at vertskommunen utarbeider årsmeldinger for tjenester som driftes på vegne av andre kommuner, men at det er uheldig at det vises til egne årsmeldinger som ikke er utarbeidet.

Revisjonen har også undersøkt hvordan samarbeidskommunene informerer om helsetjenestene ved NGLMS. Vi har sjekket hvilken informasjon som ligger på kommunenes hjemmesider under temaet Helse og omsorg. Her finner vi at Vågå, Lom og Skjåk har NGLMS som et eget tema/boks, med en link til NGLMS.no. I Dovre og Lesja må en inn på legetjenester/legevakt for å finne link til NGLMS.no. Revisjonen mener at det er uheldig at henvisning til NGLMS kun ligger inne under temaet legevakt, da det regionale helsesamarbeidet inneholder mer enn legevakt. I tillegg er det viktig å informere om spesialisthelsetjenestetilbudet ved NGLMS. Vi legger også merke til at Dovre og Lesja tilbyr akuttopphold i egen kommune, som er et konkurrerende tilbud til KAD-samarbeidet ved NGLMS. Revisjonen vil anta at dette innebærer lavere bruk av KAD-tilbudet ved NGLMS. Videre finner vi at Lom er den eneste kommunen som ikke omtaler Jordmorkvanten under temaet jordmortjenester.

Alle deltakerkommunene, med unntak av Sel, har utarbeidet såkalte kvalitetsstandarder for tildeling av helse- og omsorgstjenester som ligger tilgjengelig på kommunenes hjemmesider. Kvalitetsstandardene beskriver hvilke helse- og omsorgstjenester kommunene tilbyr. Med unntak av Dovre kommune inneholder ingen av kvalitetsstandardene en beskrivelse av tjenestene som tilbys ved NGLMS. Revisjonen mener dette viser at samarbeidskommunene ikke ser på de regionale helsetjenestene som «sine» tjenester, og at det er en mangel på eierskapsfølelse i samarbeidet. Dette kommer også fram i Dovre kommune sin årsmelding for 2020, der det står at *«Sykehjemmet og hjemmetjenesten driver aktiv behandling som medfører at en del pasienter kan få hjelp lokalt, og på den måten slippe å reise til lokalmedisinsk senter eller sykehuset Innlandet»*. Revisjonen mener dette viser et eksempel på at samarbeidskommuner ikke markedsfører eller bygger opp en tjeneste de selv er med å samarbeid om, men at det er det lokale helsetilbudet som prioriteres.

Når det gjelder informasjon om NGLMS i samarbeidskommunenes årsmeldinger for 2020, er det kun Dovre kommune som kommenterer hvilke regionale helseordninger de deltar i, og som oppgir statistikk for kommunens bruk av intermedieærplass. I årsmeldingen til Skjåk kommune gis det en oversikt over alle interkommunale samarbeider kommunen deltar i. Det gis en egen rapportering for det interkommunale barnevernssamarbeidet, men ikke for det regionale helsesamarbeidet, men det er kommentert et overforbruk som skyldes økte kostnader til kjøp av intermedieærplass.

Revisjonen vurderer med bakgrunn i tilgjengelig informasjon på kommunenes nettsider, i kvalitetsstandarder for helse- og omsorgstjenestene, og i kommunenes årsmeldinger at samarbeidskommunene ikke har gode rutiner for å informere innbyggerne sine om de tjenestene som utøves ved NGLMS, og som er en del av det totale helsetilbudet som kommunene kan tilby innbyggerne sine. Kommunene har et selvstendig ansvar for å informere sine innbyggere om eget tjenestetilbud, men revisjonen finner at det generelt gis lite informasjon, og at det varierer mellom kommunene hvilken informasjon som gis.

Vertskommunen skal gi samarbeidskommunene innsynsrett i vertskommunens virksomhet.

Sel kommune sier at de bestreber seg på å være transparente og å besvare etterspurt informasjon fra samarbeidskommunene. De viser ellers til møteforaene som en kanal for innsyn. Revisjonen har ikke fått tilbakemelding fra samarbeidskommunene om at det er områder de ikke får innsyn i, men flere trekker fram at det oppleves som ugreit å stille spørsmål og at det er vanskelig å få gode svar. Dette gjelder særlig spørsmål knyttet til budsjett og tertialavregningene, som mange synes er vanskelige å forstå. Dette gjør at det blir en del usikkerhet og synsing. Revisjonen finner at det er uheldig at modellen for budsjett og tertialrapportering er en kilde til misnøye i samarbeidet, og mener at det bør vurderes å revidere rutinene for økonomisk avregning slik at det blir enklere for samarbeidskommunene å forstå hvordan tallene framkommer.

Vertskommunen skal ha rutiner for hvordan samarbeidskommunene skal orienteres og delta i behandlingen av klager, tilsynsrapporter, og forvaltningsrevisjoner.

Ifølge kommunalsjef for helse og omsorg i Sel kommune drøftes klager, tilsynsrapporter og avvik i kvalitetsutvalget. Her deltar alle kommuneoverlegene. I tillegg blir 6K helse også orientert om slike saker, hvor alle kommunalsjefene med ansvar for helse deltar.

Revisjonen finner at det er opprettet møtefora som skal ha en systematisk behandling av denne typen informasjon. Revisjonen mener at denne typen informasjon også kunne være en del av vertskommunens rapporteringsrutiner, slik at informasjonen når ut til flere i deltakerkommunene. Det er ikke sikkert at kommuneoverlegene har rutiner for å formidle informasjonen videre i kommunene. Dersom resultater fra tilsyn og forvaltningsrevisjoner, etc., rapporteres i vertskommunens årsmelding for NGLMS vil kanskje informasjonen vidererapporteres i samarbeidskommunenes årsmeldinger, slik at også politisk nivå får tilgang.

5.1.2 Budsjettprosess

Vertskommunen skal utarbeide budsjett med økonomiplan og oversende dette til samarbeidskommunene innen medio oktober.

Sel kommune utarbeider budsjettforslag for de ulike tjenestene og fordeler disse på kommunene. Budsjettet for sengeavdelingen vil være noe usikkert siden kostnadene for den enkelte kommune avhenger av antall liggedøgn. Ifølge vertskommunen kan budsjettutkastet bli oversendt kommunene litt senere enn medio oktober da de ønsker å ta hensyn til resultatene av lokale lønnsforhandlinger. Flere av samarbeidskommunene mener at

budsjettforslaget kommer for sent på året og at det derfor blir liten tid til å drøfte forslaget og eventuelt få til endringer.

Revisjonen finner at vertskommunen oversender budsjettutkast i henhold til vertskommuneavtalen. Med bakgrunn i at flere deltakerkommuner gir tilbakemelding om at budsjettet kommer sent, anbefaler revisjonen at tidspunkt for budsjettoversendelse evalueres, eventuelt at det informeres om vesentlige poster forut for oversendelse.

5.1.3 Rapporteringsrutiner

Vertskommunen skal utarbeide tertialvise rapporter som skal danne grunnlag for evaluering av driften og samarbeidet mellom partene. Tertialrapportene skal også danne grunnlag for årsmelding til administrativt og politisk nivå i vertskommunen, til administrerende direktør og styret i SI, og samarbeidskommunene. Det skal være månedlig rapportering av liggedøgn.

Vertskommunen utarbeider tertialvise kostnadsavregninger som viser den enkelte kommunes påløpte kostnader, og som danner grunnlag for vertskommunens fakturering. Avregningene er basert på en komplisert modell og flere samarbeidskommuner uttrykker at disse er vanskelige å forstå. Det utarbeides ikke egne tertialrapporter for NGLMS utover avregningene og det er flere samarbeidskommuner som ønsker en mer utfyllende rapportering med informasjon om status for driften, avvik og prognoser, etc. Revisjonen vurderer at vertskommunen utarbeider tertialvise rapporter, men at disse ikke gir et godt grunnlag for evaluering av driften og samarbeidet mellom partene.

Det utarbeides årsmelding knyttet til NGLMS som inneholder informasjon om status for de ulike tjenestene, både kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester. Det er ikke utarbeidet årsmelding for 2020. Årsmeldingen sendes deltakerkommunene og Sykehuset Innlandet. Årsmeldingen behandles ikke på politisk nivå i Sel kommune. Revisjonen finner at vertskommunen tidligere har utarbeidet årsmelding for aktivitetene som utøves ved NGLMS. Det er uheldig at årsmelding for 2020 ikke er utarbeidet. Flere deltakerkommuner sier at de ikke kjenner til/husker om de får årsmelding eller hvordan denne behandles i egen kommune. Dette viser at kommunene bør evaluere rapporteringsrutinene og bli enige om en rapporteringsmodell.

5.1.4 Møtefora

Det skal avholdes dialogmøte mellom partene i avtalen i løpet av første halvår hvert år. I møtet skal det gis aktuell informasjon om status, utvikling og utfordringer. Dialogmøtet gjennomføres i regionrådet.

Det gjennomføres ikke systematiske dialogmøter om helsesamarbeidet NGLMS i regionrådet. I vertskommunen sier de at kommunen kan møte i regionrådet og informere om spesielle saker knyttet til NGLMS. De kan bli invitert av regionrådet eller invitere seg selv inn, men dette er ikke knyttet til egne dialogmøter.

Revisjonen vurderer at det ikke er etablert rutine for å avholde dialogmøte mellom partene i løpet av første halvår hvert år, som skal gjennomføres i regionrådet.

Vertskommunen skal hvert år i løpet av første tertial avholde et administrativt dialogmøte med samarbeidskommunene og SI.

Vertskommunen gjennomfører administrativt dialogmøte i løpet av første tertial hvert år, der samarbeidskommunene og Sykehuset Innlandet deltar. Møtet foregår på kommunedirektørnivå. Revisjonen har fått få tilbakemeldinger på hvordan dialogmøtene fungerer. Dette kan skyldes at det ikke har vært normal møteaktivitet de siste årene grunnet corona-pandemien.

Revisjonen vurderer at det er etablert rutine for å gjennomføre administrativt dialogmøte hvert år iht. avtale.

Vertskommunen skal utarbeide mandat, drifte og bistå brukerutvalget. Brukerutvalget skal ha relevant representasjon fra brukerorganisasjoner fra kommunene i nord- og midt-Gudbrandsdalen, samt fra elderrådene og råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne i samarbeidskommunene.

Det er opprettet et brukerutvalg i tilknytning til driften av NGLMS. Utvalget har eget mandat som ligger tilgjengelig på nettsiden til NGLMS. Leder av brukerutvalget er involvert i mange oppgaver og deltar i flere andre utvalg knyttet til NGLMS. Når det gjelder sammensetning av medlemmer skal disse velges fra aktuelle råd og brukerorganisasjoner, men ifølge lederen er det vanskelig å ha oversikt over hvilke organisasjoner som eksisterer i kommunene. Noen brukergrupper kan derfor bli overrepresentert. Sel kommune bistår brukerutvalget med nødvendig bistand.

Revisjonen vurderer at vertskommunen har fulgt opp punktet om brukerutvalg i vertskommuneavtalen.

Vertskommunen skal utarbeide mandat for kvalitetsutvalget for interkommunale tjenester. Utvalget skal gjennomgå avvik, klager, og faglige utfordringer og gi råd til forbedringstiltak. Kvalitetsutvalgets arbeid og sammensetning av medlemmer skal evalueres av kommunene én gang i året.

Det er opprettet et kvalitetsutvalg knyttet til driften av NGLMS. Vertskommunen har utarbeidet dokumentet «Organisering av kvalitetsutvalg for interkommunale tjenester». Utvalget har møter fire ganger i året og har som oppgave å bistå med forbedringsarbeid knyttet til tjenestene ved NGLMS, herunder holde seg orientert om meldte avvik, klager, brukerundersøkelser, tilsyn, etc. Revisjonen har fått tilbakemelding om at det meldes svært få avvik, og at det er få klager. Når det gjelder evaluering av kvalitetsutvalgets arbeid er ikke revisjonen kjent med at dette er systematisert. Det er ikke gitt noen oppsummering av aktiviteten i Årsmelding for NGLMS i 2018 eller 2019, som er en oppgave oppgitt i mandatet.

Revisjonen finner at vertskommunen har opprettet et kvalitetsutvalg og utarbeidet mandat. Det er imidlertid svært få avvik, klager og tilsyn, som utgjør en viktig kilde til forbedringsarbeid. Revisjonen anbefaler at det fokuseres på internkontroll og bruk av kvalitetssystemet, slik at avvik registreres. Videre bør utvalget evaluere arbeidet sitt årlig.

Vertskommunen skal etablere et drifts- og utviklingsråd (DUR). DUR skal bistå NGLMS med utviklingsarbeidet og være en formell overordnet arena for strategisk og langsiktig planlegging mellom LMS, kommunene i Nord-Gudbrandsdal og SI.

Vertskommunen har etablert et drifts- og utviklingsråd som bistår NGLMS med utviklingsarbeid og strategisk planlegging. Det er utarbeidet et mandat som ligger på NGLMS.no. Utvalget har medlemmer iht. vertskommuneavtalen.

Revisjonen finner at vertskommunen har etablert et drifts- og utviklingsråd iht. avtalen.

6 ETABLERTE STYRINGSMIDLER

I dette kapitlet vurderer vi problemstilling 2.

Er det etablert tilfredsstillende styringsmidler i helsesamarbeidet?

Vi vurderer informasjon presentert i kapittel 4 opp mot de konkrete revisjonskriteriene for problemstilling 2, utarbeidet i kapittel 3.2.

6.1 VURDERINGER

6.1.1 Budsjettprosess

Budsjettprosessen og budsjettbehandlingen for helsesamarbeidet NGLMS skal gjennomføres på en slik måte at det gis god styringsinformasjon og mulighet for påvirkning for administrasjon og politikere i deltakerkommunene.

Det regionale helsesamarbeidet krever bevilgninger fra alle deltakerkommunene og budsjettbehandlingen er derfor en viktig mulighet for samarbeidskommunene til å legge føringer for tjenestene. Hvordan budsjettene utarbeides og hvordan prosessen fram mot endelig vedtak foregår har derfor betydning for styringen av samarbeidet.

Med grunnlag i innsamlet informasjon finner revisjonen at det ikke er etablert en formell struktur for budsjettprosessen knyttet til det regionale helsesamarbeidet. Med en formell struktur mener vi at det er utarbeidet rutiner for samhandling mellom deltakerkommunene knyttet til budsjettarbeid. Vertskommunen sier at større endringer i budsjettet skal ha vært drøftet med samarbeidskommunene på forhånd, og at budsjettutkastet drøftes i kommunedirektørutvalget i november. Likevel peker flere samarbeidskommuner på budsjettprosessen som en kilde til frustrasjon i samarbeidet. Stikkord er mangel på dialog og prosess i forkant, mangelfull informasjon om tallgrunnlag, større endringer i budsjettutkast som ikke er kjent på forhånd, og liten eller ingen reell mulighet til å påvirke budsjettet.

Revisjonen vurderer at budsjettprosessen, slik den fungerer i dag, ikke benyttes som et godt virkemiddel for styring av samarbeidet. Det er delte meninger mellom kommunene om mulighet for påvirkning, samt om hvor godt informasjonen i budsjettet formidles.

Politikerne har det overordnede ansvaret for de tjenestene som kommunen tilbyr sine innbyggere. Selv om utøvelsen av helsetjenestene i det regionale samarbeidet er delegert til en vertskommune, kan ikke kommunene delegere ansvaret for at innbyggere får gode tjenester. Det er derfor viktig at både administrasjon og politikere i

samarbeidskommunene får god styringsinformasjon om tjenestene de samarbeider om. Samarbeidskommunene har også et selvstendig ansvar for å søke denne informasjonen.

En kilde til informasjon om tjenester som driftes i en annen kommune kan være budsjettdokumentet. Relevant informasjon vil være hvor mye kommunen bidrar inn i samarbeidet, hva som er totalbudsjettet for tjenestene, og eventuelt om det er satt opp mål for tjenestene. I revisjonens gjennomgang av budsjettdokumentene i deltakerkommunene er det bare Dovre, Lom og Skjåk som oppgir budsjettet bevilgning til tjenester ved NGLMS, mens ingen av kommunene, heller ikke Sel, oppgir totalt budsjett knyttet til regionale helsetjenester. Det er ikke satt mål for tjenestene som utøves ved NGLMS. Lom kommune og Sel kommune gir informasjon om gjennomførte tiltak knyttet til NGLMS i 2021.

Revisjonen vurderer at deltakerkommunene i liten grad bruker budsjettdokumentene til å formidle nyttig styringsinformasjon om det regionale helsesamarbeidet, men at noen kommuner gir mer informasjon enn andre.

Når aktiviteten skjer utenfor egen driftsorganisasjon er budsjettbehandlingen en viktig arena for de folkevalgte til å ivareta styringsansvaret sitt. Revisjonen mener derfor at rammebudsjettering på disse områdene krever noe mer informasjon om hvilke tjenester rammeområdet omfatter, og at informasjon om felleseenhetenes budsjett er relevant selv om kommunene ikke er vertskommune for virksomheten.

6.1.2 Rapporteringsrutiner

Det er etablert rapporteringsrutiner mellom NGLMS/vertskommunen og samarbeidskommunene som gir samarbeidskommunene god styringsinformasjon om status og måloppnåelse for tjenestene det samarbeides om. Status for internkontroll/kvalitetsarbeid og resultater av ulike kontroller bør være en del av rapporteringen.

I henhold til vertskommuneavtalen skal vertskommunen utarbeide tertialvise rapporter som skal danne grunnlag for evaluering av driften og samarbeidet mellom partene. Vi har tidligere vist til at Sel kommune ikke utarbeider egne tertialrapporter for NGLMS, men en kostnadsavregning for de ulike tjenestene som oversendes samarbeidskommunene.

Når det gjelder tertialavregningene sier flere av samarbeidskommunene revisjonen har snakket med at disse er vanskelige å forstå, og at de ønsker seg mer utfyllende informasjon som sier noe om status for driften. Rapportene skal benyttes til vidererapportering i egen kommune, og det er derfor viktig at disse er enkle å forstå og at de inneholder nyttig styringsinformasjon.

I tillegg utarbeider Sel kommune en årsmelding for NGLMS, men dette ble ikke gjort for 2020. Det er opp til den enkelte kommune å bestemme hvordan årsrapporten skal behandles. Det er bare Lesja kommune som sier at de har en fast rutine for å behandle årsrapporten, og at denne settes opp som referatsak i kommunestyret. Revisjonen mener at det er viktig at årsrapporten formidles i samarbeidskommunene, og at denne gir en god mulighet for politikerne til å få oversikt over budsjett og regnskap de siste årene, samt status for tjenesteytingen ved NGLMS.

Revisjonen har gått igjennom årsmeldingene fra NGLMS for årene 2018 og 2019. Etter revisjonens vurdering kunne rapporten inneholde mer styringsinformasjon, for eksempel om måloppnåelse, internkontroll/kvalitetsarbeid, gjennomførte tilsyn, brukerundersøkelser, etc. I mandatet til brukerutvalget står det at utvalget skal evaluere sin virksomhet og avgi uttalelse til årsrapport for NGLMS. Likeens skal kvalitetsutvalget lage en årlig oppsummering over egenaktiviteten som skal inngå i årsmeldingen. Det foreligger ikke slik informasjon i årsmeldingen for 2018 og 2019.

Revisjonen vurderer at det er etablert rapporteringsrutiner mellom NGLMS/vertskommunen og samarbeidskommunene, men at rapporteringen i større grad kan inneholde relevant styringsinformasjon. Dette gjelder både tertial- og årsrapporteringen. Det bør etableres en bedre sammenheng mellom budsjett og rapportering, slik at rapporteringen gir informasjon om eventuelle avvik og en vurdering av hvordan resten av året ser ut.

