

Samhandlingsreformen i Eidskog kommune



1 Forord

Denne rapporten er et resultat av forvaltningsrevisjonsprosjektet: Samhandlingsreformen i Eidskog kommune. En foreløpig rapport har vært sendt til rådmannen i kommunen for uttalelse. Rådmannens høringsuttalelse er tatt inn i rapportens kapittel 12. Rapporten, som utgjør prosjektets sluttprodukt, avleveres herved til revisjonens oppdragsgiver, kontrollutvalget i Eidskog kommune.

Jo Erik Skjeggstad har vært utøvende revisorer for prosjektet og har ført rapporten i pennen. Lina Kristin Høgås-Olsen har vært oppdragsansvarlig revisor for prosjektet og har kvalitetssikret arbeidet.

Prosjektets datainnsamling er gjennomført våren 2017. Innledningsvis vil man finne et sammendrag av rapporten som oppsummerer kontrollutvalgets bestilling, måten prosjektet er gjennomført på og revisors konklusjoner og anbefalinger.

Hedmark Revisjon IKS ønsker å takke kommunens administrasjon for nødvendig tilrettelegging og bistand i prosjektforløpet. Samtidig vil vi takke kontrollutvalget i Eidskog kommune for oppdraget.

Kongsvinger, 28. august 2017

Lina Kristin Høgås-Olsen
Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor

Jo Erik Skjeggstad
Utøvende forvaltningsrevisor

Innholdsfortegnelse

1	FORORD	2
2	SAMMENDRAG	5
3	BAKGRUNN FOR PROSJEKTET	7
3.1	BESTILLINGEN FRA KONTROLLUTVALGET	7
3.2	OM SAMHANDLINGSREFORMEN	7
3.3	KORT OM HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN I EIDSKOG KOMMUNE	8
3.3.1	ALDERSSAMMENSETNINGEN I KOMMUNEN	8
3.3.2	BEHOV FOR TJENESTER I KOMMUNEN	9
4	FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER	9
5	AKTUALITET OG AVGRENSNING	10
6	METODE FOR REVISJONEN	10
7	PROBLEMSTILLING 1 - SAMHANDLING KOMMUNE OG HELSEFORETAK	13
7.1	BAKGRUNNSINFORMASJON	13
7.1.1	RELEVANT FORSKNING	13
7.2	REVISJONSKRITERIER FOR PROBLEMSTILLING 1	14
7.3	INNHEDET DATA	15
7.3.1	SAMARBEIDSAVTALEN	15
7.3.2	NÅVÆRENDE AVTALE	17
7.3.3	KOMMUNIKASJON MELLOM KOMMUNEN OG SYKEHUSET	18
7.3.4	SAMARBEIDSFORA	22
7.3.5	INFORMASJON FRA SYKEHUSET INNLANDET KONGSVINGER	23
7.4	REVISORS VURDERING	25
7.4.1	OPPSUMMERING	28
8	PROBLEMSTILLING 2 - GREP TATT I KOMMUNEN	29
8.1	BAKGRUNNSINFORMASJON	29
8.2	REVISJONSKRITERIER FOR PROBLEMSTILLING 2	29
8.3	INNHEDET DATA	30
8.3.1	INTERKOMMUNAL ØYEBLIKKEG HJELP (IKØ)	30
8.3.2	HVA ER GJORT I KOMMUNEN	31
8.3.3	STATISTIKK	33
8.4	REVISORS VURDERING	34
8.4.1	OPPSUMMERING	36
9	PROBLEMSTILLING 3 – BRUKEROPPFATNING	37

9.1	BAKGRUNNSINFORMASJON	37
9.1.1	RELEVANT FORSKNING	37
9.2	REVISJONSKRITERIER FOR PROBLEMSTILLING 3	37
9.3	INNHELTEDE DATA	38
9.3.1	PASIENT OG BRUKEROMBUDET I HEDMARK OG OPPLAND	38
9.3.2	BRUKERUNDERSØKELSER	38
9.3.3	ELDRERÅDET, RÅD FOR FUNKSJONSHEMMEDE OG HELSETUNETS STØTTEFORENING	39
9.3.4	DATA INNHELTET FRA KOMMUNEN	40
9.4	REVISORS VURDERING	41
9.4.1	OPPSUMMERING	42
10	KONKLUSJON	43
11	ANBEFALINGER	44
11.1	ANBEFALINGER FOR PROBLEMSTILLING 1	44
11.2	ANBEFALINGER FOR PROBLEMSTILLING 2	44
11.3	ANBEFALINGER FOR PROBLEMSTILLING 3	44
12	RÅDMANNENS HØRINGSUTTAELSE	45
13	REFERANSER/LITTERATUR	46
VEDLEGG A:	UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIER	47
VEDLEGG B:	RELIABILITET OG VALIDITET	61
VEDLEGG C:	FELLESRAPPORT SAMHANDLINGSREFORMEN I GLÅMDALEN	62

2 Sammendrag

Kontrollutvalget i Eidskog vedtok i sak 43/16 å bestille en forvaltningsrevisjon rettet mot kommunens implementering av samhandlingsreformen. Formålet med forvaltningsrevisjonen var å undersøke hvordan det er arbeidet med implementering av samhandlingsreformen. Det har vært gjennomført tilsvarende prosjekt i de andre Glåmdalskommunene, og etter ønske fra kontrollutvalgene, skulle det rettes et ekstra fokus mot brukerne og om de har opplevd noen endinger som følge av reformen.

I forvaltningsrevisjonen er følgende problemstillinger besvart:

1. *Fungerer samarbeidet mellom kommunen og det enkelte helseforetak etter hensikten?*
2. *Hva blir gjort i kommunen for å sikre at pasient/bruker får koordinerte og helhetlige helsetjenester?*
3. *Hvordan opplever helsetjenestens brukere effektene av samhandlingsreformen?*

Kommunen er kontrollert i henhold til revisjonskriterier utledet fra Kommuneloven, Helse- og omsorgsloven, lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak inkludert veileder fra Helse- og omsorgsdepartementet, samt Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) om samhandlingsreformen. Det er gjennomført datainnsamling ved dokumentgjennomgang og intervjuer av nøkkelpersonell i kommunen og ved Kongsvinger sykehus SI, samt brukerråd/organisasjoner på lokalt og sentralt nivå.

Det er konkludert som følger:

Fungerer samarbeidet mellom kommunen og det enkelte helseforetak etter hensikten?

I det stor og det hele, ser samarbeidet mellom kommunen og helseforetaket SI ut til å fungere godt. Kommunen har de senere årene gjennomført omstrukturering av tjenestetilbudet og kompetansetiltak for å tilpasse seg nye krav og behov. En grunnleggende utfordring som trekkes fram i kommunen er mangel på likeverdighet mellom avtalepartene. Det er sykehuset som definerer når pasienten er utskrivningsklar, uten at kommunen føler de har noe de skal ha sagt, og det er når det oppstår spesielle situasjoner/behov at dette blir vanskelig. Den delen av samarbeidsavtalen som gjelder samarbeid om utdanning og forskning brukes, men kan benyttes mer. Hospitering er pekt på som en måte å utveksle kompetanse og erfaringer. Ellers deltar Eidskog kommune i ulike prosjekter sammen med sykehuset. Blant annet for å sikre bedre pasientforløp. Det er viktig å prioritere dette arbeidet også fremover.

Hva blir gjort for å sikre at pasient/bruker får koordinerte og helhetlige helsetjenester?

Når det kommer til på hvilken måte kommunen sikrer at pasienten eller brukeren får koordinerte og helhetlige tjenester, understreker Stortingsmelding nr. 47. (2008-2009) at alle aktører og enheter innen helse- og omsorgstjenesten må ha en kultur og forståelse for at deres tjenester er en del av et større pasientforløp. Det ser for oss ut til at kommunen har tilpasset virksomheten slik at tjenestens innhold og omfang er i stand til å følge opp de krav som stilles i loven. Herav heldøgns medisinsk nødhjelp, øyeblikkelig hjelp-plasser og mottak av utskrivningsklare pasienter. Videre at kommunen har rutiner som gjør at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov og i dialog med den enkelte bruker/pårørende.

For å tilpasse tilbudet til den enkelte er det en fordel å komme tidlig inn i pasientforløpene. Enkelte kommuner har tett oppfølging allerede mens pasienten ligger på sykehus. Eidskog kommune har en koordinerende enhet som har ansvaret for ordningen med individuell plan og koordinatorene. Revisor mener kommunen bør holde oversikt over hvem som har individuell plan og hvem som har fått tilbud om dette, og at kommunen gir tilstrekkelig informasjon om ordningen. Det er videre viktig at de som skal fungere som koordinator får avsatt tid til å gjennomføre oppgaven. Ellers mener vi at kommunen kan systematisere samarbeidet mellom fastlegene, de kommunale tjenester og SI i større grad enn de gjør i dag. Blant annet for å sikre gode pasientforløp.

Hvordan opplever helsetjenestens brukere effektene av samhandlingsreformen?

Slik vi forstår det er kommunens brukere jevnt over fornøyd med tilbudet de får. Kommunen har likevel lite konkrete data å basere dette på. Vi mener at kommunen bør jobbe videre med brukermedvirkning og kartlegge hvordan brukerne selv oppfatter at de blir inkludert i eget opplegg. Kommunen bør fortsette arbeidet med å sikre god kommunikasjon mellom de ulike aktører i helsevesenet og gode pasientforløp, og finne måter å kartlegge brukernes oppfatninger av dette på. Brukerundersøkelser, og det å engasjere brukernes egne organisasjoner/utvalg, vil være sentralt.

Anbefalinger

Med bakgrunn i ovenstående har vi følgende anbefalinger:

1. Kommunen bør adressere mangel på likeverdighet i samarbeidsmøter med sykehuset og eventuelt i revideringen av samarbeidsavtalen. Revisjonen erkjenner at dette ikke er noe kommunen kan løse alene.
2. Kommunen bør vurdere å benytte seg mer av muligheten for hospitering.
3. Kommunen bør fremme hendelser der det har oppstått usikkerhet/uenighet om ansvars- og oppgavefordeling frem i samarbeidsforaene med sykehuset, slik at kommunene i fellesskap kan opparbeide seg et erfaringsgrunnlag med spesielle situasjoner/behov.
4. Kommunen bør fortsette å prioritere arbeidet med samhandlingsrutiner. Dette for å sikre gode pasientforløp for alle grupper pasienter.
5. Kommunen bør vurdere om det er hensiktsmessig å komme tidligere inn i pasientforløpene enn i dag, med hensyn til tilrettelegging for den enkelte.
6. Kommunen bør fortsette arbeidet med å systematisere bruken av individuell plan og koordinator. Herav skaffe oversikt over brukergruppen, informere om ordningen og klargjøre ressursbruk.
7. Kommunen bør systematisere samarbeidet mellom fastlegene, de kommunale tjenestene og SI i større grad. Blant annet for å sikre gode pasientforløp.
8. Kommunen bør i større grad gjennomføre og ta i bruk systematisk kartlegging av brukernes opplevelse av de tjenestene som ytes.

3 Bakgrunn for prosjektet

3.1 Bestillingen fra kontrollutvalget

I henhold til forskrift om kontrollutvalg av 15. juni 2004, skal kontrollutvalget påse at kommunens virksomhet årlig blir gjenstand for forvaltningsrevisjon i samsvar med bestemmelsene i forskriften.

Det ble bestemt i et felles kontrollutvalgsmøte for alle kontrollutvalgene i Glåmdalen den 9. juni 2016, at det skulle bestilles et prosjekt om samhandlingsreformen. Alle kontrollutvalg skulle bestille et prosjekt med like problemstillinger.

Kontrollutvalget i Eidskog foretok, på bakgrunn av fremlagt prosjektplan, den endelige bestillingen under sak 43/16 i kontrollutvalgets møte den 1. september 2016.

Ordlyden i bestillingen var følgende:

1. *Kontrollutvalget viser til plan for forvaltningsrevisjon for Eidskog kommune for 2015-2016 og bestiller et forvaltningsrevisjonsprosjekt knyttet til samhandlingsreformen i tråd med prosjektplan utformet av Hedmark Revisjon IKS.*
2. *Prosjektet har følgende problemstillinger:*
 1. *Fungerer samarbeidet mellom kommunen og det enkelte helseforetak etter hensikten?*
 2. *Hva blir gjort i kommunen for å sikre at pasient/bruker får koordinerte og helhetlige helsetjenester?*
 3. *Hvordan opplever helsetjenestens brukere effektene av samhandlingsreformen?*

3.2 Om samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen utgjør en av de største norske helsereformer i nyere tid, og trådte i kraft fra den 1. januar 2012. Reformen skal nå være fullt ut implementert i kommunene. Reformen ble innført som et svar på utfordringer innenfor norsk helse- og omsorgssektor, og av stortingsmelding nr. 47 (2008–2009), som er hovedgrunnlagsdokumentet for reformen. Det går frem her at samhandlingsreformen skal søke å løse tre angitte hovedutfordringer:

- Pasientenes behov for mer koordinerte tjenester, både innad i og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunalt helse- og omsorgstilbud.
- At tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom.
- At samfunnets økonomiske bæreevne utfordres av den demografiske utviklingen og endringer i sykdomsbildet. Flere helseoppgaver skal løses av kommunene og sykehusene skal avlastes.

For kommunene innebar dette endringer av finansiell grad som delbetaling for kostnadene ved sykehusopphold og ansvar for å ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehusene. Av organisatorisk karakter skulle det blant annet etableres plasser for døgnopphold for øyeblikkelig hjelp i kommunal regi og lokalmedisinske sentre. Dette har ført med seg økt krav til kompetanse for de kommunalt ansatte.

3.3 Kort om helse- og omsorgstjenesten i Eidskog kommune

Eidskog kommune har 6 138 innbyggere (per 1. kvartal 2017) og folketallet er gradvis synkende¹. Kommunen har de senere årene hatt en omorganisering av pleie- og omsorgssektoren fra en institusjonsbasert tjeneste og til en mer hjemmebasert tjeneste. Det finnes i dag 61 sykehjemsplasser, hvorav 45 er langtidsplasser og de resterende 16 er korttidsplasser. Korttidsavdelingen er styrket med ekstra sykepleierressurser og fysioterapeut og det er fokus på rehabilitering.

I økonomiplan 2017-2020 fremkommer det at Eidskog kommune sine helseutfordringer er store, og at dette synliggjøres i blant annet:

- Eidskog sin folkehelseprofil (2016).
- Levekårsindeksen; en høy andel uføre, lav utdanning, mye bruk av økonomisk sosialhjelp, høy arbeidsledighet.
- SSBs middelprognose, som viser 31 prosent vekst i antall pensjonister 67-79 år fram mot 2020.
- Kommunebarometeret hvor Eidskog ble rangert som en av de dårligste kommunene i landet.

Kommunen kommer også dårligere ut enn landsgjennomsnittet på flere av parameterne for helse og sykdom på folkehelseprofilen for 2017. Lavere forventet levealder enn landsgjennomsnittet både for kvinner og menn. Større andel av psykiske lidelser, muskel- og skjelettplager og type 2 diabetes enn landsgjennomsnittet. Dette sett opp mot score på parametere for levevaner, er årsaker til at kommunen har satt fokus på folkehelse.

På kommunebarometeret for 2016 ble kommunens helsetjenester rangert som nummer 426, mens tjenestene inne pleie og omsorg ble rangert til en 184. plass. I det foreløpige barometeret (basert på foreløpige KOSTRA-tall) for 2017 har helsetjenestene bedret seg til en 195. plass, mens kommunen er rangert som nummer 117 for pleie- og omsorgstjenestene.

3.3.1 Alderssammensetningen i kommunen

Eidskog har generelt en eldre befolkning enn landsgjennomsnittet. Andelen eldre over 67 år utgjorde 21 prosent av befolkningen pr. 1.1.2017. Tilsvarende prosent for Hedmark og landet totalt var henholdsvis 18,8 prosent og 14,6 prosent².

Alderssammensetningen for befolkningen i Eidskog og antatt utvikling er som følger³:

¹ SSB (2017) Folkemengde og befolkningsendringer, Tabell: 01222: Folkemengd og kvartalsvise endringer (K)

² Eidskog kommune – Folkehelseoversikt 2017-2019

³ Tabell hentet fra økonomiplan 2017-2020

	2016	2017	2018	2019	2020
0-5 år	270	265	256	267	274
6-15 år	638	613	605	575	599
16-66 år	3 987	3 940	3 933	3 923	3 897
67-79 år	849	888	907	929	957
80-89 år	324	301	298	295	302
90 år og eldre	74	91	92	96	91
Totalt	6 142	6 098	6 091	6 085	6 120

Kilde: SSB

3.3.2 Behov for tjenester i kommunen

Fra kommunens Folkehelseoversikt 2017-2019 kan vi lese at det for kommunens tjenestetilbud særlig er økningen av eldre, samt en nedgang i yrkesaktiv alder som skaper langsiktige utfordringer. Gitt at prognosene treffer, vil en fra å ha 3 yrkesaktive pr. pensjonist, gå til å ha bare 2 yrkesaktive pr. pensjonist allerede i 2030. Selv om det ikke er direkte sammenheng mellom alder og tjenestebehov, gjør dette at det for Eidskog kommune vil være viktig å ha fokus på forebygging, boliger folk kan bo lengre i, velferdsteknologi og rekruttering til helse- og omsorgssektoren. Folkehelseoversikten konkluderer således med at det vil være viktig at hver tar ansvar for egen helse, og at samfunnet kan legge best mulig til rette for god helse og mestring.

Når det gjelder antall sykehjemsbeboere, har dette ligget rimelig stabilt de senere årene. Største endringen hadde man fra 2011 til 2012. Nedgangen i sykehjemsplasser er blant annet erstattet med omsorgsboliger. Tabellen under viser utviklingen⁴:

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Antall sykehjemsbeboere	79	59	59	57	57	62

Tabell 1

4 Formål og problemstillinger

Prosjektets formål er å undersøke hvordan det er arbeidet med implementering av samhandlingsformen. Etter ønske fra kontrollutvalgene, vil det rettes et ekstra fokus mot brukerne og om de har opplevd noen endringer som følge av reformen.

Prosjektet har følgende problemstillinger:

1. *Fungerer samarbeidet mellom kommunen og det enkelte helseforetak etter hensikten?*

⁴ SSB (2017) Kommunehelsetjenesta, Tabell: 04685: E. Kommunehelse - grunnlagsdata (K)

2. *Hva blir gjort i kommunen for å sikre at pasient/bruker får koordinerte og helhetlige helsetjenester?*
3. *Hvordan opplever helsetjenestens brukere effektene av samhandlingsreformen?*

5 Aktualitet og avgrensning

Samhandlingsreformen trådte i kraft den 1.1.2012 og man forventer derfor at det er blitt tatt grep i kommunene for å møte de krav som reformen stiller. Det er videre foretatt en opptrapping av reformen fra 1.1.2017, ved at pasienter med psykisk helse- og rusmiddelproblemer skal få døgntilbud for øyeblikkelig hjelp i kommunen. Dette temaet ligger utenfor problemstillingene i dette prosjektet.

Det er levert mange evalueringsrapporter som tar for seg ulike deler av reformen. Blant annet kom Forskningsrådet med en større evaluering der sluttrapporten kom i juni 2016⁵. På tema helhetlig pasientforløp ble det blant annet gjort funn som tydet på at avtalene mellom sykehus og kommunene i liten grad har benyttet seg av det lokale tilpasningsrommet, og avtalene har ikke bidratt til vesentlige endringer i samarbeidet. Det er heller ikke gjort funn som tilsier at det er blitt et mer helhetlig pasientforløp, heller det motsatte, med mer oppstykkede opphold på forskjellige institusjoner. Noe økt fokus på pasientmedvirkning er det heller ikke funnet. Det er da interessant å undersøke om vi kommer frem til andre funn i Eidskog.

