

FORANALYSE

# HELSESAMARBEID I LILLEHAMMER REGIONEN

---

UTARBEIDET FOR  
KONTROLLUTVALGENE I  
LILLEHAMMER, ØYER OG  
GAUSDAL KOMMUNE



INNLANDET REVISJON IKS

---

10. januar 2023  
2023-047/IAG

## INNHOLDSFORTEGNELSE

INNHOLDSFORTEGNELSE .....	2
1 INNLEDNING .....	3
1.1 KONTROLLUTVALGETS BESTILLING .....	3
1.2 GJENNOMFØRING AV FORANALYSEN .....	3
2 HELSESAMARBEID I LILLEHAMMERREGIONEN .....	4
2.1 ADMINISTRATIVT VERTSKOMMUNESAMARBEID .....	4
2.2 FORDELER OG ULEMPER VED INTERKOMMUNALE SAMAREBID .....	5
2.3 HELSEREGION SØR-GUDBRANDSDAL .....	5
2.4 HOVEDAVTALE HELSEREGION SØR-GUDBRANDSDALEN .....	6
2.5 HELSESAMARBEIDENE .....	8
3 PERSEPTIVER OG PROBLEMSTILLINGER FOR ET MULIG FORVALTNINGSREVISJONSPROSJEKT .....	16
3.1 MULIGE PERSPEKTIVER .....	16
3.2 BØR VI GJENNOMFØRE EN FORVALTNINGSREVISJON ? .....	16
3.3 FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER .....	19
REFERANSER .....	20

# 1 INNLEDNING

---

## 1.1 KONTROLLUTVALGETS BESTILLING

Kontrollutvalgene i Lillehammer kommune, Øyer kommune og Gausdal kommune avholdt felles kontrollutvalgsmøte 4. mai 2022. I møtet bestilte kontrollutvalgene en foranalyse som skulle se på de ulike samarbeidene innen helse.<sup>1</sup> Kontrollutvalgene ønsket at revisjonen, ut fra en vurdering av risiko og vesentlighet, skulle foreslå en gjennomgang av et eller flere av samarbeidene. Videre står det i protokollene fra møtet at «målet er å se på om kommunen gir den tjenesten den skal innen aktuelt område, og om samarbeidet fungerer etter intensjonen».

## 1.2 GJENNOMFØRING AV FORANALYSEN

Formålet med foranalysen er å gi kontrollutvalgene et grunnlag for å ta en beslutning om de skal bestille en forvaltningsrevisjon om temaet eller ikke. Foranalysen skal gi et innblikk i temaet og identifisere eventuelle risikofaktorer ved kommunens virksomhet. Vi gir også vår anbefaling av om det bør gjennomføres en forvaltningsrevisjon om temaet.

I arbeidet med foranalysen har revisjon kartlagt de ulike helsesamarbeidene i Lillehammerregionen og innhentet avtalene som ligger til grunn for samarbeidene. Vi har også gjennomgått relevante årsrapporter, evalueringsrapporter og avisartikler knyttet til de aktuelle samarbeidene.

Foranalysen er gjennomført i perioden desember 2022- januar 2023 av forvaltningsrevisor Ingvild Andreassen Granlund. Guro Selfors Lund er oppdragsansvarlig revisor.

---

<sup>1</sup> Kontrollutvalgene fattet likelydende vedtak: Lillehammer i sak 17/2022, Gausdal i sak 14/2022 og Øyer i sak 19/2022.

## 2 HELSESAMARBEID I LILLEHAMMERREGIONEN

---

I det følgende gis en kort beskrivelse av vertskommunemodellen og bestemmelsene i kommuneloven som regulerer denne typen samarbeid. Vi presenterer også kort en tabell som illustrerer fordeler og ulemper knyttet til interkommunalt samarbeid. Tabellen er utarbeidet av seniorforsker ved Telemarksforskning på bakgrunn av en teoretisk gjennomgang av forskning om interkommunalt samarbeid. Deretter presenterer vi Helseregion Sør-Gudbrandsdalen og de ulike helsesamarbeidene som er en del av dette overordnede samarbeidet. Vi gir også en kort beskrivelse av hovedmomentene i hovedavtalen og de ulike tjenesteavtalene som ligger til grunn for samarbeidene.

### 2.1 ADMINISTRATIVT VERTSKOMMUNESAMARBEID

Helsesamarbeidene i Helseregion Sør-Gudbrandsdalen er organisert som interkommunale vertskommunesamarbeid regulert i kommuneloven § 20-2<sup>2</sup>, såkalte administrative vertskommunesamarbeid.

Det fremgår av kommuneloven § 20-4 første ledd at 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. Vertskommunen vil ha den sentrale rollen innenfor det interkommunale samarbeidet, og vil også ha den alminnelige styringsretten som arbeidsgiver.<sup>3</sup>

Til grunn for vertskommunesamarbeidet skal det foreligge en skriftlig samarbeidsavtale, jf. kommuneloven § 20-4. Avtalen skal vedtas av det enkelte kommunestyre. I kommuneloven § 20-4 er det listet opp en rekke momenter som samarbeidsavtalen skal inneholde bestemmelser om.

---

<sup>2</sup> § 28b fram til ny kommunelov av 2018.

<sup>3</sup> Innlandet revisjon IKS (2022). Helsesamarbeidet NGLMS. s 16-17

## 2.2 FORDELER OG ULEMPER VED INTERKOMMUNALE SAMAREBID

Bent Aslak Brandtzæg, seniorforsker ved Telemarksforskning, har med bakgrunn i en teoretisk gjennomgang av forskning om interkommunalt samarbeid utarbeidet en tabell som peker på de viktigste fordelene og ulempene knyttet til interkommunalt samarbeid.<sup>4</sup>

**Figur 2.1** Fordeler og ulemper ved interkommunale samarbeid – Bent Aslak Brandtzæg, Telemarksforskning.

<b>Samarbeidsfordeler</b>	<b>Samarbeidsulemper</b>
<i>Større fagmiljø og sterkere fagmiljø. Redusert sårbarhet.</i>	<i>Redusert direkte kommunal styring og kontroll med tjenestene.</i>
<i>Bedre kompetanse (muligheter for spesialisering)</i>	<i>Mer krevende å få til gode samarbeidsrutiner mellom det interkommunale samarbeidet og tilgrensende kommunale tjenester.</i>
<i>Mer kostnadseffektive tjenester.</i>	<i>Utarming av det kommunale fagmiljøet i kommuner som ikke er vertskommuner for interkommunalt samarbeid.</i>
<i>Bedre kvalitet på tjenestene.</i>	<i>Økt fysisk avstand til kommuner og innbyggere i kommuner som ikke er vertskommuner.</i>

I en foranalyse som dette der vi vurderer risiko og vesentlighet på et område, vil særlig ulempene være sentrale for å vurdere den generelle risikoen ved interkommunale samarbeid om helsetjenester. Dette kommer vi tilbake til i kapittel 3.