6.1.3 Møtefora

Det er etablert faste møteplasser mellom den administrative og eventuelt politiske ledelsen i deltakerkommunene der informasjon om det interkommunale samarbeidet er tema.

Det er etablert en rekke regionale møtefora i samarbeidet på ulike nivå. Disse er brukerutvalg, kvalitetsutvalg, drifts- og utviklingsutvalg, fastlegeforum og kommuneoverlegeforum. I tillegg er det etablert regionale fora på kommunalsjefnivå og kommunedirektørnivå, som drøfter aktuelle saker vedrørende regionale samarbeider, også NGLMS. Videre gjennomfører vertskommunen et dialogmøte mellom deltakerkommunene og sykehuset innlandet.

Når det gjelder politisk deltagelse er ordfører og regionrådsleder medlemmer av DUR, ellers kan regionrådet behandle saker som vedgår interkommunale samarbeider.

Revisjonen vurderer at det er positivt at det er opprettet brukerutvalg og utvalg som skal gi råd og anbefalinger knyttet til kvalitet og utvikling, både for de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenestene. Det er også positivt at legene har egne fora, siden legene spiller en vesentlig rolle for de helsetjenestene som gis ved NGLMS. Revisjonen mener at jordmødrene og tildelingskontorene også har viktige roller ifm. tjenestetilbudet ved NGLMS og at også disse kunne hatt sine egne fora, evt. delta i allerede etablerte fora.

Det er også et poeng å sørge for at informasjon som er nyttig for andre enn deltakerne i foraene blir formidlet til ut til kommunene, og at kommunene er bevisst på å dele informasjon innad i kommunen.

7 SAMARBEID MED HELSETJENESTER I DELTAKERKOMMUNENE

I dette kapitlet vurderer vi problemstilling 3.

Fungerer samarbeidet mellom NGLMS og helse- og omsorgstjenestene i deltakerkommunene på en tilfredsstillende måte?

Vi vurderer informasjon presentert i kapittel 4 opp mot de konkrete revisjonskriteriene for problemstilling 3, utarbeidet i kapittel 3.3.

7.1 VURDERINGER

Det skal legges til rette for samhandling mellom kommunale tjenester utført ved NGLMS og helse- og omsorgstjenestene som ytes i kommunene. Herunder

- **Den kommunale legetjenesten bør ha et tett samarbeid med de ulike tjenestene som tilbys ved NGLMS, både kommunale- og spesialisthelsetjenester.**
- **Sengeavdelingen bør samarbeide godt med tildelingskontorene i deltakerkommunene eller annen instans hvor vedtak om intermediær-plass fattes.**

De kommunale tjenestene som samarbeider med NGLMS er først og fremst legene og tildelingskontorene. Legene har en nøkkelrolle når det gjelder vurdering av behov for helsetjenester, både kommunale og spesialisthelsetjenester. De akuttmedisinske tjenestene legevakt og jordmorvakt blir i hovedsak kontaktet direkte fra brukeren, men en pasient hos jordmorkvakten kan også ha blitt sendt videre fra lege på dagtid eller legevakt i vaktperioden. Ifølge koordinerende jordmor i jordmorkvakten har de et godt samarbeid med legevakten.

Legene har også ansvar for innleggelse av pasienter til KAD-senger, enten fra lege på dagtid eller fra legevaktslege når legevakt er betjent. Etter det revisjonen har forstått fungerer samarbeidet mellom legene og sengeavdelingen fint. Leder av kommuneoverlegeforumet kommenterer at kriteriene for innleggelse ved KAD-plass kunne vært revidert årlig og sendt ut til den enkelte lege, slik at alle fikk en jevnlig oppfriskning. Revisjonen mener at det er viktig at legene kjenner til og har en omforent forståelse av kriteriene for innleggelse, og at dette vil ha betydning for bruken av tjenesten.

Revisjonen har hatt samtaler med tjenesteledere ved NGLMS og korrespondanse med leder for kommuneoverlegeforumet, men har ikke hatt egne samtaler med legene. Revisjonen har derfor ikke et godt grunnlag for å vurdere legenes syn på samarbeidet med NGLMS. Revisjonen har ikke fått tilbakemeldinger i informasjonssinnhenting som tyder på at samarbeidet mellom NGLMS og legene ikke fungerer.

Det er tildelingskontorene i deltakerkommunene som fatter vedtak om innleggelse ved sengeavdelingen når det gjelder intermediær-sengene. Vedtakene fattes i samarbeid med sengeavdelingen. Sengeavdelingens kontakt med helsetjenester i pasientens hjemkommune skal i hovedsak skje gjennom tildelingskontorene, men det kan også arrangeres møter med ulike tjenester for å samarbeide om videre oppfølging når en pasient skrives ut.

Tildelingskontoret i Sel har en spesiell rolle som «koordinator» for inn- og utskriving av pasienter for hele sengeavdelingen. De har ansvaret for liggedøgnstatistikken og skal til enhver tid ha oversikt over belegget ved avdelingen. Kontoret har daglig kontakt med sengeavdelingen og ukentlige statusmøter.

Alle tildelingskontorene sier at de har et godt samarbeid med sengeavdelingen ved NGLMS og at de kjenner tjenesten godt. De opplever at de har god dialog rundt innleggelse, og at de får jevnlig oppdatering om status for sine pasienter. Rutinene for utskriving av pasienter synes også å være gode, men her kommenterer tildelingskontoret for Lom og Skjåk at de har behov for skriftlig dokumentasjon på status for utskrivningsklare pasienter, i tillegg til den muntlige.

Revisjonen vurderer med bakgrunn i innsamlet informasjon at samarbeidet mellom sengeavdelingen ved NGLMS og deltakerkommunene fungerer godt. Det er en åpen og god dialog mellom sengeavdelingen og tildelingskontorene, og rutiner for innskriving og utskriving som synes å fungere greit.

8 KOMMUNENES BRUK AV SENGEAVDELINGEN

I dette kapitlet drøfter vi problemstilling 4.

Hva er årsaken til den store variasjonen mellom kommunene når det gjelder bruk av plasser ved sengeavdelingen?

Denne problemstillingen er beskrivende, det vil si at vi ikke utarbeider revisjonskriterier som vi vurderer kommunenes praksis opp mot, og det blir ikke utarbeidet en konklusjon. Vi prøver å finne årsaker til forskjellen mellom deltakerkommunenes bruk av sengeavdelingen ved NGLMS ved hjelp av kartlegging.

I første del av kapitlet presenterer vi statistikk som viser kommunenes bruk av intermediasenger og KAD-plasser i perioden 2018-2021, deretter gjengir vi informasjon fra samtaler med kommunene.

8.1 STATISTIKK

8.1.1 Intermediærsenger

Tabell 8.1. Fordeling av liggedøgn intermediasenger (IMS), 2018-2021.

IMS	2021	2020	2019	2018
Lesja	0	1	2	0
Dovre	189	264	142	73
Sel	978	1580	1225	854
Vågå	151	246	219	359
Lom	261	37	116	179
Skjåk	41	152	64	58
Andre*	165	2	0	3
Sum	1785	2282	1768	1526
Belegg	81,5 %	103,9 %	80,7 %	69,7 %

Tabell 8.2. Prosentvis fordeling av totalt antall liggedøgn intermediasenger (IMS), 2018-2021.

IMS	2021	2020	2019	2018
Lesja	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %
Dovre	10,6 %	11,6 %	8,0 %	4,8 %
Sel	54,8 %	69,2 %	69,3 %	56,0 %
Vågå	8,5 %	10,8 %	12,4 %	23,5 %
Lom	14,6 %	1,6 %	6,6 %	11,7 %
Skjåk	2,3 %	6,7 %	3,6 %	3,8 %
Andre*	9,2 %	0,1 %	0,0 %	0,2 %
Belegg	81,5 %	103,9 %	80,7 %	69,7 %

*Antall liggedøgn fra «Andre» i 2021 inkluderer bruken av DPS-plasser betalt av SI.

Tabell 8.1 og 8.2 viser hvordan den totale bruken av intermediærsenger fordeler seg mellom kommunene og andre i årene 2018-2021.

Som vi ser av tabellene er det stor variasjon mellom kommunene når det gjelder i hvor stor grad de benytter tilbudet om intermediærplass. Det er særlig to kommuner som skiller seg ut. Sel kommune har en vesentlig høyere bruk enn de andre, mens Lesja kommune har svært få liggedøgn (3 stk.) i hele fire-års perioden. Skjåk kommune bruker også intermediær-sengene i relativt liten grad, med unntak av i 2020, hvor de har en noe høyere bruk enn de andre årene. Vågå har en nedgang i bruken i perioden. Lom kommune har en stor økning i bruk fra 2020 til 2021, og er nest største bruker av intermediærsenger (IMS) i 2021.

Dersom bruken av IMS hadde reflektert folketallet i den enkelte kommune skulle bruken være omtrentlig den samme i Lesja, Dovre, Lom og Skjåk, mens Vågå ville ligge noe over de andre, men under Sel. Vi ser av tabell 8.3 nedenfor at Sel kommune brukte intermediært tilbudet prosentvis mye mer enn folketallet skulle tilsi i 2021, mens Lesja, Vågå og Skjåk brukte tilbudet vesentlig mindre enn folketallet skulle tilsi.

Tabell 8.3. Prosentvis fordeling av folketall pr. 1.1.2021 sammenlignet med prosentvis fordeling av liggedøgn IMS 2021.

Kommune	Fordeling folketall %	Bruk IMS 2021 %
Lesja	11,0	0,0
Dovre	13,9	10,6
Sel	31,0	54,8
Vågå	19,8	8,5
Lom	12,2	14,6
Skjåk	12,1	2,3

Hvordan kan vi forstå hva tallene i tabellene viser? Det er naturlig at vertskommunen benytter tilbudet relativt mer enn samarbeidskommunene siden tjenesten utføres fysisk i egen kommune. Reiseavstanden blir dermed liten og pasientene får være «hjemme». Det er også et poeng at vertskommunen har ansvar for driften av tjenesten, og at tjenesten dermed er bedre «innarbeidet» som et likeverdig tilbud i kommunen på linje med de andre helse- og omsorgstjenestene. Vi ser også at det er kommunene med lengst avstand til tjenesten som benytter tilbudet minst.

Når det gjelder Sel kommune sin bruk var denne ekstra stor i 2019 og 2020 på grunn av brannen ved Sel sjukeheim. I denne perioden hadde Sel kommune et stort behov for å finne andre tilbud til pasientene som måtte ut fra sjukeheimen. Tabell 8.4. nedenfor viser Sel kommune sine liggedøgn ved IMS sammenlignet med beleggsprosenten for kommunens korttidsplasser ved NGLMS i perioden 2018-2021. Vi ser at antall liggedøgn ved IMS følger omtrent samme trend som beleggsprosenten for korttidsplassene. Det er likevel ikke slik at Sel kommune har brukt intermediær-senger som ellers ville ha blitt benyttet av samarbeidskommunene. Samarbeidskommunene sier at de kun svært sjelden har fått tilbakemelding om at det ikke er ledig IMS-plass, og at i de tilfellene har de fått tilbud om plass kort tid etterpå.

Tabell 8.4. Antall liggedøgn intermedieisersenger (IMS) og beleggsprosent korttids plasser, Sel kommune, 2018-2021.

Sel kommune	2021	2020	2019	2018
Ant liggedøgn IMS	978	1580	1225	854
Belegg korttid Sel %	85,0	103,5	119,2	62,4

8.1.2 Kommunal akutt døgnenhet (KAD)

Tabell 8.5. Fordeling av liggedøgn KAD, 2018-2021

KAD	2021	2020	2019	2018
Lesja	8	21	31	9
Dovre	47	33	44	46
Sel	265	203	423	329
Vågå	40	40	86	112
Lom	37	12	35	27
Skjåk	26	16	14	25
Andre	13	6	9	13
Sum	436	331	642	561
Belegg	39,8%	30,1%	58,6%	51,2%

Tabell 8.6. Prosentvis fordeling av totalt antall liggedøgn KAD, 2018-2021.

KAD	2021	2020	2019	2018
Lesja	1,8 %	6,3 %	4,8 %	1,6 %
Dovre	10,8 %	10,0 %	6,9 %	8,2 %
Sel	60,8 %	61,3 %	65,9 %	58,6 %
Vågå	9,2 %	12,1 %	13,4 %	20,0 %
Lom	8,5 %	3,6 %	5,5 %	4,8 %
Skjåk	6,0 %	4,8 %	2,2 %	4,5 %
Andre	3,0 %	1,8 %	1,4 %	2,3 %
Belegg	39,8%	30,1%	58,6%	51,2%

KAD-plasser er et lovpålagt kommunalt akuttilbud hvor pasienten legges inn av legevakslede, evt. fastlege på dagtid. Alle kommunene i samarbeidet skal bidra med sine leger inn i legevaktstjenesten, og alle legene skal kjenne KAD-tilbudet like godt. Det vil således være leger fra andre kommuner enn pasientens hjemkommune som vil kunne legge inn en KAD-pasient. En skulle derfor forvente en jevnere bruk av plassene mellom kommunene enn for IMS-plassene. Vi ser av tabell 8.5 og 8.6 at Sel kommune ligger vesentlig høyere enn de andre kommunene, også når det gjelder bruk av KAD-plasser. For å forstå hvorfor det er slik må en kanskje gå lenger inn bak tallene, og se om det er et mønster i hvilke leger som legger inn KAD-pasienter. Revisjonen kjenner ikke til om det er slik at innleggende lege skal kontakte hjemkommunen før de beslutter om pasienten skal legges inn på en KAD-plass.

Dersom vi summerer antall liggedøgn i hele perioden for den enkelte kommune, ser vi at fordelingen av bruk av liggedøgn mellom kommunene er ganske lik for IMS og KAD, se tabell 8.7 nedenfor. Sel kommune står for 62-63% av bruken både for IMS og KAD, mens Lesja og Skjåk ligger nederst med 0-4% av bruken. Dette kan tyde på at det er de samme faktorene som påvirker bruken av både IMS og KAD.

Tabell 8.7. Totalt antall liggedøgn IMS og KAD i 2018-2021 og prosentvis fordeling.

	IMS	KAD	IMS	KAD
	2018-2021	2018-2021	%-vis	%-vis
Lesja	3	69	0,0 %	3,5 %
Dovre	668	170	9,1 %	8,6 %
Sel	4637	1220	63,0 %	61,9 %
Vågå	975	278	13,2 %	14,1 %
Lom	593	111	8,1 %	5,6 %
Skjåk	315	81	4,3 %	4,1 %
Andre	170	41	2,3 %	2,1 %
Sum	7361	1970	100,0 %	100,0 %

8.1.3 Informasjon fra intervjuer

Revisjonen har hatt samtaler med deltakerkommunene for å prøve å få et innblikk i hvorfor bruken av sengeavdelingen varierer så mye mellom kommunene. Nedenfor gir vi en oppsummering fra samtalene.

Pasientene som benytter intermediær-sengene er i hovedsak eldre, men de har også pasienter fra yngre aldersgrupper, sier avdelingsleder for sengeavdelingen ved NGLMS. De fleste pasientene kommer direkte fra sykehuset. I tillegg kan det komme søknader fra hjemmesykepleien, eller fra pårørende. Noen pasienter blir lagt inn på intermediær plass i påvente av sykehjemsplass i hjemkommunen. Dette gjelder alle kommunene, sier hun. Noen blir også overført til intermediærplass fra KAD-plass.

Avdelingslederen understreker at selv om Sel kommune har en relativt større andel av bruken av intermediær-senger enn de andre kommunene, sier de så godt som aldri nei til pasienter fra andre kommuner.

Når det gjelder forskjeller i bruk av intermediærplass mellom kommunene mener avdelingslederen at dette kan skyldes at noen kommuner har god kapasitet og kompetanse i sykehjemmene. Det er likevel noen tjenester som hjemkommunen ikke kan gjøre. På sengeavdelingen ved NGLMS har de høyere sykepleierdekning, mer avansert utstyr, samt leger tilgjengelig døgnet rundt.

Det er tildelingskontorene som avgjør hvilke helsetjenester som skal tilbys til innbyggere med behov for helse- og omsorgstjenester³⁰. Tildelingskontoret i Sel sier at kommunen har plikt til å gi nødvendig helsehjelp til kommunens innbyggere og at tilbudet om helsetjenester skal tilpasses pasientens/brukerens hjelpebehov. Dette er utgangspunktet for kontorets tildeling av helsetjenester, også for korttidsplass eller intermediær sengeplass ved NGLMS.

³⁰ Gjelder ikke akutt-tilbudet.

Dersom det oppstår en situasjon der en bruker/pasient ikke kan få tilfredsstillende helsehjelp gjennom hjemmesykepleien skal denne få annet tilbud ved institusjon, enten kortsiktig eller langsiktig. Tildelingskontoret fatter ikke egne vedtak om intermediaær sengeplass, alle tilbud om plass ved sengeavdelingen på NGLMS skrives som korttidsplass. Hvilket hjelpebehov pasienten har styrer i stor grad om de blir innlagt på intermediaær eller korttid. Det er ansvaret for å gi nødvendig helsehjelp som er styrende, og dersom det ikke er ledig korttidsplass må de kjøpe en intermediaær plass. Dette avgjøres i samarbeid med avdelingsleder og virksomhetsleder ved NGLMS. Det kan også skje at det noen ganger er nødvendig å benytte en KAD-plass for et korttidsopphold, og det kan skje at en pasient som har behov for institusjonsplass (fast plass) får en korttidsplass, dersom det er fullt på institusjon. Sel kommune har få plasser i institusjon sammenlignet med de andre kommunene i regionen. Dette er også en av årsakene til at bruken av intermediaærplasser er vesentlig høyere i Sel kommune enn i de andre kommunene. Det er i perioder stort press på korttidsplasser, men dette går opp og ned, sier de.

Ansatt ved tildelingskontoret i Lesja³¹ sier at kommunen i svært liten grad benytter intermediaær-sengene ved NGLMS. Dette handler i hovedsak om økonomi, men også om avstand og det faktum at Lesja har god kapasitet i egen kommune. Pasientens ønsker skal tas med i vurderingen av helsetilbudet og mange ønsker å komme tilbake til hjemkommunen, hvor de er nærmere hjemmet sitt og de pårørende. Dette gjelder særlig alvorlig syke pasienter. Lesja har god kapasitet ved sjukeheimen og en kompetent bemanning. De nedbemannet en avdeling med seks plasser i 2014, og det har ikke vært press på sykehjems plasser etter dette. De har også en lege i kommunen som prioriterer å reise ut til pasienten når det er behov. Den største forskjellen på bruken av intermediaærplasser i Lesja og Dovre er at Dovre i perioder ikke har ledige institusjons plasser, sier hun.

Ansatt ved tildelingskontoret i Lesja er godt kjent med tilbudet ved NGLMS og er klar over at NGLMS har høyere kompetanse på noen områder og høyere dekning av sykepleier, lege og fysio/ergo. Spesielt når det gjelder rehabilitering har de et bedre tilbud ved NGLMS enn de kan få i hjemkommunen, sier hun. Noen pasientgrupper er krevende å behandle hjemme, og de ser at yngre aldersgrupper ikke ønsker å bli lagt inn på sjukeheimen. Likevel er det slik at økonomi er et tungtveiende argument i vurderingen av å legge inn pasienter ved NGLMS, sier hun.