For problemstilling nummer en, vil vi i hovedsak se på den lovpålagte samarbeidsavtalen, da denne legger mye av det formelle grunnlaget for samarbeidet.

For problemstilling nummer to vil det gjøres avgrensninger i henhold til prosjektets overordnede tema, helhetlig pasientforløp, så vi vil se bort fra eventuelle funn knyttet til forebygging.

6 Metode for revisjonen

Valg av metode vil variere etter formålet med forvaltningsrevisjonen og hvilke problemstillinger man ønsker svar på. I denne forvaltningsrevisjonen er dokumentstudier og intervjuer ansett som mest relevant, med noe statistisk analyse.

Dokumentanalyse ble vurdert som en godt egnet metode for å kunne besvare problemstillingene i prosjektet. Metoden er i stor grad brukt i forbindelse med å kartlegge rutiner, planlegging og rapportering og som bakgrunn for å klargjøre hvilke rammer Eidskog kommune opererer innenfor. Dokumentanalyse er brukt for å svare på alle tre problemstillingene, men er i særdeleshet brukt for å besvare problemstilling 1, ved å se på den eksisterende samarbeidsavtalen. Dokumentstudier er ikke-påtrengende metoder. Det vil si at det ikke involverer informanter eller respondenter. Metoden brukes til å studere eksisterende materiale, og er mye brukt for anskaffelse av bakgrunnsinformasjon⁶. Forvaltningsrevisjonen har tatt en forholdsvis omfattende gjennomgang og vurdering av ulik litteratur og dokumenter, hvilke fremkommer av referanselisten.

⁵ Norges forskningsråd (2016) Evaluering av samhandlingsreformen - Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM)

⁶ Tjora, Aksel (2010:162f) Kvalitative forskningsmetoder i praksis.

Det er gjennomført oppstartmøte med ledelsen i pleie- og omsorgssektoren i kommunen. I tillegg er det gjennomført til sammen ti intervjuer i kommunen med kommunens kvalitetsrådgiver for pleie- og omsorg, leder av hjemmetjenesten, leder av Eidskog helsetun, konsulent ved tildelingskontoret, demenskoordinator, kreftkoordinator og ansvarlig for koordinerende enhet / rehabilitering. Vi har videre gjennomført intervjuer med representanter for Eldrerådet, Råd for funksjonshemmede og støtteforeningen for Eidskog helsetun. Valg av respondenter til intervju er foretatt etter dialog i oppstartmøte med rådmann/kommunalsjef for pleie- og omsorg. Hensikten med intervjuene har vært å avklare hvordan de ansatte i kommunehelsetjenesten har jobbet med samhandlingsreformen og hvordan de oppfatter kommunikasjonen internt i kommunen og med sykehuset. I tillegg til brukerne, er dette de som tettest har blitt påvirket av reformen. Eldrerådet, Råd for funksjonshemmede og støtteforeningen for Eidskog helsetun ble intervjuet for å gi sin oppfatning av reformen, da i hovedsak hvordan brukerne har blitt involvert i reformen, på person- og systemnivå.

Siden problemstillingen omhandler kommunikasjon opp mot det lokale helseforetaket, fant revisjonen det naturlig å avholde et intervju med en representant fra det lokale sykehuset. Eidskog kommune sogner i hovedsak til Kongsvinger sykehus, så det var naturlig å ta et intervju med noen derfra, og vi intervjuet da spesialrådgiver for samhandling. Informasjonen fra intervjuet vi hadde med sykehuset, er i hovedsak tatt inn under problemstilling 1.

I alle intervjuene er det valgt å benytte en halvstrukturert intervjuguide der man holder seg til tema, men at innfallsvinkel for den som blir intervjuet er åpen. Det er skrevet referat fra oppstartsmøte og fra hvert av de avholdte intervjuene. Referatene er verifisert av de enkelte informantene. Prosjektet har blitt gjennomført i samsvar med Norges kommunerevisorforbunds standard for forvaltningsrevisjon (RSK001).

I tillegg har vi, i den grad det har vært nødvendig, avklart forhold i kommunikasjon per e-post med kommunens kvalitetsrådgiver som også var oppnevnt som kontaktperson for revisjonen i forbindelse med gjennomføring av prosjektet.

Revisjonen kontaktet også Brukerombudet i Hedmark og Oppland og Brukerutvalget ved Sykehuset Innlandet på e-post med noen spørsmål om deres oppfatning av reformen. Brukerombudet ga oss svar på spørsmålene per e-post. Brukerutvalget var usikre på om de kunne bidra med noe, og valgte å ikke besvare spørsmålene våre, selv etter gjentatte oppfordringer.

De benyttede metodene dokumentanalyse og intervjuer befinner seg begge under den grenen av samfunnsvitenskapelige metoder som heter kvalitative metoder. I de kvalitative metoder er det, kort forklart, et fokus på å opparbeide seg mye data om et lite utvalg, mens det i kvantitative metoder, statistikk, et fokus på lite data, men et stort utvalg. Det er problemstillingene som avgjør hvilken metode man bør velge. I denne forvaltningsrevisjonen var det et ønske å finne informasjon på en begrenset del av Eidskog kommune sin virksomhet og det var da naturlig for revisor å i hovedsak benytte seg av kvalitative metoder.

I tillegg til de kvalitative metodene, har revisjonen gjort noen statistiske analyser av andel av personell med fagutdanning, reinnleggelser og overliggerdøgn. Bruk av statistikk fra tilgjengelige kilder kan gi et inntrykk av hvordan situasjonen er i dag, og om den har forandret seg over tid. For å belyse problemstillingen har revisor valgt å bruke statistikk fra Helsedirektoratets tjeneste SAMDATA

og kvalitetsindikatorer fra helsenorge.no⁷. SAMDATA kommune⁸ er en ny tjeneste fra helsedirektoratet som har som mål å beskrive utvikling og variasjon innen kommunale helse- og omsorgstjenester. Til dette prosjektet har vi hentet statistikk derfra på to felt, reinnleggelser og overliggere. Statistikk om fagutdanning har vi hentet fra helsenorge.no. Dette er en offentlig helseportal som er driftet av Direktoratet for e-helse, som publiserer en rekke kvalitetsindikatorer knyttet blant annet til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Kvalitetsindikatorene er basert på tallmateriale fra tilgjengelige registre som IPLOS og KOSTRA. Det gjøres oppmerksom på at tallmateriale basert på kvalitetsindikatorene må tolkes med varsomhet. For revisors vurdering av validitet og reliabilitet i undersøkelsen, henviser vi til vedlegg B.

⁷ <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-pleie-og-omsorg/fagutdanning-i-pleie-og-omsorgstjenesten>

⁸ <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata-kommune>

7 Problemstilling 1 - Samhandling kommune og helseforetak

Problemstilling 1:

Fungerer samarbeidet mellom kommunen og det enkelte helseforetak etter hensikten?

7.1 Bakgrunnsinformasjon

Samhandlingsreformen har som målsetting å løse flere utfordringer som det norske helsesystemet står overfor. Blant annet er det identifisert at det er et gap i samhandlingen mellom de kommunale helsetjenestene og spesialisthelsetjenestene. Dette gapet skulle tettes blant annet gjennom å lovfeste samarbeidsavtaler mellom kommunene og helseforetakene. Helse- og omsorgsloven stiller krav om at det i forbindelse med arbeidet med samarbeidsavtalene skal utarbeides retningslinjer for samarbeidet om innleggelse, utskriving, habilitering og rehabilitering. Det skal også etableres ordning med pasientkoordinator og tydelige klageordninger.

7.1.1 Relevant forskning

Telemarksforskning leverte i 2010 en rapport om samhandlingen mellom kommunene og helseforetak⁹. Rapporten tok for seg andre relevante forskningsrapporter som omhandlet samhandlingspraksis mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. Funnene tydet på at det var til dels store forskjeller i hvordan samarbeidet fungerte. En rapport fra 2008 viste at forholdet var preget av manglende likeverdighet og at kommunene opplevde forholdet som grunnleggende asymmetrisk, der sykehusene er i den førende posisjonen. Videre fant Riksrevisjonen ut, i en undersøkelse fra 2009, at flertallet av kommunene som var med i undersøkelsen oppga at sykehusene kunne være sene med å gi informasjon om utskriving av pasienter med behov for pleie- og omsorgstjenester. Dette førte til at kommunene ikke i tilstrekkelig grad hadde muligheten til å tilrettelegge for gode tjenestetilbud. De samme funnene ble også gjort i en annen undersøkelse som Telemarksforskning tok for seg. Denne kom frem til at kommunale ansatte gjennomgående må være pågående for å skaffe informasjon som de har behov for fra sykehusene om pasienter som er innlagt. Undersøkelsen viser videre at det er en uenighet mellom kommunenes behov for informasjon om pasientens tilstand før situasjonen er avklart, og sykehusenes ønske om først å komme med informasjon når alt er avklart.

KS bestilte en evalueringsrapport fra Deloitte om hvordan samarbeidsavtalene etterleves¹⁰. Rapporten tok for seg et utvalg med kommuner med det mål å se på hvordan intensjonene og forpliktelsene i inngåtte samarbeidsavtaler etterleves. Resultatet av undersøkelsen viser at samarbeidsavtalene er sett på som et egnet og nyttig verktøy for samhandling. De har bidratt til en tydeliggjøring av ansvar- og oppgavefordeling, samt medført et bedre samarbeid mellom partene. Hovedutfordringen knyttet til avtalene er omfanget, både av avtaler og av detaljeringsgrad.

⁹ Telemarksforskning (2010) Samhandling mellom kommuner og helseforetak, Erfaring fra Midt-Telemark. Rapport nr. 266

¹⁰ Deloitte (2014) KS FoU-prosjekt nr.:134017: «Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak – etterleves de?» En undersøkelse av erfaringene i et utvalg kommuner og helseforetak

I rapporten Pasienterfaringer ved norske sykehus i 2015 for Sykehuset Innlandet¹¹, fant Folkehelseinstituttet at 66 prosent svarte at de opplevde at sykehuset i stor eller i svært stor grad hadde samarbeidet bra med fastlegen om det de var innlagt for. 64 prosent svarte at de opplevde at sykehuset har samarbeidet bra med hjemmetjenesten / andre kommunale tjenester om det vedkommende var innlagt for. På de samme to spørsmålene svarer 17 prosent at de ikke i det hele tatt eller i liten grad opplevde dette. Endringen er ikke signifikant forskjellig fra året før. Det ser ut til at samhandlingsindikatoren er noe høyere i årene fra 2013, altså etter at samhandlingsreformen ble innført, og nokså stabil etter dette.

7.2 Revisjonskriterier for problemstilling 1

Revisjonskriterier for alle problemstillingene i prosjektet er beskrevet i sin helhet i vedlegg A til rapporten. Følgende kriterier (i kortform) gjelder for problemstilling 1:

- **Kommunen skal ha en samarbeidsavtale med det regionale helseforetak som minimum skal inneholde følgende punkter:**
 - Enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre.
 - Retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskriving, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester.
 - Retningslinjer for innleggelse i sykehus.
 - Beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikk hjelp etter § 3-5 andre ledd i helse- og omsorgstjenesteloven.
 - Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskriving fra institusjon.
 - Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering.
 - Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid.
 - Samarbeid om jordmortjenester.
 - Samarbeid om IKT-løsninger lokalt.
 - Samarbeid om forebygging.
 - Samarbeid om omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden.
- **Avtalen bør ha bidratt til følgende:**

¹¹ Folkehelseinstituttet (2016) Pasienterfaringer ved norske sykehus i 2015, PasOpp-rapport 2016: 169 – Sykehuset Innlandet HF

- Klargjøre ansvars- og oppgavefordelingen på administrativt og tjenesteytende nivå ved utforming og iverksetting av samhandlingstiltak.
- Sikre behandling på lavest effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet).
- Utvikle tiltak som sikrer god koordinering og gode pasient- og brukerforløp, og som følger faglige retningslinjer og veiledere.
- Utvikle tiltak som sikrer god kvalitet og pasientsikkerhet.
- Sikre likeverdighet mellom avtalepartene og utvikling av en god samhandlingskultur.
- Videreutvikle bruker- og pasientmedvirkning slik at deres erfaringer med hvordan samhandlingen fungerer, tas i bruk på en systematisk måte.
- **Erfaring fra pasienter og brukere skal ha blitt hørt i forbindelse med utarbeidelsen av avtalene.**
- **Kommunens koordinerende enhet bør ha utviklet rutiner for samarbeid og kommunikasjon med sykehuset.**

7.3 Innhentet data

7.3.1 Samarbeidsavtalen

Lovkravene om samarbeidsavtaler er hjemlet i kommunelovens kapittel 6. Det står der at det er «kommunestyret selv» som skal inngå samarbeidsavtalene med det regionale helseforetaket. Helse Sør-Øst RHF har bestemt at det er Sykehuset Innlandet (SI) som skal være avtalepart for kommunen.

Gjennom fylkesstyrene i KS i Hedmark og Oppland ble det, etter initiativ fra kommunene, vedtatt å opprette en felles forhandlingsgruppe. Gruppen skulle utarbeide forslag til felles avtaletekst mellom hver kommune og SI¹². Brukerutvalget til SI skulle ivareta brukerrepresentasjonen under forhandlingene og møte i forhandlingsmøtene.

Resultatet av forhandlingene ble en avtale som i stor grad bygget på allerede eksisterende avtaler og veilederen for utarbeidelse av samarbeidsavtaler. Avtalen hadde følgende struktur:

- Overordnet samarbeidsavtale – formål, samhandlingsorgan, avvik og tvisteløsninger.
- Tjenesteavtaler – en for hvert av de 11 lovkravene til innhold i samarbeidsavtalen.
- Samhandlingsrutiner – disse er i all hovedsak en videreføring av dagens rutiner mellom partene, men tilpasset nye lover og forskrifter

I avtalen var det lagt inn en planlagt revidering innen utgangen av 2012, så virkningstiden ble satt til 31.01.2013. Revideringsgruppa hadde samme sammensetting som de som utarbeidet den originale avtalen. Gruppa mottok innspill fra overordnet samarbeidsutvalg som hadde gjennomført evalueringer i form av:

¹² Gruppen hadde følgende medlemmer: Rådmann Tor Arne Gangsø, Vågå kommune (leder), prosjektleder Harald Sveum, Lillehammer kommune, kommunalsjef Lars Erik Hermansen, Ringsaker kommune og prosjektleder Roy Heine Olsen, Elverum kommune. I tillegg hadde Mary-Ann Bakos, Tynset, medlem fra administrativt samarbeidsutvalg deltatt. KS Hedmark og Oppland var sekretariat og det ble hentet inn juridisk bistand under arbeidet.

- Innspillgrupper bestående av fagpersoner fra hver av partene.
- Brukerrepresentanter, knyttet til hver enkelt tjenesteavtale.
- Å invitere alle kommuner og alle divisjoner i SI til å gi tilbakemelding på erfaringene så langt.

Etter gjennomført evalueringsprosess kom forhandlingsgruppa sammen igjen. Det ble høsten 2012 gjennomført to forhandlingsmøter.

Den nye avtalen som ble utarbeidet var relativt lik den originale, med enkelte endringer. Avtalen ble satt til å vare frem til 1.3.2015.

Den nåværende avtalen trådte i kraft 1.3.2015 og er satt til å vare frem til 1.3.2019. Den opprinnelige forhandlingsgruppen var byttet ut¹³ og det ble i forkant av evalueringsarbeidet gjennomført en prosess der alle kommuner ble invitert til å delta. KS ledet evalueringsprosessen som ble gjennomført på følgende måte:

1. Informasjon om evalueringsprosessen ble sendt ut i juni 2014.
2. Questback ble sendt ut i slutten av august.
3. Workshop der representanter fra fagmiljøene både fra kommunesektoren og SI deltok, ble arrangert 22. oktober 2014.
4. Behandling i RU¹⁴ Oppland 20.11.14, RU Hedmark 21.11.14 og i KS-styret 28.11.14.

Resultatene fra evalueringsprosessen viste at questbacken ga lav svarprosent, kun 16 prosent av kommunene svarte, men SI hadde 66 prosent. Workshopen ble ansett som vellykket der gruppene hadde gode dialoger som ledet frem til konstruktive innspill til det videre revideringsarbeidet. Resultatene fra questbacken og innspillene fra workshopen ble brukt i to forhandlingsmøter mellom partene.¹⁵

Vesentlige forskjeller mellom den tidligere avtalen og nåværende avtale er følgende:

- Avtalen består nå av ett dokument der tjenesteavtaler og samhandlingsrutiner er inkludert. Det medfører behov for én underskrift fra kommunen og én fra SI per avtale.
- Samfunnspanelet er tatt ut av samhandlingsstrukturen. Dette forumet ble i utgangspunktet opprettet i forbindelse med SI sitt omstruktureringsarbeid, og tidligere direktør ønsket et forum med ordførere fra vertskommunene. Dette er nå ivarettatt av andre møteplasser.
- Kvalitetsutvalget er lagt inn som en del av de geografiske utvalg sine oppgaver.
- Forslag til nye rutiner og endring av eksisterende rutiner foreslås behandlet i OSU¹⁶, før rådmann/administrerende direktør godkjenner.
- Tidligere tjenesteavtale nr. 3 og tjenesteavtale nr. 5, er i denne utgaven slått sammen til en felles tjenesteavtale som heter «Ansvar og oppgaver for innleggelse i og utskrivelse fra SI».
- Tjenesteavtale nr. 2 har endret tittel til «Koordinerte tjenester»

¹³ Gruppen besto nå av rådmann Omar Dajani, Nord-Aurdal kommune (leder), avdelingsleder Harald Landheim, Lillehammer kommune, Roy Heine Olsen, Elverum kommune, Åse Ingeborg Borgos, kommunelege, fastlege og praksiskonsulent Tynset kommune og Liv Kaartorp, KS Hedmark og Oppland som sekretær, rådgiver og koordinator for arbeidet.

¹⁴ RU = Rådmannsutvalgene

¹⁵ Fra SI stilte Morten Lang-Ree, Grethe Fossum, Marthe Flugstad, Per Rasmusen brukerutvalget, Liv Haugli hovedtillitsvalgt og Hans Kristian Hellum jurist. Fra kommunesektoren møtte forhandlingsutvalget.

¹⁶ OSU= Overordnet samarbeidsutvalg

- Tjenesteavtale nr. 6 og nr. 7 er slått sammen til en felles tjenesteavtale «Samarbeid om utdanning og forskning». Når det kommer til kompetanseutveksling er det åpnet for at partene kan delta på hverandres opplæringsarenaer som internundervising og kurs.
- Tjenesteavtalene kommer med nye nummer. Antallet er redusert fra 12 til 10.

7.3.2 Nåværende avtale

Den nåværende avtalen består av ti tjenesteavtaler og ni skriftlige rutiner i tillegg til en innledning.

Innledningen presenterer hovedtrekk ved avtalen som hvem som er avtaleparter, hva som er formålet, kort om samarbeidsutvalg og avtalens varighet. Videre følger så de ti tjenesteavtalene som er følgende:

1. Ansvar og oppgaver.
2. Koordinerte tjenester.
3. Ansvar og oppgaver for innleggelse i og utskrivning fra SI.
4. Beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp.
5. Samarbeid om utdanning og forskning.
6. Samarbeid om svangerskaps, fødsel- og barselomsorg.
7. Samarbeid om IKT-løsninger lokalt.
8. Samarbeid om forebygging.
9. Omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjede.
10. Samarbeid om turnuslegetilsetting.