## 2.3 HELSEREGION SØR-GUDBRANDSDAL

Helseregion Sør-Gudbrandsdal er et interkommunalt samarbeid om primærhelsetjenester. Samarbeidet er regulert av en hovedtale og underliggende tjenesteavtaler.

Syv kommuner inngår i samarbeidet i dag: Nord-Fron, Sør-Fron, Ringeby, Øyer, Gausdal, Ringsaker og Lillehammer. Helseregionen har samarbeidsavtaler på legevakt, kommunal akutt døgnetenhet (KAD), intermedisærplasser, FACT-team, miljørettet helsevern, felles elektronisk pasientjournal (EPJ), frisklivssentral og koordinering psykisk helse/rus. Samarbeidet ledes av styringsgruppa i Helseregion Sør-Gudbrandsdalen som består av kommunalsjefer fra alle kommunene. Det er ansatt en felles regional samhandlingskoordinator i 100% stilling for å koordinere og utvikle samarbeidet.

<sup>4</sup> Brandtzæg, B.A. (2019) *Styringsutfordringer knyttet til interkommunalt samarbeid*. Norges barnevern. NR 4- 2019. Universitetsforlaget. S. 212-229.

Kommunalsjef for helse og omsorg i Lillehammer kommune presenterte en oversikt over vertskommunesamarbeidene i kontrollutvalgenes fellesmøte 4. mai 2022.

**Figur 2.2** Vertskommunesamarbeidene i Helseregion Sør-Gudbrandsdal

Vertskommune samarbeid		
Samarbeidsområde	Vertskommune	Samarbeidende kommuner
Interkommunal legevakt	Lillehammer	Gausdal, Nord-Fron, Øyer, Ringsaker, Ringebu, Sør-Fron
FACT	Lillehammer	Gausdal, Nord-Fron, Øyer, Ringebu, Sør-Fron
Gerica – Felles Elektronisk Pasient Journal, EPJ	Øyer	Gausdal, Ringebu, Lillehammer
Miljørettet helsevern	Ringebu	Gausdal, Øyer, Lillehammer
Intermediærplasser	Lillehammer	Gausdal, Øyer
Kommunale Akutt Døgnplasser, KAD	Lillehammer	Gausdal, Øyer
Frisklivssentralen	Gausdal	Lillehammer, Øyer
Psykisk helse og rus	Lillehammer	Øyer, Gausdal, Ringebu, Sør-Fron, Nord-Fron

Som det fremgår av oversikten, er syv kommuner med i samarbeidet om den interkommunale legevakten. Seks av kommunene deltar i samarbeidet om FACT-teamet og koordinator Psykisk helse og rus. Kommunene Lillehammer, Gausdal og Øyer inngår i samtlige av samarbeidene. Revisjonen har ikke inkludert Miljørettet helsevern i denne foranalysen, siden det er Ringebu som er vertskommune for dette samarbeidet.

## 2.4 HOVEDAVTALE HELSEREGION SØR-GUDBRANDSDALEN

«Vertskommuneavtale Helseregion Sør-Gudbrandsdal» ble vedtatt første gang i 2013. Etter dette har det skjedd endringer, både når det gjelder hva som er organisert inn i avtalen, og hvordan samarbeidet er organisert.

Avtalen revisjonen har fått oversendt er merket med juni 2022. Vi får opplyst fra regional samhandlingskoordinator at det ble gjort små justeringer i språk og forkortinger i avtaleverket i juni 2022, og avtalene ble oppdatert slik at paragrafene er i tråd med ny kommunelov. Det er ikke gjort øvrige endringer i innhold.

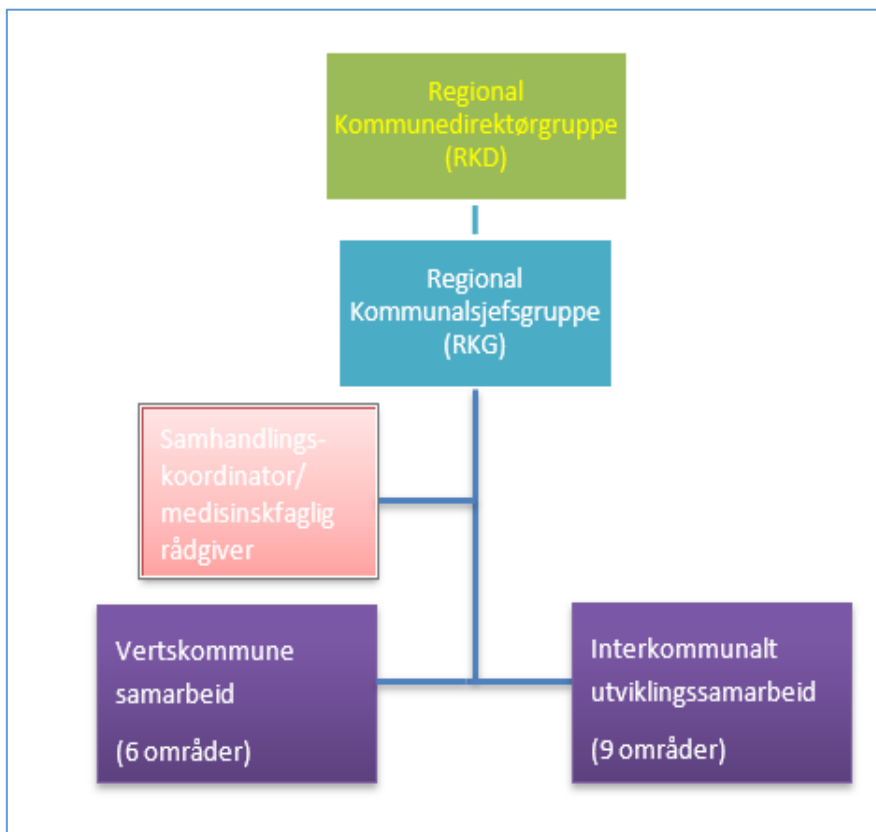
I avtalen står det at formålet med det interkommunale samarbeidet i Helseregion Sør-Gudbrandsdal er:

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

Det står også i avtalen at det er en forutsetning at deltakende kommuner til enhver tid avsetter nok ressurser til samarbeidet, og at samarbeidet skal preges av begeistring for utvikling og nytenking.

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

**Figur 2.3** Organisering av samarbeidet i Helseregion Sør-Gudbrandsdalen.



Det fremgår av avtalen at Regional Kommunedirektørgruppe (RKD) har det øverste administrative ansvaret for samarbeidet i Helseregion Sør-Gudbrandsdal, jf. kommuneloven § 13-1. Den løpende styringen av samarbeidet er delegert og ivaretas av Regional kommunalsjefsgruppe (RKG).

Avtalen inneholder også bestemmelser om vertskommunens plikter, samarbeidskommunens plikter, prinsipielle saker, budsjett, regnskap og økonomisk oppgjør, om klage, kontroll og tilsyn, nærmere regler for utvidelse av samarbeidet, varighet, nærmere regler for uttreden, mislighold og avvikling av samarbeidet, tvister samt avtalens ikrafttreden og revisjon.

## 2.5 HELSESAMARBEIDENE

### **Interkommunal legevakt**

I 2001 ble det inngått et interkommunalt samarbeid om legevakt på Lillehammer, og flere kommuner har kommet til etter oppstarten. Lillehammer interkommunale legevakt er i dag et samarbeid mellom kommunene Lillehammer, Gausdal, Øyer, Ringeby, Sør-Fron, Nord-Fron og nordre del av Ringsaker. Fronskommunene sluttet seg fullt ut til legevakten i august 2021. Den interkommunale legevakten er lokalisert i tilknytning til Sykehuset Innlandet Lillehammer. Som det fremgår av tabellen, er Lillehammer vertskommune for samarbeidet. Lillehammer kommune har arbeidsgiveransvaret for alt personellet ved legevakten, mens sykehuset bistår med det meste av støtte- og servicefunksjoner.<sup>5</sup> Det fremgår av Lillehammer kommunes årsberetning for 2021 at bemanningssituasjonen ved legevakten var krevende i 2021, spesielt med tanke på å dekke inn operatørvakter til legevaktstelefonen (ICCS). Dette medførte endel overtid og vikarinneleie, særlig i sommerferieperioden. Det opplyses i årsberetningen at finansieringsmodellen for Lillehammer interkommunal legevakt er fordelt iht. tjenesteavtaler, med fordeling på fastledd og folketall.

I forslag til økonomi- og handlingsplan 2023-2026 og budsjett for 2023 for Lillehammer kommune står det at legevakten utgjør en del av prosjektet «Bo trygt hjemme med integrerte tjenester». Målet med prosjektet er å «bidra til gode og trygge pasientforløp, sikre den medisinske beredskapen, øke kvaliteten på tjenestene, øke kompetanse i tjenestene og bedre samhandlingen mellom legevakt, sykehus, hjemmetjeneste, fastlege og helsehus».<sup>6</sup>

Høsten 2022 investerte Lillehammer kommune i en legevaktbil for å kunne tilby sykebesøk i hjemmet, og med dette kunne redusere antall innleggelser i sykehus.<sup>7</sup> I samarbeid med hjemmetjenesten i Lillehammer kommune ønsker legevakten å etablere en trygghetspatrolje bemannet med to sykepleiere på dag og kveld, og en på natt. Trygghetspatroljen er ment å skulle bistå hjemmesykepleien ved behov og kapasitet, samt være et supplement til legevaktsbilen som kan gjøre vurderinger i samarbeid med legevakten og eventuelt rykke ut med lege fra legevakten. Det er lagt inn 1,8 mill i budsjettet for 2023 til å opprette Trygghetspatroljen, og 2,7 mill fra 2024.

Det er lagt inn en økning av grunnbemanningen ved legevakten i budsjettet for 2023, som følge av volumvekst de siste årene. Volumveksten er blant annet knyttet til hytteutbygging og stor turistaktivitet i legevakt-distriktet. For 2023 er det lagt inn 985 000 kroner til økt bemanning. Det opplyses om at en ROS-analyse foretatt våren 2022 viser at det er kritisk med tanke på bemanning både når det gjelder leger og hjelpepersonell. Rekruttering av nye sykepleiere/paramedics er en utfordring. Økning av grunnbemanningen og etablering av døgnåpen legevakt og trygghetspatrolje er tiltak som antas å gjøre legevakten til en mer attraktiv arbeidsplass og bedre rekrutteringsutfordringene.

---

<sup>5</sup> <https://www.lillehammer.kommune.no/ny-legevakt-i-lillehammer.5967494-172351.html>

<sup>6</sup> [https://pub.framsikt.net/2023/lillehammer/bm-2023-styringsdokument\\_2023-2026/#/](https://pub.framsikt.net/2023/lillehammer/bm-2023-styringsdokument_2023-2026/#/)

<sup>7</sup> Prosjektleder i Lillehammer kommune opplyser til revisjonen i e-post 9.januar 2023 at legevaktbilen i utgangspunktet er for hele legevakt-distriktet, men vil nok primært bli brukt i nærområdet til Lillehammer interkommunale legevakt. Sykebesøk til de andre kommunene i legevakt-distriktet kan være aktuelt, men vil vurderes opp mot den totale beredskapen sett ift responstid/kjøretid fra legevakt.