Helse- og utviklingssjef i Lesja sier at de i liten grad har brukt intermediaærsengene ved NGLMS og at dette først og fremst handler om avstand og økonomi. Lesja har god kapasitet på korttidsplasser og en kompetent bemanning. De har også god kapasitet på fysio- og ergoterapeuter, samt kreftsykepleiere. Det er derfor mer økonomisk å benytte ledige plasser i kommunen, så sant de mener at de kan gi pasienten et godt tilbud. De vil nå likevel vurdere nærmere muligheten for å bruke plassene ved NGLMS. Hun sier at sengeavdelingen ved NGLMS har vært en utfordring i hele samarbeidsprosessen. Intermediaærsengene oppstod som en konsekvens av samarbeid om KAD-senger, da det var nødvendig med flere enn 2-3 senger for å gi et forsvarlig tilbud. Sel kommune sine korttidsplasser på samme avdeling er også et resultat av denne argumentasjonen. Ordføreren i Lesja sier at intermediaærsengene var satt som premiss for å delta i helsesamarbeidet, og at kommunen har akseptert at de må være med på alt eller ingenting. De synes likevel det er uheldig at de må være med å betale for en tjeneste som hovedsakelig brukes av Sel kommune.

I Dovre sier pleie- og omsorgslederen at de i utgangspunktet ønsker å gi et tilbud i Dovre og at de tar alle pasienter hjem til kommunen så langt det lar seg gjøre. Dette handler både om økonomi, avstand, og at de har et godt tilbud i egen kommune. Pasientene ønsker ofte selv å komme tilbake til hjemkommunen.

³¹ Tildelingskontoret for Lesja og Dovre fram til høsten 2021.

Dersom det ikke er ledige plasser i kommunen må de legge inn pasienter ved NGLMS. De vurderer hvert enkelt tilfelle grundig, og finner ut hvordan de skal løse behovet. Noen ganger er det aktuelt å ta pasienter hjem fra NGLMS for å få plass til noen med større behov.

I utgangspunktet har Dovre god institusjonsdekning og har kapasitet til å ta inn de fleste her, men behovet varierer mye, og i perioder er det stort press på plassene, mens i andre perioder er det rolig. De synes selv de har god kvalitet på tilbudet i kommunen, og de tøyser seg langt for å ha spesialiserte tjenester. Kommunen er fremoverlent og har forstått at det er viktig å få på plass nye løsninger knyttet til velferdsteknologi innen helsesektoren.

I 2021 hadde de relativt mange liggedøgn ved NGLMS, som i hovedsak skyldtes at de hadde pasienter med omfattende rehabiliteringsbehov. I slike tilfeller ser de at pasienten får et bedre tilbud ved NGLMS, da de har bedre tilgjengelige ressurser innen rehabilitering der. Det er også slik at yngre pasienter heller ønsker å benytte NGLMS enn å få en plass ved sykehjemmet, og derfor blir disse ofte prioritert til å få intermedieærplass.

Dovre kommune har en stram økonomi, og alle ledd må tenke nøye gjennom ressursbruken. Dette gjelder også for helsesektoren, sier rådmannen i Dovre. Samarbeidskommunene opplever at det er liten diskusjon rundt sengeavdelingen og hvilke behov den enkelte kommune har. I Dovre har de inntrykk av at det er for god kapasitet på intermedieær-senger. Flere av samarbeidskommunene har over mange år hatt store kostnader knyttet til driften av sengeavdelingen, men hatt lite behov for sengene i forhold til de største kommunene.

Ved tildelingskontoret for Lom og Skjåk sier de at intermedieær-senger i utgangspunktet blir benyttet til pasienter som har et meldt behov for tett oppfølging av lege og/eller fysioterapeut. Dette kan være pasienter med stort rehabiliteringsbehov, eller som har en tilstand der det er nødvendig med kontinuerlig tilsyn. Det kan også være pasienter med spesielle behov, f. eks. dialyse, og som ikke kan kjøre til og fra Otta. De kjenner ikke de utarbeidde kriteriene for innleggelse ved intermedieær sengepost, men de sier at de diskuterer hvert tilfelle og fatter vedtak ut ifra behovet for helsehjelp. Eldre pasienter vil ofte til hjemkommunen hvor de kan være i nærheten av familie, og dersom de har kapasitet i kommunen blir disse tatt hjem. Yngre pasienter (50-75 år) vil gjerne heller til NGLMS enn å få en plass ved sjukeheimen.

I Lom kommune har de en utfordring med kapasiteten på sjukeheimen som medfører at de noen ganger må legge inn ordinære korttidspasienter eller personer som venter på langtids plass ved NGLMS. Korttidsplassene ved sjukeheimen er fylt opp med langtids pasienter. I Skjåk har de bedre kapasitet på plasser ved sjukeheimen. De to sier at økonomi ikke er styrende for hvilket tilbud pasienten får. I Lom har kapasiteten ved sjukeheimen påvirket bruken av NGLMS.

Kommunalsjef for helse og omsorg i Skjåk sier at kommunens bruk av de kommunale tjenestene ved NGLMS begrenses av den lange avstanden. God kapasitet på kommunale korttidsplasser påvirker også bruken.

Tildelingskontoret i Vågå sier at det først og fremst er pasientens behov som avgjør om han/hun får plass ved sjukeheimen eller ved NGLMS, men det blir også tatt hensyn til tilgjengelig kapasitet på korttidsplasser i kommunen og fornuftig bruk av ressurser. Bruken av NGLMS var høyere før når kommunen hadde færre korttidsplasser (5) enn i dag (10). De ser det ikke som et problem at det er lang avstand til Otta. Dette gjelder uansett midlertidige opphold, og de har ikke fått tilbakemelding fra pårørende som synes at det er vanskelig med avstanden. Vågå har også kjøpt korttidsplasser både i Dovre og Skjåk. Det viktigste er at pasienten får hjelp og den behandlingen han/hun trenger.

I dag har Vågå kommune god kapasitet på korttidsplasser, da de har åpnet en fløy ved sjukeheimen som egentlig var avstengt. Dette er en eldre avdeling uten egne bad som skal rives i forbindelse med ombyggingen. Når den gamle fløyen blir revet vil de ha behov for flere korttidsplasser. Det var planlagt å kjøpe korttidsplasser fra Sel kommune ved NGLMS, men pga. brannen ved Sel sjukeheim og koronapandemien har dette foreløpig ikke blitt noe av.

Flere av samarbeidskommunene tar opp at de ønsker å utvikle helsetjenestene og kompetansen i egen kommune, blant annet ved hjelp av velferdsteknologi. De mener at det må være mulig å diskutere mulige løsninger for utforming av helsetilbudet innenfor samarbeidet. Dette er imidlertid et konfliktfylt tema i helsesamarbeidet.

8.2 OPPSUMMERING

Statistikken viser at det er stor variasjon i kommunenes bruk av sengeavdelingen ved NGLMS, dette gjelder både intermediærsenger og KAD.

Samarbeidskommunene oppgir følgende punkter som viktig når det gjelder bruken av sengeavdelingen:

- Kapasitet og kompetanse i egen kommune
- Avstand
- Økonomi

Så lenge kommunene har ledig kapasitet i institusjon i egen kommune, og en kompetent bemanning, er det mer økonomisk å benytte ledige plasser i egen kommune. Dette ser ut til å gjelde alle kommunene. Vågå benyttet sengeavdelingen i større grad før de økte opp antall korttidsplasser i kommunen. Lom benyttet intermediærsenger i større grad i 2021 enn de andre årene, og sier selv det skyldes kapasitetsutfordringer ved sjukeheimen. Dovre kommune har i perioder ingen ledige institusjonsplasser og benytter derfor sengeavdelingen, men sier at de i utgangspunktet ønsker å gi et tilbud i Dovre. Lesja og Skjåk har god kapasitet i sine institusjoner og en svært begrenset bruk av intermediæravdelingen. Sel kommune har minst kapasitet når det gjelder kommunale korttidsplasser og bruken av intermediærplasser er derfor stor. Vi har også sett at på totalen er den prosentvise fordelingen av bruken av KAD mellom kommunene relativt lik fordelingen av bruken av intermediærsenger for årene 2018-2021. Det ser derfor ut som at kapasitet og økonomi også er viktig for bruken av KAD. Alle samarbeidskommunene med unntak av Vågå, sier at avstand er et viktig argument for å gi et tilbud i hjemkommunen, særlig for de eldste.

Det kan altså se ut som at bruken av sengeavdelingen, i særlig grad intermediærsenger, i mindre grad styres av diagnoser og innleggelseskriterier. Det er et poeng at sengeavdelingen ved NGLMS skal ha en bemanning og en kompetanse som overgår kommunenes bemanning i sykehjem og hjemmetjenester, og at intermediærsenger skal ligge på et behandlingsnivå mellom tilbudet i hjemkommunen og spesialisthelsetjenesten. Satt på spissen ser vi at sengeavdelingen imidlertid fungerer mer som et ekstratilbud eller avlastning for kommunene når kapasiteten i korttidsplasser i hjemkommunen er full. Kriterier for innleggelse er i liten grad benyttet og det er krav til å gi forsvarlig helsehjelp som trekkes frem som avgjørende, ikke ulikheter i behandlingsnivå mellom intermediærseng og det kommunale tjenestetilbudet.

9 KOSTNADER

I dette kapitlet vurderer vi problemstilling 5.

Er beregninger og fordeling av kostnader i samsvar med avtale?

I dette kapitlet går vi igjennom Sel kommune sin kostnadsavregning for helsesamarbeidet for 2020. Vi ser først på fordelingen av kostnadene mellom kommunene, og deretter ser vi nærmere på selve kostnadsgrunnlaget. Til slutt vurderer vi resultatet av gjennomgangen opp mot revisjonskriteriene utarbeidet i kapittel 3.4.

9.1 FORDELING AV KOSTNADER MELLOM DELTAKERKOMMUNENE

Tabell 9.1 nedenfor viser brutto og netto kostnader forbundet med de ulike tjenestene som inngår i det regionale helsesamarbeidet, slik disse framgår av regnskapene for 2020 og Sel kommune sin årsavregning. Tabellen viser også hvordan netto kostnader er fordelt mellom deltakerkommunene i 2020. Tallene for sengeavdelingen gjelder avdelingens totale kostnader. Her skal andel som tilhører de seks korttidsplassene for Sel kommune trekkes ut, før kostnadene fordeles deltakerkommunene. Utgifter til kjøkken slås sammen med sengeavdelingen. Vi ser av tabellen at netto utgifter forbundet med kreftkoordinator ikke er fordelt i sin helhet.

Nedenfor går vi igjennom alle tjenestene og kontrollerer beregningen av fordelingen.

Tabell 9.1. Fordeling av netto kostnader NGLMS pr. 31.12.2020

NGLMS helsesamarbeid	Jordmorvakt	Regional legevakt	Legevakt-varsl./alarm-sentral	Nødnett	Sengeavdeling	Kjøkken NGLMS	Kreftkoordin.	Hjelpespersonell	NGLMS 2020
Brutto utgiftsvolum	1 223 100	7 855 854	9 925 680	468 381	22 978 319	857 902	703 332	793 956	44 806 524
Salg/Refusjoner	932 962	415 016	1 596 930		1 272 033	3 648	380 678	226 626	4 827 893
Refusjon mva	3 082	221 821	195 917		773 744	1 648		800	1 197 012
Netto/til avregning	287 056	7 219 017	8 132 833	468 381	20 932 542	852 606	322 654	566 530	38 781 619

Lom kommune	38 334	964 030	1 173 839	60 611			63 698	81 770	
Vågå kommune	53 935	1 356 380	1 472 680	85 542			77 772	102 586	
Sel kommune	81 676	2 054 028	1 955 648	132 839			100 519	136 229	
Dovre kommune	42 173	1 060 585	1 246 221	68 249				86 811	
Lesja kommune	34 531	868 395	1 117 519	60 166				77 845	
Skjåk kommune	36 408	915 599	1 166 926	60 974				81 289	
Sum 2020	287 056	7 219 017	8 132 832	468 381	20 932 542	852 606	241 990	566 530	38 700 954

9.1.1 Jordmorvakt

Ifølge finansieringsmodellen for Jordmorvakten skal 20% av netto utgifter ført i vertskommunens regnskap fordeles likt mellom deltakerkommunene og 80% skal fordeles etter folketall pr. 1.1. i regnskapsåret.

Netto utgifter	287 056
20 %	57 411
80 %	229 645

Folketallet i kommunene pr. 1.1.2020 er oppgitt i tabell 9.2 nedenfor. Tallene er hentet fra SSB.

Tabell 9.2. Folketall pr. 1.1.2020. SSB.

Kommune	Folketall 1.1.2020	i %
Lom kommune	2 228	12,20
Vågå kommune	3 570	19,55
Sel kommune	5 739	31,43
Dovre kommune	2 553	13,98
Lesja kommune	1 975	10,82
Skjåk kommune	2 197	12,03
Sum	18 262	100,00

Tabell 9.3. Beregning av fordeling utgifter til Jordmorvakt, 2020.

Jordmorvakt	År 2020			
	20% Likt del	80% Andel folketall	SUM	
Lom kommune	9 569	12,20 %	28 017	37 585
Vågå kommune	9 569	19,55 %	44 893	54 462
Sel kommune	9 569	31,43 %	72 168	81 737
Dovre kommune	9 569	13,98 %	32 104	41 673
Lesja kommune	9 569	10,82 %	24 836	34 405
Skjåk kommune	9 569	12,03 %	27 626	37 195
Sum	57 411	100,00	229 645	287 056

Dersom vi sammenligner vår beregning av fordeling av utgifter til Jordmorvakten i tabell 9.3 ovenfor med Sel kommune sin fordeling i tabell 9.1, ser vi at det er et lite avvik i tallene. Det er kun fordelingen mellom kommunene som ikke stemmer. Ved en nærmere gjennomgang finner revisjonen at avviket skyldes at det er brukt feil folketall i Sel kommune sin beregning. Det kan se ut som det er brukt folketall fra 1.1.2017.

9.1.2 Regional legevakt

Det gjelder samme finansieringsmodell for den regionale legevakten som for Jordmorvakten.

Netto utgifter	7 219 017
20 %	1 443 803
80 %	5 775 214

Tabell 9.4. Beregning av fordeling utgifter til regional legevakt, 2020.

Regional legevakt	År 2020			SUM
	20% Lik del	80% Andel folketall		
Lom kommune	240 634	12,20 %	704 576	945 210
Vågå kommune	240 634	19,55 %	1 128 997	1 369 630
Sel kommune	240 634	31,43 %	1 814 919	2 055 553
Dovre kommune	240 634	13,98 %	807 375	1 048 009
Lesja kommune	240 634	10,82 %	624 589	865 223
Skjåk kommune	240 634	12,03 %	694 758	935 392
Sum	1 443 803	100,00 %	5 775 214	7 219 017

Når vi sammenligner tallene i tabell 9.4 med fordelingen av kostnader for regional legevakt i tabell 9.1, ser vi at heller ikke disse tallene stemmer. I Sel kommune sin avregning for legevakten for 2020 er det brukt folketall pr. 1.1.2017. Siden netto utgifter for legevakten er vesentlig større enn for Jordmorvakten blir avvikene større. Tabell 9.5 viser avvikene i fordelingen mellom kommunene for 2020. Positive tall er for mye betalt, mens negative er for lite betalt.

Tabell 9.5. Avvik i kostnadsfordeling i 2020.

Avvik	År 2020		
	Jordmorvakt	Legevakt	Sum
Lom kommune	748	18 820	19 568
Vågå kommune	-527	-13 250	-13 777
Sel kommune	-61	-1 524	-1 585
Dovre kommune	500	12 576	13 076
Lesja kommune	126	3 171	3 297
Skjåk kommune	-787	-19 793	-20 580
Sum	-0	0	-0

Ved en nærmere gjennomgang finner revisjonen at den samme feilen også er gjort i avregningene for 2018 og 2019. I disse årene utgjør avvikene mindre beløp. I avregningen for 2021 er feilen i formelen rettet opp.

9.1.3 Regional legevaktvarsling/alarmsentral

Ifølge finansieringsmodellen for legevaktsentralen skal 50% av netto utgifter i tjenesten fordeles likt mellom deltakerkommunene og 50% skal fordeles etter folketall pr. 1.1. i regnskapsåret.

Netto utgifter	8 132 832
50 %	4 066 416

Tabell 9.6. Beregning av fordeling utgifter til regional legevaktvarsling, 2020

Legevaktvarsling	År 2020			
	Lik del 50%	%andel		SUM
Lom kommune	677 736	12,20 %	496 103	1 173 839
Vågå kommune	677 736	19,55 %	794 944	1 472 680
Sel kommune	677 736	31,43 %	1 277 912	1 955 648
Dovre kommune	677 736	13,98 %	568 485	1 246 221
Lesja kommune	677 736	10,82 %	439 783	1 117 519
Skjåk kommune	677 736	12,03 %	489 190	1 166 926
Sum	4 066 416	100,00 %	4 066 416	8 132 832

Her ser vi at det ikke er avvik mellom våre beregninger og fordelingen i tabell 9.1.

9.1.4 Kreftkoordinator

Finansieringsmodell for kreftkoordinator er ikke oppgitt, men ifølge Sel kommune sin kostnadsavregning følges en modell der 50% av utgiftene fordeles likt mellom kommunene og 50% fordeles etter folketall. Det er bare Sel, Vågå og Lom som deltok i samarbeid om kreftkoordinator i 2020.

Netto utgifter	322 654
50 %	161 327

Tabell 9.7. Beregning av fordeling utgifter til kreftkoordinator, 2020.

Kreftkoordinator	År 2020			
	Lik del 50%	%andel		SUM
Lom kommune	53 776	19,31 %	31 155	84 931
Vågå kommune	53 776	30,94 %	49 921	103 697
Sel kommune	53 776	49,74 %	80 250	134 026
Sum	161 327	100,00	161 327	322 654

I tabell 9.1, som er tall hentet fra Sel kommune sin årsavregning for 2020, ser vi at det kun er kr 241 990,- som er fordelt på de tre kommunene. Dette til tross for at det er kr 322 654,- som oppgis som netto utgifter til fordeling. Når vi sjekker Sel kommune sin beregning finner vi at den delen av utgiftene som skal fordeles likt på kommunene er delt på fire kommuner, og ikke tre. Dette innebærer at ca. kr 80 000,- av utgiftene ikke ble fordelt i 2020 og som dermed ble en økt kostnad for Sel kommune. Beregningene for øvrige år er korrekt.

9.1.5 Hjelpepersonell for spesialisthelsetjenester

Ifølge finansieringsmodellen skal den halvpart av utgiftene som ikke dekkes av Sykehuset Innlandet fordeles likt mellom kommunene for 50% av utgiftene og 50% skal fordeles etter folketall.

Netto utgifter	566 530
50 %	283 265

Tabell 9.8. Beregning av fordeling utgifter til hjelpepersonell, 2020.

Hjelpepersonell spesialisthelsetj.	År 2020			
	Lik del 50%	%andel		SUM
Lom kommune	47 211	12,20 %	34 558	81 769
Vågå kommune	47 211	19,55 %	55 375	102 586
Sel kommune	47 211	31,43 %	89 019	136 230
Dovre kommune	47 211	13,98 %	39 600	86 811
Lesja kommune	47 211	10,82 %	30 635	77 846
Skjåk kommune	47 211	12,03 %	34 077	81 288
Sum	283 265	100,00	283 265	566 530

Fordelingen av utgifter til hjelpepersonell er i samsvar med finansieringsmodellen i 2020.

9.1.6 Sengeavdelingen

Ifølge regnskapet er netto utgifter til sengeavdelingen kr. 21 785 147,- i 2020. Sengeavdelingen består av 6 intermediærsenger, 3 KAD-senger og 6 korttidssenger tilhørende Sel kommune. Før kostnadene fordeles på den enkelte deltakerkommune må utgiftene spesifiseres på de tre sengetypene. Dette gjøres ved hjelp av såkalte pleiefaktorer. En KAD-pasient trenger mer pleie enn en intermediær-pasient eller en korttidspasient, og har derfor høyest pleiefaktor. En korttidspasient har lavest pleiefaktor, se tabell 9.9 nedenfor. Ved å multiplisere pleiefaktorene med antall senger får man et forholdstall for hver type seng, som deretter vektet i prosent. De totale kostnadene for sengeavdelingen fordeles deretter på type seng iht. beregnet vektning.