De ni rutinene som er tilknyttet avtalen utdyper til dels hvordan ansvaret og oppgavene som er fastsatt i tjenesteavtalene skal fordeles og hvem som har ansvaret for hva. De ni rutinene er følgende:

1. Rutine for bruk av Individuell plan, (IP).
2. Rutine for innleggelse i Sykehuset Innlandet (SI).
3. Rutine for varslings om innleggelse og utskrivningsklar pasient med bruk av elektronisk meldingsutveksling.
4. Rutine for følge av kjent personale fra kommunen.
5. Rutine for gjensidig hospitering.
6. Rutine om IKT-løsninger lokalt. Meldingsutveksling.
7. Rutine for omforente beredskapsplaner og den akuttmedisinske kjede.
8. Rutine for spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt.
9. Rutine for turnuslegetilsetting.

Vi har fått opplyst at avtalene med Sykehus innlandet er behandlet i kommunestyret. Før det ble i alle fall de første avtalene som ble inngått med sykehuset drøftet i Eldrerådet og Råd for funksjonshemmede. Når det gjelder de reviderte utgavene av avtalene har disse vært informert om i rådene. Disse to rådene har mulighet til å uttale seg om de saker som de behandler, og uttalelsen vil ligge ved saken i forbindelse med behandling i politiske utvalg/kommunestyre. Det har ikke vært tilsvarende prosess på de reviderte avtalene

7.3.3 Kommunikasjon mellom kommunen og sykehuset

Melding om innskriving/utskrivning fra sykehus til kommunal tjeneste foregår via PLO-meldinger¹⁷, herav pasientinformasjon. Det er tildelingskontoret som administrerer ordningen på dagtid, mens hjemmebaserte tjenester har oppfølging av meldingssystemet på kveld og i helger. Fastlegene er også tilknyttet PLO, noe som letter kommunikasjonen med disse for kommunen. Utskrivning av pasienter fra sykehus kan skje fort. Tildelingskontoret sørger for at tjenestetilbudet kommer på plass, og kontoret har god oversikt og en plan for hva som må på plass. Tildelingskontoret har daglig kontakt med sykehuset. Ved utskrivning mot helg kan det være at en må benytte en korttidsplass over helgen. Kommunen mottar melding om innleggelse ved sykehus, og melding om utskrivning. I mange tilfeller kan kommunen ha en formening om hva slags tjenester den enkelte pasient vil ha behov for allerede ved første melding, slik at hjemkomsten kan begynne å planlegges allerede da. Eidskog kommune deltar videre noe som kalles SAMAKS-prosjektet som går ut på å legge til rette for dialog over helsenettet. Dette innebærer blant annet videooverføring, slik at man slipper å reise lange strekninger. Denne typen kommunikasjon var våren 2017 tatt i bruk opp mot SI avdeling Ottestad.

Ansvars- og oppgavefordelingen

Ansvars- og oppgavefordelingen mellom kommune og sykehus oppfattes av respondentene som klar, og at samarbeidsavtalen bidrar til avklaringer. Problemer kan imidlertid oppstå når det inntreffer spesielle situasjoner/behov.

Med hensyn til forfordeling av kommunale tjenester fra sykehusets side, har vi fått tilbakemelding på at dette fortsatt kan skje. Dette har blitt tatt opp med sykehuset og det er blitt mye mindre av dette. Det er likevel slik at sykehuset stadig får nye ansatte og som kanskje ikke kjenner så godt til hvordan oppgavefordelingen er mellom sykehuset og kommunen.

Behandling på laveste effektive omsorgsnivå

Kommunen har egen tildelingsenhet som er viktig med hensyn til koordinering av kommunens tjenestetilbud. Det er denne enheten som følger opp at pasienter som er utskrivningsklare fra sykehus har et tilbud i kommunen når de ankommer. Vi har fått opplyst at kommunen bare har ett tilfelle der det er betalt for liggedøgn de senere årene, og at de ansvarlige i kommunen legger vekt på å være raske til å få tilrettelagt for den enkelte.

Ved utskrivning fra sykehus gjennomføres det en innskrivningsamtale med pasient/pårørende. Ved innleggelse på korttidsplass gjennomføres det et samarbeidsmøte med de ulike instanser som vil være involvert i tilbudet den enkelte får. Slike møter gjennomføres en gang i uken. Fokus ved mottak i kommunen er trygghet for den enkelte.

Ellers er tildelingskontoret mye ute på hjemmebesøk og på avdelingene, og de har samarbeid med fastlegene. Dette er en suksessfaktor med hensyn til å tilrettelegge for et godt tilbud for den enkelte pasient. Eidskog kommune var videre tidlig ute med å opprette en korttidsavdeling, og denne er viktig når det gjelder mottak av pasienter fra sykehus. Opphold ved korttidsavdelingen tildeles i utgangspunktet for 14 dager. Belegget på avdelingen varierer nå noe. Det kan være overbelegg, men også ledige plasser til tider.

¹⁷ Pleie- og omsorgsmeldinger

Tildelingskontoret har 7,8 årsverk til disposisjon (9 ansatte, inkl. sekretær/merkantil) og er organisert direkte under kommunalsjef pleie- og omsorg. Det er altså et ganske stort kontor, men man har også mange ulike funksjoner samlet i kontoret. Dette inkluderer rus, flyktninger, boliger, barn, demenskoordinator, hjemmealarm og omsorgslønn. Den enkelte ansatte har sine spesialiserte oppgaver, men vi har fått opplyst at det er tett dialog og samarbeid mellom de ansatte for å sy sammen tjenestetilbudet til den enkelte pasient/bruker.

Samarbeid om gode pasient- og brukerforløp

Læringsnettverket «Gode pasientforløp» er et samarbeidsprosjekt mellom helsedirektoratet og KS og gjennomføres sammen med sykehusene. Pasientforløpene gjelder både i sykehus og innad i kommunen. Det er foreløpig gjort kartlegginger av et begrenset antall brukere i den enkelte kommune, men ettersom dette er gjort i flere kommuner begynner utvalget å bli ganske stort. Tilbakemeldingene er rimelig entydige, blant annet med hensyn til hvordan tilbakemeldinger/informasjoner fra sykehusene til pasientene/pårørende oppfattes. Dette er et stort læringsnettverk som etter hvert skal implementeres over hele landet, og som vil være et viktig bidrag for å sikre helhetlige og gode pasientforløp. Det er også gjennomført et eget prosjekt i regi av lokalt GSU (geografisk samarbeidsutvalg) i Kongsvinger vedrørende samhandlingsforløp for pasienter med hoftebensbrudd.

Vi har fått opplyst at pasientene skrives ut tidligere enn før, og enkelte også kanskje for tidlig. Vi har fått opplyst at det at sykehuset vet at Eidskog har korttidsplasser, og at pasientene får en plass på korttidsavdelingen, gjør at terskelen for utskrivning er lavere. Respondentene mener gjennomgående at det uansett er bedre for pasientene å komme på korttidsavdelingen enn å bli liggende på sykehus, og de fleste pasienter synes det er godt å bli utskrevet. På korttidsavdelingen er det roligere, og de blir tatt vare på. Ved korttidsavdelingen er det videre økt sykepleierdekning, og avdelingen er tilknyttet tilsynslege i en 60 prosent stilling.

Når det gjelder reinnleggelser har vi fått noe motstridende opplysninger, og det synes å variere noe innen de ulike tjenestene i kommunen. I institusjonstjenesten er det opplyst at det var en del reinnleggelser tidligere, men at dette nå har bedret seg. Blant annet fordi en har en korttidsavdeling med høy faglig kvalitet som da kan ta seg av tyngre tilfeller enn tidligere. Fra hjemmetjenesten har vi fått opplyst at de har en del reinnleggelser og at Eidskog er på topp når det gjelder reinnleggelser i Kongsvingerregionen. Vi har videre fått opplyst at pasienter fra Eidskog generelt har kortere liggetid på sykehus enn pasienter fra andre kommuner.

En av respondentene har tilkjennegitt at det ofte kan tas for raske beslutninger på sykehuset om at en pasient har demens. Pasienter kan være redusert og forvirret når de er på sykehuset uten at de nødvendigvis har en demensdiagnose. Dette skal sykehuset ha fått tilbakemelding på. Pasientene følges uansett opp når de kommer til kommunen og tilbudet tilpasses tilstanden de er i.

Besøk av pasienter på sykehuset gjøres, men bare opp mot spesielle tilfeller. Dette har med ressurser å gjøre. Når det gjennomføres slike besøk, har vi fått innspill på at det kan være vanskelig å få hjelp/svar fra sykehusets side. Ved SI avdeling Ottestad (rehabilitering) har kommunen og sykehuset samarbeidsmøter om den enkelte pasient. Vi har fått innspill på at dette også kunne vært en idé å også gjøre med de andre sykehusene. Ellers har vi fått oppgitt at kommunens kreftkoordinator for en periode har hatt permisjon i deler av den kommunale stillingen sin for å arbeide ved kreftenheten /

palliativt team ved sykehuset i Kongsvinger. Dette gjør at hun møter pasienter på sykehuset, som hun senere får et oppfølgingsansvar for som kreftkoordinator i kommunen. Dette sikrer et godt pasientforløp. På dette området har en også avtale om møtetidspunkt med sykehuslege ukentlig der vanskelige case kan tas opp.

I og med at kommunen tar imot flere krevende pasienter / andre typer pasienter enn tidligere, har vi fått innspill på at det er viktig å ha et godt samarbeid med sykehuset. Dagens pasienter krever annen kompetanse, annet utstyr og andre maskiner. Kommunen har også anskaffet en del utstyr som man ikke hadde bruk for tidligere. For eksempel EKG, blæreskanner, smertepumper og utstyr til blodtransfusjon.

Samarbeid om kvalitet og pasientsikkerhet

Kommunen var våren 2017 i oppstartsfasen av prosjektet «Trygghetsstandarden». Dette er et prosjekt i regi av Helsedirektoratet som har som hovedmålsetting å fjerne uønsket variasjon mellom sykehjem i ulike kommuner, og innføre et felles kvalitetssystem. Vi har fått opplyst at i trygghetsstandarden vil en ha fokus på kvalitet og brukersikkerhet, og det vil jobbes aktivt i dette prosjektet for å sikre dette. Det er ellers utarbeidet en del sjekklister i forbindelse med mottak av pasienter, og arbeidet med å utarbeide dokumentasjon/rutiner for de arbeidsoppgavene som utføres fortsetter i forbindelse med prosjektet «Trygghetsstandarden».

Kommunen bruker avviksmodulen i kvalitetssystemet Compilo ved innmelding og håndtering av avvik. Respondentene i vår undersøkelse har inntrykk av at de fleste er flinke til å melde avvik når de oppstår. De fleste innmeldte avvik fra pleie og omsorg vil nok dreie seg om medisinbehandling og fall. Sektoren har videre hatt en del avviksmeldinger i tilknytning til ombygginger av lokaler. Noen vil nok synes at systemet er noe tungvint å bruke, og det kan også være at noen som ikke helt har skjønnet hvordan systemet brukes. Det er i denne forbindelse viktig med informasjon og opplæring, noe kommunen skal ha gjennomført for kort tid siden da data til dette prosjektet ble samlet inn våren 2017. Vi har i forbindelse med avvikshåndtering fått innspill på at avdelingslederne kan bli flinkere til å sende ut informasjon til sine ansatte. Det er fagleder/avdelingsledere (sykepleier 1) som følger opp avvikene.

Avviksmelding til sykehuset oppfattes av respondentene som tungvint. Det må hentes ned skjema fra nettsidene til sykehuset, og den sendes pr. post. Kommunen får imidlertid tilbakemelding på meldte avvik i de samarbeidsmøtene man har med sykehuset. Som eksempel på avvik er det meldt inn at pasienter er reinnlagt på sykehus der sykehuset først ikke har oppdaget bruddskader. Andre eksempler er manglende epikriser og medisinlister.

Kommunen har få klagesaker. Vi har fått opplyst at dette kan ha sammenheng med at det er fokus på å legge til rette et hjelpetilbud som gjør at pasienten er trygg. God dialog med pasient/pårørende og tett oppfølging er fremhevet som årsaken til at det ikke er mange klager. Muligheten for å klage opplyses forøvrig i vedtakene fra tildelingskontoret.

Likeverdighet mellom avtalepartene / utvikling av samhandlingskultur

Når det gjelder avtalen med helseforetaket har vi fått opplyst at kommunen ikke har stor innvirkning på denne. Sykehusene er avhengig av å ha like avtaler med kommunene, og det er en oppfatning i kommunen om at ikke alle forhold er godt nok dekket i den avtalen som finnes. Dette gjelder spesielt opp mot de tyngste / mest ressurskrevende pasientene, der det for eksempel kreves stor innsats

med hensyn til opplæring blant kommunens ansatte. Selv om sykehuset har et veilednings-/undervisningsansvar her, så har vi fått opplyst at dette holdes på et minimum. Det er viktig at de ansatte i kommunen føler seg trygge på at de gjør de rette tingene, og det kan være risiko for at så ikke blir tilfelle dersom opplæring rundt disse pasientene blir for flyktig. Siden det er sykehuset/legen som bestemmer at pasienten skrives ut, kan kommunen settes under press.

Kompetanseutvikling er et moment i det å utvikle en samhandlingskultur. Kommunen har noe samarbeid med sykehuset når det gjelder opplæring. Dette kan være opp mot spesielle pasienter og/eller behandling som sykepleierne/pleiepersonellet ikke har vært borti, eksempelvis bruk av respirator og smertepumper. Vi har ellers fått opplyst at enkelte enheter i kommunen deltar på dagskurs innen ulike tema i sykehusets regi. Disse kursene oppfattes som nyttige for kommunen, men omfanget er begrenset. Hospitering mellom kommunen og sykehuset blir ikke brukt i særlig grad. Det ble likevel vist til et eksempel på at en ansatt i kommunen hadde permisjon i deler av stillingen sin i et halvt år for å kunne arbeide ved sykehuset. Det er også nyttig for sykehuset å få inn ansatte med erfaring fra kommunen, og dette kan bidra til at sykehuset også tenker lengre enn bare den behandlingen som skal foregå på sykehuset. Respondentene mente at dette var en ordning som kunne tilføre viktig kompetanse og kunnskap både til kommunen og sykehuset, og som således kunne vært benyttet mer.

Utvikling av bruker- og pasientmedvirkning

Bruker- og pasientmedvirkning kan skje både på individnivå (for den enkelte pasient/bruker) og på systemnivå (brukerutvalg og kartlegginger av den samlede brukermassen). Vi har fått opplyst at det avholdes samarbeidsmøter med pasient, pårørende og de ulike faggrupperinger som pasienten vil kunne ha behov for hjelp fra. Disse møtene er fremhevet som viktige med hensyn til brukarmedvirkning for den enkelte pasient. Kommunen prøver videre, så langt det er mulig, å legge til rette slik at brukerne kan bo lengst mulig hjemme, og i hjelpetilbudet legges det vekt på at brukerne skal klare så mye som mulig selv. Selvstendighet og rehabilitering er sentralt.

Eidskog kommune har ikke hatt eget brukerutvalg, men både Eldreråd og Råd for funksjonshemmede er involvert i forberedelsen av saker som behandles i politiske organer, blant annet innen området pleie- og omsorg. I tillegg finnes det støtteforeninger for beboere ved kommunens helsetun. Vi har også forstått det slik at det finnes andre brukertilknyttede organisasjoner som Demensforeningen, som kan være høringsinstans i ulike pleie- og omsorgssaker. Høsten 2016 ble det gjort vedtak om å opprette eget brukerutvalg for enheten helse. Både Eldrerådet og Råd for funksjonshemmede har samarbeid med andre organisasjoner eller råd i regionen, og med tilsvarende råd på fylkesnivå. Råd for funksjonshemmede har også en brukerrepresentant i brukerutvalget for Sykehuset Innlandet.

Det er gjennomført en brukerundersøkelse blant beboere ved helsetunet og pårørende våren 2017. Dette var en brukerundersøkelse som ble gjennomført i forbindelse med gjennomføring av prosjektet Trygghetsstandarden. Ut over dette er det ikke gjennomført brukerundersøkelser innen pleie- og omsorgssektoren i Eidskog kommune de senere år.

Rutiner for samarbeid og kommunikasjon med sykehuset

Det er utarbeidet en del rutinebeskrivelser for samarbeid og kommunikasjon med sykehuset. Det benyttes videre egne sjekklistor/rutiner for mottak av pasientene. Vi har fått opplyst at kommunen benytter kvalitetssystemet Compilo, og rutinene, skjemaene etc. legges inn her etter hvert. Når det

gjelder pasientforløp, kvalitet og brukersikkerhet er kommunen i ferd med å utarbeide mer dokumentasjon/rutiner for de arbeidsoppgaver som utføres, herav sjekklister. Dette vil også ha betydning for pasientsikkerhet.

7.3.4 Samarbeidsfora

Det er etablert tre samarbeidsutvalg mellom Sykehuset Innlandet (SI) og kommunene. Overordnet samarbeidsutvalg (OSU) befinner seg på det høyeste nivået. Organet er partssammensatt, overordnet og strategisk utviklingsorientert og gjelder mellom SI og kommuner som har inngått samarbeidsavtale. Organet er rådgivende og skal avklare gråsoneutfordringer og følge avtalenes virkemåte samt bidra til å spre god praksis, god kvalitet og eksempler på godt samarbeid. I organet sitter representanter fra kommunene, SI, brukerrepresentanter, arbeidstakerrepresentanter. KS er til stede gjennom sekretariatstjenester.

Geografisk samarbeidsutvalg (GSU) består av representanter for lokalsykehuset og kommunene som geografisk tilhører det sykehuset. Det vil si at kommunene Nord-Odal, Sør-Odal, Grue, Eidskog og Kongsvinger tilhører GSU med Sykehuset Kongsvinger, mens Våler og Åsnes er i GSU med Sykehuset Elverum-Hamar. GSU har ansvar for å ha gode rutiner for samarbeid og informasjonsutveksling mellom SI og de tilhørende kommunene. Utvalget skal benyttes for å sette dagsorden når det kommer til kvalitetskrav i samhandlingen på systemnivå. Målsettingen er å heve kvaliteten og å forbygge systemsvikt. Eventuelle avvik fra samarbeidsavtalene skal behandles her. I GSU møter kommunalsjefer for kommunene, en representant for brukerutvalget, en representant for fastlegene og representanter for sykehuset Kongsvinger og SI. Vi har fått innspill på at samarbeidet i GSU fungerer bra. I møtene tas det vanligvis en runde med alle kommunene om det er spesielle ting de ønsker å ta opp, avvik og status på ulike prosjekter. Det er ikke mange avvik og de som oppstår dreier seg ofte om misforståelser ved utskrivning, medisiner og opplysninger om pasienten. Avvikene kan gå begge veier. Når det gjelder avvik som kommunen har meldt inn opplever respondentene i kommunen at disse blir behandlet på en ryddig måte.

Klinisk samarbeidsutvalg er det laveste nivået. Der møtes de som jobber direkte med pasientene til daglig, inkludert praksiskonsulent, brukerrepresentanter, leder for sykehusets sengeposter og representanter fra tildelingsenhetene. Klinisk samarbeidsutvalg for Kongsvinger sykehus har vanligvis to møter i året. Vi har fått tilbakemelding på at det i dette utvalget diskuteres ulike case og utfordringer som dukker opp. Avvik kan også være tema, men at det generelt er få av disse. Det er flere respondenter som har meldt inn at det å melde avvik til sykehuset er tungvint.