### *Svartid - legevakten*

I en artikkel publisert 10. mai 2022 skrev GD at det i en undersøkelse gjennomført av Helsedirektoratet i februar 2022 kom frem at Lillehammer interkommunale legevakt er én av fem legevakter i Innlandet som ikke overholder kravet om at 80 prosent av alle henvendelser besvares innen to minutter. Kun 58 prosent av samtalene ble besvart innen to minutter, og det var dårligst blant legevaktsentralene i Innlandet. På landsnivå var imidlertid prosentandelen av antall besvarte samtaler innen to minutter på 57 prosent. Kommunedirektøren i Lillehammer skriver i forslag til økonomi- og handlingsplan 2023-2026 at svartidsprosenten har vært synkende, og i perioder med høytider og ferier har den i perioder vært nede i 17 prosent.

Avdelingsleder ved legevakten i Lillehammer uttalte til GD at årsaken er mye trafikk og mange henvendelser. Antallet henvendelser øker i helger og høytider, og legevakten tilstreber å øke bemanningen på disse tidspunktene. Økt bemanning er imidlertid ikke en tilstrekkelig løsning når det er høy aktivitet, og det må ses nærmere på hvordan utfordringene skal løses.<sup>8</sup>

### *Tjenesteavtale*

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

«Den enkelte kommune har ansvar for å sikre befolkningen en forsvarlig legetjeneste og legevakt, jf. HOL<sup>9</sup> § 3-1 og § 3-5.

Den interkommunale legevakten skal bidra til;

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

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

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

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

---

<sup>8</sup> <https://www.gd.no/her-er-det-oftest-brudd-pa-svartiden-vi-vet-aldri-nar-det-er-hoy-trafikk/s/5-18-1552712>

<sup>9</sup> Forkortelsen HOL er for helse- og omsorgstjenesteloven

### **FACT-team**

FACT-team Sør-Gudbrandsdal er et samarbeid mellom kommunene Lillehammer, Øyer, Gausdal, Ringebu, Sør-Fron og Nord-Fron, samt DPS Lillehammer og NAV. Lillehammer er vertskommune for samarbeidet. FACT-team Sør-Gudbrandsdal ble etablert i februar 2020. Det ble gjennomført et forprosjekt i perioden 2017-2019 som resulterte i at det ble inngått avtale om å etablere et 3-årig prosjekt.

FACT-teamet er et behandlingsteam for personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusproblemer. FACT står for **F**lexible **A**ssertive **C**ommunity **T**reatment. Teamet jobber aktivt oppsøkende, og behandling og oppfølging foregår i brukerens hjem og nærmiljø fremfor på kontor og i institusjon. Teamet skal gi et helhetlig tilbud over tid, der målet er å støtte personen i sin bedringsprosess. Arbeid, aktivitet og bosituasjon er en viktig del av oppfølgingen.<sup>10</sup> Teamet er sammensatt av ulike profesjoner, som blant annet vernepleier, sosionom, sykepleier (m. videreutdanning), psykolog, brukerspesialist, psykiater, merkantil, arbeidsspesialist og leder. I tillegg er det to arbeidsspesialister fra NAV i til sammen 50% stilling tilknyttet teamet.

### *Evaluering av FACT-team Sør-Gudbrandsdal 2019-2022*

Det ble i 2022 utarbeidet en evalueringsrapport der det er samlet erfaringer fra prosjektperioden for FACT-teamet 2019-2022.<sup>11</sup> Det fremgår av rapporten at det i løpet av prosjektperioden ble gjennomført en brukerundersøkelse. Undersøkelsen hadde en svarprosent på 58. Noen av hovedfunnene i brukerundersøkelsen var:

- «•Jeg har fått en bedre hverdag etter jeg kom i kontakt med FACT (59%)
- Jeg har færre instanser å forholde meg til enn tidligere (59%)
- Jeg har tydelige mål i min behandlingsplan (46%)
- Jeg har ruset meg mindre etter at jeg startet i FACT (37%)
- Jeg blir respektert (87%)»

Det ble også gjennomført to spørreundersøkelser blant samarbeidspartnere, henholdsvis i august 2021 og april 2022. Undersøkelsen i august 2021 avdekket at mange hadde behov for mer kunnskap om FACT-modellen, hvordan teamet jobber, henvisningsrutine og målgruppe. Ved undersøkelsen i april 2022 viste resultatene at det var bedre kjennskap til hvilken oppfølging FACT-teamet gir og flere opplevde at målgruppen var tydelig. Ansvarsfordeling og informasjon var et forbedringsområde.

Våren 2022 ble det innhentet tilbakemeldinger fra ledere i kommunene og NAV. Flere hadde positive tilbakemeldinger, herunder at pasientene får spesialkompetanse kommunene ikke selv kan tilby og at det er et faglig supplement for tjenesten. Noen pekte på at det er positivt med ambulant oppfølging, det er positivt å ha flere å spille på i komplekse saker og at tjenestetilbudet i kommunen er faglig styrket på grunn av kompetansen som er tilført i FACT-teamet. Andre kommuner opplevde ikke lokal kompetanseheving gjennom samarbeidet, og en kommune stilte spørsmål om reiseavstander og at det er viktig å være oppmerksom på tilbudets tilgjengelighet for kommunene lengst unna Lillehammer. De fleste kommunene pekte også på at det var utfordrende å se effekt etter bare to års drift.

---

<sup>10</sup> <https://www.lillehammer.kommune.no/fact-team-soer-gudbrandsdal.536678.no.html>

<sup>11</sup> <https://www.lillehammer.kommune.no/ato/esaoff/document/prosjektrapport-2019-2022.1984484.e725e33f14.pdf> s.5

Ansatte i FACT-teamet har erfart at det har vært strukturerende å jobbe etter FACT-modellen. Både psykiatere, brukerspesialist og arbeidsspesialistene i temaet rapporterte om positive erfaringer.<sup>12</sup>

#### *Videreføring av FACT-teamet som ordinært tjenestetilbud fra 2023*

Det ble nylig vedtatt å videreføre FACT- samarbeidet som et ordinært tjenestetilbud. Samarbeids- og driftsavtalen for perioden 2019-2022 skal revideres. Revisjonen har ikke fått oversendt tjenesteavtalen tilknyttet dette samarbeidet, noe vi antar skyldes at det nylig er vedtatt videreføring.