Tabell 9.9. Pleiefaktorer og vekter for type seng.

Type senger	Antall	Pleiefaktor	Forholdstall	Vekting i %
Intermediære	6	0,90	5,40	42,857
KAD	3	1,00	3,00	23,810
Korttidsopphold Sel	6	0,70	4,20	33,333
			12,6	100,0000

Det er pleiefaktorene som avgjør hvor stor andel av totalkostnadene som tilordnes de ulike sengetypene. Ifølge Sel kommune ble det gjort et grundig arbeid med å fastlegge pleiefaktorene i oppstartfasen av daværende DMS, senere LMS. Arbeidet ble gjort av daværende daglig leder sammen med øvrig ledelse av kommunens helsepersonell. De støttet seg til fagmiljøer i Sykehuset Innlandet og konkluderte med disse pleiefaktorene.

Pleiefaktorene har senere vært drøftet med SI i forbindelse med å legge til rette for fire korttidssenger til Vågå kommune.

Som en følge av brannen ved Sel sjukeheim i juni 2019 har Sel kommune i en periode hatt behov for å benytte kapasitet ved sengeavdelingen ved NGLMS til pasienter som måtte evakueres. Pasientene flyttet tilbake til sjukeheimen i april 2020. Det er derfor utarbeidet en særskilt fordeling av kostnadene for sengeavdelingen i 2019 og 2020.

Tabell 9.10. Pleiefaktorer og vektorer for type seng i 2020.

Type senger	Antall	Pleiefaktor	Forholdstall	Vekting i %
Intermediære	6	0,90	5,40	39,860
KAD	3	1,00	3,00	22,145
Langtidsopphold Sel	1,96	0,73	1,43	10,570
Korttidsopphold Sel	5,31	0,70	3,72	27,425
			13,55	100,0000

I kostnadsavregningen for 2020 oppgir Sel kommune at korttidsavdelingen ved NGLMS var stengt i 6 uker sommeren 2020. Antall senger er derfor omregnet fra 6 til 5,31 ($6 \cdot 46 / 52$ uker = 5,31)³². I tillegg oppgis det at Sel kommune hadde 6 langtidsplasser ved sengeavdelingen fram til 5.4.2020. Antall senger for langtidsopphold er omregnet til 1,96 ($6 \cdot 17 / 46$), som innebærer 6 sengeplasser i 17 uker³³.

Pleiefaktoren for langtidsopphold er satt til 0,73. Revisjonen kjenner ikke til prosessen for å fastsette denne. Vi ser av tabell 9.10 at vektene for intermediærsenger og KAD-senger er lavere i 2020 enn de ville ha vært dersom Sel kommune ikke benyttet sengeavdelingen til langtidspasienter. En lavere andel av kostnadene vil selvsagt måtte veies opp mot en eventuell kostnadsøkning ved sengeavdelingen som følge av flere pasienter.

Det er ikke lett å lese ut av kostnadsavregningene hvordan sengeavdelingen har vært brukt i perioden etter brannen. I 2019 oppgis det 4 ekstra korttidssenger, mens i 2020 er det 6 ekstra langtidsenger. Sel kommune sier at de også hadde langtidspasienter ved sengeavdelingen i 2019.

9.1.6.1 Intermediærsenger

Vi finner kostnadsgrunnlaget som skal fordeles deltakerkommunene;

Netto utgifter sengeavdelingen	21 785 147
39,86 %	8 683 625

³² Ser vi på liggedøgnstatistikken for 2020 er det registrert 19 liggedøgn ved korttidsavdelingen i juli (uke 27 starter 29.6), slik at det helt nøyaktige ville være å beregne antall senger korttidsopphold i dager og ikke uker.

³³ Teksten er endret etter mottatt høringsuttalelse fra Sel kommune. Sel kommune beregnet kostnader med langtidsplasser fram til og med 26.4, for å sikre klargjøring av avdelingen for andre formål, se høringsuttalelse fra Sel kommune (vedlegg 1).

Finansieringsmodellen for intermediære senger sier at 20% av netto utgifter skal fordeles likt mellom deltakerkommunene, deretter skal det betales etter antall liggedøgn, og eventuell rest skal fordeles etter folketall.

20% fordeles likt:

Kostnadsgrunnlag IMS	8 683 625
20% fordeles likt	1 736 725

Fordeling pr liggedøgn:

	8 683 625
	-1 736 725
Til fordeling pr. liggedøgn	6 946 900
Maks kapasitet ant liggedøgn	2196
Kostnad pr liggedøgn	3163

Kostnad pr. liggedøgn er beregnet ved å dele kostnadsgrunnlaget, etter fratrukk av 20%, på maks antall liggedøgn (6 senger * 366 dager).

Tabell 9.11. Fordeling kostnader for intermediærsenger, 2020.

Intermediærsenger	2020					
	Lik del 20%	Kostnad liggedøgn		Andel folketall		Sum
Lom kommune	289 454	37	117 047	12,20 %	- 32 419	374 082
Vågå kommune	289 454	246	778 205	19,55 %	- 51 947	1 015 712
Sel kommune	289 454	1580	4 998 225	31,43 %	- 83 508	5 204 171
Dovre kommune	289 454	264	835 146	13,98 %	- 37 149	1 087 452
Lesja kommune	289 454	1	3 163	10,82 %	- 28 739	263 879
Skjåk kommune	289 454	152	480 842	12,03 %	- 31 967	738 329
Sum	1 736 725	2280	7 212 628	100 %	- 265 728	8 683 625

I tabell 9.11 har vi satt inn faktiske liggedøgn pr. kommune iht. liggedøgnstatistikken for 2020 og beregnet kostnaden for bruken av intermediærseng pr. kommune. Vi ser av tabellen at beregnet kostnad iht. faktiske liggedøgn er kr 265 728,- høyere enn grunnlaget til fordeling. Dette skyldes at beleggprosenten var over 100% i 2020. Den kommunevise fordelingen av kostnader knyttet til intermediærsenger justeres til slutt ved bruk av folketall.

9.1.6.2 KAD-senger

Vi finner kostnadsgrunnlaget som skal fordeles deltakerkommunene:

Netto utgifter sengeavdelingen	21 785 147
22,14 %	4 824 234

Finansieringsmodellen for KAD-senger er den samme som for intermediære senger.

20% fordeles likt:

Kostnadsgrunnlag KAD	4 824 234
20% fordeles likt	964 847

Fordeling pr. liggedøgn:

	4 824 234
	-964 847
Til fordeling pr. liggedøgn	3 859 387
Maks kapasitet ant liggedøgn	1098
Kostnad pr liggedøgn	3515

Maksimal kapasitet for KAD-senger blir 1098 (3 senger * 366 dager).

Tabell 9.12. Fordeling av kostnader for KAD-senger, 2020.

KAD-senger	2020					
	Lik del 20%	Kostnad liggedøgn		Andel folketall	Sum	
Lom kommune	160 808	12	42 179	12,20 %	331 478	534 465
Vågå kommune	160 808	40	140 597	19,55 %	531 153	832 558
Sel kommune	160 808	203	713 530	31,43 %	853 856	1 728 193
Dovre kommune	160 808	33	115 993	13,98 %	379 842	656 642
Lesja kommune	160 808	21	73 813	10,82 %	293 847	528 469
Skjåk kommune	160 808	16	56 239	12,03 %	326 859	543 906
Sum	964 847	325	1 142 350	100 %	2 717 037	4 824 234

Tabell 9.12 viser beregning av deltakerkommunenes kostnader knyttet til KAD-senger. Det ble brukt totalt 325 liggedøgn i 2020. Som vi ser av tabellen er belegget så mye lavere enn kapasiteten for KAD-sengene at 2,7 mill. ikke dekkes opp av betaling for faktisk bruk. Disse dekkes derfor opp etter fordeling av folketall.

Revisjonen har benyttet framgangsmåten slik den er beregnet i kostnadsavregningene fra Sel kommune. Finansieringsmodellen er vedtatt av kommunene i fellesskap og ligger i vertskommuneavtalen.

9.2 KONTROLL AV KOSTNADSGRUNNLAGET

Tabell 9.13 viser kostnadsgrunnlagene³⁴ som er fordelt på deltakerkommunene i perioden 2018-2021. Totalkostnadene har økt med 13,8% fra 2018 til 2021. Den største økningen er fra 2019 til 2020, da kostnadene økte med 8,2%. Ser vi nærmere på tallene finner vi en økning på 17,6% for sengeavdelingen dette året, eller med 13% fra 2018 til 2020.

Tabell 9.13. Totale kostnader (netto) helsesamarbeidet 2018-2021.

	2021	2020	2019	2018
IMS	8 533 638	8 683 629	7 385 831	7 679 679
KAD	5 574 243	4 824 238	4 103 382	4 266 289
Jordmorvakt	398 660	287 056	404 302	395 510
Legevakt	7 411 008	7 219 017	6 553 438	5 975 678
Legevaktsentral	8 288 558	8 132 832	8 410 786	8 108 309
Hjelpepersonell	566 073	566 530	618 810	563 927
Nødnett	500 891	468 381	430 490	485 459
	31 273 071	30 181 683	27 907 040	27 474 851

Revisjonen har valgt å ta utgangspunkt i kostnadsgrunnlaget for sengeavdelingen og legevaktvarsling/alarmsentral for 2020 for nærmere gjennomgang.

9.2.1 Sengeavdelingen

Nedenfor gjengis regnskapet for sengeavdelingen ved NGLMS for 2020.

Vi har plukket ut noen poster/kontoer som vi kommenterer nærmere. Dette er kontoer med større avvik mellom budsjett og regnskap som ikke har en intuitiv forklaring, direkte kostnader som fordeles mellom avdelinger, og fordelte indirekte kostnader. Vi ser av regnskapet at noen kontoer har et stort forbruk i forhold til budsjett, slik som medisinsk forbruksmateriell og medisinsk utstyr. Dette er økte utgifter som naturlig kan knyttes til corona-pandemien og som ikke krever ytterligere undersøkelser.

³⁴ Kostnadsgrunnlagene utgjør netto kostnader, -brutto kostnader minus eventuelle refusjoner, salg, etc. Kreftkoordinator er ikke tatt med. Sel kommune sine kostnader til korttidsplasser er heller ikke tatt med, slik at tallene i tabell 9.13 stemmer ikke med tallene for sengeavdelingen i tabell 9.1.



Sengeavdeling NGLMS 2020

1 SEL KOMMUNE (2020) - År/Periode 2020 1 - 12

27.01.2021

	Buds(end) 2020	Regnskap 2020
Ansvar: 374 SYKEHJEMSAVDELING KORTTIDSAVDELING NGLMS		
1010 LØNN I FASTE STILLINGER	2.593.000	2.625.569,74
1014 LØNN SYKEPLEIERE	6.860.000	7.059.447,14
1015 HELGE- OG HØYTIDSTILLEGG	440.000	432.872,10
1016 T-TRINN, LØRD-/SØND.TILLEGG	928.000	1.008.559,48
1019 VAKTTILLEGG UTEN PENSJON	190.000	293.462,50
1020 LØNN SYKEVIKAR	100.000	237.928,99
1021 LØNN FERIEVIKAR	370.000	131.586,31
1022 LØNN VIKAR SVANGERSKAPSPERM.	100.000	72.552,22
1023 LØNN VIKAR ANNEN PERMISJON M/LØNN	20.000	37.878,97
1030 LØNN EKSTRAHJELP	170.000	376.902,61
1040 OVERTID	290.000	419.749,83
1050 LØNN LÆRLINGER	47.000	47.293,26
1060 LØNN FORSKJØVET ARBEIDSTID	50.000	108.459,55
1065 VAREKLÆR	2.000	0,00
1066 ANDRE TREKKPL. GODTGJØRELSER	1.000	5.286,92
1090 PENSJON KLP	2.462.000	2.034.160,99
1094 GR.LIV/ULYKKEFORSIKR. ANSATTE	20.000	25.724,19
1099 ARBEIDSGIVERAVGIFT	1.010.000	796.768,96
1100 FORBRUKSMATERIELL OG KONTORREKV.	30.000	39.994,39
1103 ABONNEMENTER OG FAGLITTERATUR	9.000	17.888,50
1110 MEDISINSK FORBRUKSMATERIELL	320.000	1.023.179,49
1114 MEDISINER	350.000	223.007,71
1115 MATVARER (I TJENESTEPRODUKSJON)	200.000	232.647,00
1116 BEVERTNING/MØTESERVERING	15.000	907,00
1120 ANNET FORBR.MATERIELL OG TJENESTER	30.000	304.151,39
1121 RENHOLDSARTIKLER	0	29.850,91
1122 ARBEIDSKLÆR	0	25.557,60
1123 VELFERDSTILTAK ANSATTE	0	21.583,17
1127 FORDELTE VIKARPOOL	500.000	0,00
1128 VELFERDSTILTAK BRUKERE	0	5.702,40
1131 TELEFON OG TELEFAKS	0	820,07
1133 ØREAVRUNDING/OMKOSTNINGER M.M.	0	0,07
1137 MOBIL TELEFONI	18.000	10.928,53
1140 ANNONSER	5.000	6.200,00
1145 GAVER VED REPRESENTASJON	0	7.500,00
1150 KURSUTGIFTER(INKL. OPPHOLD)	60.000	653,83
1152 KOMPETANSETILTAK, UTGIFTER TIL FORELESER	0	4.250,00
1160 KJØREGODTGJØRELSE OPPG .PLIKTIG	5.000	1.077,10
1161 KOSTGODTGJØRELSE/DIETT	1.000	0,00
1176 ANDRE REISEUTGIFTER, IKKE OPPG.PLIKTIG	5.000	178,57
1190 HUSLEIE	0	29.950,00
1193 LYS, VARME OG RENHOLD	1.520.000	1.705.066,00
1196 LISENSER	0	30.682,00
1197 LISENSER, DATAPROGRAM	0	40.801,82
1199 KONTINGENTER, DIV. AVGIFTER/GEBYRER	70.000	0,00
1200 INVENTAR OG UTSTYR	55.000	102.223,02
1202 TRYGGHETSALARMER	0	1.932,80
1207 INNKJØP DATAUTSTYR	5.000	0,00
1209 MEDISINSK UTSTYR	10.000	257.521,59
1220 LEIE/LEASING KONTORMASKINER	0	371,37
1225 LEIE/LEASING AV UTSTYR	15.000	0,00
1236 VEDLIKEHOLD UTSTYR	15.000	41.935,98
1241 SERVICE, VEDLIKEHOLD, INSTALLASJON	10.000	23.223,75
1242 DRIFTSAVTALER, DATASENTRALER	0	3.865,60
1245 IKT-UTGIFTER, FORDELTE	130.000	150.527,00

	Buds(end) 2020	Regnskap 2020
1260 VASKERITJENESTER/RENSING	350.000	676.134,97
1270 KJØP AV KONSULENTTJENESTER	1.050.000	1.046.709,06
1272 HONORAR LEGETJENESTE - INTERMEDIÆRE OG Ø.HJELP	30.000	13.711,84
1273 HONORAR LEGETJENESTE - KORTTIDSPLASSER	15.000	0,00
1290 INTERNKJØP, VARER OG TJENESTER	364.000	364.000,00
1300 BETALING TIL STATEN	10.000	2.550,00
1304 HYGIENISK BISTAND	0	2.869,50
1429 GENERELL KOMPENSASJONSORDNING	775.000	773.744,34
1473 TAP PÅ FORDRINGER/GARANTIER	0	5.545,00
1553 AVSETNING TIL GAVEKONTI O.L.	0	34.671,68
Sum utgifter	21.625.000	22.978.318,81
1604 OPPHOLDSBETALING INSTITUSJON	-400.000	-406.336,00
1622 INNTEKT TREKK KOST	-14.000	-13.482,77
1700 REFUSJON FRA STATEN	-800.000	-97.943,00
1710 SYKELØNNSREFUSJON KOMM. ANSATTE	-454.000	-450.828,49
1712 REFUSJON FØDSELSPENGER, KOMM. ANS.	-128.000	-169.743,21
1729 REFUSJON MOMS PÅLØPT I DRIFTSREGNSKAPET	-775.000	-773.744,34
1732 LÆRLINGETILSKUDD	-17.000	-17.000,00
1752 LESJA KOMMUNE	-800.000	-511.568,64
1753 DOVRE KOMMUNE	-1.214.000	-853.675,04
1754 SKJÅK KOMMUNE	-995.000	-784.079,07
1755 LOM KOMMUNE	-1.281.000	-531.582,43
1756 VÅGÅ KOMMUNE	-2.532.000	-1.157.278,77
1771 ERSTATNINGER TIL KOMMUNEN	-213.000	-213.000,00
1891 GAVER TIL KOMMUNEN	-35.000	-34.671,68
1953 BRUK AV GAVEKONTI O.L.	-110.000	-109.583,17
1954 BRUK AV BUNDNE DRIFTSFOND	-166.000	-165.780,78
Sum inntekter	-9.934.000	-6.290.297,39

Lønn:

Sengeavdelingen har lønnskostnader på ca. 15 mill. i 2020, som er omtrent på budsjett. Lønnskostnadene utgjør ca. 65% av driftsutgiftene for avdelingen. Revisjonen har spurt Sel kommune om hvor mange årsverk som jobbet ved sengeavdelingen i 2020 og i 2021 og fikk følgende svar;

«Det har ikke vært noen endring i turnus ved sengeavdelingen fra 2020 til 2021.

14,5 årsverk, konto 1014. Sykepleiere

5,07 årsverk, konto 1010. Helsefagarbeidere, kjøkkenassistent, fysioterapeut, ergoterapeut.

«Dette inkluderer en stillingsøkning på 3,6 årsverk (6 x 60 % stilling) for å øke kapasiteten med fire institusjonsplasser, hvorav 3 årsverk (5 stillinger) ble besatt i 2019. Den siste 60 % - stillingen er ikke besatt. Siden det ikke kom ekstra pasienter fra Vågå fra 2019, er det også andre vikariater som det ikke har vært innsatt vikar i, evt. at deler av stillingene har vært dekt av vikar. Årsturnusen for 2020 viser at i februar d.å. lå det totalt 16,55 stillinger ved sengeavdelingen».

I samtale med avdelingsleder for sengeavdelingen fikk revisjonen opplyst at flere av sykepleierne som jobber på sengeposten også jobber ved dialyseavdelingen/poliklinikken og på legevakten, og har delte turnuser. Overlege og lege på sengeavdelingen har også delte stillinger mellom sengeavdeling, legevakt og Sel legekantor. Sel kommune opplyser at stillingene blir fordelt med stillingsprosent på de ulike avdelingene/ansvarene og lønnen fordeles tilsvarende.

Innledningsvis i kapitlet viste vi at sengeavdelingen hadde en relativt stor økning i kostnader fra 2019 til 2020. Lønnskostnadene utgjør en stor andel av utgiftene, men siden disse ligger omtrent på budsjett bør eventuelle økninger i lønnsbudsjettet ha vært drøftet i forkant/underveis. Revisjonen har ikke kontrollert budsjettprosessen.