Enkelte fagområder innen helse- og omsorgsektoren i kommunen har også andre samarbeidsforum opp mot fagavdelinger ved sykehuset. Dette gjelder for eksempel kreftomsorg og rehabiliteringstjenester. Disse har også en ganske fast møtestruktur og i møtene kan det tas opp felles utfordringer, erfaringer, faglige utvikling og nyheter fra sykehuset eller de andre kommunene som deltar.

7.3.5 Informasjon fra Sykehuset Innlandet Kongsvinger

Kommunene som hører til det primære nedslagsfeltet til sykehuset Kongsvinger er Eidskog, Nord- og Sør-Odal, Kongsvinger, Nes og Grue. De har noen pasienter fra Åsnes, og noe få fra Våler. Sykehuset har ansvaret for spesialisttjenesten innen revmatologi for Sykehuset Innlandet og får med det noen pasienter fra hele fylket.

Samarbeid med kommunene i regionen

Sykehuset Kongsvinger opplever at de har et tett samarbeid med alle kommunene i nærområdet. Det er både faste møter og ad hoc-kommunikasjon når det er behov for det. Av faste møteforum så er OSU (overordnede samarbeidsutvalg) det øverste nivået og representerer alle kommunene som er tilknyttet Sykehuset Innlandet. Samarbeidsforumet under dette er GSU (geografisk samarbeidsutvalg), som er på kommunalsjefsnivå og hvert sykehus har sitt eget utvalg. Under dette igjen arrangerer sykehuset Kongsvinger klinisk samarbeidsutvalg. I klinisk samarbeidsutvalg møtes førstelinjen i kommunen, med praksiskonsulent, brukerrepresentant, ledere for sykehusets sengeposter og representanter fra tildelingsenhetene.

Det har vært lange tradisjoner for samhandling i Kongsvingerregionen. Både GSU og klinisk samarbeidsutvalg var allerede etablert på 1990-tallet, men under andre navn. Samarbeidet var også da strukturert gjennom avtaler. Etter samhandlingsreformen har nok samarbeidet blitt i enda større grad satt i system og blitt mer detaljert.

Respondenten på sykehuset har vært med siden 2003 og mener at det diskuteres mye av det samme i forumene nå som da, i den forstand at mange problemstillinger ikke er løst på en enkel måte. Det har blitt bedre på flere felt, og selv om det fremdeles er en del utfordringer knyttet til kommunikasjon/dialog og opplysningsflyt, så er det satt mer i system nå. Blant annet har PLO-meldinger bidratt til at det er et felles språk og plattform, der det kan utveksles bedre opplysninger.

Sykehuset prøver å være forsiktige med å «love» hva slags kommunale tjenester en pasient kan forvente seg når vedkommende er ferdigbehandlet på sykehuset. Dette glipper nok innimellom når det kommer til rett til sykehjemsplass. Når det gjelder reinnleggelser har vi fått opplyst at sykehuset har en god trend, og at de har færrest reinnleggelser av sykehusene i SI.

Sykehuset samarbeider med de kommunale fastlegene gjennom en praksiskonsulent i en 10 prosentstilling. Praksiskonsulenten er utenom dette fastlege i Kongsvinger. Det arrangeres dialogmøter fire ganger årlig, der det diskuteres løpende problemstillinger.

Hospitering brukes etter respondentens formening for lite. Han mener at en økt gjensidig benyttelse av de muligheter som ligger i avtaleverket kunne bidratt til økt felles forståelse.

Rutiner

Sykehuset har som mål at alle utskrevne pasienter skal ha epikrisen i hånda, det vil si har med seg sin epikrise idet de blir skrevet ut. Sykehusene blir målt på epikrisetid (tiden fra pasienten skrives ut til epikrise sendes). Sykehuset greier nå som oftest å sende med epikrisen ved utreise til de pasientene som har de tyngste behovene for pleie i kommunen.

Kommunene kan gjerne bedre sine rutiner rundt hva som følger med av informasjon når en pasient blir innlagt på sykehuset. For sykehuset hadde det vært ønskelig om det fulgte med informasjon om eventuelt hvilke kommunale tjenester pasienten mottar og gjerne kommentarer med eventuelle IPLOS-rapporter. IPLOS er et «språk» som sykehuset ikke er vant til å bruke, så tallkodene gir lite informasjon om hva de kan forvente at pasienten kan klare selv.

Ad hoc-kommunikasjonen gjør at problematiske hendelser/situasjoner ikke blir liggende, men blir tatt opp og løst med en gang. Dette er spesielt nyttig i perioder der det er en større press/strøm av pasienter til sykehuset. Sykehuset har oftest slik kommunikasjon med Kongsvinger kommune.

Av nærkommunene så er Eidskog i en særstilling i å ta imot pasienter. De har tilnærmet ingen overliggerdøgn. Noe av grunnen til dette, er trolig at tildelingsteamet er tett på avdelingene, og at de gir vedtak om korttidsopphold av kortere varighet for så å vurdere videre behov.

Både Kongsvinger og nå også Grue har faste ukentlige besøk på sykehuset for å følge opp sine pasienter. Dette er ønskelig fra sykehusets side, som har meldt dette inn til OSU. De har foreslått at dette kan være tema for et prosjekt som i tillegg skal sikre overføring av opplysninger tidlig til kommunen, slik at de kan komme på besøk.

For all kommunikasjon mellom pasient – sykehus og kommune, så må pasienten selv samtykke til utveksling av opplysninger. Det skal gis beskjed til pasientens hjemkommune innen 24 timer hvis sykehuset vurderer at pasienten vil ha behov for kommunale tjenester ved utskriving.

Utskrivninger på fredager er ofte naturlig, da planmessige operasjoner blir utført tidlig i uken, så pasienten kan ligge til overvåking i ukedagene når sykehuset har full bemanning. I helgene går kapasiteten ned.

Det er lagt planer for å kunne komme tidligere med informasjon om sannsynlig utskrivingsdato til kommunene. Det er en satsing i hele Sykehuset Innlandet i år. Målet er at de skal gi kommunene bedre mulighet for å planlegge for kommunale tjenester som skal gis etter utskrivning, samt at sykehuset arbeider mer målrettet mot antatt utskrivningsdato. Effektene vil kunne være at pasientene får bedre og mer «effektive» opphold, og at kommunene får mer forutsigbarhet. Sykehuset vil oppnå kortere gjennomsnittlig liggetid for pasientene.

IKØ-plassene/7. etasje ved Kongsvinger sykehus

Dette fungerer etter respondentens oppfatning bra. Sykehuset var en av pådriverne for å få ordningen på plass. Samarbeidet er nå forankret gjennom en rekke avtaler. Kommunene leier lokaler fra sykehuset og kjøper tjenester som mat, vaskeri, medisiner og lignende fra sykehuset. Dette kan føre til forvirring både for pasienter, men også til dels for ansatte på sykehuset, rundt hva 7. etasje egentlig er. Det blir gjerne oppfattet som en del av sykehuset, og ikke som en kommunal enhet. Det er videre avtalt ukentlige visittsamarbeid med en erfaren sykehuslege, der IKØ-lege kan diskutere og det blir gitt råd om behandling av pasienter og om det er behov for innleggelse på sykehuset. Dette er muligens en ordning som er unik for sykehuset Kongsvinger. IKØ har også mulighet til å få tilsyn av spesialister fra sykehuset. Dette er oftest leger, spesialsykepleiere, fysioterapeuter eller bioingeniører. De betaler da kun for medgått tid, noe som gir en billig beredskap for IKØ. IKØ har ikke tatt i bruk PLO-meldinger, og kommunikasjon må da gå via telefon eller e-post.

7.4 Revisors vurdering

Som vi ser av samarbeidsavtalen, inneholder den **de punkter som er skissert i revisjonskriteriene**.

Tjenesteavtale 1 angir **hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre**.

Tjenesteavtalene 2 og 3, angir **retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester**.

Rutine nr. 2 angir **retningslinjer for innleggelse i Sykehuset Innlandet**.

Tjenesteavtale nr. 4 angir **at kommunen skal ha et tilbud om døgnopphold for øyeblikk hjelp etter § 3-5 andre ledd**.

Tjenesteavtalene nr. 2 og nr. 3 angir **retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon**.

Tjenesteavtale nr. 5 angir **retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering**.

Tjenesteavtale nr. 5 angir **samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid**. Det har kommet innspill på at denne kan benyttes mer aktivt enn i dag, noe vi er enige i. For eksempel er muligheten for hospitering i liten grad tatt i bruk.

Tjenesteavtale nr. 6 angir **samarbeid om jordmortjenester**.

Rutine nr. 6 angir **samarbeid om IKT-løsninger lokalt**.

Tjenesteavtale 8 angir **samarbeid om forebygging**.

Rutine nr. 7 angir **samarbeid om omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden**.

Om kommunen i fellesskap med sykehuset har **klargjort ansvars- og oppgavefordelingen på administrativt og tjenesteytende nivå ved utforming og iverksetting av samhandlingstiltak**, så gir intervjudeltakerne en indikasjon på at dette er klart, og at avtalen og rutinene rundt denne bidrar til dette. Spesielt samhandlingen gjennom elektroniske meldinger blir trukket frem som svært positivt. Det er imidlertid når det oppstår spesielle situasjoner/behov at avtalen og rutinene kommer til kort. Kommunen opplever, slik vi oppfatter det, liten fleksibilitet i slike situasjoner. Vi mener at slike hendelser der det har oppstått usikkerhet/uenighet om ansvars- og oppgavefordeling gjerne kan legges frem i GSU slik at også kommunene kan opparbeide seg et erfaringsgrunnlag med spesielle situasjoner/behov. En vil da raskere finne gode løsninger på slike situasjoner. Vi ser også at det kan være behov for kommunen å komme tidligere inn med tilrettelegging av tjenestetilbudet for den enkelte. For å kunne legge bedre til rette for gode pasientforløp er det, etter vår mening, behov for at kommunen har dialog med bruker og sykehuset før utskrivning skjer.

Når det gjelder hvorvidt kommunen **sikrer behandling på lavest effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet)**, så har Eidskog kommune i svært liten grad betalt for liggedøgn ved sykehusene.

Opprettelse av korttidsavdelingen og fleksibel bruk av disse plassene er en viktig årsak til dette. Det er heller ikke mange reinnleggelser fra denne avdelingen, noe som etter vår vurdering tyder på at man treffer rimelig godt med hensyn til omsorgsnivå mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Det vil nok likevel være slik at kommunen i noen grad utfører spesialistoppgaver. Dette med hensyn til at det kan være vurderinger av pasienten som ikke er avsluttet ved sykehuset, og som må videreføres i kommunen. Når det gjelder å sikre LEON-prinsippet i kommunen er tildelerenheten sentral. Det er vår oppfatning at en har opprettet kartleggingsrutiner og dialog med brukerne som gjør at tjenestetilbudet tilpasses behovet. Kommunen har de senere årene gjort en omstrukturering av tjenestetilbudet for å tilpasse seg nye krav og behov. Det er fokus på rehabilitering og at den enkelte bruker skal klare så mye som mulig selv. Det er således vår vurdering at LEON-prinsippet ivaretas.

Kommunen har etter vår vurdering **utviklet tiltak som sikrer god koordinering og gode pasient- og brukerforløp, og som følger faglige retningslinjer og veiledere**, samt **utviklet tiltak som sikrer god kvalitet og pasientsikkerhet**. Tildelerenheten er viktig når det gjelder den delen av pasientforløpet som kommunen har ansvaret for. Opprettelse av tildelerenheten gjør at tildeling av tjenester er samlet på et sted og at det er en enhet som kartlegger og har oversikt over behov for tjenester fra ulike enheter i kommunen. Organiseringen gjør at tildelerenheten dekker hele det kommunale tjenestespekteret innen pleie- og omsorgstjenester. Vi oppfatter videre at det er god kommunikasjon mellom tildelerenheten og de øvrige enhetene innen pleie og omsorg, blant annet gjennom felles møter med bruker/pårørende.

Det er opprettet koordinatorfunksjon på områder som kreftbehandling og oppfølging av pasienter med demens. Det er videre gjort noe arbeid med hensyn til samhandling om pasientforløp for pasienter med hoftebrudd. Vi mener det bør arbeides videre med samhandling for å sikre gode pasientforløp også for andre pasientgrupper. Vi vurderer at muligheten for å sikre helhetlige pasientløpet internt i kommunen også vil være et økonomisk spørsmål. Et eksempel på dette er tilgang på rehabiliteringstjenester i hjemmetjenesten.

Deltagelse i læringsnettverket «Gode pasientforløp» forventer vi at vil gi kommunen grunnlag for ytterligere utvikling på området. Selv om dette prosjektet i stor grad handler om overgangen fra sykehus til kommunale tjenester, vil kommunen også måtte bidra, og det er viktig at det settes av ressurser til dette. Det synes som tett oppfølging av pasienter som er innlagt på sykehus fra kommunens side, gjør overgangen til kommunale tjenester mer sømløs, og vi mener det bør vurderes om dette kan gjennomføres i større grad enn i dag.

Når det gjelder tiltak som skal sikre god kvalitet og pasientsikkerhet er korttidsavdelingen med forsterket sykepleierdekning og tilgang til lege et viktig tiltak. Det gjennomføres videre ulike opplæringstiltak for de ansatte, både generelt og opp mot behandling av enkeltpasienter. Det siste gjerne i samarbeid med sykehuset.

Avtalen mellom sykehuset og kommunen bør ha **bidratt til å sikre likeverdighet mellom avtalepartene og utvikling av en god samhandlingskultur**. Slik vi forstår det oppfatter ikke kommunens ansatte at kommunen og sykehuset er likeverdige parter. Det er sykehuset som fastsetter hva som skal stå i avtalen. Det er videre sykehuset som bestemmer hvilke pasienter kommunen skal ta imot, og det er erfaringsmessig lite rom for diskusjon/fleksibilitet. Ut fra dette kan vi ikke si at dette kriteriet er oppfylt.

Når det gjelder utvikling av samhandlingskultur ser vi at kommunen og sykehuset har flere samarbeidstiltak. Samarbeidet i GSU og klinisk samarbeidsutvalg virker også til å fungere godt. Det er vår vurdering at samarbeidet har utviklet seg siden reformen ble iverksatt, og at en i mange tilfeller har funnet løsninger på utfordringer som har dukket opp underveis. Om det er avtalen mellom kommunen og sykehuset som er årsaken til at man har funnet løsninger er mer uvisst. Det er imidlertid viktig at kommunen fortsatt melder fra om ting som ikke fungerer (evt. som meldt avvik) og eventuelt samarbeider med andre kommuner for å finne felles løsninger som kan legges fram for sykehuset. Vi vurderer at det utvikles en samhandlingskultur, men at kommunen fortsatt må delta aktivt med å videreutvikle denne.

Det siste kriteriet som kommunen vurderes mot under denne problemstillingen er hvorvidt en, gjennom avtalen, har **videreutviklet bruker- og pasientmedvirkningen slik at brukernes erfaringer med hvordan samhandlingen fungerer, tas i bruk på en systematisk måte**. Videre om **erfaring fra pasienter og brukere skal ha blitt hørt i forbindelse med utarbeidelsen av avtalene**. Bruker- og pasientmedvirkning kan gjennomføres ved å samle opplysninger fra den enkelte bruker eller fra representanter for brukerne. Når det gjelder det å samle inn opplysninger rundt temaet fra enkelt brukere er det ikke gjennomført brukerundersøkelser for brukergruppen som helhet de senere år. Våren 2017 ble det gjennomført en brukerundersøkelse for beboere i sykehjem. Denne har imidlertid ikke spørsmål som går direkte på samhandling. Gjennom læringsnettverket Gode pasientforløp vet vi at også brukere i Eidskog har synspunkter på tjenesten de får.

Når det gjelder brukerrepresentanter var Eldreråd og Råd for funksjonshemmede involvert i behandlingen av den første avtalen med sykehuset. I forbindelse med revidering av avtalen skal rådene fått informasjon. Det ble høsten 2016 besluttet å opprette et brukerutvalg i enheten for helse. Vår vurdering er at kommunen i liten grad har erfaringsdata som kan tas i bruk systematisk, og at det kan gjøres mer for å utvikle en god bruker- og pasientmedvirkning i kommunen.

Når det gjelder revisjonskriteriet om at erfaring fra pasienter og brukere skal ha blitt hørt i forbindelse med utarbeidelsen av avtalene. Vil dette være avhengig av hvor godt bruker- og pasientmedvirkningen fungerer. Det er her et positivt tiltak at det er opprettet eget brukerutvalg i enheten for helse. Det gjenstår å se hvordan et slikt utvalg vil fungere. Det er vår oppfatning at brukerrådene og støtteforeningene er viktige med hensyn til innspill overfor tjenestene. Når det gjelder involvering av brukergrupper ser det ut til at disse ble mest involvert i starten, men ikke så mye i revideringene av avtalene.

Elektronisk meldingsutveksling mellom sykehuset, kommunen og fastlegene ser ut til å fungere godt. IKØ-plassene i 7 et. ved Kongsvinger sykehus er ikke tilknyttet denne typen meldingsutveksling. Kommunen har en del skriftlige rutiner som de har utviklet selv, blant annet rutiner for oppfølging av PLO-meldinger. Det finnes også egne rutiner/sjekklistor for mottak av utskrevne pasienter fra sykehuset til kommunale tjenester, og det skjer en oppfølging av den enkelte slik at alt som trengs fra sykehuset fremskaffes. I tillegg til kommunens egne rutiner, initierer samarbeidsavtalen egne rutiner for samarbeid og kommunikasjon mellom kommunen og sykehuset. Ut fra dette mener vi at det innen pleie- og omsorgssektoren i Eidskog kommune er **utviklet rutiner for samarbeid og kommunikasjon med sykehuset**, og det er vårt inntrykk at rutineene kan dokumenteres. Vi har også forstått at en er i ferd med å utvikle ytterligere skriftlige rutiner på området. Dette vil være nødvendig, ikke minst når det gjelder oppfølging av prosjektet «Trygghetsstandard». Det er således viktig at dette arbeidet fortsettes. Vi mener videre det bør vurderes om IKØ-plassene i 7 et.

ved Kongsvinger sykehus også kan ta i bruk elektronisk meldinger, noe som ville forenklet kommunikasjonen med de øvrige instanser.

7.4.1 Oppsummering

Hensikten med samhandlingsreformen er at det skal være et bedre samarbeid mellom kommunens helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten. I det stor og det hele, fungerer samarbeidet godt for Eidskog kommune, og til en viss grad er dette på grunn av samarbeidsavtalen. Spesielt bruken av PLO-meldinger trekkes frem som noe svært positivt. Kommunen har de senere årene gjennomført omstrukturering av tjenestetilbudet og kompetansetiltak for å tilpasse seg nye krav og behov.

Når det gjelder utfordringer, trekkes mangel på likeverdighet mellom avtalepartene frem som negativt av kommunen. Dette bør kommunen adressere i samarbeidsmøter med sykehuset og eventuelt i revideringen av samarbeidsavtalen. Revisjonen erkjenner at dette ikke er noe kommunen kan løse alene.

Andre forhold som vi mener kommunen bør vurdere i den videre satsningen er:

- å benytte seg mer av muligheten for hospitering, dersom kommunen ønsker dette.
- fremme hendelser der det har oppstått usikkerhet/uenighet om ansvars- og oppgavefordeling frem i GSU, slik at kommunene i fellesskap kan opparbeide seg et erfaringsgrunnlag med spesielle situasjoner/behov.
- det bør arbeides videre med samhandlingsrutiner for å sikre gode pasientforløp også for andre grupper pasienter enn de som det er utarbeidet slike rutiner på i dag
- det synes som tett oppfølging av pasienter som er innlagt på sykehus fra kommunens side, gjør overgangen til kommunale tjenester mer sømløs, og vi mener det bør vurderes om dette kan gjennomføres i større grad enn i dag.
- at kommunen har lite erfaringsdata rundt brukerne som kan tas i bruk systematisk, og at det kan gjøres mer for å utvikle en god bruker- og pasientmedvirkning i kommunen. Herav gjennomføre bruker- og pårørendeundersøkelser med jevne mellomrom.