#### **Gerica – Felles elektronisk pasientjournal**

EPJ Gerica er et pasientjournalssystem for kommunehelsetjenesten. Kommunene Øyer, Gausdal, Ringeby og Lillehammer har etablert en felles pasientjournalbase, og har ansatt en felles systemkoordinator. Øyer er vertskommune for samarbeidet.

#### *Tjenesteavtale*

I tjenesteavtalen tilknyttet samarbeidet om EPJ Gerica står det følgende om «Målgruppe og hovedmål»:

«Avtalen regulerer drift av EPJ - Gerica. Kommunene skal sørge for at bruken av EPJ - Gerica er forsvarlig. De skal også ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av EPJ Gerica, jf. HOL § 5-10.»

Det er presisert i avtalen at kommunene som deltar i samarbeidet har «et felles ansvar for systematisert kontakt og samhandling om EPJ-Gerica på en slik måte at utvikling av systemet og av kompetanse stimuleres.» I likhet med de øvrige tjenesteavtalene inneholder avtalen bestemmelser om parter, lovverk, finansieringsmodell, ikrafttreden og revisjon av avtalen.

#### **Intermediærplasser**

Intermediærplassene på Lillehammer helsehus er et interkommunalt samarbeid mellom kommunene Lillehammer, Gausdal og Øyer. Lillehammer kommune er vertskommune for de 12 plassene som er plassert i intermediæravdelingen ved helsehuset. Intermediærplasser er plasser som kan benyttes i perioden imellom sykehusinnleggelse og eget hjem/kommunalt tilbud.

#### *Tjenesteavtale*

I tjenesteavtalen som regulerer samarbeidet om intermediærplassene ved Lillehammer helsehus står det følgende om «Målgruppe og hovedmål»:

«Målgruppen er pasienter som for en periode har behov for et forsterket tilbud etter sykehusinnleggelse, og hvor det vurderes at ordinære tjenester i hjemkommunen ikke vil kunne ivareta pasientene på en like god måte. Utgangspunkt er et opphold inntil 14 dager, men varigheten tilpasses individuelle behov. Alle pasienter som legges inn i intermediærenheten skal være vurdert etter fastlagte rutiner.

---

<sup>12</sup> <https://www.lillehammer.kommune.no/ato/esaoff/document/prosjektrapport-2019-2022.1984484.e725e33f14.pdf> s.6

Hovedmål med tilbudet er å:

- Sikre en sømløs overgang mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste.
- Tilby rett behandling til rett tid og med rett kompetanse.
- Å gi tjenester som gjør pasienten bedre rustet for ordinære tjenester i hjemkommunen.
- Å ta ut stordriftsfordeler slik at tjenestetilbudet er mest mulig kostnadseffektivt.»

Videre fremgår det av avtalen at Gausdal og Øyer kommune i utgangspunktet har en plass hver, og at det er pasientens hjemkommune som gjennom å fatte enkeltvedtak kan tildele en intermediærplass. Kommunene kan leie midlertid kapasitet av hverandre. Avtalen inneholder også bestemmelser om parter, lovverk, finansieringsmodell, ikrafttreden og revisjon av avtalen.

### **KAD-plasser**

KAD står for kommunale akutt døgnplasser. Etablering av kommunale øyeblikkelig hjelp-tilbud kom som en konsekvens av anbefalingene som ble gitt i Samhandlingsreformen.<sup>13</sup> Fem regionale KAD-plasser ble etablert på Lillehammer helsehus i 2012. Plassene var et interkommunalt samarbeid mellom kommunene Lillehammer, Øyer, Gausdal, Sør-Fron, Nord-Fron, Ringebru og Ringsaker (nordre Ringsaker).

KAD-plassene ble flyttet fra Lillehammer helsehus til legevakten i forbindelse med bygging av nye lokaler for legevakten i 2018. Plassene var en periode lokalisert vegg i vegg med Lillehammer interkommunale legevakt, før de ble vedtatt flyttet tilbake til Lillehammer helsehus i 2020. Fronskommunene, Ringebru og Ringsaker trakk seg ut av samarbeidet fra januar 2021. Antall KAD-plasser ble redusert fra 5 til 2. Bakgrunnen for dette var at det ble gjennomført en evaluering av legevakt og KAD i 2019, som synliggjorde at det var vanskelig å kombinere legevaktsdrift og drift av KAD-plasser. KAD-plassene var i tillegg lite brukt, og det var minimalt med pasienter fra Nord-Fron, Sør-Fron, Ringebru og Ringsaker.

### ***Tjenesteavtale***

I tjenesteavtalen som regulerer samarbeidet om KAD-plassene står det følgende om «Målgruppe og hovedmål»:

«Kommunen skal sørge for tilbud om helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for døgnopphold og øyeblikkelig hjelp. Det interkommunale KAD-tilbudet er rettet mot pasienter med somatisk(e) diagnose(r) og/eller diagnose(r) innen psykisk helse eller rus.

Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til.

Hovedmål med tilbudet er å:

- Sikre en sømløs overgang mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste.
- Tilby rett behandling til rett tid og med rett kompetanse.
- Å ta ut stordriftsfordeler slik at tjenestetilbudet er mest mulig kostnadseffektivt.»

---

<sup>13</sup> Samhandlingsreformen trådte i kraft 1.1.2012. Formålet med samhandlingsreformen var å gi mer koordinerte tjenester. Kommunene fikk et større ansvar for det helhetlige tilbudet av helsetjenester til befolkningen. Ansvar for deler av helsetjenestene ble overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunene.

Avtalen inneholder også bestemmelser om parter, lovverk, finansieringsmodell, ikrafttreden og revisjon av avtalen.