Kjøkken/matvarer:

1 SEL KOMMUNE (2020) - År/Periode 2020 1 - 12		27.01.2021
	Buds(end) 2020	Regnskap 2020
Ansvar: 328 KJØKKEN NGLMS		
1010 LØNN I FASTE STILLINGER	420.000	417.503,34
1015 HELGE- OG HØYTIDSTILLEGG	0	14.041,22
1019 VAKTTILLEGG UTEN PENSJON	0	1.840,16
1020 LØNN SYKEVIKAR	3.000	10.898,48
1021 LØNN FERIEVIKAR	45.000	6.541,32
1023 LØNN VIKAR ANNEN PERMISJON M/LØNN	0	541,40
1030 LØNN EKSTRAHJELP	0	23.440,15
1040 OVERTID	0	730,13
1090 PENSJON KLP	95.000	58.620,01
1094 GR.LIV/ULYKKEFORSIKR. ANSATTE	1.000	933,00
1099 ARBEIDSGIVERAVGIFT	36.000	29.554,86
1115 MATVARER (I TJENESTEPRODUKSJON)	294.000	285.016,00
1236 VEDLIKEHOLD UTSTYR	0	6.593,60
1429 GENERELL KOMPENSASJONSORDNING	0	1.648,40
Sum utgifter	894.000	857.902,07
1710 SYKELØNNSREFUSJON KOMM. ANSATTE	-3.000	-3.648,00
1729 REFUSJON MOMS PÅLØPT I DRIFTSREGNSKAPET	0	-1.648,40
Sum inntekter	-3.000	-5.296,40
Sum ansvar: 328 KJØKKEN NGLMS	891.000	852.605,67

Kostnader til kjøkken ved NGLMS føres på eget ansvar 328 og tillegges regnskapet for sengeavdelingen før kostnadene fordeles kommunene, se regnskap for ansvar 328 Kjøkken NGLMS over. I tillegg er det ført kostnader direkte på ansvar 374 Sengeavdelingen, konto 1115 Matvarer. Revisjonen har spurt Sel kommune om hvordan matserveringen for sengeavdelingen er organisert;

«Matsservering er organisert slik at det sendes ferdig produsert varm middag fra Sel sjukeheim sju dager i uken. Kostnad for dette fordeles til eget ansvar ved NGLMS 328 ved årets slutt, og dette gjøres på grunnlag av liggedøgnstatistikk. All tørrmat kjøpes inn direkte ved sengeavdelingen. Det er ansatt kjøkkenassistenter ved avdelingen som er med og legger til rette for måltidene. Dette gjelder også på helg».

Revisjonen kjenner ikke til detaljene for hvordan fordelingen til ansvar 328 beregnes.

Husleie/ lys, varme og renhold:

Sel kommune opplyser at det ligger en fordelingsmodell til grunn for fordeling av fellesutgifter knyttet til bygget. Denne fordelingen forvaltes av eiendomsavdelingen i Sel kommune. Se regnskapet for tjeneste 261 Institusjonslokaler/ Sted 311 Lokalmedisinsk senter for 2020 nedenfor. Andel fellesutgifter betales etter avlagt regnskap året forut og fordeles etter areal. Det oppgis at totalt areal for NGLMS er 2 088 m².

Tabell 9.15. Oppgitt areal pr avdeling NGLMS

Sengeavdeling (m ²)	1067,0
Jordmorvakt (m ²)	71,7
Legekantor/legevaktsentral/legevakt (m ²)	427,0
Sum (m ²)	1565,7

Det er ikke oppgitt hvordan de resterende 522,3 m² er fordelt.

Revisjonen har fått oversendt fakturagrunnlag for beregning av andel fellesutgifter for sengeavdelingen for 2021. Vi hadde ved ferdigstilling av revisjonsrapporten ikke fått grunnlaget for 2020 og benytter derfor beregningen for 2021 som grunnlag³⁵.

I regnskapet for sengeavdelingen (ansvar 374) for 2021 er det bokført kr 1 344 519,- på konto 1190 Husleie. Andel fellesutgifter/husleie for 2021 stipuleres etter avlagt regnskap for 2020. Se regnskap for tjeneste 261 Institusjonslokaler/ sted 311 Lokalmedisinsk senter for 2020 nedenfor.

	Regnskap 2020
Ansvar: 700 FDV KOMMUNAL EIENDOM	
Tjeneste: 261 INSTITUSJONSLOKALER	
Sted/Prosjek: 311 LOKAL MEDISINSK SENTER	
1012 LØNN VAKTMESTER	256.054
1020 LØNN SYKEVIKAR	146.950
1021 LØNN FERIEVIKAR	89.002
1040 OVERTID	18.110
1075 LØNN RENHOLDERE	734.870
1090 PENSJON KLP	240.881
1099 ARBEIDSGIVERAVGIFT	79.780
1120 ANNET FORBR.MATERIELL OG TJENESTER	15.781
1121 RENHOLDSARTIKLER	74.568
1122 ARBEIDSKLÆR	23.767
1123 VELFERDSTILTAK ANSATTE	4.311
1137 MOBILTELEFONI	2.158
1150 KURSUTGIFTER(INKL. OPPHOLD)	6.940
1170 VEDLIKEHOLD OG DRIFT VAREBILER	8.423
1180 ENERGIUTGIFTER	352.898
1181 BIOENERGI	363.813
1195 KOMMUNALE EIENDOMSGEBYRER	41.256
1200 INVENTAR OG UTSTYR	5.422
1230 BYGGETJENESTER INKL. MATERIALUTGIFTER	58.154
1236 VEDLIKEHOLD UTSTYR	17.252
1240 VEDLIKEHOLD TEKNISKE ANLEGG	38.270
1241 SERVICE, VEDLIKEHOLD, INSTALLASJON	70.174
1246 SNØBRØYTINGSAVTALER	33.986
1250 MATERIALUTGIFTER TIL VEDLIKEHOLD	2.975
1429 GENERELL KOMPENSASJONSORDNING	213.196
Sum utgifter	2.898.991
1632 UMLEIEINNTÉKT AV LOKALER	-4.789.343
1633 HUSLEIEINNTÉKT OPPLAND FYLKESKOMMUNE	-84.599
1710 SYKELØNNSREFUSJON KOMM. ANSATTE	-108.650
1712 REFUSJON FØDSELSPENGER, KOMM. ANS.	-9
1729 REFUSJON MOMS PÅLØPT I DRIFTSREGNSKAPET	-213.196
Sum inntekter	-5.195.797
Sum sted/Prosjek: 311 LOKAL MEDISINSK SENTER	-2.296.805

Sel kommune stipulerer andel fellesutgifter for sengeavdelingen for 2021 slik:

Avlagt regnskap 2020	2 898 991
Totalareal NGLMS, m2	2 088
Pris pr. m2	1 388

Kr 1388,- pr m2 * 1067 m2 = kr 1 481 429,-.

Beløpet justeres deretter iht. avregning for fellesutgifter for 2020:

³⁵ Revisjonen fikk oversendt fakturagrunnlaget for 2020 den 28.4.22. Fakturabeløpet stemmer med bokført på konto 1193 Lys, varme og renhold i 2020 i regnskapet for sengeavdelingen.

Innbetalt a-konto andel fellesutgifter i 2020	1 705 066
Andel fellesutgifter etter avlagt regnskap for 2020	-1 481 429
Differanse	223 637

Andel fellesutgifter for 2021, korrigert for innbetalt i 2020:

Andel fellesutgifter etter avlagt regnskap for 2020	1 481 429
Differanse	-223 637
Totalt stipulert andel fellesutgifter 2021	1 257 792

Bokført utgift i regnskapet for sengeavdelingen for 2021 er kr 1 344 519,-, altså et avvik på kr 86 727,- i forhold til beregnet. Dersom vi ser på regnskapet for sengeavdelingen for 2020 finner vi at det er bokført kr 1 705 066,- på konto 1193 Lys, varme, renhold og kr 29 950,- på konto 1190 Husleie. Som vi ser av beregningen ovenfor er det kr 1 705 066 som oppgis som innbetalt andel fellesutgift i 2020. Sel kommune opplyser at disse utgiftene gjelder husleiekostnader for vikarer som trengte husrom.

I forbindelse med gjennomgangen av fordeling av felleskostnader har revisjonen i tillegg fått oversendt fakturagrunnlag for beregning av andel fellesutgifter for jordmorvakt og legekontor/legevaktsentral/legevakt for 2021.

Fakturagrunnlaget for jordmorvakten viser at de i tillegg til å betale andel av felleskostnader basert på areal, også faktureres for husleie. Husleiekostnaden beregnes med en leiekostnad pr m² som justeres hvert år iht. konsumprisindeksen.

Leie av lokaler/andel fellesutgifter for jordmorvakten er beregnet slik for 2021:

Leieprisen er satt til kr 2112,- pr m² for 2021.

Husleie:

Kr 2112,- pr m² * 71,7 m² = kr 151 430,-

Andel fellesutgifter:

Kr 1388,- pr m² * 71,7 m² = kr 99 520,-

Total kostnad jordmorvakten er 250 950,-.

Vi finner at kr 250 950,- er postert på konto 1190 Husleie i regnskapet til jordmorvakten, ansvar 313, i 2021.

Det er ikke fakturert for husleie i tillegg til andel fellesutgifter i faktureringen av sengeavdelingen eller for legekontor/legevaktsentral/legevakt. Hvis vi ser på andel fellesutgifter/husleie av brutto driftsutgifter for de ulike avdelingene ser vi at andelen utgjør 20% for jordmorvakten, mens den utgjør ca. 7% for sengeavdelingen og under 2% for legevakt og legevaktvarslingen. Revisjonen har spurt Sel kommune v/ eiendomsavdelingen om hvorfor Jordmorvakten blir fakturert ekstra husleie. Eiendomsavdelingen svarer at dette har blitt gjort siden 2014, men at de ikke kjenner til hvorfor det er slik.

Når det gjelder regnskapet for tjeneste 261 Institusjonslokaler/ sted 311 Lokalmedisinsk senter ser vi at utleieinntekten er betydelig høyere enn netto utgifter. Dette betyr at det er andre husleieinntekter som ikke beregnes etter fordelingsmodellen pr areal. Revisjonen kjenner ikke hva som ligger i husleieinntektene. Revisjonen legger også merke til at det i fordelingsmodellen for fordeling av felleskostnader benyttes sum brutto utgifter og ikke sum netto utgifter (brutto utgifter minus refusjoner).

IKT-utgifter, fordelt:

På konto 1245 IKT-utgifter er det poster kr 150 527,- i regnskapet til sengeavdelingen for 2020. Revisjonen har spurt Sel kommune hvordan disse kostnadene er beregnet. Sel kommune svarer at IKT-konsulenten beregner en pris pr PC for drift av kommunens IKT-systemer, basert på utgiftene på IKT-området. IKT er en sentral avdeling som server alle tjenester i kommunen.

Kjøp av konsulenttenester:

Det er postert kr 1 046 709,- på konto 1270 i regnskapet. Sel kommune opplyser at utgiftene gjelder bruk av ulike vikarbyrå for å dekke behov for sykepleiere og lege ved vakanser og ferieavvikling, samt kjøp av tjenester fra tidligere kommunelege som har arbeidet ved sengeavdelingen i pressede perioder.

Internkjøp av varer og tjenester:

Det er postert kr 364 000,- på konto 1290 i regnskapet til sengeavdelingen for 2020. Sel kommune opplyser at utgiftene gjenspeiler indirekte utgifter som vertskommunen har i form av regnskapsføring, lønnskjøring, arkiv, servicetorg, etc. Revisjonen har spurt Sel kommune hvordan denne kostnaden beregnes:

«Da ordningen ble innført var den forankret i rådmannsutvalget – det var i 2013 for budsjettåret 2014. Dette var for at Sel kommune skulle få noe dekning for alt det administrative arbeidet som kommunen har vedrørende vertskommunerollen. Mye er knyttet til ulike områder, og det var en omforent forståelse for at vertskommunesamarbeidene skulle dekke opp for i sum tilsvarende et årsverk. Det var en splitting på de ulike deltjenestene, og det ble også medregnet en andel som belastes PPTNG.

Tabellen viser hvordan kostnadene fordeler seg, og hvor disse er inntektsført som motpost for ulike tjenester innen Sel kommune. Tabellen har vært delt med økonomisjefene undervegs og det har ikke vært noen innsigelser mot framgangsmåten. I den grad deltjenester har endret seg, har det vært gjort små justeringer. Vi har pt ikke koordinator i samfunnsmedisin eller ruskoordinator, men vi har kreftkoordinator».

Summen som belastes vertskommunesamarbeidet for bruk av (indirekte) fellestjenester/service-tjenester i Sel kommune beregnes ut ifra fastlagte prosentandeler av kostnadene ved et årsverk ved ulike service-avdelinger i Sel kommune, se tabell nedenfor med grønn farge. Denne summen belastes deretter de ulike regionale tjenestene etter modellen i tabellen til høyre med oransje farge.

Oppgaver innen	% anslag
Eiendomsforvaltning	15
IKT	20
Økonomi	20
Personal	20
Ledelse mv	25
Sum verdi ett årsverk	100

Oppgaver innen	% anslag
Legevakt	15
Varslingstjenester	11
Intermediære/ØH	35
Jordmortjeneste	10
Samfunnsmedisin	1
Ruskoordinator	1
Dialyse	1
Røntgen	1
Mellomsum til postering:	
PPT	25
Summer:	100

Refusjon fra staten:

Det er postert kr 97 943,- på konto 1700, mot budsjettet kr 800 000,-. Avviket skyldes at det ble budsjettet med inntekter fra Sykehuset Innlandet knyttet til kjøp av plasser for DPS-brukere, men dette ble utsatt i tid. Postert beløp tilsvarer inntekt fra SI vedrørende avtale om dekking av 20% av lønn til virksomhetsleder ved NGLMS. Lønnen er fordelt mellom ulike ansvar.

9.2.2 Legevaktvarsling

Revisjonen har også gått igjennom regnskapet til legevaktvarsling for 2020. Noen av postene vi har sett på er allerede kommentert over. Dette gjelder indirekte kostnader som er fordelt mellom ulike ansvar; fordelte IKT-utgifter og internkjøp varer og tjenester.

Lønn:

Regnskapet for legevaktvarsling og alarmsentral for 2020 viser en total lønnskostnad på ca. kr 8,1 mill., som er omtrent som budsjettet. I budsjettet for 2020 var det på ansvar 322 (legevaktvarsling), lagt inn 5,27 årsverk med sykepleier og 3,78 årsverk med helsefagarbeider. I tillegg er det lønnskostnader på ansvar 321 (legevakt) til administrasjonstid avdelingsleder og overlegefunksjon, opplyser Sel kommune. Personell som jobber ved flere avdelinger skal ha delte stillingsprosjenter og lønnen fordeles mellom avdelingene.

Lys/varme/renhold:

Det er postert kr 160 018,- på konto 1193 Lys, varme og renhold i 2020. Det beregnes en andel felleskostnad totalt for legekantor, legevakt og legevaktvarsling. Grunnlaget er 427 m² i disponert areal.

Kr 1499,- pr. m² * 427 m² = kr 640 073,-.

Andel felleskostnad fordeles slik:

Tjeneste 323 Legekantor 2/4	= kr 320 037,-
Tjeneste 322 Legevaktsentral 1/4	= kr 160 018,-
Tjeneste 321 Regional legevakt ¼	= kr 160 018,-

Driftsavtaler, datasentraler:

Det er postert kr 506 705,- på konto 1242 i 2020. Sel kommune opplyser at kostnaden gjelder plattform for trygghetsalarmer og velferdsteknologi som benyttes ved alarmsentralen.

Salg:

Konto 1620 Salg avgiftsfritt og konto 1650 Salg avgiftspliktig gjelder hhv salg av trygghetsalarmer, kr 754 317,-, og salg av bedrifts- og næringsalarmer, kr 355 013,-.

9.3 VURDERINGER

Fordelingen av kostnader mellom deltakerkommunene skal følge finansieringsmodellen som er gitt i vertskommuneavtalen.

Revisjonen har gått igjennom Sel kommune sin årsavregning for de ulike tjenestene innen det regionale helsesamarbeidet for 2020, og kontrollert beregningen av fordelingen mellom deltakerkommunene. Revisjonen finner at finansieringsmodellen er fulgt for alle tjenestene.

Revisjonen finner imidlertid feil i formler som er brukt i fordelingen som har ført til at noen kommuner har betalt for mye, mens andre har betalt for lite. Dette gjelder kostnader til jordmortjenesten og legevakt for årene 2018, 2019 og 2020. Avvikene er relativt små og utgjør på det meste ca. 2% av kommunens utgifter for disse to tjenestene til sammen i 2020. Feilen er rettet opp i avregningen for 2021. I tillegg er det gjort en feil i en formel slik at utgiften til kreftkoordinator ikke er fordelt i sin helhet i 2020. Dette gjelder bare for 2020.

Kostnadsgrunnlaget for helsesamarbeidet skal framgå av vertskommunens årsregnskap og inkludere direkte og indirekte kostnader forbundet med tjenesteproduksjonen. Inntekter knyttet til tjenesteproduksjonen skal trekkes fra.

Revisjonen har gått igjennom regnskapene for sengeavdelingen og for legevaktvarslingen for 2020. Vi har ikke kontrollert hver enkelt konto, men bedt vertskommunen om mere informasjon for de postene/kontoene som vi mener var aktuelle å se nærmere på. Revisjonen understreker at dette ikke har vært en grundig kontroll av de ulike kostandene som inngår i regnskapet, men en overordnet sjekk for å se om noen poster virker urimelige eller ikke tilhører tjenesten.

Når det gjelder hvorvidt kostnadsgrunnlaget for sengeavdelingen inkluderer kostnader som naturlig kan forbindes med tjenesteproduksjonen har vi ikke funnet utgiftsposter som virker urimelige. Ved gjennomgangen av beregning av andel felleskostnader knyttet til bygget fant vi imidlertid at Jordmorvakten belastes en vesentlig høyere andel husleie enn de andre tjenestene. Vi har ikke fått forklaring på hvorfor det er slik. Vi mener også at fordelingsmodellen for fellesutgifter knyttet til bygget bør benytte netto utgifter som grunnlag og ikke brutto utgifter.

Dersom vi ser på fordelingsmodellen for fordeling av kostnader ved sengeavdelingen på deltakerkommunene er det enkelte faktorer i beregningen som har stor innvirkning på kostnadsgrunnlaget.

Samarbeidskommunene skal ikke betale for kostnadene forbundet med Sel kommune sine korttidsplasser og det er nivået på pleiefaktorene som avgjør hvor stor andel av netto kostnader for sengeavdelingen som fordeles til hhv intermediærsenger, KAD- senger og Sel kommunes korttidsplasser.

En blanding av interkommunale tjenester og kommunale tjenester i samme avdeling kan føre til at samarbeidskommunene sår tvil om at kostnadene er riktig fordelt og om den kommunevise fordelingen er basert på et riktig grunnlag. Denne utfordringen ble enda tydeligere i perioden etter brannen ved Sel sjukeheim da Sel kommune benyttet sengeavdelingen ved NGLMS til å plassere evakuerte brukere, og derfor «belastet» sengeavdelingen med økte kostnader. Revisjonen finner at modellen med pleiefaktorer og justering av antall uker/dager med drift for å finne kostnad pr type seng er komplisert og at en slik modell kan skape tvil om kostnadsgrunnlaget til fordeling mellom deltakerkommunene.

Vertskommunen skal ha dokumentasjon av hvordan beregningen av kostnadsgrunnlaget for helsesamarbeidet er gjort, samt av hvordan fordelingen mellom kommunene er beregnet. Dokumentasjonen må vise hvilke kostnader og inntekter som er tatt med, hvilke fordelingsnøkler som er brukt for henføring av kostnader og hvordan fordelingsnøklerne er utledet.

Sel kommune utarbeider avregninger som viser hvordan totale netto kostnader for den enkelte tjeneste i helsesamarbeidet fordeles mellom deltakerkommunene. Som nevnt ovenfor er pleiefaktorene sentrale i beregningen av fordelingen av kostnadene ved sengeavdelingen på type seng. Ifølge Sel kommune ble det gjort et grundig arbeid med å fastlegge størrelsen på pleiefaktorene i oppstartfasen av daværende DMS, senere LMS. I 2020 ble det i tillegg lagt inn pleiefaktor for langtidspasienter. Revisjonen har ikke sett dokumentasjon på hvordan faktorene er framkommet. Revisjonen mener at pleiefaktorene er vesentlige i fordelingen av kostnader ved sengeavdelingen og at disse bør vurderes med jevne mellomrom og i forståelse med samarbeidskommunene.