8 Problemstilling 2 - Grep tatt i kommunen

Problemstilling 2

Hva blir gjort i kommunen for å sikre at pasient/bruker får koordinerte og helhetlige helsetjenester?

8.1 Bakgrunnsinformasjon

Et sentralt tema i samhandlingsreformen var å endre arbeidsdelingen mellom helseforetakene og kommunens helse- og omsorgstjenester. Et sentralt virkemiddel var å konsentrere den medisinske innsatsen på sykehuset mer, slik at kapasiteten ikke brukes på pasienter som kan behandles i kommunene. Liggetiden har da gått ned på sykehusene, mens kommunen har fått overført flere pasienter med større behov for aktivt tilsyn, oppfølging og medisinsk behandling.

Dette har ført med seg at kommunene har måttet ta grep for å bygge opp kompetanse og systemer som kan ta imot pasienter tidligere.

I stortingsmeldingen¹⁸ sammendrag er det fremhevet tre utfordringer som reformen skal løse. Utfordring nummer 1 er «pasientens behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok - fragmenterte tjenester». Utfordringen er at mange pasienter og brukere har behov for koordinerte tjenester over kort eller lang tid, fra forskjellige tilbydere innen det norske helsesystemet. Problemet ligger i at det ikke har eksistert systemer som er rettet inn mot helheten. Det har eksistert et gap mellom hva spesialisthelsetjenesten og hva kommunehelsetjenesten har oppfattet som sine mål. Brukeren er avhengig av at begge tjenester samarbeider om koordinering for å sikre en best mulig behandling.

Tjenestene oppleves som fragmenterte og uoversiktlige, og vekslinger mellom spesialisthelsetjenestene og de kommunale helsetjenestene kan oppleves som problematiske for pasient/bruker og utfordrende for pårørende. Ofte må pasientene og deres pårørende selv ivareta mye av den praktiske koordineringen mellom de ulike tjenestetilbydere.

8.2 Revisjonskriterier for problemstilling 2

Revisjonskriterier for alle problemstillingene i prosjektet er beskrevet i sin helhet i vedlegg A til rapporten. Følgende kriterier (i kortform) gjelder for problemstilling 2:

- **Kommunen skal tilpasse virksomheten slik at tjenestens innhold og omfang er i stand til å følge opp de krav som stilles i loven herunder:**
 - Kommunen skal kunne tilby heldøgns medisinsk nødhjelp.
 - Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp.

¹⁸ St.meld. nr. 47 (2008-2009)

- **Kommunens skal ha kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten.**
- **Kommunen skal ha opprettet systemer som sikrer samhandling og at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov.**
- **Pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerende tjenester skal ha en individuell plan.**
- **Kommunen skal tilby en koordinator for pasienter med langvarige og koordinerende tjenester.**
- **Kommunen skal ha en koordinerende enhet. Enheten bør ha ansvaret for/sikre følgende oppgaver:**
 - Kommunens plan for habilitering og rehabilitering.
 - Legge til rette for brukermedvirkning.
 - Ha oversikt over tilbud innen habilitering og rehabilitering.
 - Overordnet ansvar for individuell plan og koordinator:
 - Motta meldinger om behov for individuell plan og koordinator.
 - Utarbeide rutiner for arbeidet med individuell plan og koordinator.
 - Oppnevning av koordinator.
 - Kompetanseheving om individuell plan og koordinator.
 - Opplæring og veiledning av koordinatorene.
 - Bidra til samarbeid på tvers av fagområder, nivåer og sektorer.
 - Sikre informasjon til befolkningen og samarbeidspartnere.
 - Motta interne meldinger om mulig behov for habilitering og rehabilitering.
- **Kommunen bør ha rutiner for å systematisere arbeidet mellom fastlegene, de kommunale tjenester og SI.**

8.3 Innhentet data

8.3.1 Interkommunal øyeblikkelig hjelp (IKØ)

Samhandlingsreformen innebærer blant annet at kommunene etter helse- og omsorgslovens § 3-5 er pliktig til å tilby døgnopphold med øyeblikkelig hjelp. Dette går også inn under de første revisjonskriteriene, kommunen skal kunne tilby heldøgns medisinsk nødhjelp og kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Tilbudet skal være et alternativ til innleggelse på sykehus, det vil si et allmennmedisinsk tilbud som skal gis til de som har behov for observasjon, behandling og tilsyn. Aktuelle pasientgrupper er blant annet pasienter med akutt forverring av kroniske tilstander. Det er legevaktslege, fastlege eller sykehjemslege som foretar den konkrete vurderingen av om kommunen har et relevant tilbud og

forutsetninger for å yte hjelpen, eller om pasienten må henvises videre. Det er klare kriterier for hvilke pasienter som skal sendes til denne tjenesten og pasienten skal være der i maksimalt 72 timer.

Kommunen har IKØ-plasser sammen med kommunene Kongsvinger, Sør-Odal, Nord-Odal, Nes og Grue. Kommunen disponerer 1 plass som er lokalisert i 7 et. ved Kongsvinger sykehus. I intervju har vi fått opplyst at denne plassen ikke ble mye brukt i starten. Sannsynligvis fordi fastlegene ikke var godt nok kjent med tilbudet. Kommunen har hatt fokus på dette, blant annet ved at de ansatte i kommunen har kunnet gi informasjon til legene, og plassen brukes mer i dag. Ellers kan legevakta ved Kongsvinger sykehus også henvise til kommunens øyeblikkelig hjelp-plass i stedet for til sykehuset når de får inn pasienter fra Eidskog. Det er ellers mange fordeler med at øyeblikkelig hjelp-plassene er lokalisert ved sykehuset. Det er kort vei ved eventuell innleggelse og en har umiddelbar nærhet til sykehusets kompetanse.

Legevakten er også lokalisert ved Kongsvinger sykehus, og med de samme eierne som for øyeblikkelig hjelp-plassene. Kommunens fastleger er med i legevaktordningen på samme måte som fastlegene i de øvrige samarbeidskommunene.

8.3.2 Hva er gjort i kommunen

Systemer for samhandling og tilpasning av tilbudet til den enkelte bruker sitt behov

Det at det er oversiktlige forhold i kommunen er fremhevet som årsaken til at koordinering av tjenestetilbudet kan skje raskt. Eidskog kommune har valgt å opprette eget tildelingskontor hvis oppgave er å kartlegge, vurdere og tildele tjenester. I forbindelse med vurderingen avholdes det samarbeidsmøter med pasient, pårørende og de ulike faggrupperinger som pasienten vil kunne ha behov for hjelp fra (fysioterapeut, ergoterapeut, hjemmebaserte tjenester evt. lege og sykepleier ved aktuell avdeling) og det settes sammen «pakker» for den enkelte. Det er utviklet eget skjema for vurderingen. Tildelingskontoret har forøvrig tett dialog med sykehuset og de øvrige kommunale tjenestene. Kommunen prøver så langt det er mulig å legge til rette slik at brukerne kan bo lengst mulig hjemme.

I hjemmetjenesten (inkludert kreftomsorg) har vi fått opplyst at tjenestetilbudet utarbeides i dialog med den enkelte bruker. Når det er fattet vedtak om tildelt tjeneste, legges det ved en tjenestebeskrivelse ved vedtaket som beskriver detaljert hva den enkelte skal ha og hvem som har ansvaret for hva. Det er viktig å avklare brukernes forventninger. Det er en del brukere som har høye forventninger/krav som for eksempel gjelder ting som skal gjøres i huset etc. I hjelpetilbudet legges det imidlertid vekt på at brukerne skal klare så mye som mulig selv. Selvstendighet og rehabilitering er stikkord her, og selv om kommunen ennå ikke har satt hverdagsrehabilitering i system, er det slik det tenkes i forbindelse med tildeling av tjenester. Det er imidlertid her gitt til kjenne at hverdagsrehabilitering krever at hjemmetjenesten også får avsatt tid til å gjennomføre dette i praksis.

Koordinerende enhet, koordinatorene og individuell plan

Pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal få tilbud om individuell plan. Vi har fått opplyst at det er opprettet en koordinerende enhet som har overordnet ansvar for ordningen med individuell plan (IP) og koordinatorene i kommunen. Kommunen har brukt tid på å finne en god organisering av koordinerende enhet. Koordinerende enhet er nå tilknyttet tildelingskontoret, og

dette gjør at alle henvendelser kan rettes til samme sted. Det er påpekt at dette også gjør det enklere å holde oversikt over hvem som har behov for IP. Tildelingskontorets arbeid dreier seg jo også i stor grad om koordinering. Enheten består av to personer.

Det er innført ny informasjon og skriftlige rutiner for IP og koordinator høsten 2016. Det er her presisert at formålet er å:

- Sikre at brukeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud
- Sikre pasient og brukers medvirkning og innflytelse
- Styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og bruker og eventuelt pårørende
- Sikre samhandlingen mellom tjenesteyterne på tvers av fag, nivåer og sektorer

IP er overordnet andre fagplaner, og skal sikre samordning der det foreligger flere fagplaner. Alle søknader vedrørende IP går til tildelingskontoret, og det er tildelingskontoret som ofte også har det første møtet med brukerne, eventuelt sammen med pårørende. Dette møtet er ofte en del av vurderingen om det er behov for IP og koordinator og om bruker selv ønsker det. Vi har fått opplyst at det i Eidskog er flest brukere med IP innen psykisk helse.

Det er ellers ikke alle som har behov, som vil ha IP. De kan likevel ha en koordinator. Andre planer som bruker eller pasient har kan eksempelvis være pleieplan, rehabiliteringsplan, ernæringsplan, individuell opplæringsplan etc. Disse går inn som delplaner i IP med sine ansvarlige. Det har vært noe ulikt hvordan IP og oppfølging av disse har vært dokumentert. Dette skal nå dokumenteres i Profil i henhold til rutinen. Det er viktig at IP ikke blir for vanskelig/omfattende for da blir den ikke brukt. Det er flere tjenester som tidligere til dels brukte IP som en arbeidsplan rundt bruker. Dette er en nå gradvis i ferd med å rydde opp i, slik at IP blir det verktøyet det er ment som. Kommunen har ingen samlet oversikt over hvor mange som har IP og koordinator, eller som har takket nei til å ha IP. Vi har forstått det slik at en i forbindelse med opprydningen også skaffer seg oversikt over dette.

Kommunen kan samarbeide med sykehuset om pasienter/brukere med IP. Kommunens forhold til sykehuset i disse sakene, er at sykehuset melder til kommunen når de oppdager pasienter der det er behov for koordinering/IP. I enkelte saker kan de ha påbegynt en IP, men det er, etter hva vi har fått opplyst, sjelden. Sykehuset innlandet kan være nevnt i IP, men da gjelder det som oftest habiliteringstjenesten eller DPS, sjelden andre. I disse sakene synliggjør IP, stort sett på en god måte, alle som er inne i en brukersak.

Koordinerende enhet kan være involvert i utskrivning fra sykehus dersom det er behov for samordning av flere tjenester, men stort sett kun i form av at de får saken meldt. Tildelingskontoret er alltid involvert i utskrivinger og ettersom koordinerende enhet er en del av tildelingskontoret går dette i hverandre. Mange av de pasientene som har behov for tjenester etter utskrivning er innom korttidsavdelingen. De pasientene som har omfattende rehabiliteringsbehov er innom korttidsavdelingen, nesten uten unntak.

Samarbeidet mellom fastlegene, de kommunale tjenestene og SI

Vi har fått opplyst at samarbeidet med fastlegene fungerer forholdsvis bra når det er behov for å ha/få kontakt med fastlegen i forbindelse med pasienter. Det er pr. i dag ikke noe systematisk (f.eks. fast møtestruktur) samarbeid mellom kommunen og fastlegene. Det er noe som kan komme etter hvert som en jobber med et pasientforløp. Kommunikasjonen er blitt lettere etter at også legene ble

tilknyttet elektronisk meldingsutveksling, og god kommunikasjon er viktig. I forbindelse med intervjuer har vi fått innspill på at en burde hatt tettere samarbeid med legene vedrørende oppfølging av pasienter med demens. Eidskog har kommunalt legesenter. I praksis betyr dette at legesekretærene er ansatt i kommunen, mens fastlegene leier legekantor ved senteret og driver sin egen praksis. Fastlegene er videre knyttet og til den interkommunale legevaktordningen. Dette innebærer både vakt ved legevakten i Kongsvinger og daglegevakt i kommunen. I intervju ble det forøvrig bemerket at legesenteret merker at fastlegene også har fått flere oppgaver enn tidligere, på lik linje med kommunen.

8.3.3 Statistikk

Fagutdanning

Samhandlingsformen har ført med seg et økt krav til kompetanse blant de ansatte som følge av mer krevende brukere/pasienter, noen som muligens gjenspeiles i statistikken. Kvalitetsindikatoren andel avtalte årsverk av personell med fagutdanning, kan gi indikasjoner på om det har foregått en utvikling i kommunen. Indikatoren er tredelt, der det fremkommer informasjon på andel med fagutdanning totalt, andel med fagutdanning høyskole og andel med fagutdanning videregående. Tidsperioden er fra 2010, det vil si før reformen og frem til 2014, så det kan ha skjedd endringer etter den tid som ikke er blitt publisert enda.

Som vi ser så har det jevnt over vært en økning i andel med fagutdanning totalt. Det ser ut til å være andelen høyskoleutdannende som er årsak til dette. Andel med høyskole var stabil fram til 2012 for så å øke. Vi har fått opplyst at kommunen har økt antall sykepleiere i pleie- og omsorg. Dette kan indikere at kvaliteten har økt noe i kommunen. Dette skjedde omtrent samtidig med at reformen ble innført, og kan blant annet ha sammenheng med opprettelsen av korttidsavdelingen ved Eidskog helsetun.

	2010	2011	2012	2013	2014 ¹⁹
Andel med fagutdanning totalt	75	77	74	79	80
Andel med fagutdanning høyskole	23	23	23	27	28
Andel med fagutdanning videregående skole	52	54	51	52	52

Tabell 2 Andel avtalte årsverk, i prosent²⁰

Reinnleggelser

Andelen pasienter som opplever en reinnleggelse på sykehus innen 30 dager etter utskriving, kan gi en indikasjon på om de muligens var skrevet ut for tidlig, eller at kommunen ikke har vært dyktige

¹⁹ Fra og med 2015 bygger sysselsettingen på nye datakilder (a-ordningen). Årgangene fra og med 2015 blir ikke sammenlignbare med tidligere årganger. <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/regsys/aar/2016-05-27>

²⁰ Helsenorge.no

nok i sitt stell. Årsaken kan selvsagt også være at tilstanden til pasientene har endret seg. Tallene som presenteres er fra 2012 til 2016. Det kan se ut til at det ikke er rapportert tall på reinnleggelser for Eidskog før 2015. For 2015 og 2016 har kommunen henholdsvis litt færre og litt flere reinnleggelser enn landsgjennomsnittet.

	2012	2013	2014	2015	2016
Reinnleggelser i prosent	0	0	0	18	22

Tabell 3²¹

	2012	2013	2014	2015	2016
Reinnleggelser i prosent av landsgjennomsnitt	0	0	0	95	113

Tabell 4²²

Utskrivningsklare pasienter

Utskrivningsklare pasienter med overliggerdøgn²³ kan gi en indikasjon på hvordan kommunen har organisert sine tjenester til å være rustet til og raskere ta imot pasientene fra sykehuset. Vi ser at antall overliggerdøgn har vært lavt i hele perioden. Antall utskrivningsklare pasienter for landet totalt, sank fra 2011 til 2012 og har vært nærmest stabilt fra 2012. Eidskog kommune ligger godt under landsgjennomsnittet når det gjelder overliggerdøgn.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Antall utskrivningsklare pasienter med én eller flere liggedager som utskrivningsklar	2	2	0	1	1	1

Tabell 5 Per 1000 innbyggere²⁴

8.4 Revisors vurdering

Når det kommer til det første revisjonskriteriet, om **kommunen har tilpasset virksomheten slik at tjenestens innhold og omfang er i stand til å følge opp de krav som stilles i loven**, ser der ut til at kommunen oppfyller alle de tre underpunktene, at **kommunen skal kunne tilby heldøgns medisinsk nødhjelp** og at **kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp**, og at **kommunens har kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten**. Dette ut fra at kommunen deltar i felles legevaktordning for

²¹ SAMDATA kommune

²² SAMDATA kommune

²³ Overliggerdøgn er den tiden pasienten blir liggende på sykehuset etter at den er definert som utskrivningsklar. Tallene presentert her gjelder personer med én eller flere dager som utskrivningsklar, så det sier ingenting om hvor lenge pasienten har ligget over på sykehuset.

²⁴ SAMDATA - kommune

kommunene i regionen og har IKØ-plasser i 7. et. ved Kongsvinger sykehus som er innrettet for døgnopphold. Kommunens kapasitet på mottak vises ved at det nesten ikke er registrert pasienter med overliggerdøgn. Antall reinnleggelser er også under gjennomsnittet, selv om dette er en faktor som kan være mer tilfeldig. Vi registrerer at kommunens korttidsavdeling er en sentral faktor for å inneha kapasitet. Tilstrekkelig med plasser, utstyr og kompetanse er avgjørende for fortsatt å kunne ta imot på samme nivå.

Kommunen har opprettet systemer som sikrer samhandling. Internt gjennom å samle all tildeling av tjenester ved tildelingskontoret. Det er her langt opp til rutiner for samhandling rundt pasient/bruker. Opp mot sykehuset er elektronisk meldingsutveksling og den daglige kommunikasjonen mellom tildelingskontoret og sykehuset viktig. Vi ser det som en fordel jo tidligere kommunen kommer inn i pasientforløpet (se også under problemstilling 1), og vi mener det kan være hensiktsmessig at kommunens folk har kontakt og foretar kartlegginger allerede før pasienten skrives ut fra sykehus. Det er kommuner i regionen som har en slik ordning. Det er vårt inntrykk at kommunen har rutiner som gjør at **tilbudet er tilpasset den enkeltes behov** og i dialog med den enkelte bruker/pårørende, men også her er det etter vår mening viktig at kommunen kommer inn i pasientforløpet så tidlig som mulig.

Pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerende tjenester skal ha tilbud om en individuell plan. Kommunen har nylig utviklet informasjon og rutiner/mal for IP. Det er vår vurdering at kommunen er i ferd med å ta tak for å få ordningen inn i mer strukturerte former. En har, etter hva vi har forstått, ikke oversikt over det eksakte antallet som har slike planer, eventuelt hvor mange som har takket nei. Det er derfor ikke mulig å si om alle som har rett til IP har fått tilbud.

Koordinator skal i henhold til rutinene foreslås av leder ved den enheten som har meldt inn behov om IP til tildelingskontoret. Det er vårt inntrykk at koordinerende enhet bidrar med hjelp og støtte til de som oppnevnes til koordinator. Vi har forstått at det kan være en utfordring å få tid til god nok oppfølging av brukerne/IP-en, og det er viktig at den som får en koordinatoroppgave også får avsatt tid til å følge opp oppgaven. Oppgavene til koordinator er beskrevet i rutinene. Det er vår vurdering at kommunen også bør ha fokus på individuell plan og koordinator i tiden fremover, og at dette er nødvendig for at kommunen skal kunne tilby helhetlige og koordinerte tjenester.