### **Frisklivssentralen**

Kommunene er gjennom helse- og omsorgstjenesteloven pålagt å tilby helsefremmende og forebyggende helsetjenester til befolkningen. Frisklivssentraler er en anbefalt måte å organisere slike helsetjenester på. Målgruppen for frisklivssentralenes helsetilbud er «personer i alle aldre som har økt risiko for, eller allerede har utvikle en sykdom, og som har behov for hjelp til å endre levevaner og mestre helseutfordringer».<sup>14</sup>

Den interkommunale frisklivssentralen i Helseregion Sør-Gudbrandsdal ble vedtatt opprettet i kommunestyrene i Lillehammer, Øyer og Gausdal i november/desember 2013 og februar 2014. Frisklivssentralen kom i gang i mars 2014. I oppstartsåret var Lillehammer vertskommune, men vertskommuneansvaret ble vedtatt flyttet til Gausdal i 2015. Frisklivssentralen holder til i lokalene til Jorekstad Fritidsbad på Jørstadmoen. «Frisklivsresepten» er et tilbud til alle som ønsker støtte til å endre levevaner for å forebygge sykdom eller hjelp til å mestre helseutfordringer. Frisklivsresepten varer i utgangspunktet i tre måneder, men kan forlenges ved behov. Innbyggerne i de aktuelle kommunene kan henvises til Frisklivssentralen fra lege, annet helsepersonell eller NAV, men de kan også ta kontakt selv. Frisklivssentralen har treningstilbud for ulike aldersgrupper, fra barn til senior.

Frisklivssentralen tilbyr flere kurs:

- Kostholdskurs
- Kostholdskurs for småbarnsforeldre – første leveår
- Mestringskurs for kreftrammede
- Sov godt – kurs for å forbedre søvnkvaliteten uten bruk av medikamenter
- Hverdagsglede
- Kurs i mestring av belastning (KIB)
- Strukturkurs – undervisning i livstiltemaer, opplæring i endringsmetodikk og gruppesamtaler.<sup>15</sup>

Frisklivssentralen ble evaluert i 2017. Det fremgår av evalueringsrapporten at tilbudet var sterkt etterspurt og det var behov for å øke stillingsressursene.<sup>16</sup> I budsjettbehandlingen før jul 2017 ble det vedtatt en økning med en 100 prosent fast stilling ved sentralen.

### *Tjenesteavtale*

I tjenesteavtalen tilknyttet Frisklivssentralen står det at samarbeidet om den interkommunale frisklivssentralen på Jorekstad skal:

- «Sikre innbyggerne i Øyer, Gausdal og Lillehammer kommuner en forebyggende helsetjeneste med god kvalitet.

---

<sup>14</sup><https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunale-frisklivssentraler-etablering-organisering-og-tilbud/> s.8

<sup>15</sup> <https://www.gausdal.kommune.no/kurs.439968.no.html>

<sup>16</sup> Statusrapport Frisklivssentralen Gausdal, Øyer og Lillehammer. September 2017.

- Drifte et interkommunalt ressurs- og kompetansesenter innen endring og etablering av helseatferd, med vekt på levevaneområdene fysisk aktivitet, kosthold og tobakk.
- Forebygge livsstilssykdommer/-lidelser og redusere bruken av helsetjenester ved å motivere og begeistre innbyggerne til å ta tak i egen livssituasjon.
- Gi befolkningen et helsefremmende og forebyggende tilbud, og gi tidlig intervensjon til personer med sykdommer og lidelser som kan knyttes til ovennevnte levevaneområder.
- Gradvis å øke innsatsen slik at mål og visjoner nås.»

I tillegg inneholder tjenesteavtalen, i likhet med de øvrige avtalene, informasjon om parter i samarbeidet, lovverk, finansieringsmodell, ikrafttreden og revisjon av avtalen.

### **Psykisk helse og rus**

Lillehammer kommune er vertskommune for det interkommunale samarbeidet i psykisk helse og rus. Det fremgår av Lillehammer kommunes nettsider at det foreligger en egen handlingsplan for arbeidet som revideres årlig, og godkjennes av styret i Helseregion Sør-Gudbrandsdal. Videre står det at «målet med det interkommunale samarbeidet er å benytte kompetanse, utvikle, gi tilbud og skape erfaringsutveksling på tvers av kommunene i felles satsinger og utviklingsarbeid.»<sup>17</sup>

Det er ansatt en koordinator som har ansvar for det interkommunale samarbeidet i psykisk helse og rus. Koordinatorstillingen ble opprettet i 2019. Koordinator utarbeider handlingsplan sammen med interkommunalt fagteam, følger opp felles satsinger og prosjekter i samarbeid med kommunene og legger til rette for kompetansedeling på tvers av kommunene. Koordinator har hatt en prosjektstøttefunksjon i prosjektet om FACT-team. Samarbeidet omfatter tilbud som kurs i depresjonsmestring (KID), kurs i belastningsmestring (KIB), implementering av tilbakemeldingsverktøyet Feedback informerte tjenester (FIT), brukermedvirkning og en satsing på kompetansedeling mellom kommunene. Prosjektet *Kompetansebank for psykisk helse og ruserfaring KB*, som ble avsluttet i 2021, var et prosjekt der det ble etablert en kompetansebank med en samling av verktøy innen brukermedvirkning på tjenestenivå. Tilbakemeldingsverktøyet FIT er nå implementert i alle kommunene i samarbeidet.<sup>18</sup>

### *Tjenesteavtale*

Revisjonen har fått oversendt tjenesteavtalen tilknyttet dette samarbeidet. Avtalen er imidlertid ikke politisk behandlet og er følgelig ikke «godkjent» på nåværende tidspunkt. Tjenesteavtalen revisjonen har fått oversendt er bygd opp på samme måte som de øvrige tjenesteavtalene og inneholder de samme punktene.

Om formålet med samarbeidet står det:

«Avtalen regulerer økonomi og drift av de satsinger som inngår i årlig handlingsplan *Interkommunal handlingsplan psykisk helse og rusarbeid* godkjent av Regional kommunalsjefsgruppe (RKG) i Helseregion Sør-Gudbrandsdal (HSG).