Kostnadsgrunnlagene for de ulike avdelingene/tjenestene framgår av regnskapene. Disse ligger vedlagt kostnadsavregningene. Flere kontoer i regnskapene gjelder fordelte direkte eller indirekte kostnader. Dette gjelder f.eks matproduksjon, husleie/fellesutgifter, IKT-utgifter og internkjøp varer og tjenester. Revisjonen har fått forklaring fra Sel kommune på hva som ligger i de enkelte postene, og vi har mottatt fordelingsnøkler for fellesutgifter bygg og internkjøp varer og tjenester. Revisjonen har stilt flere spørsmål til Sel kommune vedrørende beregning av andel fellesutgifter som Sel kommune v/ eiendomsavdelingen sier de ikke kjenner detaljene rundt, eller hvorfor de fakturerer på denne måten.

Revisjonen vurderer at Sel kommune har utarbeidet fordelingsnøkler knyttet til direkte og indirekte henførbare kostnader i kostnadsgrunnlagene, men at vurderinger og vedtak som ligger til grunn for fordelingsnøklerne kanskje ikke i alle tilfeller er dokumentert. Dette kan skyldes at vurderingene ble gjort for noen år tilbake og at en i dag ikke kjenner til hvorfor praksisen er etablert.

10 KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER

10.1 KONKLUSJONER

Revisor skal konkludere i forhold til problemstillingene. Dersom revisor finner vesentlige avvik, skal dette komme tydelig til uttrykk i forvaltningsrevisjonsrapporten.

Konklusjonene gis med bakgrunn i revisjonens vurderinger i kapittel 5,6,7 og 9.

Problemstilling 1:

I hvilken grad er bestemmelser gitt i vertskommuneavtalen fulgt opp?

Konklusjon:

Bestemmelser i vertskommunen er i noen grad fulgt opp, men revisjonen finner flere områder som ikke gjennomføres iht. avtalen.

Begrunnelse:

Revisjonen har undersøkt samarbeidets praksis på sentrale punkter i vertskommuneavtalen. Dette gjelder i hovedsak hvilke rutiner som er gjennomført når det gjelder å informere og gi innsyn, rutiner for budsjettprosess og rapportering, samt om ulike møtefora er etablert.

Som vertskommune har Sel kommune et særskilt ansvar for å informere om tjenestene som utøves ved NGLMS. I tillegg har samarbeidskommunene også et ansvar for å informere sine innbyggere om tjenester ved NGLMS, som er en del av eget tjenestetilbud.

Sel kommune har opprettet nettsiden NGLMS.no, som er primærkanalen for informasjon om tjenestene ved NGLMS. Revisjonen finner at denne nettsiden ikke er oppdatert og inneholder mye utdatert informasjon. Videre finner revisjonen at samarbeidskommunene ikke har gode rutiner for å informere innbyggerne sine om tjenestene som utøves ved NGLMS, og at de prioriterer å informere om helsetilbudet som utøves i egen kommune. Revisjonens funn tyder på at samarbeidskommunene ikke ser på de regionale helsetjenestene som «sine» tjenester, og at det er en mangel på eierskapsfølelse i samarbeidet.

Når det gjelder kommunikasjon mellom vertskommunen og samarbeidskommunene, og innsyn i vertskommunens virksomhet, trekkes budsjett og kostnadsavregninger fram som en kilde til misnøye og frustrasjon. Flere samarbeidskommuner sier at disse er kompliserte og vanskelige å forstå, og at kommunikasjonen rundt disse avregningene fungerer dårlig.

I henhold til vertskommuneavtalen skal vertskommunen utarbeide tertialrapporter og årsmelding som skal danne grunnlag for evaluering av driften og samarbeidet mellom partene. Sel kommune utarbeider ikke egne tertialrapporter om driften ved NGLMS. Det er utarbeidet årsmeldinger i tidligere år, men dette ble ikke gjort for 2020.

Vertskommunen skal videre etablere og drifte flere møtefora. Det er etablert et brukerutvalg, et kvalitetsutvalg og et drifts- og utviklingsutvalg iht. avtalen. Videre gjennomføres det et administrativt dialogmøte hver vår, der alle deltakerkommunene deltar. Det er imidlertid ikke etablert rutine for å gjennomføre årlig politisk dialogmøte mellom partene, som også er et punkt i vertskommuneavtalen.

Problemstilling 2:

Er det etablert tilfredsstillende styringsmidler i samarbeidet?

Konklusjon:

Det er i liten grad etablert tilfredsstillende styringsmidler i samarbeidet.

Begrunnelse:

I et vertskommunesamarbeid har samarbeidskommunene delegert myndighet innenfor et bestemt område til en vertskommune. Vertskommunen skal utføre oppgaver og treffe vedtak på vegne av samarbeidskommunene. Selv om samarbeidskommunene har delegert til en annen kommune å utføre en tjeneste har de ikke delegert ansvaret for sine egne innbyggere, og for at disse får de tjenestene de har krav på. Det er derfor viktig at samarbeidet etablerer gode styringsmidler slik at relevant styringsinformasjon når ut til deltakerkommunene, og slik at deltakerkommunene kan delta og påvirke gjennom etablerte kanaler. Revisjonen bygger sin konklusjon på vurderingen av om det er etablert tilfredsstillende rutiner for budsjettprosess, rapportering og møteplasser i det regionale helsesamarbeidet.

Revisjonen vurderer at budsjettprosessen, slik den fungerer i dag, ikke benyttes som et godt virkemiddel for styring i samarbeidet. Revisjonen finner at det ikke er etablert en formell struktur for samhandling knyttet til budsjettprosessen, og at prosessen er preget av mangelfull dialog og liten grad av involvering. Videre finner revisjonen at deltakerkommunene i varierende grad benytter budsjettdokumentene til å formidle nyttig styringsinformasjon om samarbeidet, slik som kommunenes budsjetterte andel i samarbeidet.

Når det gjelder rapporteringsrutiner i samarbeidet finner revisjonen at vertskommunen har etablert rutiner for rapportering, men at rapporteringen i mindre grad inneholder relevant styringsinformasjon. Dette gjelder spesielt tertialrapporteringen, som i dag er en ren kostnadsavregning. Revisjonen mener at både tertial- og årsmeldinger bør si noe om status for tjenestene, måloppnåelse, avvik ift. plan, foreslåtte tiltak, prognoser for videre drift, status for internkontroll, eller andre resultater fra rapporter, tilsyn, undersøkelser som kan si noe om kvaliteten på tjenestene.

Revisjonen mener det er positivt at det er etablert flere møtefora i tilknytning til samarbeidet, samt andre regionale møtefora der NGLMS er et naturlig tema. Jordmødrene og tildelingskontorene er i dag ikke representert i noen fora, og revisjonen mener at også disse faggruppene ville dra nytte av å delta i regionale fora knyttet til NGLMS og regionale helsetjenester.

Problemstilling 3:

Fungerer samarbeidet mellom NGLMS og helse- og omsorgstjenestene i samarbeidskommunene på en tilfredsstillende måte?

Konklusjon:

Samarbeidet mellom NGLMS og helse- og omsorgstjenestene i samarbeidskommunene fungerer tilfredsstillende.

Begrunnelse:

Ifølge helse- og omsorgstjenesteloven skal det legges til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig for å tilby helse- og omsorgstjenester. Dette gjelder uavhengig av om de kommunale tjenestene er organisert lokalt eller i et regionalt samarbeid. Revisjonen har ikke vurdert samarbeidet mellom kommunene og det regionale helseforetaket.

De kommunale tjenestene som samarbeider med NGLMS er først og fremst legene og tildelingskontorene. Legene har en nøkkelrolle når det gjelder vurdering av behov for helsetjenester, også tjenester fra NGLMS. Det er tildelingskontorene i deltakerkommunene som fatter vedtak om intermediær sengeplass ved NGLMS og sengeavdelingens kontakt med helsetjenester i pasientens hjemkommune skal i hovedsak skje gjennom tildelingskontorene.

Med bakgrunn i innsamlet informasjon vurderer revisjonen at samarbeidet mellom NGLMS og deltakerkommunene fungerer godt, både i forhold til legene og tildelingskontorene.

Problemstilling 4:

Hva er årsaken til den store variasjonen mellom deltakerkommunene når det gjelder bruk av plasser ved sengeavdelingen?

Det er ikke utarbeidet revisjonskriterier for problemstilling 4 som revisjonen kan vurdere kommunenes praksis opp mot. Det er derfor heller ikke utarbeidet en konklusjon, men en oppsummering av gjennomgangen i kapittel 8.

Statistikken viser at det er stor variasjon i kommunenes bruk av sengeavdelingen ved NGLMS, dette gjelder både intermediærsenger og KAD. Samarbeidskommunene oppgir følgende punkter som viktig når det gjelder bruken av sengeavdelingen:

- Kapasitet og kompetanse i egen kommune
- Avstand
- Økonomi

Så lenge kommunene har ledig kapasitet i institusjon i egen kommune, og en kompetent bemanning, er det mer økonomisk å benytte ledige plasser i egen kommune. Dette ser også ut til å gjelde for bruken av KAD. Bruken av sengeavdelingen øker når kommunene har liten kapasitet i egen kommune, og omvendt. Videre gir kommunene

tilbakemeldinger om at avstand er et viktig argument for å gi et tilbud i hjemkommunen, særlig for de eldste. Dette gjelder ikke Vågå.

Det kan altså se ut som at bruken av sengeavdelingen, i særlig grad intermedieersenger, i liten grad er styrt av diagnoser og innleggelseskriterier, men at avdelingen fungerer mer som et ekstratilbud eller avlastning for kommunene når det ikke er ledig kapasitet i hjemkommunen.

Problemstilling 5:

Er beregninger og fordeling av kostnader i samsvar med avtale?

Konklusjon:

Fordelingen av kostnader mellom deltakerkommunene er i samsvar med finansieringsmodellen som er gitt i vertskommuneavtalen. Vertskommuneavtalen gir imidlertid ingen føringer for hvordan kostnadene skal beregnes. Det er i liten grad dokumentert at sentrale faktorer og beregningsmetoder som har betydning for kostnadsgrunnlagene er i samsvar med vedtak eller felles beslutninger.

Begrunnelse:

Revisjonen har gjennomført en overordnet sjekk av kostnadsgrunnlagene for å se om noen utgifter virker urimelige eller ikke tilhører tjenesten. Kostnadsgrunnlagene inneholder både direkte og indirekte fordelte kostnader, dvs. kostnader som fordeles mellom avdelingene ved NGLMS, eller mellom Sel kommunes ulike tjenesteområder, etter fastlagte fordelingsnøkler. Siden sengeavdelingen består av både kommunale og interkommunale senger, må kostnadsgrunnlaget også fordeles mellom Sel kommune og det regionale helsesamarbeidet. Dette blir gjort gjennom en komplisert modell der pleiefaktorer benyttes som fordelingsnøkkel. Modellen gir grobunn for tvil vedrørende kostnadsgrunnlagene og om kommunale og interkommunale kostnader blandes sammen. Ifølge Sel kommune var fastsettelsen av pleiefaktorene gjenstand for et grundig arbeid ved oppstarten av LMS. Revisjonen mener at pleiefaktorene er vesentlige i fordelingen av kostnader ved sengeavdelingen og at disse bør vurderes med jevne mellomrom og i forståelse med samarbeidskommunene.

Andre kostnader som fordeles mellom avdelingene er felleskostnader knyttet til bygget. Eiendomsavdelingen har ansvaret for å fakturere, men sier at de ikke har kjennskap til avtaler eller grunnlag som har ligget i bunn for faktureringen.

10.2 ANBEFALINGER

Revisjonen har følgende anbefalinger:

1. *Sel kommune* bør vurdere å etablere en mer utfyllende tertialrapportering som gir relevant styringsinformasjon for samarbeidskommunene, og som gir et godt grunnlag for evaluering av driften og kvaliteten på de regionale helsetjenestene.
2. *Sel kommune* bør utarbeide årsmelding for driften ved NGLMS som inneholder relevant styringsinformasjon, herunder resultater av tilsyn, klager, brukerundersøkelser, etc.
3. *Sel kommune* bør vurdere å revidere modellen for økonomisk avregning slik at det blir enklere for samarbeidskommunene å forstå hvordan tallene framkommer.
4. *Sel kommune* bør gå igjennom rutinene for fordeling av fellesutgifter knyttet til bygget LMS.
5. *Sel kommune* bør gjennomgå på nytt og dokumentere sentrale faktorer i beregningsgrunnlagene, slik at disse er oppdatert og kjent i samarbeidskommunene.
6. *Sel kommune* bør rutinemessig oppdatere nettsiden NGLMS.no, slik at informasjonen er aktuell, relevant og oppdatert.
7. *Samarbeidskommunene* bør etablere rutiner for å informere innbyggerne sine om tjenestene som utøves ved NGLMS. Samarbeidskommunene bør omtale de regionale helsetjenestene som tilbys ved NGLMS på lik linje med sine lokale helsetjenester, og alle bør ha link til NGLMS.no lett tilgjengelig på kommunenes nettsider.
8. *Samarbeidskommunene* bør vurdere å benytte budsjettdokumenter og årsmeldinger til å formidle nyttig informasjon om samarbeidet de deltar i.
9. *Deltakerkommunene* bør etablere en formell struktur for budsjettprosessen i helsesamarbeidet, herunder rutiner for samhandling mellom deltakerkommunene knyttet til budsjettarbeid.
10. *Deltakerkommunene* bør diskutere bruken av intermediær-senger, da det kan tyde på at bruken styres mer av kapasitet på institusjonsplasser i egen kommune, enn av innleggelseskriterier og diagnoser.
11. *Deltakerkommunene* bør vurdere om organiseringen av sengeavdelingen skal evalueres. En blanding av kommunale og interkommunale tjenester gir grobunn for tvil om kostnadsgrunnlagene er korrekte.
12. *Deltakerkommunene* bør vurdere å forenkle kriteriene for innleggelse på intermediær-sengeplass slik at de blir enklere å forholde seg til og mer relevante å benytte for tildelingskontorene. Kriteriene bør evalueres jevnlig.
13. *Deltakerkommunene* bør revidere kriteriene for innleggelse ved KAD-plass årlig. Kriteriene oversendes til den enkelte lege i deltakerkommunene.
14. *Deltakerkommunene* bør vurdere å etablere møteplasser også for jordmødre og tildelingskontorene. Disse gruppene deltar i dag ikke i regionale fora.
15. *Deltakerkommunene* bør evaluere punktet i vertskommuneavtalen om dialogmøte i regionrådet, da dette ikke gjennomføres iht. avtalen.
16. *Deltakerkommunene* bør vurdere om tertial- og årsrapporter vedrørende NGLMS skal behandles politisk i egen kommune.

11 REFERANSER

Lover og forskrifter

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4
Kommuneloven, Kapittel 20. Vertskommune.
Selvkostforskriften

Eksterne dokumenter og litteratur

Kommunal- og moderniseringsdepartementet, *Veiledning til selvkostforskriften, november 2020.*
Kommunal- og regionaldepartementet, *Vertskommunemodellen i kommuneloven § 28 a flg.* Veileder.
NIBR-rapport 2016:18, *Folkevalgt lederskap og kommunal organisering.*
Arbeidshefte KS` folkevalgtprogram. *Folkevalgt lederskap og kommunal organisering.*
Stortingsmelding nr. 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.*
Stortingsmelding nr. 16 (2010-2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015).*
Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. *Rett behandling - på rett sted – til rett tid.*
Nord-Aurdal kommune. *Årsberetning interkommunale samarbeid 2020*
Nord-Aurdal kommune. *Vertskommuneavtale vedrørende Valdres lokalmedisinske senter, 13.2.15*
Valdres lokalmedisinske senter. *Inklusjons- og eksklusjonskriterier sengeavdeling, 2017.*
www.SSB.no. Statistikk Befolkning.

Kommunale dokumenter

Sel kommune:

Avregning samlet for helsesamarbeidet NGLMS, 2018, 2019, 2020, og 2021
Budsjett og økonomiplan 2021 – 2024
Eierskapsmelding 2020
Internkontroll NGLMS
Internfaktura fellesutgifter NGLMS med fakturagrunnlag pr. avdeling, 2020 og 2021
Mandat kvalitetsutvalg, kommuneoverlegeforum og fastlegeforum
Mandat drifts- og utviklingsutvalg (DUR), mai 2017
Mandat brukerutvalg, februar 2019
Prosedyrer sengeavdelingen NGLMS, 14.6.2017
Prosjektrapport for Nord-Gudbrandsdal lokalmedisinske senter; Helsesamarbeid for framtida, februar 2012.
Samarbeidsavtale mellom kommunen i NG om legevakt, 2016
Samarbeidsavtale mellom kommunen i NG om felles jordmrvakt, 2015
Synliggjøring av vertskommunekostnader ift regionale helsetjenester – excel-fil
Vertskommuneavtale NGLMS, 2015 og redigert versjon fra 2021
Årsmelding NGLMS 2018 og 2019
Årsberetning 2020, Sel kommune
Årshjul NGLMS 2019
www.NGLMS.no
www.Sel.kommune.no

Dovre kommune:

Årsbudsjett 2022 – økonomiplan 2022-2025. Politisk sak med vedlegg
Kvalitetsstandarder for helse-, omsorgs-, og rehabiliteringstjenester, godkjent nov. 2020.
Årsmelding 2020, Dovre kommune, Del 1 og 2.
www.Dovre.kommune.no

Lesja kommune:

Budsjett 2022 og økonomiplan 2022 – 2025
Kvalitetsstandard og kriterier for tildeling av helse-, pleie og omsorgstjenester, 2019 - 2020.
Årsrapport 2020
www.Lesja.kommune.no

Vågå kommune:

Budsjett 2022 og økonomiplan 2022 – 2025
Kvalitetsstandard for tildeling av helse- og omsorgstjenester i Vågå kommune, revidert 2017
Årsrapport 2020
www.Vaga.kommune.no

Lom kommune:

Handlingsdel til økonomiplan, budsjett 2022 og økonomiplan 2022 – 2025
Kvalitetsstandardar for tildeling av tenester i pleie- og omsorg, februar 2016
Årsmelding 2020 – ein digital presentasjon
www.Lom.kommune.no

Skjåk kommune:

Kommuneplanen sin handlingsdel med økonomiplan 2022 - 2025 og årsbudsjett 2022
Kvalitetsstandard for tildeling av tenester i pleie og omsorg, september 2016
Årsmelding 2020
www.Skjåk.kommune.no

VEDLEGG 1: KOMMUNEDIREKTØRENS UTTALELSER



SEL
KOMMUNE

Innlandet Revisjon IKS
Att. Ingvild Selfors

Vår ref
2021/2268-11

Deres ref
2022 - 511/IS

Saksbehandler
Solveig Nymo
41537293

Dato
10.05.2022

Svar på høringsutkast vedrørende forvaltningsrevisjon om Helsesamarbeidet NGLMS

Det vises til oversendelse av høringsutkast til forvaltningsrevisjonsrapport nr. 8-2022 datert 30. april 2022.

Innlandet Revisjon IKS skriver:

"Vi ber om at dere bruker spørsmålene nedenfor som grunnlag for kommentarene. Dere må gjerne komme med andre synspunkt i tillegg.

1. Har informasjonen om prosjektets formål og gjennomføring vært god nok?
2. Har dere kommentarer til prosjektets metode, anvendte kilder eller beskrivelse av fakta?
3. Har dere kommentarer til revisjonskriteriene som ligger til grunn for våre vurderinger og konklusjoner?
4. I hvilken grad oppfattes rapporten som nyttig?
5. Har dere kommentarer til rapportens oppbygning og språk?
6. Hva er kommunedirektørens samlede vurdering av revisjonsrapportens vurderinger, konklusjoner og anbefalinger?

Vi ber om tilbakemelding fra kommunen innen *fredag 13. mai 2022.*"

Uthevet skrift i kursiv er kommunedirektørens markeringer ved besvarelsen.

Svar spørsmål 1. Har informasjon om prosjektets formål og gjennomføring vært god nok?

Til dels, det var etter initiativ fra vertskommunen at forvaltningsrevisjonsprosjektet ble foreslått, og senere forankret i alle kontrollutvalgene. Det har imidlertid gått over lang tid, og det beskrives fakta i mange sammenhenger som peker på mangelfull oppfølging og handtering, uten at det beskriver *hvorfor* status er som den er. *Vi beklager at flere har opplevd mangelfull oppfølging og dialog i en del sammenhenger.* Vertskommunen har nok lagt til grunn at det ville følge med opplysninger som forklarer bakgrunnen i mange situasjoner i forbindelse med forvaltningsrevisjonsrapporten. Eksempelvis at rapporten ikke tar utgangspunkt i en normalsituasjon, men nærmest ei tid med "unntakstilstand" i kommunene under covid-19 pandemien med utfordringer både i drift, lederspenning og tilgjengelige ressurser der alle har måttet handtere en uforutsigbar hverdag.

I tillegg har det over tid vært redusert i administrativ lederressurs ved NGLMS.

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

Noen kommentarer til funnene som beskrives, er disse:

Side 13 under beskrivelse av legevaktsentral, nest siste avsnitt, gjør vi oppmerksom på at mottak av trygghetsalarmer også gjelder for kommunene Nord-Fron og Sør-Fron i tillegg til kommunene i Nord-Gudbrandsdalen.

Side 74 vedrørende kreftkoordinator:

" I tabell 9.1, som er tall hentet fra Sel kommune sin årsavregning for 2020, ser vi at det kun er kr 241 990,- som er fordelt på de tre kommunene. Dette til tross for at det er kr 322 654,- som oppgis som netto utgifter til fordeling. Når vi sjekker Sel kommune sin beregning finner vi at den delen av utgiftene som skal fordeles likt på kommunene er delt på fire kommuner, og ikke tre. Dette innebærer at ca. kr 80 000,- av utgiftene ikke ble fordelt i 2020 og som dermed ble en økt kostnad for Sel kommune. Beregningene for øvrige år er korrekt."

Forklaringen på dette er at det tidligere var fire kommuner i samarbeidet. Skjåk kommune trakk seg ut av prosjektsamarbeidet i forbindelse med sitt budsjettvedtak fra og med året 2018. Ved avregningen i 2020 er malen fra årsavregningen for 2017 benyttet (en sammenlignbar situasjon for tjenestene og før brannen ved Sel sjukeheim). Dessverre har ingen klart å oppdage formelfeilen ved kvalitetskontroll, noe vi beklager. Det er Sel kommune som har hatt merkostnaden. *For øvrig er ikke kreftkoordinator en del av vertskommunesamarbeidsavtalen*, men avregnes samtidig for de kommunene avtalen omfatter. I dag er dette redusert til et samarbeid mellom Sel og Vågå etter at Skjåk og Lom har gått ut av samarbeidet om kreftkoordinator.

Formelfeil er også bakgrunnen for at det i forbindelse med avregning jordmorvakt synes å gjenspeile folketall i kommunene i 2017, side 73:

" Dersom vi sammenligner vår beregning av fordeling av utgifter til Jordmorvakten i tabell 9.3 ovenfor med Sel kommune sin fordeling i tabell 9.1, ser vi at det er et lite avvik i tallene. Det er kun fordelingen mellom kommunene som ikke stemmer. Ved en nærmere gjennomgang finner revisjonen at avviket skyldes at det er brukt feil folketall i Sel kommune sin beregning. Det kan se ut som det er brukt folketall fra 1.1.2017."

Det gjelder også regional legevakt, med andre ord en *følgefeil*, og dette er sjølsagt ikke gjort med hensikt. Avregningen er gjort i ei hektisk tid og kvalitetskontroll fra økonomisjefene har heller ikke avdekket dette.

Side 76:

" I kostnadsavregningen for 2020 oppgir Sel kommune at korttidsavdelingen ved NGLMS var stengt i 6 uker sommeren 2020. Antall senger er derfor omregnet fra 6 til 5,31 ($6 \cdot 46 / 52$ uker = 5,31)30. I tillegg oppgis det at Sel kommune hadde 6 langtidsplasser ved sengeavdelingen fram til 5.4.2020. Antall senger for langtidsopphold er omregnet til **1,96**. *Revisjonen har ikke fått svar på hvordan tallet er beregnet.* Bruk av sengene i ca. 3 mnd. skulle tilsi et tall på ca. 1,5."

Svaret ligger i formelen i regnearket: $=6/52 \cdot 17$ - dvs. at Sel tok ansvar for kostnadene ved *langtidsoppholdet til og med uke 17* i månedsskiftet april/mai. Det er riktig at flyttingen fant sted fra 5. april, men for å være sikker på at avdelingen ble klargjort for andre formål i en periode der *påskan* kom samtidig, la en i avregningen til grunn at *Sel tok kostnaden ut uke 17*. Samtidig var dette i en kritisk utbruddsfase i pandemien der kommunen la smittevern og personsikkerhet til grunn. Det var viktig å sikre tilgjengelig kapasitet i påvente av en varslet pandemibølge i regionen. Dette ble kommunisert fra virksomhetsleder til saksbehandler ved avregningen.

Side 84:

"Det er ikke fakturert for husleie i tillegg til andel fellesutgifter i faktureringen av sengeavdelingen eller for legekontor/legevaktsentral/legevakt. Hvis vi ser på andel fellesutgifter/husleie av brutto driftsutgifter for de ulike avdelingene ser vi at andelen utgjør 20% for jordmrvakten, mens den utgjør ca. 7% for sengeavdelingen og under 2% for legevakt og legevaktvarslingen. Revisjonen har spurt Sel kommune v/ eiendomsavdelingen om hvorfor Jordmrvakten blir fakturert ekstra husleie. Eiendomsavdelingen svarer at dette har blitt gjort siden 2014, men at de ikke kjenner til hvorfor det er slik."

Kommunedirektøren har stilt spørsmålet internt: "Betyr det at det ikke svares husleie som finansierer kapitalkostnader som følge av investeringen i bygget slik at dette i sin helhet med unntak for jordmrvaktens og Sykehuset Innlandet sine lokaler, betjenes av Sel kommune?"

Virksomhetsleder eiendom svarer: "Eiendom har ikke på noe tidspunkt vært koblet på det interkommunale samarbeidet, hverken med avtaler eller avregning av kostnader. Det skjedde først da jordmrvakt ble etablert. Fra da ble det beregnet en husleie og fellesutgifter for det aktuelle arealet.

Derimot var vi med da det ble forhandlet og inngått avtaler med Sykehuset Innlandet i 2010, om lokaler til både dialyse, røntgen, spesialister og BUP/VOP. Da ble det beregnet husleie og andel av fellesareal."

Det at eiendom ble involvert ved endringen for jordmrvakt kan ha sammenheng med at samarbeidet var etablert tidligere og hadde avtale om leie av lokaler ved Otta Thon Hotell. Den første avtalen om

Jordmorvakt er signert 15.02.2008. Jordmorvakt ble inkludert med det som utgangspunkt uten å være en del av det regionale prosjektet på linje med øvrige tjenester. Vertskommuneavtalen har aldri hjemlet arbeidsgiveransvaret for jordmødrene i vakt slik som for øvrige tjenester i samarbeidet.

Kommunedirektøren i Sel sin kommentar til metode: - metoden er ikke knyttet til forhistorien; basert på følgende sitater:

Side 40:

"Nåværende kommunedirektør har fram til nå hatt ansvaret for å utarbeide de økonomiske avregningene. Dette er en komplisert modell, og når det har oppstått spesielle situasjoner har hun bedt økonomisjefer i de andre kommunene (Skjåk og Dovre) om å hjelpe til med å kvalitetssikre. Hun har også fått kvalitetssikring internt. Systemet har vært sårbart, og det har vært diskutert å prøve å lage en enklere beregningsmodell. Dette både med hensyn til å gi samarbeidskommunene et beregningsgrunnlag som er enklere å forholde seg til, samt å ikke være avhengig av én enkelt person i Sel kommune til å gjøre beregningene. Controller i Sel kommune har nå overtatt ansvaret for avregningene."

Side 55:

" Vertskommunen skal gi samarbeidskommunene innsynsrett i vertskommunens virksomhet.

Sel kommune sier at de bestreber seg på å være transparente og å besvare etterspurt informasjon fra samarbeidskommunene. De viser ellers til møteforaene som en kanal for innsyn. Revisjonen har ikke fått tilbakemelding fra samarbeidskommunene om at det er områder de ikke får innsyn i, men flere trekker fram at det oppleves som ugreit å stille spørsmål og at det er vanskelig å få gode svar. Dette gjelder særlig spørsmål knyttet til budsjett og tertialavregningene, som mange synes er vanskelige å forstå. Dette gjør at det blir en del usikkerhet og synsing. *Revisjonen finner at det er uheldig at modellen for budsjett og tertialrapportering er en kilde til misnøye i samarbeidet, og mener at det bør vurderes å revidere rutinene for økonomisk avregning slik at det blir enklere for samarbeidskommunene å forstå hvordan tallene framkommer.*"

Kommentar: Ved etablering av NGLMS var *samhandlingsreformen* sentral. I den forbindelse skulle alle kommuner etablere et tilbud om *øyeblikkelig hjelp* i kommunene - senere kalt Kommunalt Akutt Døgntilbud. Det fulgte *øremerket finansiering* med fra Helsedirektoratet fra oppstart og ut året 2015. Finansieringen dekket kostnaden for de 3 etablerte KAD plassene ved NGLMS, og bidro utover dette også til delfinansiering av det intermediære tilbudet.

Når finansieringen ble innlemmet i inntektssystemet som en del av rammeoverføringen til den enkelte kommune 1.1.2016, oppstod behovet for å forhandle fram en modell for videre finansiering av KAD sengene.

Vertskommuneavtalen ble gjenstand for revidering med innarbeiding av finansieringsmodeller for de ulike tjenestene slik avtale inngått tidlig i prosjektperioden la til grunn. Arbeidet startet opp for fullt i 2012. Arbeidet var omfattende og tok tid. Rådmannsutvalget stod for dette med deltakelse fra helse og omsorgssjefer m.fl. i kommunene. Det ble **vektlagt å finne en solidarisk modell som skulle ha insitament til økt bruk av de intermediære sengene for alle samarbeidskommunene**. Som et resultat av dette, ble finansieringsmodellen med 20 % lik del, deretter faktisk bruk før resten blir avregnet etter folketall, innført. Forslaget ble fremmet under prosessen fra **daværende helse og omsorgssjef i Vågå kommune** (opplysningen er kvalitetssikret 5.5.22).

Administrasjonen i Sel kommune ønsket i utgangspunktet ikke en så komplisert modell. Modellen fra Valdres LMS ble sett på som et mer hensiktsmessig alternativ - revisor har beskrevet den i vedlegg 2. Valdresregionen hadde samlet seg om en avtalt, omforent prosentfordeling kommunene imellom som var enkel, lite arbeidskrevende og forutsigbar. **Øvrige kommuner i Nord-Gudbrandsdalen ønsket ikke en slik modell**. På denne bakgrunn har heller ikke Sel kommune foreslått dette på nytt, men har spurt de øvrige kommunene i ulike sammenhenger om noen har forslag til en forenklet modell. **I respekt for en vertskommuneavtale vedtatt i alle kommunestyrene, har det vært avregnet på en så komplisert måte for å være mest mulig "etterrettelig" og tro mot avtalen.**

At Sel kommune har benyttet tilbudet i stor grad når det har vært ledig kapasitet, har spart samarbeidskommunene for store utgifter ved at forholdsvis lite kostnader har vært fordelt etter folketall for IMS og KAD senger. Spørsmålet er om denne sammenhengen ikke fullt ut er forstått for alles del?

Som dokumentasjon på hvor kommunene ellers stod i forhandlingene under vegs i prosessen med vertskommuneavtalen som ble signert fra 2015, gjengis følgende arbeidsnotat fra møte i

Rådmannsutvalget 10.6.14:

Finansiering av tjenestene*Finansieringsmodell for intermediære senger:*

- Grunnfinansiering på 20 % lik del av totalkostnaden
- Betaling etter forbruk av liggedøgn
- Rest blir finansiert etter folketall

Finansiering av øyeblikkelig hjelp døgnopphold:

Tilskuddsordningen fra Staten og Helse Sør-Øst skal finansiere kommunens utgifter til etablering og drift av døgnplasser for øyeblikkelig hjelp frem til 01.01. 2016. Hver enkelt kommune mottar dette tilskuddet, som overføres i sin helhet til vertskommunen. Kommunene må i 2015 vedta døgnpris for disse sengeplassene ved NGLMS med virkning fra 01.01. 2016. Finansieringsmodellen for intermediære senger legges da til grunn for finansiering av øyeblikkelig hjelp døgnopphold fra 2016.

Finansieringsmodell for jordmorvakt:

50 % av netto utgifter i tjenesten fordeles likt mellom kommunene og 50 % fordeles etter folketall pr 1.1. i regnskapsåret

(Vågå og Sel som før) (Lesja 100 % folketall, Lom, Skjåk og Dovre 20/80)

Finansieringsmodell for legevakt inkl bakvakt:

50 % av netto utgifter i tjenesten fordeles likt mellom kommunene og 50 % fordeles etter folketall pr 1.1. i regnskapsåret

(Vågå og Sel som før) (Lesja 100 % folketall, Lom, Skjåk og Dovre 20/80)

Finansieringsmodell for legevaksentral:

50 % av netto utgifter i tjenesten fordeles likt mellom kommunene og 50 % fordeles etter folketall pr 1.1. i regnskapsåret

(Vågå, Sel, Lom og Skjåk som før) (Lesja 100 % folketall, Dovre 20/80)

Finansieringsmodell for koordinator for samfunnsmedisin/folkhelsearbeid:

50 % av netto utgifter i tjenesten fordeles likt mellom kommunene og 50 % fordeles etter folketall pr 1.1. i regnskapsåret

(Vågå, Sel, Lom, Skjåk og Dovre som før) (Lesja 100 % folketall)

Finansieringsmodell for brukerutvalg:

50 % av netto utgifter i tjenesten fordeles likt mellom kommunene og 50 % fordeles etter folketall pr 1.1. i regnskapsåret

(Vågå, Sel, Lom, Skjåk og Dovre som koordinator for samfunnsmedisin) (Lesja 100 % folketall)

Finansieringsmodell for støttepersonell for spesialisthelsetjenester:

50 % av netto utgifter i tjenesten fordeles likt mellom kommunene og 50 % fordeles etter folketall pr 1.1. i regnskapsåret

(Vågå, Sel, Lom, Skjåk og Dovre som koordinator for samfunnsmedisin) (Lesja 100 % folketall)

Rådmannen i Sel hadde forut for dette i notatet "Innspill vertskommunen ønsker å drøfte / belyse på evalueringsmøte i RU – med 6K og Agenda Kaupang", datert 13.2.2014, anført følgende:

"Finansieringsmodell:

Hva kan være en god modell for finansiering for å stimulere til bruk av sengene for alle kommunene? Hva er en rettferdig modell i forhold til folketall? Hvilke hensyn er viktig å vektlegge?

Det er viktig for vertskommunen at kommunene får et sterkt / sterkere eierforhold til NGLMS enn i dag. Det er ønske at kommunene må komme dit hen at alle tjenester ved NGLMS – og da er sengene sentrale i dette – brukes i deres omsorgstrapp – uten at det skal være tanke på finansiering. Da vil et «medlemskap» med en fast sum i året etter folketall eks vis for intermediære senger gi «fri bruk». Da vil helsepersonellet i kommunen bli bevisst på å utnytte sengekapasiteten. Denne diskusjonen må tas nå – vi må huske at kommunene skal begynne å betale for øhjelp senger fra 01.01.16. Det er bare snart 1 ½ år igjen. Viktig at setter av tid og ressurser til å arbeide med disse spørsmålene."

Vertskommuneavtalen viser hvilke omforente modeller som ble framforhandlet og vedtatt.

Som en faktaopplysning som ikke gjengis i forvaltningsrevisjonsrapporten, kan nevnes at Sel kommune hele tiden har stått for finansieringen av *Brukerutvalget ved NGLMS* sin aktivitet da dette aldri har vært ført på eget ansvar i regnskapet med fordeling av kostnader til de øvrige samarbeidskommunene.

Intervjuobjekter

Et annet forhold under *metode* er at de som er intervjuet, jfr. pkt. 2.2, i liten grad kan svare for premissene kommunene la til grunn ved inngåelse av samarbeidet rundt det regionale prosjektet. Kommunedirektøren savner intervjuer med sentrale personer i denne fasen. Forvaltningsrevisjonsrapporten ville ha større verdi om revisor hadde intervjuet

pensjonert administrasjonssjef Sjur Mykletun, tidligere ordfører Dag Erik Pryhn, tidligere regionsjef Ole Aasaaren og prosjektleder og senere første daglige leder, Vigdis Rotlid Vestad, ansatt først ved regionkontoret og senere fast ansatt i Sel kommune. I tillegg kunne tidligere rådmann Kaija Eide Dronen vært vurdert intervjuet. Dette for å forstå hvorfor ulike løsninger ble valgt, og det ville ha underbygd den senere praktisering og utvikling av samarbeidet og med det forståelsen av vertskommuneavtalen.

Organisatorisk tilhørighet i Sel kommune

Ved oppstart av helsesamarbeidet var dette et prosjekt i regi av Regionrådet for Nord-Gudbrandsdal, og administrasjonssjefen i Sel hadde dette i sin egen portefølje. Fra tidspunktet daglig leder NGLMS ble ansatt i Sel kommune 1.1.12 rapporterte hun direkte til administrasjonssjefen. Dette fortsatte slik da ny rådmann tiltrådte i oktober 2012 og fram til kommunalsjef helse og omsorg organisatorisk tok over lederansvaret for NGLMS tidlig i 2014 (kvalitetssikret av de omtalte 8.5.22). For øvrig sammenfallende med at rådmannen ble oppnevnt til styret i Sykehuset Innlandet HF, og det senere på året ble det første av flere lederskifter ved NGLMS. Siden 2014 har NGLMS organisasjonsmessig rapportert til kommunalsjef helse og omsorg.

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

Revisjonen har basert kriteriene på etablerte standarder og metodikk, noe som tas til etterretning. Det synes som om kriteriene i alt vesentlig er knyttet til etablert skriftlig dokumentasjon, lover og forskrifter uten å vurdere kvalitativ måloppnåelse i tjenestene, innbyggertilfredshet og brukerperspektivet.

Til pkt. 3.1 Revisjonskriterier til problemstilling 1, er det ensidig fokusert på vertskommunens plikter. Sett fra vertskommunens ståsted, kunne det vært ønskelig også å se på de samarbeidende kommunenes plikter. I tillegg analysert hvilke plikter disse i tillegg burde ha hatt i vertskommunesamarbeidet, men som ikke er formalisert i avtalen. Jfr. intensjonen i finansieringsmodellen for sengeavdelingen der modellen skulle stimulere til stor grad av bruk fra alle deltakerkommunene.

Til pkt. 3.4 Revisjonskriterier til problemstilling 5 - er beregninger og fordelinger av kostnader i samsvar med avtale? Kommunedirektøren mener at det ikke er tilstrekkelig ensidig å legge formuleringer i vertskommuneavtalen til grunn, jfr. foranstående.

Kommunedirektøren vil bemerke at vertskommuneavtalen bygger på premisser og forventningsavklaringer gjort gjennom det forutgående regionale prosjektet ved Regionrådet Nord-Gudbrandsdal og gjennom en større sak om finansiering av interkommunale samarbeid i regi av Regionrådet med forankring i samarbeidskommunene i 2012.

Framtidige pensjonsforpliktelser

Et svært viktig forhold Sel kommune tok opp under prosessen og arbeidet med saken i 2012 var *ansvaret for framtidige pensjonsforpliktelser*. Sel kommune var i mindretall i det nedsatte utvalget som arbeidet fram saken for Regionrådet. I høringsaken til Sel kommunestyre skrev administrasjonssjefen følgende:

"Prinsippet for pensjonskostnadene i kommunesektoren er at det alltid skal betales inn så mye fra kommunene at forpliktelsene er dekket. Som vertskommune for store regionale tiltak har Sel flere medarbeidere og større pensjonsforpliktelse enn tilfellet ville være uten samarbeidet. I den løpende driften blir samlede utgifter til lønn og pensjon fordelt etter betalingsnøkkelen. Utfordringen med å beregne pensjon er de langsiktige virkningene. Det er noen forhold som påvirker dekningsgraden for de som allerede har gått av med pensjon, der kommunen må betale inn til pensjonsselskapet etter pensjonering. Dette gjelder den årlige G- regulering, og for levealdersjustering. Disse kostnadene kan ikke forutberegnes. Det samme er tilfellet ved innbetaling av egenkapitaltilskudd, som kreves inn når forvaltningskapitalen øker. Dersom en skal etterberegne for å få fram den faktiske pensjonskostnaden som vertskommune, må en gå inn på situasjonen til den enkelte ansatte og den enkelte pensjonist. Dette er kanskje mulig, men kreve at det øremerkes en personalressurs til formålet."

Ved høring av saken i kommunene hadde Sel formannskap følgende innspill:

"** Sel formannskap ber om en oversikt over tjenester Sel yter som vertskommune, og som ikke belastes samarbeidskommunene"

I saksframlegget til Regionrådet er forholdet imidlertid bare omtalt slik:

" Utvalget har ikke vurdert problemstillinger og kostnadsnivå ved framtidige pensjonsforpliktelser i tilknytning til ulike samarbeidsforpliktelser."

Kommunedirektøren i Sel mener at *framtidige pensjonsforpliktelser* og det at Sel kommune har fordelt felleskostnader (FDV) for tjenestene innenfor helsesamarbeidet med unntak av jordmorvakt og SI, uten å belaste tjenestene for *kapitalkostnader* ved investeringen i bygget, er vesentlig i denne forbindelse. Det burde ha kommet fram i forvaltningsrevisjonsrapporten.

Vedtaket i Regionrådet Nord-Gudbrandsdal i sak 12/2012 Finansieringsmodell for regionalt samarbeid den 28.09.2012 var for øvrig slik:

1. Flg samarbeidstiltak har finansieringsmodell 50 % likt, 50 % etter folketall:
 - Kommunal finansiering av drift av Regionrådet
 - Kommunal finansiering av Regiondata – drift og finansiering
 - Kommunal finansiering av Nord-Gudbrandsdal kommunerevisjon
 - Kommunal finansiering av Sekretariatet for kontrollutvalg
 - Kommunal finansiering av Arbeidsgiverkontrollen
 - Koordinator for samfunnsmedisin, forebyggende og helsefremmende oppgaver
2. Kommunal andel av Partnerskapsfond finansieres etter modellen 50 % likt, 50 % etter folketall.
3. Finansieringsmodell for flg kommunal tjenesteproduksjon som inngår i Vertskommuneavtalen om helsetjenester blir endelig fastlagt etter evaluering av driften:
 - Regional legevakt
 - Regional legevaktvarsling
 - Intermediære sengeplasser ved NGLMS
 - Vaktsamarbeid for jordmortjenesten
4. Ved nye samarbeidstiltak og prosjekter blir finansieringsmodell og vertskommuneansvar vurdert ved inngåelse av den enkelte avtale.
5. Dersom en av samarbeidspartene sier opp avtalen om
 - Pedagogisk – psykologisk tjeneste
 - Felles kompetanseenhet NAV og gjeldsrådgivninggår kommunene til reforhandling av avtalen.
6. Saken legges fram for kommunestyrene etter behandling i Regionrådet.

Svar til spørsmål 4. I hvilken grad oppfattes rapporten som nyttig?

Rapporten er nyttig og ønsket - begrunnelse: Den er et viktig redskap for å dokumentere fakta, men også som grunnlag for å gjøre tilpasninger og nye *forventningsavklaringer* for framtida. Mange har pekt på demokratisk underskudd i denne type samarbeider. Kommunene kan velge å reorganisere samarbeidet f.eks. som et oppgavefellesskap med styre og representantskap etter kommunelovens § 19 i stedet for et administrativt vertskommunesamarbeid. En må da være oppmerksom på at et oppgavefellesskap ikke kan gis myndighet til å fatte enkeltvedtak, og at det vil kreve en større lederressurs enn det en har i dag. Virksomhetsleder for NGLMS er i dag bare en 60 % stilling der Sykehuset Innlandet i dag refunderer 20 %. Ved etableringen var det 100 % stilling som prosjektleder, senere daglig leder. I tillegg er koordinator for samfunnsmedisin i 100 % stilling holdt vakant siden utgangen av 2016.

Virksomhetsleder ved NGLMS i dag er også virksomhetsleder for Sel sjukeheim, og i en tidligere periode i kombinasjon med virksomhetsleder for hjemmetjenesten. Dette har vært en løsning kommunene har kjent til og bifalt for å spare utgifter på samme måte som at korttidssengene for Sel kommune gjør det mulig å ha en forsvarlig turnus - helst skulle den ha vært enda større for å være maksimalt kostnadseffektiv.

Det er pekt på ønsket om å delta mer aktivt ute i kommunestyrene, og fokusere mer på informasjon. At hjemmesida har stagnert og tilbudet ikke oppleves like godt mht. dialog og informasjon, må ses i denne sammenheng. Liten lederressurs har sjølsagt sin pris da noen oppgaver må tones ned. Samtidig la koordinator i samfunnsmedisin ned mye arbeid knyttet til oppdatering av informasjon på hjemmesida. Vi har helt klart et forbedringspotensiale her.

I tillegg må en ha i mente at *rapporten tar for seg en periode i drift* av helse og omsorgstjenester da alle har vært hardt prøvet *i ei tid dominert av pandemiberedskap*. Det har for eksempel ikke vært mulig å benytte flersengsrom, og smitteverntiltakene har krevd ressurser på mange nivå og ikke minst økonomisk. Statsforvalter har kompensert den enkelte kommune direkte mht. skjønnsmidler for covid-19 i 2021.

Svar til spørsmål 5. Har dere kommentarer til rapportens oppbygning og språk?

Ikke synspunkt på bruk av språk, men med hensyn til oppbygning. Flere steder der kritikk framføres, er anonymisert uten at det vises til kilde. I de tilfeller utsagnene er støttende eller forklarende, vises det oftest til kilde. Når vi skal ta tak i utfordringene må vi vite på hvilket nivå i kommunene utfordringen oppleves, slik at vi kan møte det som savnes på en konstruktiv måte. Det ønsker vi sjølsagt.

I oversikt over referanser bakerst i rapporten framkommer ikke Nord-Gudbrandsdal Revisjon sin egen rapport 2014-01-30 Rapport: Nord-Gudbrandsdal lokalmedisinske senter - NGLMS - En gjennomgang av økonomiske og administrative internkontrollrutiner. Det er mulig at rapporten ikke er kjent for Innlandet Revisjon IKS i forbindelse med arbeidet?

Svar til spørsmål 6. Kommunedirektørens samlede vurdering og oppsummering:

Det er bra at søkelys er satt på forvaltningsrevisjon av NGLMS, men det er leit å lese at mange synes mistilfreds og nærmest frustrert over den komplekse avregningsmodellen og dialogen om økonomi. *Sel kommune ønsket ikke en så komplisert modell i utgangspunktet og har over lang tid ønsket en forenkling.* Rapporten dokumenterer at det er felles ønske om dette i regionen. Derfor bør dette tas opp til drøfting sammen med en rekke andre forhold rundt organisering av tilbudet ved NGLMS, helst gjennom en aktiv styringsmodell som forplikter samarbeidskommunene til deltakelse og bruk av kapasiteten, og til å legge tilstrekkelig økonomiske ressurser i samarbeidet. Sengeavdelingen må imidlertid være av en viss størrelse for å kunne ha en forsvarlig ressursmodell. Det er viktig også å inkludere Sykehuset Innlandet HF i dette arbeidet da rapporten i liten grad speiler samhandlingen med sykehuset.

Forhistorien og bakenforliggende prosesser som førte fram til vertskommuneavtalen kommer ikke fram i vesentlig grad i rapporten. Det pekes på stor utskifting i mange stillinger både ved NGLMS over tid, men også blant kommunalsjefene/øverste leder i samarbeidskommunene. Koordinator i samfunnsmedisin er holdt vakant for å spare penger. Administrasjonssjefene/rådmennene som forhandlet om vertskommuneavtalen og den økonomiske modellen for IMS og KAD, har også sluttet. Det er alltid risiko og sårbarhet knyttet til endringer i mange posisjoner, parallelt og over tid - kunnskap og forståelse går ofte tapt på veien. Forventningsavklaringer gjort for lang tid tilbake er ikke lenger kjent.

Kommunedirektøren i Sel mener at *framtidige pensjonsforpliktelser* og det at Sel kommune har fordelt felleskostnader (FDV) for tjenestene innenfor vertskommuneavtalen med unntak av jordmorvakt og lokaler for Sykehuset Innlandet, *uten* å belaste tjenestene for *kapitalkostnader ved investeringen i bygget* gjennom husleie, er vesentlige opplysninger som burde ha kommet fram i forvaltningsrevisjonsrapporten. Det er Sel kommune alene som bærer disse kostnadene.

Skal en lykkes med å utvikle NGLMS videre, må kommunene stå sammen om dette og i samhandling med Sykehuset Innlandet HF. Det er særs viktig i ei tid der vi må slå ring om NGLMS med bakgrunn i utsagnet fra styret for Sykehuset Innlandet HF om at *"alt som kan desentraliseres, skal desentraliseres."* Når vi i tillegg legger framtidige demografiske prognoser til grunn og utfordringer vi møter ved rekruttering av arbeidskraft, må vi nytte grunnlaget i rapporten til framtidig gode løsninger for innbyggerne i Nord-Gudbrandsdalen.

Bruker- og pårørendeperspektivet kommer lite fram i rapporten. Det samme gjelder vurdering av kvalitet på tjenestene. Disse punktene var imidlertid ikke en del av bestillingen ved forvaltningsrevisjonsprosjektet. Men som revisor skriver: "Politisk og administrativ ledelse har ansvar for at kommunens innbyggere har et godt tjenestetilbud. Dette ansvaret kan ikke delegeres til en vertskommune."

Med hilsen

Solveig Nymoen
Kommunedirektør

Dokumentet er elektronisk og sendes uten signatur.



Nissen, Halvor <halvor.nissen@dovre.kommune.no>

Ingvild Selfors

Høringsutkast forvaltningsrevisjon_noen kommentarer fra Dovre

Du videresendte denne meldingen 12.05.2022 21:13.

Brev rapportutkast Dovre.dotx
87 KBHøringsutkast.pdf
3 MB

Hei,

rapporten gir stort sett et greit bilde av situasjonen. Det er imidlertid noen punkter som bør vurderes;

- side 13; at lege med hjemmevakt beordres ved behov. Det blir ikke riktig å si at legen beordres, men utkalles.
- Side 14; savner en bedre beskrivelse av pasientene som er innlagt på sengeavdelingen. Det burde ha vært hentet ut statistikk, og ikke bare basert opplysningene på intervju med avdelingsleder.
- side 15; at det er personell fra NGLMS som blir brukt som støttepersonell for spesialisthelsetjenesten. Stemmer det, da er det i så fall personell i Sel kommune (som regionen betaler en del av lønnskostnadene for?) Dette er vel en av de stillingene regionen har stilt spørsmål ved noen ganger – fordi spesialisthelsetjenesten i utgangspunktet skal dekke sine kostnader selv.
- side 38; at budsjettet i Dovre ikke spesifiserer kostnader knyttet til interkommunalt samarbeid. Jo, budsjettet spesifiserer dette.
- side 61; at dokumentasjon fra foraene ikke blir gjort tilgjengelig. Før 2017 ble referater lagt ut på «region felles» tilgjengelig for alle ansatte i regionen. Det gjaldt bl.a. fastlegeforum og kommuneoverlegeforum.
- Mht. koordinator i samfunnsmedisin; at den ble besluttet ikke videreført. Mener den bare ble satt vakant pga. økonomi. Den omfattes fremdeles av vertskommuneavtalen, og det bør vel påpekes at bestemmelsen gitt i vertskommuneavtalen ikke blir fulgt opp når det gjelder dette punktet.
- Mht. jordmødre;
 - at jordmødrene ikke har møter. Mener at de i alle år har hatt regelmessige møter der alle jordmødrene treffes (på lik linje med fastlegeforum).
 -at det under dokumentanalyse pkt. 2.1 ikke er tatt med prosedyresamling for jordmørvakta (prosedyrer sengeavdelingen er jo tatt med).
 -at jordmortjenesten er den eneste tjenesten som betaler husleie og m2 pris på arealer?
- Mht. NGLMS;
 - at et ønsket forbedringspunkt er at det blir varslet når en pasient går over fra å inneha en KAD plass til en intermediær plass (fordi en KAD plass er "gratis" (ikke ekstrabetaling de første 3 døgn)). Tildelingskontoret (i den enkelte kommune) trenger denne informasjonen for å ha en bedre kontroll på økonomi/ bruk av plassene.
 - at klagebehandling bør gå til både hjemkommune og NGLMS.
- Pkt. 11 i anbefalingen er viktig. «Deltakerkommunene bør vurdere om organiseringen av sengeavdelingen skal evalueres. En blanding av kommunale og interkommunale tjenester gir grobunn for tvil om kostnadsgrunnlagene er korrekte.» Men også fordi en kan stille spørsmål om tjenesten er kostnadseffektiv som er en av formålene med det regionale samarbeidet.

Hilsen

Halvor Nissen

Rådmann



Brandsar, Inger Helene <inger-helene.brandsar@skjaak.kommune.no>

Ingvild Selfors; Bø, Ivar

Attendemelding frå Skjåk kommune på rapport

Hei Ingvild!

Spørsmåla som vart stilt er svara ut under:

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

Skjåk kommune opplev at Innlandet Revisjon har gjeve oss god innsikt i prosessen og at det har vore gjennomført ei brei kartlegging av alle dei interesserte sine behov.

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?

Det er eit svært viktig dokument. Noko av det som blir peika på har endra seg, mellom anna har intermediær sengepost blitt langt betre på å kommunisere skriftleg/ elektroniske meldingar. Anna som har endra seg er at rutinane for innlegging på intermediær sengepost ikkje ser ut til å vere godt kjent lengre blant dei tilsette, og er kjelde til frustrasjon frå Tildelingskontoret.

I tillegg hadde det vore ønskeleg med ein vurdering av korleis kostnadene for jordmorkakta fordelar seg, og om det er rimeleg, m.t.p. at kvar kommune betaler all løn/ heilagdagstillegg til dei jordmødrene som er ein del av vakta. Det er da ikkje att anna enn utgifter til lokale og straum, og det framstår som urimeleg at det beløper seg til 1 million, dersom det ikkje er ytterligere utgifter på den posten. Dette gjeld altså den millionen som Sykehuset Innlandet støtter jordmorkakta med. Dersom det er fleire utgifter enn det kan det vere rimeleg.

5. Har dere kommentarer til rapportens oppbygning og språk?

Rapporten oppleves som pedagogisk, nøyaktig og etterretteleg.

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

Rapporten framstår som eit godt bilete på samarbeidet, og den peiker på dei utfordringar og område der det er mogleg å utvikle samarbeidet vidare. Skjåk kommune ønskjer å ha eit sterkt LMS med gode felles tenester ut i frå det behovet vi har i 2022 og framtida. I dag er NGLMS bygd opp rundt 10 år gamle prinsipp, og det er difor ikkje bemerkelsesverdig at behovet til samarbeidskommunane har endra seg.

Helsing
Inger Helene Brandsar
Kommunalsjef for helse og omsorg



Skjåk kommune

VEDLEGG 2: VALDRES LMS

Revisjonen har hatt en samtale med virksomhetsleder ved Valdres lokalmedisinske senter for å få informasjon om hvordan kostnadene fordeles mellom deltakerkommunene i dette samarbeidet. De seks kommunene i Valdres-regionen samarbeider om regionale helse- og omsorgstjenester knyttet til Valdres LMS. Samarbeidet er organisert som et administrativt vertskommunesamarbeid med Nord-Aurdal kommune som vertskommune. Revisjonen understreker at dette vedlegget er ment som nyttig informasjon om hvordan andre sammenlignbare lokalmedisinske sentre er organisert, og er ikke benyttet som revisjonsbevis eller som grunnlag for revisjonskriterier i forvaltningsrevisjonen.

Valdres har mange vertskommunesamarbeider og alle finansieres etter samme modell, Bachér-modellen. De seks deltakerkommunene betaler samme andel av totalkostnadene basert på folketall i alle samarbeidene. Det betales ikke etter bruk, eller et fastledd. Bachér er rådmann i Etnedal, den minste kommunen. Han mener at de minste kommunene har størst fordel av samarbeidet, fordi de ikke er i stand til å drifte disse tjenestene selv, og at de derfor kan betale litt mer pr innbygger enn de andre³⁶.

I Valdres sa Nord-Aurdal kommune at de ikke kunne bære utbyggingen av et lokalmedisinsk senter alene, og alle seks kommunene gikk sammen om å etablere et eiendomsselskap med et styre og et representantskap. Virksomhetslederen mener dette er en suksessfaktor for samarbeidet, fordi alle kommunene får større eierskap til tjenestene de samarbeider om og gir en sterk forankring. Det er skrevet en felles intensjonsavtale mellom kommunene for både drift og bygg. Alle kommunene er enige om at LMS er svært viktig for Valdres.

Vertskommunen Nord-Aurdal har kommunale tjenester i bygget. Disse er helt adskilt fra de andre tjenestene, og det er ikke felles personal. Sengeavdelingen kjøper mat fra produksjonskjøkkenet og betaler en andel av kostnadene. Sengeavdelingen består av 14 plasser; 10 intermediær (IMA), 2 KAD, og 2 DPS. KAD sengene har høyt belegg. Det er noe ledig kapasitet ved IMA, men slik bør det være for å opprettholde en beredskap, sier virksomhetslederen. De kan også benytte IMA-senger til KAD ved behov.

Alle kostnadene for sengeavdelingen belastes IMA (Kostra 253). På slutten av året trekkes 1/6-del ut for KAD-senger (KOSTRA 256). DPS betales av Sykehuset Innlandet.

Styret vedtar leiekostnader og satser. Leiekontrakt er inngått for 15 år (med Nord Aurdal som fakturerer videre til SI, fylkeskommunen og kommunene).

Når det gjelder rapportering utarbeider virksomhetslederen tertialvise rapporter og årsmelding, som behandles politisk. Disse utarbeides etter en felles mal som er lik for alle vertskommunesamarbeider.

Virksomhetslederen trekker fram følgende elementer som viktige for å lykkes:

- Rendyrke tjenester som er interkommunale, altså ingen sammenblanding av kommunale og interkommunale
- Det samme gjelder ledelsen. Ikke samtidig ha ansvar for kommunale tjenester i vertskommunen og interkommunale tjenester
- Betaling uavhengig av bruk

³⁶ Etnedal kommune betaler fast andel på 10% av kostnadene, selv om innbyggertallet tilsier ca. 8 %.

- Ha nok plasser slik at det alltid er noen ledige, får dermed større avdeling og bedre pasientflyt (70/80% IMS, 40/50% KAD)
- Felles eiendomsselskap bygg