Det er opprettet en **Koordinerende enhet** som er tilknyttet tildelingskontoret. I tillegg er koordinerende enhet knyttet opp mot kommunens avdeling for fysioterapi, ergoterapi, friskliv og legesenter. Eidskog er en liten kommune og det er vår vurdering at koordinerende enhet har oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstilbudet i kommunen, samt tilbudet hos andre aktører. Revisor er ikke kjent med at det finnes noen egen plan for habilitering og rehabilitering.

Det er koordinerende enhet som har det overordnede ansvaret for ordningen med IP og koordinator. Koordinerende enhet og tildelingskontoret mottar meldinger om behov for IP og koordinator. Det er koordinerende enhet som har utarbeidet informasjon og rutiner for IP og koordinator. I forbindelse med nye rutiner hadde koordinerende enhet informasjonsmøter med alle enheter innen helse. Utnevning av koordinator gjøres av koordinerende enhet i samarbeid med den aktuelle leder i kommunen. Koordinerende enhet gir også opplæring og veiledning til koordinatorene.

I henhold til kommunens informasjon om individuell plan er det den enkelte ansatte i kommunen, som bruker henvender seg til, som har ansvaret for å informere om retten til IP. Det finnes etter hva

vi kan forstå ikke informasjon om IP, for eksempel på kommunens hjemmeside. Enhet for fysioterapi, ergoterapi, friskliv og legesenter og koordinerende enhet får meldinger både internt og fra sykehuset som omhandler behov for habilitering og rehabilitering. Det er vår vurdering at funksjonen som koordinerende enhet blir ivaretatt på en tilfredsstillende måte. Vi mener imidlertid at en kunne hatt mer informasjon om IP, for eksempel på kommunens hjemmesider.

Når det kommer til at **kommunen bør ha rutiner for å systematisere arbeidet mellom fastlegene, de kommunale tjenester og SI**, så finner ikke revisjonen at det er spesielle rutiner for dette. Av intervjuer fremgår det også at det ikke er noe systematisk samarbeid mellom kommunen og fastlegene. Unntaket er i tilfelle legevaktordningen, og felles e-meldingssystem har forenklet kommunikasjonen rundt pasientene. Vi mener imidlertid at dette er noe kommunen bør ta tak i, ikke minst når det kommer til arbeidet med å sikre gode pasientforløp.

8.4.1 Oppsummering

Stortingsmelding understreker at alle aktører og enheter innen helse- og omsorgstjenesten må ha en kultur og forståelse for at deres tjenester er en del av et større pasientforløp. De må skapes en felles forståelse og mål om hva som er gode pasientforløp. Selv om dette arbeidet går på tvers av kommuner og sykehus, er det viktig at kommunen starter dette arbeidet hos seg selv først.

Det ser for oss ut til at kommunen har tilpasset virksomheten slik at tjenestens innhold og omfang er i stand til å følge opp de krav som stilles i loven. Herav heldøgns medisinsk nødhjelp, øyeblikkelig hjelp-plasser og mottak av utskrivningsklare pasienter. Videre at kommunen har rutiner som gjør at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov og i dialog med den enkelte bruker/pårørende. Vi minner likevel om at brukerundersøkelsen ved helsetunet viser at kommunen kan forbedre seg med hensyn til brukermedvirkning.

Vi mener forøvrig at kommunen:

- har organisert seg slik at funksjonen som koordinerende enhet blir ivaretatt på en tilfredsstillende måte.
- bør komme inn i pasientforløpene tidlig. Dette for å tilpasse tilbudet til den enkelte, og på denne måten sikre gode pasientforløp.
- også bør ha fokus på individuell plan og koordinator i tiden fremover. Vi mener dette er nødvendig for at kommunen skal kunne tilby helhetlige og koordinerte tjenester.
- bør skaffe seg oversikt over hvem som har IP og hvem som har fått tilbud om dette.
- bør sikre at de som utnevnes til koordinator får avsatt tid til å gjennomføre oppgaven.
- kan vurdere om det er hensiktsmessig med mer informasjon om ordningen med individuell plan og koordinator. For eksempel på kommunens hjemmesider.
- kan systematisere samarbeidet mellom fastlegene, de kommunale tjenestene og SI i større grad, blant annet for å sikre gode pasientforløp.

9 Problemstilling 3 – Brukeroppfatning

Problemstilling 3:

Hvordan opplever helsetjenestens brukere effektene av samhandlingsformen?

9.1 Bakgrunnsinformasjon

Samhandlingsformen skulle sikre at brukerne fikk større innflytelse over eget pasientforløp og at det skulle sikres bedre koordinering mellom de forskjellige tilbydere av helsetjenester.

Det skulle etableres et helhetlig pasientforløp, der målsettingen var å skape felles referanserammer for alle aktører i helse- og omsorgstjenestene, og brukerne skulle oppleve kontinuitet i tjenestene. Viktige elementer for å nå dette målet var at sammenhengende pasientforløp skulle utarbeides og brukererfaring skulle trekkes inn for å understøtte samarbeidet mellom de forskjellige delene og nivåene av helse- og omsorgstjenesten. I tillegg skulle kompetanseutvikling hos helse- og omsorgspersonell bidra til integrering av forløpstenkningen.

9.1.1 Relevant forskning

Forskningsrådets rapport «Evaluering av samhandlingsformen»²⁵, ser blant annet på hva som er gjort innen et helhetlig pasientforløp. Resultatet som fremkommer i rapporten er at det for en del pasienter har blitt et mer oppstykket hjem-sykehus-hjem-forløp. Blant annet har interkommunale døgntilbud ført til at pasientene kan få et mer oppstykket forløp, med mellomopphold før og etter sykehusinnleggelser. De økonomiske insentivene har bidratt til å korte ned sykehusoppholdet ved at kommunene må betale for eventuelle overliggerdøgn etter at pasienten er vurdert som utskrivningsklar. Dette kan føre til at en eventuell kontinuitet i behandling og rehabilitering blir brutt opp. En hver forflytting krever også full dokumentasjon (epikrise og henvisninger), noe som øker faren for feil. Rapporten konkluderer med at det har vært en beskjeden grad av brukermedvirkning i prosessene rundt implementeringen av reformen. Effektene av reformen på dette feltet ser ut til å være at en del pasienter har fått et mer oppstykket forløp.

9.2 Revisjonskriterier for problemstilling 3

Revisjonskriterier for alle problemstillingene i prosjektet er beskrevet i sin helhet i vedlegg A til rapporten. Følgende kriterier (i kortform) gjelder for problemstilling 3:

- **Pasient/bruker bør oppleve å være inkludert av kommunen i eget opplegg.**
- **Pasienten opplever forløpet og kommunikasjonen med helsevesenet som mer helhetlig enn før reformen.**
- **Kommunene bør sikre at det gis informasjon om hvordan en pasient/bruker kan klage på et vedtak om helsetjenester.**

²⁵ Sluttrapporten fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsformen (EVASAM) fra 2016.

9.3 Innhentede data

9.3.1 Pasient og brukerombudet i Hedmark og oppland

For å få et inntrykk av brukernes perspektiv har vi tatt kontakt med Pasient- og brukerombudet i Hedmark og Oppland. Brukerombudet skal være et lavterskeltilbud og et talerør for pasienter og brukere. Ordningen er lovfestet gjennom pasient- og brukerrettighetslovens kapittel 8.

Brukerombudet ga oss tilbakemelding på følgende temaer:

- Samarbeid mellom helseforetak og kommuner.
- Helhetlige tjenester og koordinering i kommunene.
- Klager og direkte kontakt fra brukere om reformen.

Tilbakemeldingen gjaldt deres generelle syn og er ikke knyttet spesifikt opp mot kommunene i Glåmdalen, men generelt for kommunene i Hedmark og Oppland

På temaet samarbeid mellom helseforetak og kommuner er de av den oppfatning at det i hovedsak fungerer bra. Det oppleves dog et stadig behov for å revidere rutiner for konkret samhandling slik at pasienter og brukere sikres forsvarlig oppfølging i overgangene. Det har inntruffet alvorlige svikter i kommunikasjonen og ansvarsforståelsen i overgangen mellom sykehusopphold og de kommunale helsetjenester.

Når det kommer til helhetlige tjenester, erfarer Pasient- og brukerombudet at det er mangler i mange kommuner på koordinering og samarbeid mellom fastleger og andre deler av kommunens tjenester og spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder særlig manglede bruk av individuell plan (IP). De opplever i dialogen med pasienter, brukere og helsepersonell at det er manglende kunnskap og forståelse for IP og holdninger som tyder på at arbeidet med IP oppleves som en ekstra byrde/merarbeid og ikke et hensiktsmessig verktøy.

Angående klager og direkte henvendelser så er det få som er direkte knyttet til samhandlingsformen. Pasient- og brukerombudet har ikke holdepunkter for å si at brukerne/pasientene har fått bedre eller dårligere tjenester som følge av denne. De har ikke registrert endring i antall henvendelser/klager til seg som følge av reformen. Det oppleves generelt at det er mangler i hvordan pasienter, brukere eller brukerorganisasjoner aktivt involveres i utarbeidelse av rutiner og systemer, herunder omstillinger innen helse- og omsorg i kommunene.

Brukerombudet er av den oppfatning at pasienter og brukere vet svært lite om sine rettigheter. Det kommer også til uttrykk gjennom få klager på tjenestene. Mange har også en «klagefrykt»; de er redd for at hvis man klager vil dette på en eller annen måte få negative konsekvenser for de selv eller den de opptre på vegne av.

9.3.2 Brukerundersøkelser

Kommunen har foretatt en brukerundersøkelse blant brukere og pårørende ved helsetunet våren 2017. Dette i forbindelse med deltagelse i prosjektet «Trygghetsstandarden». Dette prosjektet legger opp til at det gjennomføres denne typen undersøkelser ved sykehjemmet med jevne mellomrom. Slik

vil en kunne følge med på om det skjer noen utvikling i løpet av prosjektperioden. Det ble oppnådd følgende resultater:

Brukertilfredshet	Eidskog	Landsgjennomsnitt
Tilgjengelighet	5,0	4,7
Informasjon	4,7	4,4
Brukermedvirkning	4,2	4,2
Respektfull behandling	5,2	5,1
Trivsel	5,0	4,8
Resultat for brukeren	4,6	4,4
Helhetsvurdering	5,2	5,0
Snitt totalt	4,7	4,6

Tabell 6

Undersøkelsene består av påstander hvor det skal svares på en skala fra 1 til 6, der 1 er helt uenig og 6 er helt enig. «Vet ikke» er også et alternativ (1=laveste tilfredshet, 6=høyest tilfredshet), og det er flere spørsmål under hver kategori. Helsetunet har jevnt over litt bedre score enn landsgjennomsnittet. Det parameteret hvor det oppnås lavest tilfredshet er brukermedvirkning.

9.3.3 Eldrerådet, Råd for funksjonshemmede og helsetunets støtteforening

Revisor har innhentet informasjon fra Eldrerådet, Råd for funksjonshemmede og støtteforeningen for Eidskog helsetun. Både rådene og støtteforeningen har kontakt, og får innspill fra brukerne om tjenestene. De skal imidlertid ikke ta opp enkeltsaker. De skal heller ikke være noe klageorgan, men rådene skal være en ressurs som kommuneadministrasjonen kan bruke. Støtteforeningen har ingen formell rolle som samarbeidsorgan for kommunen. Det vil likevel være slik at saker som er relevante for flere brukere kan løftes inn på systemnivå og tas opp som egne saker. Rådene og støtteforeningen mener generelt at kommunen har tilpasset seg de endringer som har kommet gjennom samhandlingsreformen på en god måte.

Respondentene fra rådene og støtteforeningen oppgir at de har inntrykk av at brukerne får gode tjenester og de tjenestene de har behov for. Vi har fått innspill på at det som oftest ikke er den praktiske bistanden som er utfordringen, men oppfølgingen på det psykiske plan. Det er viktig at brukeren blir sett som en helhet, både somatisk og på det psykiske plan. Det er et ønske om at kommunen fokuserer ytterligere på dette området, også mot brukere som i utgangspunktet ikke har en psykisk diagnose. Det kan være brukere som har en alvorlig somatisk diagnose, som for eksempel hjertesykdom eller kols, eller brukere som opplever en sorg i forbindelse med funksjonstap. De som har kroniske sykdom over tid, trenger også et helhetlig tilbud.

Vi har videre fått innspill på at, spesielt de som er ressurssterke, kan bli møtt med holdningen om at «...du som er så sterk (eller du som har så mange rundt deg, som kan hjelpe deg) klarer dette selv». Det kan bety at brukere ikke fullt ut får de tjenester de strengt tatt hadde hatt behov for. Det er presisert at det er en grensegang her sett opp mot at den enkelte skal rehabiliteres gjennom hverdagslig aktivitet.

Rådene og støtteforeningen er ellers opptatt av områder der de opplever at kommunens tilbud er mangelfullt. Her kan nevnes at selv om det er opprettet Frisklivssentral i kommunen har ikke denne tilbud om fysisk aktivitet til funksjonshemmede som sitter i rullestol eller til eldre hjemmeboende. Begrensninger i bruk av brukerstyrt personlig assistent til normalarbeidstid er også nevnt, samt at det er til tider er stort press på de skjermede enhetene i kommunen. Det er også behov for å øke kompetansen innen demensomsorg også i andre deler av pleie- og omsorgssektoren enn i de skjermede enhetene. Det er også kommet innspill på at rådene gjerne kunne fått seg forelagt statistikk over avvik og klager da dette kan si noe om hvordan tjenesten fungerer.

9.3.4 Data innhentet fra kommunen

Ett av revisjonskriteriene er at pasient/bruker bør oppleve å være inkludert av kommunen i eget opplegg. Det blir gjort en kartlegging av alle som mottar pleie og omsorgstjenester fra kommunen, og vi har fått opplyst at dette gjøres i dialog med bruker/pårørende.

Vi har fått opplyst at tildelingskontoret gjennomfører hjemmebesøk eller ringer pasient/pårørende for oppfølging. Tildelingskontoret har også samarbeidsmøter med brukere/pårørende. Disse møtene er viktige med hensyn til å ivareta behov og ønsker fra pasientene. I samarbeidsmøtene kan hjemmetjenesten, sykehjem, lege, fysioterapeut og ergoterapeut delta ved behov. Denne typen møter brukes ofte på korttidsavdelingen. I hjemmetjenesten kunne man ha brukt denne typen møter mer. Det er likevel slik at hjemmetjenesten bruker tildelingskontoret mer når de får spesielle tilfeller, og der de ikke er sikre på hva de skal gjøre. Kommunen legger generelt opp til møter med brukeren/pasienten fremfor brev.

For hjemmeboende er det viktig med hyppige besøk i starten etter hjemkomst. Respondentene oppgir at forebygging er mer i fokus og dette gir seg også utslag i annet innhold i vedtakene enn før. Det kan for eksempel være vedtak om trening/gåtur ol. Kommunen har ikke innført hverdagsrehabilitering slik en del andre kommuner har gjort. Rehabilitering/habilitering er likevel målet, og blant annet korttidsavdelingen er styrket med en fysioterapeut. Ergoterapeut er også ute og besøker hjemmeboende for å legge til rette. Individuell plan benyttes i liten grad for den brukergruppen som vi har gjennomført undersøkelser rundt. Det er imidlertid vanligere at de får oppnevnt en koordinator.

Pasienten skal i følge revisjonskriteriene oppleve forløpet og kommunikasjonen med helsevesenet som mer helhetlig enn før reformen. Det kan her nevnes at utskrivning tidvis kan skje fort / komme brått på kommunen. Spesielt dersom det skjer fredag ettermiddag. Vi har fått opplyst at det da ikke alltid er mulig å få tilrettelagt slik en skulle ønske. Da må en improvisere. Ved utskrivning til eget hjem er hjemmetjenesten av og til på plass når pasienten kommer hjem, andre ganger kommer tjenesten på besøk kort tid etter hjemkomst. Det hender også at det benyttes korttidsplass en periode, i stedet for at pasienten sendes direkte hjem. Dette vurderes ut fra helsetilstand og hva slags mulighet hjemmetjenesten har til å få lagt til rette i hjemmet.

Det har vært en utfordring at sykehusansatte har gitt pasienter forhåpninger om hvilket tjenestetilbud de skal få i kommunen. Dette er tatt opp med sykehuset, og det er mindre av dette nå enn det var tidligere. Tildelingskontoret kan følge opp pasienter fra sykehuset allerede før de utskrevet. For pasienter der det er spesielle behov / behov for kompetanse, får ansatte veiledning fra

sykehuset. Veiledningen holdes likevel på et minimum. Etter hva vi har fått opplyst har man gode erfaringer med å komme tidlig inn når det gjelder sykehuspasientene, og at dette kan gi et bedre pasientforløp. Muligheten benyttes i dag stort sett i spesielle tilfeller, og det er ikke ressurser til å gjøre dette i større utstrekning.

Det siste revisjonskriteriet er at kommunen bør sikre at det gis informasjon om hvordan en pasient/bruker kan klage på et vedtak om helsetjenester. Det blir informert om klageadgang i vedtaksbrevne og noen ganger får pasienten/brukeren muntlig beskjed i tillegg. Kommunen har oppgitt å ha få klager på tjenestene. Respondenter har oppgitt at dette kan ha sammenheng med at det er fokus på å legge til rette et hjelpetilbud som gjør at pasienten er trygg. God dialog med pasient/pårørende og tett oppfølging er en sannsynlig årsak til at det ikke er mange klager.

9.4 Revisors vurdering

Det første revisjonskriteriet for denne problemstillingen går på om **pasient/bruker blir inkludert av kommunen i eget opplegg**. Brukerundersøkelsen ved helsetunet viser at brukermedvirkning er et område hvor kommunen har mulighet til å gjøre forbedringer. Vi mener også at en med fordel kunne gjennomført tilsvarende undersøkelser i andre deler av pleie og omsorg, slik at en skaffer seg oversikt over hvordan medvirkningen oppfattes av brukerne selv.

Det benyttes i liten grad individuell plan for pasienter/brukere i hjemmetjenesten og ved sykehjem. Vi merker oss at Pasient- og brukerombudet i Hedmark og Oppland mener at er mangelfullt i mange kommuner. En individuell plan er nettopp et verktøy for å involvere bruker i eget opplegg. Ellers ser vi kommunen gjennomfører møter og oppsøkende virksomhet som gir brukerne mulighet til å delta og påvirke egen situasjon. Vi mener likevel at kommunen må jobbe videre med brukermedvirkning og blant annet kartlegge hvordan brukerne selv oppfatter at de blir inkludert i eget opplegg.

På revisjonskriteriet om pasienten/brukeren **opplever forløpet og kommunikasjonen med helsevesenet som mer helhetlig enn før reformen**, er det metodisk vanskelig å finne svar. Det er flere ting som tyder på at kommunikasjonen mellom de ulike deler av helsevesenet er blitt mer samstemt enn tidligere. Kommunen har for eksempel tatt opp forhold som at sykehuset forfordeler kommunale tjenester, og fått gjennomslag for at dette må avklares med kommunen. Det gjennomføres også felles prosjekter for å sikre bedre kommunikasjon og pasientforløp. I denne forbindelse har kommunen (og sykehuset) fått innspill fra brukere. Det er imidlertid ikke gjort noen særlig omfattende kartlegging av hvordan brukerne opplever dette, og det finnes oss bekjent ikke data som sier noe om brukernes opplevelser før samhandlingsreformen.

Innspill fra brukerombudet tilsier at en bør ha fokus på å sikre gode rutiner for samhandling slik at en sikrer forsvarlig oppfølging i overgangene. Svikt her kan få alvorlige konsekvenser. Fra de kommunale råd og støtteforeningen ved helsetunet har vi fått innspill på at det er viktig å se helheten. Dette innebærer å ta hensyn til både fysiske og psykiske forhold når en planlegger tjenester til den enkelte, og at det har lett for å svikte med hensyn oppfølging av den psykiske delen. Vi har ellers fått tilbakemelding på området ved pleie- og omsorgstjenesten som oppfattes som mangelfullt. Ut fra dette mener vi at kommunen bør fortsette arbeidet med å sikre god kommunikasjon og gode pasientforløp, og finne måter å kartlegge brukernes oppfatninger av dette. Pasientforløp skjer både

internt i de kommunale tjenestene, men også mellom de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenesten. Vi ser at en kartlegging med fordel kan gjøres i samarbeid med sykehuset og det er viktig å ivareta helheten.

Når det gjelder revisjonskriteriene om at **kommunen bør sikre at det gis informasjon om hvordan en pasient/bruker kan klage på et vedtak om helsetjenester** blir det informert om klageadgang i vedtaksbrevne og noen ganger får pasienten/brukeren muntlig beskjed i tillegg. Det er etter vår vurdering viktig at det vektlegges å gi informeres om klagerett og minner om Pasient- og brukerombudets oppfatning om at pasienter og brukere i utgangspunktet vet svært lite om sine rettigheter. Revisjonskriteriet anses imidlertid som oppfylt.

9.4.1 Oppsummering

Det virker som om kommunens brukere er fornøyd med tilbudet de får, kommunen har likevel lite data å basere dette på. Vi mener at kommunen:

- bør jobbe videre med brukermedvirkning og blant annet kartlegge hvordan brukerne selv oppfatter at de blir inkludert i eget opplegg.
- bør fortsette arbeidet med å sikre god kommunikasjon og gode pasientforløp, og finne måter å kartlegge brukernes oppfatninger av dette på.
- sikrer at det gis informasjon om hvordan en pasient/bruker kan klage på et vedtak om helsetjenester.

10 Konklusjon

Rapporten har svart på tre problemstillinger som alle omhandler samhandlingsreformen i Eidskog kommune. Problemstillingene har belyst tre forskjellige tematikker, samarbeid mellom kommunen og sykehuset, om brukerne får helhetlige tjenester og hvordan brukerne oppfatter effektene av reformen.

I det stor og det hele, ser samarbeidet mellom kommunen og helseforetaket SI ut til å fungere godt. Kommunen har de senere årene gjennomført omstrukturering av tjenestetilbudet og kompetansetiltak for å tilpasse seg nye krav og behov. En grunnleggende utfordring som trekkes fram i kommunen er mangel på likeverdighet mellom avtalepartene. Det er sykehuset som definerer når pasienten er utskrivningsklar, uten at kommunen føler de har noe de skal ha sagt, og det er når det oppstår spesielle situasjoner/behov at dette blir vanskelig. Den delen av samarbeidsavtalen som gjelder samarbeid om utdanning og forskning brukes, men kan benyttes mer. Hospitering er pekt på som en måte å utveksle kompetanse og erfaringer. Ellers deltar Eidskog kommune i ulike prosjekter sammen med sykehuset, blant annet for å sikre bedre pasientforløp. Det er viktig å prioritere dette arbeidet også fremover.

Når det kommer til på hvilken måte kommunen sikrer at pasienten eller brukeren får koordinerte og helhetlige tjenester understreker Stortingsmelding nr. 47. (2008-2009) at alle aktører og enheter innen helse- og omsorgstjenesten må ha en kultur og forståelse for at deres tjenester er en del av et større pasientforløp. Det ser for oss ut til at kommunen har tilpasset virksomheten slik at tjenestens innhold og omfang er i stand til å følge opp de krav som stilles i loven. Herav heldøgns medisinsk nødhjelp, øyeblikkelig hjelp-plasser og mottak av utskrivningsklare pasienter. Videre at kommunen har rutiner som gjør at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov og i dialog med den enkelte bruker/pårørende.

For å tilpasse tilbudet til den enkelte er det en fordel å komme tidlig inn i pasientforløpene. Enkelte kommuner har tett oppfølging allerede mens pasienten ligger på sykehus. Eidskog kommune har en koordinerende enhet som har ansvaret for ordningen med individuell plan og koordinatorene. Revisor mener kommunen bør holde oversikt over hvem som har individuell plan og hvem som har fått tilbud om dette, og at kommunen gir tilstrekkelig informasjon om ordningen. Det er videre viktig at de som skal fungere som koordinator får avsatt tid til å gjennomføre oppgaven. Ellers mener vi at kommunen kan systematisere samarbeidet mellom fastlegene, de kommunale tjenester og SI i større grad i dag. Blant annet for å sikre gode pasientforløp.

Slik vi forstår det er kommunens brukere jevnt over fornøyd med tilbudet de får. Kommunen har likevel lite konkrete data å basere dette på. Vi mener at kommunen bør jobbe videre med brukermedvirkning og kartlegge hvordan brukerne selv oppfatter at de blir inkludert i eget opplegg. Kommunen bør fortsette arbeidet med å sikre god kommunikasjon mellom de ulike aktører i helsevesenet og gode pasientforløp, og finne måter å kartlegge brukernes oppfatninger av dette på. Brukerundersøkelser, og det å engasjere brukernes egne organisasjoner/utvalg vil være sentralt.

11 Anbefalinger

11.1 Anbefalinger for problemstilling 1

Med bakgrunn i ovenstående har vi følgende anbefalinger knyttet til problemstilling 1 - Fungerer samarbeidet mellom kommunen og det enkelte helseforetak etter hensikten?:

1. Kommunen bør adressere mangel på likeverdighet i samarbeidsmøter med sykehuset og eventuelt i revideringen av samarbeidsavtalen. Revisjonen erkjenner at dette ikke er noe kommunen kan løse alene.
2. Kommunen bør vurdere å benytte seg mer av muligheten for hospitering.
3. Kommunen bør fremme hendelser der det har oppstått usikkerhet/uenighet om ansvars og oppgavefordeling frem i samarbeidsforaene med sykehuset slik at kommunene i fellesskap kan opparbeide seg et erfaringsgrunnlag med spesielle situasjoner/behov.
4. Kommunen bør fortsette å prioritere arbeidet med samhandlingsrutiner. Dette for å sikre gode pasientforløp for alle grupper pasienter.

11.2 Anbefalinger for problemstilling 2

Med bakgrunn i ovenstående har vi følgende anbefalinger knyttet til problemstilling 2 - Hva blir gjort i kommunen for å sikre at pasient/bruker får koordinerte og helhetlige helsetjenester?:

5. Kommunen bør vurdere om det er hensiktsmessig å komme tidligere inn i pasientforløpene enn i dag med hensyn til tilrettelegging for den enkelte.
6. Kommunen bør fortsette arbeidet med å systematisere bruken av individuell plan og koordinator. Herav skaffe oversikt over brukergruppen, informere om ordningen og klargjøre ressursbruk.
7. Kommunen bør systematisere samarbeidet mellom fastlegene, de kommunale tjenestene og SI i større grad. Blant annet for å sikre gode pasientforløp.

11.3 Anbefalinger for problemstilling 3

Med bakgrunn i ovenstående har vi følgende anbefalinger knyttet til problemstilling 3 - Hvordan opplever helsetjenestens brukere effektene av samhandlingsformen?:

8. Kommunen bør i større grad gjennomføre og ta i bruk systematisk kartlegging av brukernes opplevelse av de tjenestene som ytes.

12 Rådmannens høringsuttalelse

Rådmann
Saksbehandler:
Evy Anne Vestli Heggen
Direkte telefon: 62 83 38 80

Vår dato: 22.08.2017
Vår ref.: 17/493

Deres dato: 26.07.2017
Deres ref.:



Hedmark Revisjon IKS
Postboks 84

2341 LØTEN

Rapportutkast - Samhandlingsreformen i Glåmdalen

Viser til rapportutkast, samhandlingsreformen i Glåmdalen.
Rådmannen i Eidskog har ingen innvendinger til det utarbeidede dokumentet.

Med hilsen

Evy Anne Vestli Heggen
kons. rådmann

Dette dokumentet er elektronisk godkjent og sendes uten signatur.

20241525 54765104-c3b6-46a2-a27f-b74805910834.3

Eidskog kommune
Postadresse:
Postboks 94
2231 Skotterud

Besøksadresse:
Telefon: 62 83 36 00

Org.nr: 964 948 054
Kontonr: 18400750064

postmottak@eidskog.kommune.no
www.eidskog.kommune.no



13 Referanser/litteratur

Andersen, Kari Merete, Laastad, Bodil, Songstad, Stein Ove og Ølnes, Anna (2006) *Veileder i forvaltningsrevisjon*. Orkanger: NKRF

Deloitte (2014) KS FoU-prosjekt nr.:134017: «Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak – etterleves de?» En undersøkelse av erfaringene i et utvalg kommuner og helseforetak

Folkehelseinstituttet (2016) Pasienterfaringer ved norske sykehus i 2015, PasOpp-rapport 2016: 169 – Sykehuset innlandet HF

Forskrift om kontrollutvalg i kommuner og fylkeskommuner

Helsedirektoratet (2017) SAMDATA – kommune, <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata-kommune>

Helsenorge.no (2017) Kvalitetsindikatorer - Fagutdanning i pleie- og omsorgstjenesten

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

Lov om kommunale og fylkeskommunale eldreråd (eldrerådslova)

Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)

Norges forskningsråd (2016) Evaluering av samhandlingsreformen - Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM)

RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon

Statistisk sentralbyrå (2017) Folkemengde og befolkningsendringer, tabell: 01222: Folkemengde og kvartalsvise endringer (K)

SSB (2017) Kommunehelsetjenesta, tabell: 04685: E. Kommunehelse - grunnlagsdata (K)

St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid*.

Sykehuset Innlandet (2015) Samarbeidsavtale med tjenesteavtaler og rutiner mellom Eidskog kommune og Sykehuset Innlandet

Telemarksforskning (2010) Samhandling mellom kommuner og helseforetak, Erfaring fra Midt-Telemark. Rapport nr. 266

Tjora, Aksel (2010) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk

Eidskog kommunes folkehelseprofil 2017

Kommunal Rapport, kommunebarometeret 2016 og 2017

Eidskog kommune, Økonomiplan 2017-2019Eidskog kommune (2017) Folkehelseoversikt 2017 – 2019

Forside: Image courtesy of Stuart Miles at FreeDigitalPhotos.net

Vedlegg A: Utledning av revisjonskriterier

Om revisjonskriterier

Revisjonskriterier skal begrunnes i/utledes av autoritative kilder innenfor det reviderte området. Autoritative kilder kan være lover, forskrifter, forarbeider, rettspraksis, politiske vedtak/mål/føringer, administrative retningslinjer/mål/føringer, statlige føringer/veiledere, andre myndigheters praksis, teori og reelle hensyn som vurderinger av hva som er rimelig/formålstjenlig/effektivt.

Revisjonskriteriene utledes med utgangspunkt i problemstillingene og danner grunnlaget for hva de innsamlede data vurderes opp mot. I og med at revisjonskriteriene er uttrykk for en norm eller et ideal for hvordan tilstanden bør være på området, danner kriteriene også utgangspunkt for revisjonens anbefalinger.

Som revisjonskriterier for denne forvaltningsrevisjonen har vi tatt utgangspunkt i lovverket, med hovedfokus på helse- og omsorgsloven.

Det er utledet revisjonskriterier fra følgende kilder:

- Kommuneloven
- Helse- og omsorgsloven
- Samhandlingsreformen
- Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak.
- Veileder fra Helse- og omsorgsdepartementet.
- Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommunen og helseforetaket.
- Stortingsmelding nr. 47. (2008-2009) Samhandlingsreformen

Utledning av revisjonskriterier

Problemstilling 1, Fungerer samarbeidet mellom kommunen og det enkelte helseforetak etter hensikten?

Samhandlingsformen legger opp til økt samarbeid mellom spesialisthelsetjenestene og kommunene. De lovpålagte samarbeidsavtalene er viktige i så måte.

De lovmessige kravene til samarbeidsavtalene er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven (lov om kommunale helse- og omsorgstjenester). Kapittel 6, samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak mv. er det sentrale kapittelet i loven. § 6-1 tar opp grunnlaget for plikten om å ha en samarbeidsavtale. Dette er lovparagrafen som er gjeldene for kommunene. Ordlyden i § 6-1 er følgende:

«Kommunestyret selv skal inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helseregionen eller med helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer. Kommunen kan inngå avtale alene eller sammen med andre kommuner.

Samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester.

Pasient- og brukererfaringer skal inngå i vurderingsgrunnlaget ved utarbeidelsen av avtalen. Pasient- og brukerorganisasjoner skal medvirke i forbindelse med utarbeidelse av avtalene.»

§ 6-2 stiller krav til hva avtalen skal ha av innhold. Som et minimum skal følgende være med:

1. *«enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre,*
2. *retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskriving, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester,*
3. *retningslinjer for innleggelse i sykehus,*
4. *beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikk hjelp etter § 3-5 andre ledd,*
5. *retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskriving fra institusjon,*
6. *retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering,*
7. *samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid,*
8. *samarbeid om jordmortjenester,*
9. *samarbeid om IKT-løsninger lokalt,*
10. *samarbeid om forebygging,*
11. *samarbeid om omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden.»*

§ 6-5, endring og oppsigelse av avtaler, slår fast at avtalepartene årlig skal gjennomgå avtalen med sikte på nødvendige oppdateringer eller utvidelser. Ordlyden er følgende:

«Avtalepartene skal årlig gjennomgå avtalen med sikte på nødvendige oppdateringer eller utvidelser.

Avtalen kan sies opp med ett års frist. Når en av partene sier opp avtalen, skal det regionale helseforetaket varsle Helsedirektoratet.»

Nærmere om krav til avtalens innhold

I tillegg til lovkravene om avtalens innhold tar veilederen «Samhandlingsreformen - lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak» fra Helse- og omsorgsdepartementet, opp ytterligere anbefalinger til hva avtalene bør beskrive.

I tilknytning til krav 1 er det følgende anbefalinger:

- Enighet om grenseflater og gråsoner, for eksempel hvor det er mangler og hvor det er overlapping. Dette kan være forskjellig hos ulike pasientgrupper, behandlingsskjeder eller i faser av pasientforløpet.

- Arenaer og prosesser som skal benyttes hvis det oppstår tvil eller uenighet om ansvars- og oppgavefordeling.

I tilknytning til krav 2 er det følgende anbefalinger:

- Informasjonsutveksling og dialog i forbindelse med innleggelse, opphold og utskriving for pasienter med behov som strekker seg ut over ordinære rutiner for inn- og utskriving, herunder rutiner for å ivareta mindreårige barn som pårørende.
- Rutiner for samhandling med fastlegen, samt hvordan praksiskonsulentene kan brukes for å systematisere samarbeidet.
- Samarbeid mellom koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i henholdsvis kommune og helseforetak.
- Ambulant virksomhet knyttet til brukere med langvarig behov for spesialisert behandling.
- Ansvar for individuell plan, herunder melding fra spesialisthelsetjenesten til koordinerende enhet i kommunen og utpeking av koordinator.
- Habiliterings-/ rehabiliteringstilbud, herunder tilrettelegging av hjelpemidler og lærings- og mestringstilbud m.m.
- Hvordan og når regelverket om tilbakehold uten eget samtykke overfor personer med rusmiddelproblemer og andre pasienter der bruk av tvang kan være aktuelt skal anvendes.

I tilknytning til krav 3 er det følgende anbefalinger:

- Hvordan sykehuset kan kontaktes; hvordan sykehuslege med adekvat kompetanse kan konsulteres, og hvordan det kan søkes råd om hvorvidt innleggelse er nødvendig. Hvilke pasientopplysninger som forventes å følge med pasienten og hvordan disse kan formidles. Informasjonsutvekslingen bør fortrinnsvis skje elektronisk.
- Retningslinjer for henvisning til helseforetaket. Her bør det skilles mellom elektive- og øyeblikkelig hjelp-henvisninger. Rutiner for når spesialisthelsetjenesten selv videre henviser pasienter innenfor spesialisthelsetjenesten bør også beskrives.
- System for pasienttransport.
- System for tilbakemeldinger til innleggende lege der sykehuset mener innleggelsen kunne vært unngått.
- Hvordan praksiskonsulentordningen kan brukes i dette arbeidet.
- Hvordan kommunen kan kontaktes; hvordan kan fastlege eller legevakslegen få kontakt med det kommunale hjelpeapparatet for å sikre dialog om mulige kommunale alternative tjenester til innleggelse i sykehus?

Til krav 4 er det ikke knyttet ytterligere anbefalinger.

I tilknytning til krav 5 er det følgende anbefalinger:

- Samarbeid om utskrivning av pasienter som trenger et kommunalt tilbud, herunder gjensidig varslingsrutiner til fastlegen og andre relevante instanser i kommunen.
- Kriterier som må være oppfylt for at en pasient eller bruker innen psykisk helsevern og rusmiddelavhengighet vurderes å være utskrivningsklar.
- Nødvendig informasjonsoverføring til pasient og eventuelt pårørende, fastlegen og øvrig involvert kommunalt tjenesteapparat.
- Vurdering av behov for og eventuell bestilling av hjelpemidler.
- Hvordan partene vil innfri krav til forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.

I tilknytning til krav 6 er det følgende anbefalinger:

- Hvordan informasjonsutveksling og kunnskapsoverføring knyttet til innleggelser, utskriving, dagbehandling og polikliniske konsultasjoner i spesialisthelsetjenestene er sikret.
- Hvordan begge parter bidrar til kompetanseøkning og kunnskapsoverføring, for eksempel gjennom faglige nettverk, hospiteringsordninger, felles møteplasser og bruk av ambulerende team og praksiskonsulentordningen.
- Hvordan begge parter bidrar til evaluering og kvalitetsutvikling av tjenestene.
- Informasjon og dialog om endinger i driftsforhold og planer for partenes fremtidige virksomhet.

I tilknytning til krav 7 er det følgende anbefalinger:

- Etablering av forskernettverk/samarbeidsfora for forskning og eventuelt innovasjon mellom aktuelle aktører.
- Oppgave- og ansvarsfordeling for eventuelle felles forskingsprosjekter.
- System for rapportering, formidling og implementering av forskingsresultater og ny kunnskap.
- Hvordan utdanningsbehovet i kommunen og i spesialisthelsetjenesten kan sees i sammenheng, herunder særlig følge og sikre behovet for samhandling vektlegges i utdanning.
- Praksisplasser og praksisopplæring til studenter fra ulike utdanningstyper, inkludert samarbeid med definerte utdanningsinstitusjoner.
- Utdanningstilbud som felles etterutdanning, internopplæring og tilbud til lærlinger.

I tilknytning til krav 8 er det følgende anbefalinger:

- Hvordan anbefalingene i «Kvalitet til fødselsomsorgen» skal innfris.
- Hvordan tverrfaglig samarbeid og utveksling av informasjon mellom nivåene skal ivaretas.
- Hvordan utviklingen av en desentralisert og differensiert svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg skal gjennomføres.
- Følgetjenesten, herunder organisering av beredskap for følgetjeneste.
- Samarbeidsarenaer.

I tilknytning til krav 9 er det følgende anbefalinger:

- Forventinger til elektronisk kommunikasjon og telemedisinske løsninger, inkludert bruk av videokonferanser.
- Organisatorisk tilrettelegging og kompetanseutvikling.
- Mulighet for bruk av telestudio og hvordan telemedisin og telestudio utnyttes til veiledning og konsultasjon mellom aktuelle fagmiljø.
- Fremdriften for å legge til rette for elektronisk informasjonsutveksling basert på standarder og bruk av Norsk Helsenett.
- Melding og håndtering av avvik.
- Rutiner for responstid.
- Rutiner for drift, forvaltning, oppgradering, prioritering ved implementering av nye løsninger og endringsønsker.

I tilknytning til krav 10 er det følgende anbefalinger:

- Hvilke forebyggende områder det er aktuelt å samarbeide om og ansvars- og oppgavefordeling på disse områdene.
- Lærings- og mestringsarenaer.
- Helseovervåking, herunder analyse av befolkningens helsetilstand og påvirkningsfaktorer.
- Råd og bistand vedrørende miljø- og grupperettede tiltak, herunder bistand ved miljøhendelser med helsemessige konsekvenser. Samhandling i smittevern og beredskapsarbeid med kommunesektoren er en del av dette.

I tilknytning til krav 11 er det følgende anbefalinger:

- Risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS) som grunnlag for planer.
- Planlegging og gjennomføring av øvelser.
- Kompetanseutvikling og opplæring.

- Løsning av konkrete beredskapsutfordringer.
- Forsynings sikkerhet for legemidler, materiell og medisinsk utstyr.
- Hvordan partene vil samarbeide om å utvikle en sammenhengende akuttmedisinsk kjede.
- Hvordan partene legger til rette for at personellet får trening i samhandling.
- Hvordan de øvrige kravene i forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus skal innfris.

Formål med avtalen

Formålet med samarbeidsavtalene er å fremme samhandlingen mellom partene ved å konkretisere oppgave- og ansvars plasseringen mellom kommune og helseforetak, samt å etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder. Avtalene skal blant annet bidra til å sikre pasienter og brukere mer samordnede tjenester, samt bringe klarhet i hvem det er som skal yte de aktuelle tjenester.

Veilederne oppsummerer hva samarbeidsavtalene forventes å bidra med gjennom følgende kulepunkter:

- Klargjøre ansvars- og oppgavefordelingen på administrativt og tjenesteytende nivå ved utforming og iverksetting av samhandlingstiltak.
- Sikre behandling på lavest effektive omsorgsnivå (LEON- prinsippet).
- Utvikle tiltak som sikrer god koordinering og gode pasient- og brukerforløp, og som følger faglige retningslinjer og veiledere.
- Utvikle tiltak som sikrer god kvalitet og pasientsikkerhet.
- Sikre likeverdighet mellom avtalepartene og utvikling av en god samhandlingskultur.
- Videreutvikle bruker- og pasientmedvirkning slik at deres erfaringer med hvordan samhandlingen fungerer, tas i bruk på en systematisk måte.

Helsedirektoratet har laget en veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator²⁶. I veilederen blir den koordinerende enheten trukket frem i samhandlingsstrukturen mellom helseforetak og kommune, der det anbefales at samarbeidsrutiner mellom de koordinerende enhetene bør nedfelles i samarbeidsavtalene. Det anbefales videre at de koordinerende enhetene bør utvikle rutiner og møteplasser for samhandling, informasjon og kompetanseutvikling.

Med bakgrunn i de overnevnte utdrag fra lovteksten og veileder som gir anbefalinger om innhold i samarbeidsavtalene, har revisor utledet følgende konkrete revisjonskriterier:

- **Kommunen skal ha en samarbeidsavtale med det regionale helseforetak som minimum skal inneholde følgende punkter:**

²⁶ Sist oppdatert 23.2.2017

- Enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre.
 - Retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskriving, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester.
 - Retningslinjer for innleggelse i sykehus.
 - Beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikk hjelp etter § 3-5 andre ledd.
 - Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskriving fra institusjon.
 - Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering.
 - Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid.
 - Samarbeid om jordmortjenester.
 - Samarbeid om IKT-løsninger lokalt.
 - Samarbeid om forebygging.
 - Samarbeid om omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden.
- **Avtalen bør ha bidratt til følgende:**
 - Klargjøre ansvars- og oppgavefordelingen på administrativt og tjenesteytende nivå ved utforming og iverksetting av samhandlingstiltak.
 - Sikre behandling på lavest effektive omsorgsnivå (LEON- prinsippet).
 - Utvikle tiltak som sikrer god koordinering og gode pasient- og brukerforløp, og som følger faglige retningslinjer og veiledere.
 - Utvikle tiltak som sikrer god kvalitet og pasientsikkerhet.
 - Sikre likeverdighet mellom avtalepartene og utvikling av en god samhandlingskultur.
 - Videreutvikle bruker- og pasientmedvirkning slik at deres erfaringer med hvordan samhandlingen fungerer, tas i bruk på en systematisk måte.
 - **Erfaring fra pasienter og brukere skal ha blitt hørt i forbindelse med utarbeidelsen av avtalene.**

- **Kommunens koordinerende enhet bør ha utviklet rutiner for samarbeid og kommunikasjon med sykehuset.**

Problemstilling 2, Hva er gjort i kommunen for å sikre at pasient/bruker får koordinerte og helhetlige helsetjenester?

I forbindelsen med innføringen av samhandlingsformen ble det gjort en del endringer i helse- og omsorgsloven. Loven er med det et relevant utgangspunkt for utledingen av revisjonskriterier.

I lovens formålsparagraf, paragraf 1, står det under punkt 5, at loven skal sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov. Ordlyden er følgende:

«Lovens formål er særlig å:

- 1. forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne,*
- 2. fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer,*
- 3. sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre,*
- 4. sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud,*
- 5. sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov,*
- 6. sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet og*
- 7. bidra til at ressursene utnyttes best mulig».*

Videre er kapittel 3, kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester, relevant. § 3-1. Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester slår fast at kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Ordlyden er følgende:

«Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.

Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

Kommunens ansvar etter første ledd innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Kongen kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om pliktens innhold.

Kommunens helse- og omsorgstjeneste omfatter offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune.

Tjenester som nevnt i første ledd, kan ytes av kommunen selv eller ved at kommunen inngår avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere. Avtalene kan ikke overdras.»

Paragraf 3-2, kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester, utfyller paragraf 3-1 ved å liste opp konkrete tjenester som kommunen skal tilby. Ordlyden er følgende:

«For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen blant annet tilby følgende:

1. Helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder:

a. helsetjeneste i skoler og

b. helsestasjonstjeneste.

2. Svangerskaps- og barselomsorgstjenester.

3. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder:

a. legevakt,

b. heldøgns medisinsk akuttberedskap og

c. medisinsk nødmeldetjeneste.

4. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning.

5. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering.»

I paragraf 3-5, kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp, står det at den enkelte kommune skal kunne sørge for tilbud om døgnopphold for pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp. Ordlyden er følgende:

«Kommunen skal straks tilby eller yte helse- og omsorgstjenester til den enkelte når det må antas at den hjelp kommunen kan gi er påtrengende nødvendig. Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp etter første punktum gjelder undersøkelse, behandling eller annen hjelp som det er forsvarlig at kommunen yter.

Plikten til å yte øyeblikkelig hjelp etter første ledd inntreffer ikke dersom kommunen vet at nødvendig hjelp vil bli gitt av andre som etter forholdene er nærmere til å gi den i tide.

Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til.»

I lovens kapittel 4, krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet, er § 4-1, forsvarlighet, relevant for denne problemstillingen. Ordlyden er følgende:

«Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven her skal være forsvarlige. Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at:

- a. den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud,*
- b. den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud,*
- c. helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og*
- d. tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene.»*

Kapittel 7, individuell plan, koordinator og koordinerende enhet, er den siste delen av loven som er relevant for denne problemstillingen. Paragraf 7-1, individuell plan er relevant, da det der står at pasienter med behov og brukere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har krav på å ha en individuell plan. Ordlyden er følgende:

«Kommunen skal utarbeide en individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her. Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte.

Dersom en pasient eller bruker har behov for tilbud både etter loven her og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven, skal kommunen sørge for at det blir utarbeidet en individuell plan, og at planarbeidet koordineres.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke pasient- og brukergrupper plikten omfatter, og stille krav til planens innhold.»

Individuell plan er et helt sentralt tiltak for å ivareta samhandlingen og pasient- og brukerforankringer. Arbeidet med pasientforløpsarbeid er primært rettet inn mot systemsiden og utgjør et understøttende supplement til bruken av individuell plan. I følge Helsedirektoratets retningslinjer, er individuell plan *«en strukturert arbeidsprosess hvor tjenester fra ulike fag, nivåer og sektorer ses i sammenheng og innrettes slik at pasient og bruker kan bli i stand til å nå sine mål»*. *«Formålet med individuell plan er et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, og sikre at det til enhver tid er én ansvarsperson som har hovedansvaret for oppfølgingen og koordineringen.»* Stortingsmeldingen understreker at alle aktører og enheter innen helse- og omsorgstjenesten må ha en kultur og forståelse for at deres tjenester er en del av et større pasientforløp. De må skape en felles forståelse og mål om hva som er gode pasientforløp. Dette må skapes gjennom systematisk arbeid der alle aktuelle grupper er involverte, eksempelvis brukerorganisasjoner, ansattes organisasjoner, virksomheter og kommuner. Det må også vurderes om de reelle forløpene er gode forløp innen de gitte kriteriene.

Paragraf 7-2, koordinator, slår fast at kommunen skal tilby en koordinator for pasienter og brukere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Koordinatoren skal sørge for oppfølging av den enkelte pasient eller bruker. Nøyaktig ordlyd er følgende:

«For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her, skal kommunen tilby koordinator. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte

pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Kongen i statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilken kompetanse og hvilke oppgaver koordinatoren skal ha.»

I paragraf 7-3, koordinerende enhet, står det at kommunen skal ha en koordinerende enhet som har ansvaret for arbeidet med blant annet individuelt plan og oppnevning av koordinatorene. Ordlyden er følgende:

«Kommunen skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. Denne enheten skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator etter §§ 7-1 og 7-2.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilket ansvar den koordinerende enheten skal ha.»

I kapittel 11, finansiering og egenbetaling, er kommuners plikt til å dekke utgifter til utskrivningsklare pasienter som kommunen ikke kan ta imot hjemlet under § 11-4, kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter. Ordlyden er følgende:

«Kommunen skal fra og med dag én dekke utgifter for pasienter som er utskrivningsklare, men som oppholder seg i privat eller offentlig institusjon i spesialisthelsetjenesten i påvente av et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud.

Kommunen skal inngå samarbeidsavtale med regionalt helseforetak om utskrivningsklare pasienter, jf. § 6-1.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om ordningens omfang og innhold, kriterier for når en pasient er utskrivningsklar, herunder kriterier for samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten om utskrivningsklare pasienter, betalingssatser etter første ledd og om hvilken kommune som skal ha ansvaret for utgiftene for utskrivningsklare pasienter».

Den lovpålagte samarbeidsavtalen mellom kommunen og helseforetaket inneholder flere tjenesteavtaler som fordelere ansvaret for forskjellige aspekter ved samarbeidet mellom spesialisthelsetjeneste og kommune. I tjenesteavtale nummer 2, koordinerte tjenester, står det under hva som er kommunens ansvar at de blant annet skal:

«arbeide for å systematisere samarbeidet mellom fastlegene, de kommunale tjenestene og SI».

Helsetilsynets veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator, er aktuell som grunnlag også for problemstilling 2. Veilederen utleder hva som blir sett på som sentrale oppgaver som bør være lagt til kommunens koordinerende enhet. Oppgavene er følgende:

- Kommunens plan for habilitering og rehabilitering.
- Legge til rette for brukermedvirkning.
- Ha oversikt over tilbud innen habilitering og rehabilitering.

- Overordnet ansvar for individuell plan og koordinator:
 - Motta meldinger om behov for individuell plan og koordinator.
 - Utarbeide rutiner for arbeidet med individuell plan og koordinator.
 - Oppnevning av koordinator.
 - Kompetanseheving om individuell plan og koordinator.
 - Opplæring og veiledning av koordinatorene.
- Bidra til samarbeid på tvers av fagområder, nivåer og sektorer.
- Ivareta familieperspektivet.
- Sikre informasjon til befolkningen og samarbeidspartnere.
- Motta interne meldinger om mulig behov for habilitering og rehabilitering.

Informasjon om oppgavene bør videre være tilgjengelig for pasienter, brukere, helsepersonell og samarbeidspartnere.

Konkrete revisjonskriterier

Med utgangspunkt i de overnevnte lov utdragene og utdrag fra veileder har revisor utledet følgende konkrete revisjonskriterier:

- **Kommunen skal tilpasse virksomheten slik at tjenesten innhold og omfang er i stand til å følge opp de krav som stilles i loven herunder:**
 - Kommunen skal kunne tilby heldøgns medisinsk nødhjelp.
 - Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp.
 - Kommunens skal ha kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten.
- Kommunen skal ha opprettet systemer som sikrer samhandling og at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov.
- Pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerende tjenester skal ha tilbud om individuell plan.
- Kommunen skal tilby en koordinator for pasienter med langvarige og koordinerende tjenester.
- Kommunen skal ha en koordinerende enhet. Enheten bør ha ansvar for/sikre følgende oppgaver:
 - Kommunens plan for habilitering og rehabilitering.

- Legge til rette for brukermedvirkning.
- Ha oversikt over tilbud innen habilitering og rehabilitering.
- Overordnet ansvar for individuell plan og koordinator:
 - Motta meldinger om behov for individuell plan og koordinator.
 - Utarbeide rutiner for arbeidet med individuell plan og koordinator.
 - Oppnevning av koordinator.
 - Kompetanseheving om individuell plan og koordinator.
 - Opplæring og veiledning av koordinatorene.
- Bidra til samarbeid på tvers av fagområder, nivåer og sektorer.
- Sikre informasjon til befolkningen og samarbeidspartnere.
- Motta interne meldinger om mulig behov for habilitering og rehabilitering.
- **Kommunen bør ha rutiner for å systematisere samarbeidet mellom fastlegene, de kommunale tjenester og SI.**

Problemstilling 3, Hvordan opplever helsetjenestens brukere effektene av samhandlingsreformen?

Et sentralt tema i samhandlingsreformen er en klarere pasientrolle. Stortingsmelding nr. 47. 2008-2009 trekker frem både strukturelle og lovmessige årsaker til at samhandling er vanskelig å få til i praksis. Samhandlingsreformen forsøker å få en helhet i pasientens behandling, gjennom å kreve samarbeid på tvers av forvaltningsnivåer og organisatoriske grenser. Pasientmedvirkning er et av hovedtiltakene. Dette skal gjøre seg gjeldende på to nivåer:

- Deltagelse fra pasienten i eget opplegg.
- Deltagelse fra pasient- og brukerorganisasjoner i prosesser på systemnivå.

I stortingsmeldingen står det at mange pasienter og pårørende, tidligere opplevde at det var deres ansvar å stå for den praktiske koordineringen mellom de ulike deltjenestene. I reformen er det et uttalt mål at «pasienter og brukere møter en helhetlig helsetjeneste som er godt samordnet, preget av kontinuitet og med helhetlige behandlingsskjeder og pasientforløp som ivaretar god behandlingskvalitet».

Relevant for brukerens opplevelser av reformens effekter er innføringen av nye klageregler²⁷. Fylkesmannen er nå klageinstans og regionalt tilsynsorgan²⁸. Dette er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2. Ordlyden i loven er følgende:

«Pasient eller bruker eller dennes representant som mener at bestemmelsene i kapitlene 2, 3 og 4, samt § 5-1, § 6-2 og § 6-3 er brutt, kan klage til Fylkesmannen. Klagen sendes til den som har truffet enkeltvedtaket eller avgjørelsen.»

Med bakgrunn i det overnevnte har revisor kommet frem til følgende konkrete revisjonskriterier:

- **Pasient/bruker bør oppleve å være inkludert av kommunen i eget opplegg**
- **Pasienten opplever forløpet og kommunikasjonen med helsevesenet som mer helhetlig enn før reformen.**
- **Kommunene bør sikre at det gis informasjon om hvordan en pasient/bruker kan klage på et vedtak om helsetjenester.**

Revisjonskriteriene ble sendt på høring til rådmannen 28 mars 2017. Henvendelsen ble besvart 10 april og det er ikke meldt inn motforestillinger i forhold til de utvalgte revisjonskriteriene

²⁷ Samhandlingsreformen - informasjon om ikraftsetting av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/samhandlingsreformen---informasjon-om-ik/id667798/>

²⁸ Informasjon om sentrale endringer i spesialisthelsetjenestelovgivningen i forbindelse med ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og ny folkehelselov:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/informasjon-om-sentrale-endringer-i-spes/id661775/>

Vedlegg B: Reliabilitet og validitet

Reliabilitet sier noe om dataenes *pålitelighet*, det vil si i hvor stor grad resultatene fra en målemetode blir påvirket av tilfeldigheter, eller hvor sikkert og presist vi måler det vi faktisk søker å måle.²⁹ Betegnelsen sikter til *nøyaktigheten* i de ulike operasjonene i denne prosessen, herunder utformingen av undersøkelsesopplegget og hvordan datainnsamlingen er blitt gjennomført. Høy reliabilitet betyr at uavhengige målinger skal gi et tilnærmet identisk resultat om en gjennomfører en identisk undersøkelse flere ganger.

Reliabilitet har en noe annen betydning for innsamling av de mer kvalitative data. Her er troverdighet en mer hensiktsmessig betegnelse³⁰. Troverdighet er knyttet opp mot om undersøkelsen er utført på en tillitsvekkende måte. De kvalitative data i undersøkelsen er innhentet ved en grundig gjennomgang av dokumentasjonen og intervjuer av flere personer i kommunen. Etter vår oppfatning er dataenes troverdighet høy da det har vært tydelig for intervjuobjektene hva datamaterialet skulle brukes til. De har i tillegg hatt muligheten til å verifisere referater fra intervjuene. Det kommer også klart frem i rapporten hva som er datagrunnlaget og hva som er revisors sine vurderinger. Dette virker styrkende på dataens reliabilitet.

Validitet sier noe om hvor treffende eller *relevante* dataene er for det vi har tenkt å undersøke. For en forvaltningsrevisjon referer begrepet til datamaterialets gyldighet når det kommer til de problemstillinger som skal belyses, og forutsetter at det er samsvar mellom problemstillinger, revisjonskriterier, data og dataanalyse. En enkel vurdering av validitet tilsier, at den er tilfredsstillende dersom det er åpenbart at de innsamlede data er gode og treffende når det kommer til undersøkelsens intensjoner³¹.

I denne rapporten er det benyttet dokumentasjon som etter revisors vurderinger kommer fra troverdige og seriøse kilder. Informantene er valgt ut med tanke på hvilken faglig posisjon eller funksjon de har i kommunen, ved sykehuset eller som representant for brukerne. Med dette anser revisor at rapportens data tilfredsstiller kravene til validitet.

Henvisningen til krav om samsvar mellom revisjonskriterier og data, viser til det man i samfunnsvitenskapelig metode betegner som *begrepsvaliditet* eller *definisjonsmessig validitet*. Denne formen for validitet er knyttet til hvorvidt undersøkelsen måler det den har til hensikt å måle. En forutsetning for dette er at begrepene man bruker er klarlagt.

Etter revisors vurderinger er det i denne rapporten en lav grad av tvetydige begreper. Utledningene av revisjonskriterier viser at det som blir målt i rapporten blir målt opp mot autoritative kilder. Dette er, slik revisor ser det, med på å styrke rapportens begrepsvaliditet.

²⁹ Andersen, Laastad, Songstad og Ølnes (2006:102) *Veileder i forvaltningsrevisjon*

³⁰ Andersen, Laastad, Songstad og Ølnes (2006:102) *Veileder i forvaltningsrevisjon*

³¹ Andersen, Laastad, Songstad og Ølnes (2006:102) *Veileder i forvaltningsrevisjon*

Vedlegg C: Fellesrapport Samhandlingsreformen i Glåmdalen