---

<sup>17</sup> <https://www.lillehammer.kommune.no/psykisk-helse-og-rus.6359704-547105.html>

<sup>18</sup> <https://napha.no/content/25605/-det-er-morsomt-a-jobbe-interkommunalt> Publisert 1. april 2022

Videre presenteres følgende mål for arbeidet:

- «Bidra til å gi et bredere tjenestetilbud og tilgang til likt tilbud til innbyggerne i regionen.
- Benytte kompetanse på tvers av kommunene i samordnet utviklingsarbeid.
- Bidra til å heve kvaliteten i tjenestene, og jobbe for mer effektive og bærekraftige tjenester.»

## 3 PERSEPEKTIVER OG PROBLEMSTILLINGER FOR ET MULIG FORVALTNINGSREVISJONSPROSJEKT

---

### 3.1 MULIGE PERSPEKTIVER

Ifølge Norges kommunerevisorforbunds veileder<sup>19</sup> kan risiko- og vesentlighet vurderes ut fra følgende sju perspektiver<sup>20</sup>:

1. Fungerer det lokale folkestyret som forutsatt i kommuneloven?
2. Produserer kommunen de tjenestene innbyggerne har krav på?
3. Drives kommunens samfunnsutvikling til beste for innbyggerne?
4. Utøver kommunen sin myndighet forsvarlig og i samsvar med loven?
5. Driver kommunen effektivt?
6. Er kommunen tillitsskapende?
7. Er kommunens drift bærekraftig?

Temaet interkommunale helsesamarbeid kan vurderes ut fra flere perspektiver. Fra et overordnet styringsperspektiv kan det være aktuelt å undersøke hvordan det interkommunale helsesamarbeidet fungerer, og hvilke styringsutfordringer dette ev. gir i forholdet mellom vertskommunen og samarbeidskommunene.

Selv om tjenestene ikke driftes i egen kommune har den enkelte kommune fortsatt ansvar for at innbyggerne får de tjenestene de har krav på. Vertskommunemodellen kan gi utfordringer for den politiske kontrollen med tjenestene. Det vil blant annet være viktig at det er etablert gode rapporteringsrutiner og felles arenaer for informasjonsutveksling og drøfting.

Et annet perspektiv er om innbyggerne får de tjenestene de har krav på. Er kvaliteten på tjenestene som ytes gjennom helsesamarbeidet gode nok? I et slikt perspektiv er fokuset rettet mot selve tjenesteproduksjonen.

### 3.2 BØR VI GJENNOMFØRE EN FORVALTNINGSREVISJON ?

Vi legger til grunn følgende kriterier for vurderingen av om det bør gjennomføres en forvaltningsrevisjon av dette temaet:

- Er dette et viktig område, f.eks ved at det legger beslag på store ressurser eller ved at det har stor betydning for brukere?
- Er det risiko for å avdekke vesentlige avvik i forhold til de vedtak, forutsetninger og mål som er satt for virksomheten?
- Er administrasjonen i gang med mulige risikoreduserende tiltak på området? I så fall er nytteverdien av revisjon mindre.

---

<sup>19</sup> Fastsatt av styret i NKRF 3.12.2019

<sup>20</sup> Avledet fra kommunelovens § 1-1.



- Er temaet reviderbart? Er det mulig å finne gode revisjonskriterier? Er det mulig å finne gode data?
- Vil det ha en nytteverdi å gjennomføre en forvaltningsrevisjon?

### Er dette et viktig område?

Revisjonen mener det regionale samarbeidet om helsetjenester må anses som et viktig område. Tjenestetilbudene er et resultat av samarbeid mellom flere kommuner og tjenestetilbudene berører mange innbyggere.

### Risikoforhold og risikoreducerende tiltak

Risikoreducerende tiltak er eventuelle tiltak som kommunen har satt i verk for å redusere muligheten for at risikofaktorene som kan true måloppnåelsen skal inntreffe, og redusere virkningene dersom risikofaktoren likevel slår til.

Som gjennomgangen i 2.5 viser er det åtte samarbeid som inngår i Helseregion Sør-Gudbrandsdal per i dag. Kontrollutvalgene ønsket at revisjonen, ut fra en vurdering av risiko og vesentlighet, skulle foreslå en gjennomgang av et eller flere av samarbeidene.

Revisjonen har valgt å ikke omtale samarbeidet om Miljørettet helsevern, siden det er Ringebu kommune som er vertskommune for dette samarbeidet. Som det fremgår av pkt. 1.2 har vi i denne foranalysen hovedsakelig basert oss på informasjon hentet fra kommunenes nettsider, årsrapporter, evalueringsrapporter og relevante avisartikler. Med bakgrunn i denne informasjonen vil vi trekke frem følgende risikoforhold og risikoreducerende tiltak ved de øvrige samarbeidene:

#### EIP Gerica

Revisjonen vurderer at samarbeidet om EJP Gerica ikke er av et slikt omfang at det alene vil være hensiktsmessig å se nærmere på i en forvaltningsrevisjon. Revisjonen har ikke avdekket vesentlig risiko tilknyttet dette området, utover den generelle risikoen alle interkommunale samarbeid har ved seg, jf. avsnitt 2.2.

#### KAD-plasser

KAD-plassene utgjør på nåværende tidspunkt 2 plasser. Det har vært gjort flere vurderinger og justeringer av KAD-plassene i senere år. Revisjonen vurderer at samarbeidet om KAD-plassene ikke er av et slikt omfang at det alene vil være hensiktsmessig å se nærmere på i en forvaltningsrevisjon. Revisjonen har ikke avdekket vesentlig risiko tilknyttet dette området.

#### Intermediær-plasser

Et alternativ kan være å se felles på intermediære plasser og KAD-plassene. Disse er lokalisert i samme avdeling på Lillehammer helsehus. Revisjonen har ikke avdekket vesentlig risiko tilknyttet dette området.

#### Interkommunalt samarbeid innen psykisk helse og rus

Det interkommunale samarbeidet innen psykisk helse og rus dreier slik revisjonen ser det seg om kompetansedeling, støtte og veiledning, og felles prosjekter for å prøve ut og implementere ulike verktøy og satsinger i de kommunale tjenestene innen rus og psykisk helse. Det er gjennom dette samarbeidet gjennomført flere prosjekter og implementeringer som må kunne anses som vellykkede, herunder prosjekt Kompetansebank,

implementering av FIT i kommunene og prosjekt FACT-team Sør-Gudbrandsdalen. Revisjonen har ikke avdekket vesentlig risiko tilknyttet dette samarbeidet.

#### FACT-team

FACT-teamet er forholdsvis nyetablert, nylig evaluert og skal nå i gang som et ordinært driftstilbud etter en prosjektperiode på tre år. Revisjonen vurderer derfor ikke dette som mest aktuelt å se nærmere på i denne omgang. Evalueringen som ble gjort i overgangen fra prosjektet til ordinært tilbud inneholdt erfaringer både fra brukere, samarbeidspartnere og ansatte. En slik evaluering må anses å være et risikoreduserende tiltak. Revisjonen har ikke avdekket vesentlig risiko tilknyttet dette området.

#### Frisklivssentralen

Når det gjelder Frisklivssentralen så er dette et tilbud som har vært i drift i flere år, og det er positive erfaringer med tilbudet. Revisjonen har ikke opplysninger om at det foreligger vesentlig risiko knyttet til dette tjenestetilbudet.

#### Interkommunal legevakt

Av samarbeidene som inngår i Helseregion Sør-Gudbrandsdalen er det den interkommunale legevakten revisjonen anser som mest aktuell dersom man skal rette fokus mot selve tjenesteproduksjonen. Legevakten har rekrutterings- og kapasitetsutfordringer og undersøkelser av svartid viser at den interkommunale legevakten på Lillehammer kommer dårlig ut sammenlignet med de øvrige legevaktsentralene i Innlandet. Det er imidlertid nylig iverksatt risikoreduserende tiltak i form av økning av grunnbemanningen og innkjøp av legevaktbil. Legevakten er også med i et prosjekt i samarbeid med hjemmetjenesten, der målet er å bistå hjemmesykepleien ved behov og kapasitet, samt være et supplement til legevaktbilen. Tiltakene antas å kunne bidra til å løse utfordringene knyttet til rekruttering og kapasitet.

#### Er temaet reviderbart?

Det er utarbeidet formelle avtaler som ligger til grunn for samarbeidene, og det er lovverk som stiller krav til tjenestene som ytes gjennom det interkommunale samarbeidet om primærhelsetjenester i Helseregion Sør-Gudbrandsdal. Revisjonen mener derfor dette er et område som er reviderbart.

#### Vil en forvaltningsrevisjon ha nytteverdi?

Revisjonen mener at en gjennomgang av hvordan legevaktsamarbeidet fungerer kan ha en nytteverdi både for administrasjonen og politisk ledelse både i vertskommune og samarbeidende kommuner.

#### Revisjonens anbefaling

Revisjonens anbefaling er at et eventuelt revisjonsprosjekt innrettes med et *styringsperspektiv*. Det vil si at fokuset er rettet mot eventuelle styringsutfordringer som ligger i samarbeidene og om det eksisterer rutiner for rapportering og samhandling som sikrer samarbeidskommunene oversikt og kontroll på at innbyggerne får de tjenestene de etter loven har krav på. I denne sammenheng kan man ha et overordnet perspektiv der alle samarbeidene i utgangspunktet er inkludert, eller gå nærmere inn i ett eller to konkrete samarbeid. Ved sistnevnte innretning vil man kunne gå litt dypere inn og også se på selve tjenesteproduksjonen. Dersom kontrollutvalgene ønsker å bestille et prosjekt om den interkommunale legevakten bør det avklares om og hvordan de fire andre kommunene som inngår i samarbeidet skal involveres i prosjektet.

### 3.3 FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER

Revisjonen foreslår at formålet med en undersøkelse kan være å undersøke om den aktuelle vertskommunen gir den tjenesten den skal i henhold til lov og inngått samarbeidsavtale, og om samarbeidet fungerer etter intensjonen.

Noen innspill til aktuelle problemstillinger:

- Er det etablert rutiner i samarbeidet som sikrer at samarbeidskommunene får dekket sitt behov for primærhelsetjenester i samsvar med inngåtte avtaler?
- Gir det etablerte systemet for rapportering et godt informasjonsgrunnlag for politisk styring og kontroll i samarbeidskommunene med tjenestene utført i vertskommunesamarbeidet?
- Fungerer samarbeidet med andre fagmiljøer tilfredsstillende for disse samarbeidene?

Dersom kontrollutvalget ønsker å gå videre med å bestille en forvaltningsrevisjon vil revisjonen komme tilbake med en prosjektplan der det gjøres nærmere rede for revisjonskriterier, metode, anslag for ressursbruk og gjennomføring.

## REFERANSER

---

Brandtzæg, B.A. (2019) *Styringsutfordringer knyttet til interkommunalt samarbeid*. Norges barnevern. NR 4- 2019. Universitetsforlaget. S. 212-229.

Helsedirektoratet (2011) *Veileder for kommunale frisklivssentraler. Etablering, organisering og tilbud*. Veileder – IS 1896. Sist oppdatert 02.2022.

Innlandet revisjon (2018). Foranalyse – *Regionalt samarbeid om helsetjenester*.

Innlandet revisjon IKS (2022). *Helsesamarbeidet NGLMS*.

Kommuneloven. Lov om kommuner og fylkeskommuner. LOV-2018-06-22-83

Lillehammer kommune (2022). *FACT-team Sør-Gudbrandsdal*. Prosjektrapport 2019-2022.

Lillehammer kommune (2022) *Kommunedirektørens forslag til økonomi- og handlingsplan 2023-2026 og budsjett for 2023*.

Lillehammer kommune (2022) *Årsberetning for 2021*.

### **Internettkilder:**

[www.gd.no](http://www.gd.no)

[www.lillehammer.kommune.no](http://www.lillehammer.kommune.no)

[www.gausdal.kommune.no](http://www.gausdal.kommune.no)

[www.napha.no](http://www.napha.no) (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid)