

Samhandlingsreformen i Kongsvinger kommune



1 Forord

Denne rapporten er et resultat av forvaltningsrevisjonsprosjektet: Samhandlingsreformen i Kongsvinger 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 Kongsvinger kommune.

Mathias Grendahl Sem og Kristoffer Svendsen har vært utøvende revisorer for prosjektet og har ført rapporten i pennen. Jo Erik Skjeggestad har vært oppdragsansvarlig revisor for prosjektet og har kvalitetssikret arbeidet.

Prosjektets datainnsamling er gjennomført høsten 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 Kongsvinger kommune for oppdraget.

Løten, den 23. august 2017



Jo Erik Skjeggestad
Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor



Kristoffer Myklebust Svendsen
Utvøvende 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	OM HELSE OG OMSORGSTJENESTEN I KONGSVINGER KOMMUNE	8
3.3.1	ALDERSSAMMENSETNINGEN I KOMMUNEN	9
4	FORMÅL	9
5	AKTUALITET OG AVGRENSNING	9
6	METODE FOR REVISJONEN	10
7	PROBLEMSTILLING 1 - SAMHANDLING KOMMUNE OG HELSEFORETAK	12
7.1	BAKGRUNNSINFORMASJON	12
7.1.1	RELEVANT FORSKNING	12
7.2	REVISJONSKRITERIER FOR PROBLEMSTILLING 1	13
7.3	INNHEMTET DATA	14
7.3.1	SAMARBEIDSAVTALEN	14
7.3.2	NÅVÆRENDE AVTALE	16
7.3.3	KOMMUNIKASJON MELLOM KOMMUNEN OG SYKEHUSET	17
7.3.4	SAMARBEIDSFORA	19
7.3.5	INFORMASJON FRA SYKEHUSET INNLANDET KONGSVINGER	20
7.4	REVISORS VURDERING	22
7.4.1	OPPSUMMERING	25
8	PROBLEMSTILLING 2 - GREP TATT I KOMMUNENE	26
8.1	BAKGRUNNSINFORMASJON	26
8.2	REVISJONSKRITERIER FOR PROBLEMSTILLING 2	26
8.3	INNHEMTET DATA	27
8.3.1	IKØ, INTERKOMMUNAL ØYEBLIKKELIG HJELP	27
8.3.2	STATISTIKK	29
8.3.3	DATA INNHEMTET FRA KOMMUNEN	30
8.4	REVISORS VURDERING	33
8.4.1	OPPSUMMERING	34
9	PROBLEMSTILLING 3 - BRUKEROPPFATNING	35

9.1	BAKGRUNNSINFORMASJON	35
9.1.1	RELEVANT FORSKNING	35
9.2	REVISJONSKRITERIER FOR PROBLEMSTILLING 3	35
9.3	INNHENTETE DATA	36
9.3.1	PASIENT OG BRUKEROMBUDET I HEDMARK OG OPPLAND	36
9.3.2	BRUKERUNDERSØKELSER	37
9.3.3	ELDRERÅDET	37
9.3.4	DATA INNHENTET FRA KOMMUNEN	38
9.4	REVISORS VURDERING	39
9.4.1	OPPSUMMERING	40
10	KONKLUSJON	41
11	ANBEFALINGER	42
11.1	ANBEFALINGER FOR PROBLEMSTILLING 1	42
11.2	ANBEFALINGER FOR PROBLEMSTILLING 2	42
11.3	ANBEFALINGER FOR PROBLEMSTILLING 3	42
12	RÅDMANNENS HØRINGSUTTALELSE	43
13	REFERANSER	44
VEDLEGG A:	UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIER	45
VEDLEGG B:	VURDERING AV RELIABILITET OG VALIDITET I UNDERSØKELSEN	59
VEDLEGG C:	FELLESRAPPORT – SAMHANDLINGSREFORMEN I GLÅMDALEN	60

2 Sammendrag

Kontrollutvalget i Kongsvinger vedtok i sak 39/2016 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 endringer 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 innhentet relevant statistikk og 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 store og hele, ser samarbeidet mellom kommunen og helseforetaket SI ut til å fungere godt. Kommunen har de senere årene gjennomført omstrukturering av tjenestetilbudet og kompetansetiltak og er i ferd med å tilpasse seg nye krav og behov. Med hensyn til fokus på pasientforløp mener vi at det er spesielt positivt at kommunen starter kommunikasjon og planlegging for mottak av pasienter allerede mens de er innlagt på sykehus. Kommunen deltar også i tiltak som skal sikre god koordinering og gode pasient- og brukerforløp, og som følger faglige retningslinjer og veiledere, samt utvikling av tiltak som sikrer god kvalitet og pasientsikkerhet. Det er imidlertid viktig at kommunen fortsatt avsetter ressurser til utvikling og bidrar med innspill til forbedring. Utfordringen for Kongsvinger kommune er først og fremst kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter. Endring av kapasitet vil berøre både innretning og omfang av tjenestetilbudet. Vi mener videre at kommunen kan legge bedre til rette for brukervedvirkning på systemnivå. Eksempelvis ved å samarbeide med SI om brukerundersøkelser der hensikten er å kartlegge samhandlingen mellom sykehuset og kommunen, og vurdere om det er hensiktsmessig å opprette eget brukerutvalg for helse- og omsorgssektoren.

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 når det gjelder heldøgns medisinsk nødhjelp og øyeblikkelig hjelp-plasser. Videre at kommunen har rutiner som kan sikre samhandling og gjør at tilbudet tilpasses den enkeltes behov og i dialog med den enkelte bruker/pårørende. Kommunen har også en koordinerende enhet som skal ivareta de oppgaver en slik enhet kan forventes å ivareta. Blant annet ordningen med individuell plan og koordinatorene.

Hvordan opplever helsetjenestens brukere effektene av samhandlingsreformen?

Slik vi forstår det, er kommunens brukere jevnt over fornøyd med tilbudet de får. At pasientene/brukerne i rimelig grad opplever å bli inkludert av kommunen i eget opplegg og at de opplever pasientforløpene og kommunikasjonen med helsevesenet som god. Det er sannsynlig at pasientene er mer inkludert, og opplever bedre pasientforløp og kommunikasjon med helsevesenet enn før reformen. Det foreligger imidlertid ikke informasjon som muliggjør en klar konklusjon på dette. Eldrerådet, som representerer en stor del av brukerne i helse og omsorgssektoren, mener videre at kommunens kapasitetsproblemer fører til en dårligere tjeneste, og ugunstige løsninger for den enkelte. Selv om resultater fra bruker-/pårørende undersøkelser viser at brukerne er rimelig godt fornøyd med brukervedvirkning og kommunikasjon med helsevesenet mener vi at det er grunn til fortsatt å ha fokus på disse områdene. Kommunen bør således fortsatt arbeide for å sikre god brukervedvirkningen på individnivå. Det samme gjelder arbeidet med å sikre god kommunikasjon og gode pasientforløp, og å kartlegge brukernes oppfatninger av dette. Kartlegging kan med fordel gjøres i samarbeid/forståelse med sykehuset ettersom det er viktig å ivareta helheten i pasientforløpene.

Anbefalinger

Med bakgrunn i de vurderinger og konklusjoner som er gjort, har vi følgende anbefalinger:

1. Kommunen bør fortsette å prioritere arbeidet med samhandling. Det er viktig at det fortsatt avsettes ressurser til utvikling og at kommunen bidrar med innspill til forbedring.
2. Kommunen bør vurdere muligheten for å legge bedre til rette for brukervedvirkning på systemnivå.
3. Kommunen bør fortsette arbeidet med å forbedre sin kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter. Endring av kapasitet vil berøre både innretning og omfang av tjenestetilbudet.
4. Kommunen bør opprettholde sitt fokus på å arbeide med god brukervedvirkning på individnivå.
5. Kommunen bør fortsatt arbeide for å sikre god kommunikasjon og gode pasientforløp, og å kartlegge brukernes oppfatninger av dette. Kartlegging kan med fordel gjøres i samarbeid/forståelse med sykehuset ettersom det er viktig å ivareta helheten i pasientforløpene.

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 kontrollutvalg 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 Kongsvinger foretok, på bakgrunn av fremlagt prosjektplan, den endelige bestillingen under sak 39/2016 i kontrollutvalgets møte den 30. august 2016

Ordlyden i bestillingen var følgende:

1. *Kontrollutvalget viser til plan for forvaltningsrevisjon for Kongsvinger kommune for 2015-2016 og bestiller en 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, men reformen er ennå ikke fullt ut implementert. 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, går det frem 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 kostandene 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 Om helse og omsorgstjenesten i Kongsvinger kommune

Kongsvinger kommune har 17 857 innbyggere (per 1. kvartal 2017), og folketallet er gradvis stigende¹. I «kommunedelplan Helse omsorg 2010-2021» legger kommunen vekt på styrkning av folkehelsen gjennom forebyggende tiltak innen alle tjenestetyper. Innsatsen skal prioriteres mot de områdene hvor forebygging har størst effekt. Forebyggende tiltak iverksettes med tre ulike tidsperspektiv:

- «Det primærforebyggende arbeidet består i tiltak som iverksettes *før* sykdom, skade eller lyte har oppstått i en befolkning. Følgelig vet vi heller ikke hvem som egentlig vil dra nytte av tiltaket. Målet er å oppnå god helseatferd, være frisk og unngå sykdom og skade.
- Det sekundærforebyggende helsearbeidet består i å begrense allerede oppstått skade.
- Tertiærforebyggende arbeid er ofte synonymt med rehabilitering eller sosialmedisinske tiltak. Man tar for gitt at sykdom, skade eller lyte er etablert, men ønsker allikevel å legge forholdene til rette for et godt videre liv. Tiltakene for funksjonshemmede, personer med langvarige psykiatriske lidelser og eldre består i slike tertiærforebyggende tiltak»².

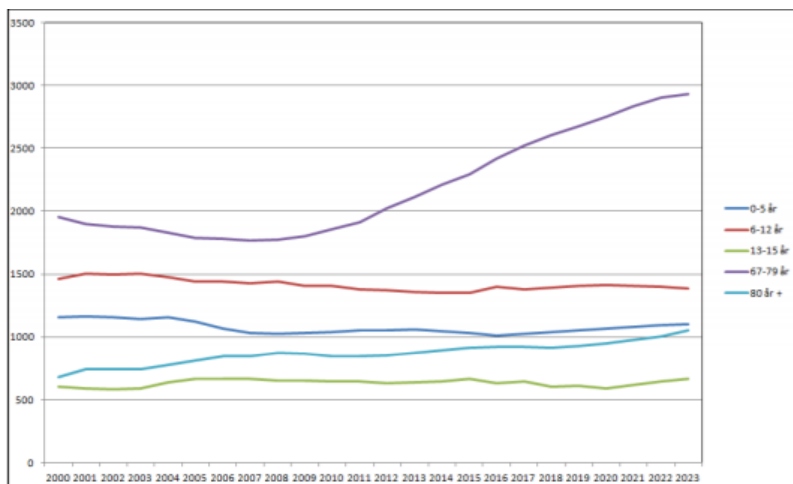
Kongsvinger kommune vil i sin satsning på folkehelse og forebygging styrke det forebyggende arbeidet innen alle tjenestetyper, og prioritere innsatsen mot områdene hvor forebygging har størst effekt. Kommunen vektlegger at det å fremme folkehelse betinger et samvirke mellom flere kommunale aktører, og eksterne partnere. Det må legges til rette for trygge oppvekstvilkår, like muligheter til utvikling og fremme sunne levevaner i befolkningen. Levekårsdata forteller at kommunen har utfordringer innen det helsefremmende arbeidet. Selv om statistikken er fra mellom 2005 og 2008, peker disse på en rekke utfordringer for helsearbeidet.

- Kongsvinger kommune har en høyere andel innbyggere som bare har grunnskole enn gjennomsnittet for Hedmark fylkeskommune og landet for øvrig. Arbeidsledigheten er også større.
- Det er en litt større andel som er sykemeldte enn i Hedmark, og landet.
- Dødelighet, samt tilfeller av hjertekarsykdommer blant både menn og kvinner er høyere enn i Hedmark og landet.
- Krefttilfeller blant menn og kvinner er noe høyere enn Hedmark og landsgjennomsnittet, men det er noe færre kvinner som får kreft i Kongsvinger kommune.

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

² Kommunedelplan helse og omsorg 2010-2021, s.27.

3.3.1 Alderssammensetningen i kommunen



Figur 1: Befolkningsutvikling barn, ungdom og eldre i Kongsvinger kommune.

I kommunens planstrategi for 2012-2015, presenteres denne grafen med alderssammensetningen i kommunen fra 2000 – 2023. I det store og hele holder folketallet i aldersgruppene 0-15 år relativt stabilt. Som vi kan se, vil Kongsvinger oppleve en stor økning av yngre eldre (67-79 år), og dette tallet vil ha økt fra i underkant av 2000 i 2012, til 2928 i 2023. Gruppen 80 år +, vil også øke i hele perioden fra 846 til 1056. Denne gruppen vil også øke ytterligere i fremtiden. Aldersgruppen 90 år + vil øke til 170 i 2023, og i 2040 vil denne gruppen utgjøre 391 personer.

Gruppen 20 – 66 år vil vokse minimalt i antall i hele perioden, fra 10680 i 2000, til 10793 i 2023. Den «produserende» gruppen vokser relativt sett mindre i forhold til gruppen som er avhengig av tjenester. Denne gruppen blir stadig større i Kongsvinger kommune.

4 Formål

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

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?*

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 2016³. 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 Kongsvinger.

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 utledning av revisjonskriterier og som bakgrunn for å klargjøre hvilke rammer Kongsvinger 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 bakgrunnsinformasjon⁴. Forvaltningsrevisjonen har tatt en forholdsvis omfattende gjennomgang og vurdering av ulik litteratur og dokumenter, hvilke fremkommer av referanselisten.

Det er gjennomført oppstartmøte med ledelsen i pleie- og omsorgssektoren i kommunen. I tillegg er det gjennomført til sammen seks intervjuer i kommunen med enhetsleder for service og forvaltning, enhetsleder hjemmebaserte tjenester, leder ved Langelandshjemmet, enhetsleder for helse og rehabilitering, teamleder for forvaltning-helse og leder for eldrerådet. 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 kommunehelsetjenestene 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. Leder

³ Norges forskningsråd (2016) Evaluering av samhandlingsreformen - Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM)

⁴ Tjora, Aksel (2010:162f) Kvalitative forskningsmetoder i praksis.

for eldrerådet i Kongsvinger kommune 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. Kongsvinger kommune sogner til sykehuset i samme kommune, så det var naturlig å gjennomføre et intervju med noen derfra. Vi intervjuet sykehusets spesialrådgiver for samhandling. Informasjonen fra intervjuet vi hadde med sykehuset, finnes 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).

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.

Dokumentanalyse og intervjuer befinner seg begge under den grenen av samfunnsvitenskapelige metoder som heter kvalitative metoder. I de kvalitative metoder er det 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 Kongsvinger 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.no⁵. SAMDATA kommune⁶ 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, 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.

⁵ <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-pleie-og-omsorg/fagutdanning-i-pleie-og-omsorgstjenesten>

⁶ <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 ovenfor. 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 helseforetak⁷. Rapporten tok for seg andre relevante forskningsrapporter som hadde tatt for seg 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 grunnelegende asymmetrisk der sykehusene er i den førende posisjonen. Videre fant riksrevisjonen ut i en undersøkelse fra 2009 at flertallet av de kommuner 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 med seg 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 kom frem til at det gjennomgående blant kommunalt ansatte at de 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 etterleves⁸. 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.

⁷ Samhandling mellom kommuner og helseforetak, Erfaring fra Midt-Telemark. TF-rapport nr. 266. 2010

⁸ 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 Innlandet⁹, 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 og 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
 - 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 forbygning
 - Samarbeid om omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden»
- **Avtalen bør ha bidratt til følgende:**

⁹ 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 SI¹⁰. 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 blir satt til 31.1.2013. Revideringsgruppa hadde samme sammensetting som de som utarbeidet den originale avtalen. Gruppa mottok innspill fra overordnet samarbeidsutvalg som hadde gjennomført evalueringer i form av:

- Innspillgrupper bestående av fagpersoner fra hver av partene
- Brukerrepresentanter, knyttet til hver enkelt tjenesteavtale

¹⁰ Gruppe 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.

- 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 ut¹¹ 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.
4. Behandling i RU¹² 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.¹³

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 omstrukturingsarbeid, og tidligere direktør ønsket et forum med ordførere fra vertskommunene. Dette er nå ivaretatt 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 OSU¹⁴, 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»

¹¹ Gruppen besto nå av rådmann Omar Dajani, Nord-Aurdal kommune (leder), avdelingsleder Harald Landheim, Lillehammer kommune, Roy Heine Oslen, 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.

¹² RU = Rådmannsutvalgene

¹³ 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.

¹⁴ 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 10 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 som følger:

1. Rutine for bruk av Individuell plan, IP.
2. Rutine for innleggelse i Sykehuset Innlandet (SI).
3. Rutine for varsling 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.

Avtalene med Sykehuset Innlandet er behandlet i kommunestyret.

7.3.3 Kommunikasjon mellom kommunen og sykehuset

Kommunikasjon/ansvars og oppgavefordeling

Når det gjelder kommunikasjon med sykehuset er enheten forvaltning – helse sentral. Forvaltning-helse, er en enhet som ligger under service- og forvaltningsenheten og er en støtteenhet i rådmannens ledergruppe. Forvaltning-helse er ansvarlig for tildeling av kommunale helse- og omsorgstjenester. Samhandlingsreformens hensikt er å bedre pasientforløpet mellom Sykehuset Innlandet og kommunene, noe som fordrer at arbeidet og vurderingene må gjøres i et mye høyere tempo enn før. For å sikre god arbeidsflyt, har teamet en forhåndsfordeling av saker. Alle ansatte vet med det umiddelbart hvem som skal ha ansvar for hvilke saker.

I teamet forvaltning-helse er det ansatt 4 sykepleiere og 2 ergoterapeuter, som vurderer pasientens funksjonsnivå for å gi grunnlag for tjenestetildelingen. For teamet er det likevel en utfordring å forutse tjenestebehovet på sikt. Kommunen vil gjerne at sykehuset også vurderer funksjonsnivå i tillegg til å diagnostisere.

Koordinering av arbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunens helse- og omsorgstjeneste innebærer hyppig kommunikasjon mellom Sykehuset innlandet og kommunen, med mye informasjonsutveksling både på telefon og via PLO-meldinger (pleie- og omsorgsmeldinger). To saksbehandlere fra forvaltning-helse er på sykehuset 1 gang i uka, og ut over dette er forvaltningsteamet på sykehuset ved behov. Forvaltningsteamet foretar individuelle vurderinger av pasientene for å ivareta pasientenes rettighetsfestede krav.

Enheten får PLO-meldinger fra sykehuset gjennom Helsenetttet, når det antas at bruker vil ha behov for kommunal oppfølging ved utskrivelse. Avtalen med sykehuset er en samarbeidsavtale med tjenesteavtaler og rutiner mellom Kongsvinger kommune og sykehuset Innlandet HF. Formålet med denne avtalen er å klargjøre SIs og kommunenes ansvar og oppgaver vedrørende inn- og utskrivning til og fra SI. SI sender orientering til kommunen (innen 24 timer etter innleggelse). SI orienterer hvorvidt pasienten trolig vil ha behov for tjenester fra kommunen etter utskrivelse og beskriver status, antatt forløp og forventet utskrivelsestidspunkt.

Kommunen svarer med innleggelsesrapport med oppdatert medisinsliste innen 24 t dersom pasienten har kommunale tjenester. SI og saksbehandler ved forvaltning - helse har dialog om funksjonsnivå og utskrivelsestidspunkt. Det er imidlertid kommunen som avgjør hvilket tilbud pasienten skal få. SI fastsetter endelig dato for når pasienten er utskrivningsklar og gir melding til kommunene om dette via «melding om utskrivningsklar pasient». Dersom kommunen ikke kan ta i mot pasient som er meldt utskrivningsklar blir pasienten liggende på sykehuset og kommunen faktureres for antall døgn pasienten blir liggende på sykehuset etter denne meldingen er sendt. Noen ganger går det kort tid mellom innleggelse til pasienten er utskrivningsklar. Saksbehandlerne i forvaltningsteam-helse vurderer tjenestetilbudet og gir beskjed videre til tjenesteyterne i kommunen.

Behandling på laveste effektive omsorgsnivå

Det er forvaltning –helse som koordinerer de ulike kommunale helsetjenestenes igangsetting. Vi har fått opplyst at kommunen har noen overliggere, men etter at kommunen begynte å kjøpe plasser ved Incita på Eidsvoll og i Våler, har antallet gått ned. Før var det mange. Noen ganger er det bedre at pasientene blir liggende på sykehus dersom man ikke har ledig plass på egnet sykehjemsavdeling for

å ivareta brukers behov og sikre forsvarlig tjeneste. Vi har også fått opplyst at kommunen venter med å ta imot dersom man ser at pasientene er for syke til å flyttes og/eller at de ikke har lenge igjen. Kommunen har få reinnleggelser, og det er få svingdørspasienter. Siden det er vanskelig å få lagt inn på sykehuset, vet de at de må ordne det meste i kommunen. Det er en holdningsendring blant de ansatte om å behandle pasientene mer der de er.

Samarbeid om gode pasient- og brukerforløp

Representanter fra forvaltning - helse er på sykehuset hver tirsdag etter kl. 12, og hyppigere ved behov. Her snakker de med avdelingene og alle brukerne om helsetilstand, funksjonsnivået og antatt tjenestebehov ved utskrivelse. Dette kan blant annet være mestring, boforhold og pårørende/nettverk. Dette gjør de for å sikre brukermedvirkning og gi pasientene en trygghet for at de blir ivaretatt. Det hender at pasienten har et annet funksjonsnivå enn sykehuset har oppgitt, og det er ikke alltid kommunen har fått så mye informasjon.

Kommunen deltar i ulike nettverksgrupper med andre kommuner og spesialisthelsetjenesten på blant annet KOLS, diabetes og kreft. Kommunen deltar også i prosjektet «Gode pasientforløp» som KS organiserer. Det er avsatt midler til prosjektlederstilling (40 prosent) for nettverksgruppene i kommunen. Ved behov jobbes det nå med å få hospitert på sykehus ved spesielle situasjoner for å sikre god kompetanse i overtagelse av pasienter i spesielle tilfeller, for eksempel for å lære seg å bruke smertepumpe til kreftpasienter. De ønsker å hospitere for å være i forkant av behovene. Dette er et tiltak som en ønsker å få til igjennom prosjektet «gode pasientforløp». Kommunen har ellers samarbeid og kontinuerlig kontakt med sykehuset for å få den nyeste kompetanse, for eksempel med sårbehandling.

Samarbeid om kvalitet og pasientsikkerhet

Når det gjelder samarbeid om kvalitet og pasientsikkerhet har vi fått oppgitt at Kongsvinger kommune har høyere beredskap enn før, da pasientene må tas imot relativt raskt fra sykehuset. Kommunen kjøper sykehjemsplasser når det ikke er nok kapasitet ved kommunens sykehjem. Kongsvinger har p.t (juni 2017) kjøpt plasser fra Våler, som har ekstra kapasitet, og Incita, et privat foretak. Flere korttidsplasser og demensplasser er under planlegging i kommunen, og hjemmebaserte tjenester øker også i omfang. Som tidligere nevnt velger kommunen heller å la pasienter ligge på sykehuset enn å ta de imot, dersom en ikke har ledig plass på egnet sykehjemsavdeling for å ivareta brukers behov og sikre forsvarlig tjeneste.

Det er utarbeidet kompetanseplaner på enhetene og i hele Helse- og omsorg. Vi har fått opplyst at det generelt er et behov for flere sykepleiere. Ved hver enkelt stillingsutlysning vurderer de behovet til kompetanse. Det jobbes for kompetanseheving for både helsefagarbeidere og sykepleiere. Det er fokus på videreutdanning for sykepleiere (spesielt kreftsykepleiere). Det er også mye kurs for helsefagarbeiderne (på den palliative avdelingen har alle kurs om dette). Det er kurs både i kommunen, ved sykehuset og regionalt, for eksempel sårkurs og diabetes. Hospitering ved sykehuset benyttes i noen grad, men det er et ønske om å benytte denne muligheten oftere.

Likeverdighet mellom avtalepartene/utvikling av samhandlingskultur

Samarbeidet i de opprettede samarbeidsfora med sykehuset oppfattes å fungere godt. Respondentene har videre oppgitt at en oppfatter at det er klar arbeidsfordeling mellom sykehus og kommune. Ved omfattende saker, kan det være flere personer som er med på møter med sykehuset.

Det er imidlertid sykehuset som sitter med beslutningsmyndighet om pasienten er utskrivningsklar eller ikke. Ved uenighet, har de en dialog og eventuelt så reiser noen fra kommunen til sykehuset for å vurdere situasjonen selv. Det er generelt en god dialog og en god arbeidsfordeling. Det tildeles tjenester i kommunen hele uken og etter reformen skjer det fort. Stort sett er utskrivningsklare pasienter avklart på forhånd. Avtalen er at pasientene skal meldes utskrivningsklare før kl. 15 på fredag. Det er ikke uvanlig at pasienter skrives ut fredag ettermiddag, men kommunen forsøker å ha tilrettelagt dette på forhånd. Hvis pasienten skal skrives ut til hjemmet i helgen, tar sykehuset kontakt med hjemmesykepleien.

Forvaltningsteamet oppgir å ha sett en positiv utvikling fra 2010 med tanke på kommunikasjonsflyten mellom enhetene. Dette gjelder også samarbeidet med kommuneoverlege, som argumenterer overfor SI for å «slette» det som klassifiseres som overliggerdøgn når kommunen redegjør for årsaken til at pasienten trenger mer tid ved sykehuset.

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). Fra kommunen har vi fått opplyst at de forholder seg til at det er et krav om brukermedvirkning i kommunal saksbehandling. Om pasientene er samtykkekompetente forholder forvaltningsteamet seg til deres ønsker, og disse er en svært viktig del av vurderingsgrunnlaget. Forvaltningsteamet ser iblant at de pårørende ønsker mer, eller noe annet enn pasientene. Kommunen er en 3-0-kommune, som innebærer at brukeren er i fokus, at man skal inkludere brukeren og at man skal se brukeren og pårørende som en ressurs.

Kongsvinger kommune har ikke noe eget brukerutvalg for pleie- og omsorgstjenestene, men både Eldreråd og Funksjonshemmedes råd er involvert i forberedelsen av saker som behandles i politiske organer, blant annet innen området pleie- og omsorg. Det finnes videre støtte-/pårørendeforeninger ved sykehjemmene. Disse informeres om ting som skjer, og vi har fått opplyst at de er med på styre-/årsmøter og setter pris på dette. Ellers har vi forstått at det gjennomføres bruker- og pårørendeundersøkelser i kommunen med jevne mellomrom.

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. Kongsvinger har en representant fra forvaltning helse, som deltar her.

7.3.5 Informasjon fra Sykehuset Innlandet Kongsvinger

Kommunene som hører til det primære nedslagsfeltet til sykehuset Kongsvinger er Kongsvinger, Nord- og Sør-Odal, Eidskog, 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 ha 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. Enheten forvaltning-helse er sentral, og vi ser at det er hensiktsmessig med én enhet som har ansvaret for pasientkommunikasjonen med sykehuset, og tildeling av kommunale tjenester. Informasjonsutvekslingen mellom kommunen og sykehuset oppfattes som god. Vi mener det er hensiktsmessig at saksbehandlere fra forvaltning-helse oppsøker pasienter på sykehuset. Dette vil etter vår oppfatning kunne være med på å sikre en myk overgang til kommunal tjeneste og et mer helhetlig pasientforløp. Revisjonskriteriet anses oppfylt.

Når det gjelder hvorvidt kommunen **sikrer behandling på lavest effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet)**, så har Kongsvinger kommune en del overliggerdøgn ved sykehusene. Kommunen har hatt kapasitetsproblemer, og kjøper nå korttidsplasser fra andre. Tilstrekkelig med korttidsplasser er etter vår mening avgjørende for å kunne ta imot pasienter fra sykehus, og det er viktig at disse plassene har tilgang på tilstrekkelig kompetanse. Det er vår vurdering at kommunen ikke treffer helt med hensyn til omsorgsnivå mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale pleie- og omsorgstjenesten, og at det vil være grunn til å vurdere kommunens tilbud, noe vi har forstått at man er i ferd med å gjøre. Når det gjelder å sikre LEON-prinsippet i kommunen er enheten forvaltning-helse sentral. Det er vår oppfatning at en har opprettet kartleggingsrutiner og dialog med brukerne som gjør at tjenestetilbudet tilpasses behovet. Det bemerkes at selv om kommunen har gode rutiner for tildeling, vil selve innholdet også være avhengig av tilgjengelige ressurser. Revisjonskriteriet anses som delvis oppfylt.

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**. Når det gjelder koordinering og gode pasient- og brukerforløp mener vi det er hensiktsmessig at ansatte fra kommunen oppsøker pasientene/brukerne allerede mens de er på sykehuset, og snakker med avdelingene og alle brukerne om helsetilstand, funksjonsnivået og antatt tjenestebehov ved utskrivelse. Kommunen bør fortsette dialogen med sykehuset vedrørende vurdering av funksjonsnivå hos pasientene. Dette kan også være en utfordring som andre kommuner opplever, og det kan være hensiktsmessig å samordne dialogen.

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. Når det gjelder kvalitet på de kommunale tjenestene mener vi at denne bør være så på et slik nivå at det kun er helt spesielle tilfeller som fører til at kommunen må betale for overliggerdøgn. Det at kommunen erkjenner at det ikke er alle pasienter som kommunen er i stand til å ta imot er imidlertid noe som taler for at en er opptatt av pasientsikkerhet. Revisjonskriteriet anses samlet sett, å være oppfylt.

Avtalen mellom sykehuset og kommunen bør ha **bidratt til å sikre likeverdighet mellom avtalepartene og utvikling av en god samhandlingskultur**. Respondentene i undersøkelsen oppfatter

kommunen og sykehuset til å være likeverdige parter. Det kan oppstå uenighet, men at en da har god dialog med sykehuset. Kommunes størrelse, og nærhet til sykehuset kan etter vår mening ha betydning her.

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 opprettholde/videreutvikle denne. Revisjonskriteriet anses oppfylt.

De neste kriteriene 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 å samle inn opplysninger rundt temaet fra enkelt brukere/pårørende gjennomføres det jevnlig brukerundersøkelser. Disse vil gi grunnlag for vurderinger av hvordan brukerne selv oppfatter tilbudet de får. Vi er usikker på om disse brukerundersøkelsene fanger opp samhandlingen mellom kommunen og sykehuset i særlig grad. Vi mener det kan være hensiktsmessig å samarbeide med sykehuset om denne typen informasjon.

Når det gjelder brukermedvirkning ser vi at brukerutvalget for SI deltar. Når det gjelder kommunen deltar eldrerrådet i saker som behandles i politiske organer i kommunen, så også samarbeidsavtalen. Rådet er imidlertid kritiske til at de får sakene for sent, og at de da ikke har noen reel påvirkningsmulighet. Dette er et signal vi mener kommunen bør følge opp. Det finnes videre støtte-/pårørende foreninger ved sykehjemmene, og en samarbeider med pasientorganisasjoner som demensforeningen og andre frivillige organisasjoner. Vi er usikre på om disse organene/organisasjonene er tilstrekkelig for å videreutvikle bruker- og pasientmedvirkning på systemnivå, i og med at de også har andre oppgaver. For å legge bedre til rette for brukermedvirkning kunne kommunen vurdere å opprette et eget brukerutvalg for helse- og omsorgssektoren. Revisjonskriteriet anses som delvis oppfylt.

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. Det er utarbeidet egne rutiner i samarbeidsavtalen for samarbeid og kommunikasjon mellom kommunen og sykehuset som følges opp av kommunen. Ut fra dette mener vi at det er **utviklet rutiner for samarbeid og kommunikasjon med sykehuset**, og at rutinene kan dokumenteres. Revisjonskriteriet anses oppfylt.

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, ser samarbeidet ut til å fungere godt for Kongsvinger kommune, og til en viss grad er dette på grunn av samarbeidsavtalen. Vi mener at det er spesielt positivt at kommunen starter kommunikasjon og planlegging mottak av pasienter allerede mens de er innlagt på sykehus. Vi mener dette kan føre til en myk overgang til kommunale tjenester og et mer helhetlig pasientforløp. Kommunen har de senere årene gjennomført omstrukturering av tjenestetilbudet og kompetansetiltak og er i ferd med å tilpasse seg nye krav og behov.

Når det gjelder utfordringer, er kapasiteten til å ta i mot utskrivningsklare pasienter etter vår vurdering for lav. Kommunen har rutiner for å tilpasse tjenestebehovet til den enkelte og sikrer behandling på laveste effektive omsorgsnivå internt i kommunen. Det bemerkes at selv om kommunen har gode rutiner for tildeling vil selve innholdet i tjenesten også være avhengig av tilgjengelige ressurser

Vi mener ellers at kommunen:

- Deltar i tiltak som sikrer god koordinering og gode pasient- og brukerforløp, og som følger faglige retningslinjer og veiledere, samt utvikling av tiltak som sikrer god kvalitet og pasientsikkerhet. Det er imidlertid viktig at kommunen fortsatt avsetter ressurser til utvikling og bidrar med innspill til forbedring.
- Kan vurdere å legge bedre til rette for brukermedvirkning på systemnivå. For eksempel ved å:
 - o Samarbeide med SI om brukerundersøkelser der hensikten er å kartlegge samhandlingen mellom sykehuset og kommunen.
 - o Opprette eget brukerutvalg for helse- og omsorgssektoren
- Har rutiner for samarbeid og kommunikasjon med sykehuset, og at rutinene kan dokumenteres.

8 Problemstilling 2 - Grep tatt i kommunene

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 stortingsmeldingens¹⁵ 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 sett 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 uoverstigelige og vekslinger mellom spesialisthelsetjenestene og de kommunale helsetjenestene kan oppleves som problematiske for pasient/bruker og utfordrerne 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.**
 - **Kommunens skal ha kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten**

¹⁵ St.meld. nr. 47 (2008-2009)

- **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 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 IKØ, Interkommunal øyeblikkelig hjelp

Samhandlingsreformen innebar blant annet at kommunene etter helse- og omsorgslovens § 3-5 var pliktig til å tilby døgnopphold med 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. Forut for en innleggelse skal alle pasienter være tilsett av en lege som har vurdert at tilstanden kan ivaretas med den kompetanse som IKØ kan stille til rådighet. Aktuelle pasientgrupper er blant annet:

- Pasienter med akutt forverrelse av kroniske tilstander.
- Pasienter til observasjon og utredning med uavklarte tilstander som mage- og brystmerter eller andre tilstander der det ikke vurderes nødvendig med sykehusinnleggelse.

- Pasienter med kjent, kronisk smerteproblematikk, samt palliativ og terminal omsorg med behov for medikamentjustering.
- Pasienter med behov for observasjon og behandling som kan utføres i kommunal avdeling, av typen infeksjoner, dehydrering, redusert helsetilstand o.l.

Kommunene Eidskog, Nord-Odal, Sør-Odal, Grue, Kongsvinger og Nes gikk sammen i et vertskommunesamarbeid, organisert etter kommunelovens § 28-1b, administrativt vertskommunesamarbeid. Fra 1.1.2017 har Nes trukket seg ut av samarbeidet. IKØ er lokalisert i 7. etasje på Kongsvinger Sykehus. De leier lokaler fra sykehuset, i tillegg til at de har en rekke andre avtaler med levering av tjenester fra sykehuset, som kjøkken, vaskeri og laboratorium. IKØ har også avtaler om ukentlige visitter av lege fra sykehuset, som gir råd og veiledning om pasienter, eventuelt også vurder om pasienten bør legges inn på sykehuset. IKØ kan i tillegg få konsultasjon fra spesialister innen forskjellige fagområder fra sykehuset. Det blir da fakturert for medgått tid, noe som gir IKØ ett relativt rimelig beredskap. Bemanningen består av lege og sykepleiere er det er ansatt to leger, en fast i 80 % og en vikar i 20 % stilling. Det er videre en teamleder og 17 fast ansatte sykepleier i ulike stillingsbrøker. Det er 9 sengeplasser på avdelingen.

Sykehuset Kongsvinger er fornøyd med hvordan ordningen fungerer, og de ser nytten av å stille med lege til faste visitter og spesialister ved behov. Dette kan føre til at det er færre pasienter som blir innlagt på sykehuset. For sykehuset er utfordringen til dels å få kommunisert ut at avdelingen ikke er en del av sykehuset, og at de med det ikke selv kan legge pasienter inn. Det er kun fastlegene og legevakten som har denne myndigheten.

Data fra kommunen

I Kongsvinger kommune er legevakt, interkommunal øyeblikkelig hjelp og spesialisthelsetjenesten lokalisert på Kongsvinger sykehus. Kommuneadministrasjonen synes dette er positivt. Interkommunal øyeblikkelig hjelp for Kongsvinger kommune er lokalisert i syvende etasje ved Kongsvinger sykehus. Øyeblikkelig hjelp er et alternativ til innleggelse på sykehus, et allmennmedisinsk tilbud som skal gis til de som har behov for observasjon, behandling og tilsyn¹⁶. Sykehuset innlandet har hatt gjennomgang av et tilfeldig utvalg pasientjournaler, og alle pasientene så nær som en ville vært innlagt på sykehus hvis denne enheten ikke hadde eksistert. IKØ tar imot dårligere pasienter enn mange andre kommuner og det er satset på kompetanse både hos lege og sykepleiere, og man har nærhet til spesialisthelsetjenesten. Det er en fast lege på dagtid, og alle er kommunalt ansatte. Ettermiddag, kveld og natt har legevaktslegen vakt. Det er klare samarbeidsavtaler mellom kommunene og SI, men det oppstår likevel jevnlig uklarheter rundt hvem som kan legge pasienter inn ved IKØ. Det er fastleger og legevaktsleger som kan legge inn pasienter ved IKØ, ikke sykehuslegene. Spesialisthelsetjenesten har veiledningsplikt på telefon, ved personlig oppmøte faktureres kommunen.

I planleggingen og oppstarten av IKØ var det stor grad av brukermedvirkning ved at det ble sendt brev til alle aktuelle råd i alle de involverte kommunene. Respondentene hevder at i det daglige er det også brukermedvirkning, og kommunen jobber med at stemmene skal høres. Diagnosegrupper og kommunens brukerrepresentanter var med da IKØ ble utarbeidet.

¹⁶ Årsrapport interkommunal øyeblikkelig hjelp, døgntilbud (2015).

Statistikken i tabell 3, side 21 viser at antall overliggerdøgn har økt fra 41 i 2011, altså før samhandlingsreformen ble iverksatt, til 150 i 2016, fem år etter. Det er Kongsvinger som er den kommunen som har flest pasienter ved sykehuset, og også størst problemer med å motta utskrivningsklare pasienter. Spesialrådgiver ved SI Kongsvinger informerte revisjonen om at denne trenden går igjen hos andre vertskommuner som Hamar, Elverum, Gjøvik, Lillehammer og Tynset. Spesialrådgiver ved sykehuset la vekt på verdien av ad-hoc kommunikasjon mellom SI og kommunene, da man kan avklare kritiske situasjoner relativt raskt. Slik at kommunene kan ta grep for å øke kapasiteten dersom sykehusene er presset på sin egen kapasitet. Forvaltningsteamet bekrefter også at det er kapasitetsproblematikk på sykehjemsplasser i kommunen, noe som har ført til at kommunen betaler for 16 plasser ved Incita, et privat helseforetak, og to i Våler kommune. Kongsvinger kommune har i desember 2016 fattet vedtak om å bygge nytt heldøgns-bemannet bofellesskap på Roverud. Det skal i tråd med vedtaket etableres 25 korttidsplasser på Roverud-hjemmet, 4 korttidsplasser på Langelandshjemmet og minimum 6 korttidsplasser for personer med demens på Skyrud.

I hjemmetjenesten ble det rapportert om utilstrekkelig grunnbemanning for å møte effektivitetskravene som stilles. Hjemmetjenesten har dermed vanskeligheter med å levere tjenester til alle vedtak, og må leie inn ressurser for å dekke behovet. Hjemmetjenesten søker etter sykepleiere for å tette gapet. Dette behovet gjelder også for sykehjemmene.

8.3.2 Statistikk

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.no.

Helsenorge.no, en offentlig helseportal som er driftet av direktoratet for e-helse, publiserer en rekke kvalitetsindikatorer knyttet blant annet til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Kvalitetsindikatorerne er basert på tallmateriale fra tilgjengelige registre som IPLOS og KOSTRA. Det gjøres oppmerksom på at tallmaterialet basert på kvalitetsindikatorerne må tolkes med varsomhet.

Samhandlingsformen har ført med seg et økt krav til kompetanse blant de ansatte som følge av mer krevende brukere/pasienter, noen som da 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 2011, dvs. før reformen og frem til 2014, så det kan ha skjedd endringer etter den tid som ikke er blitt publisert enda.

Andel avtalte årsverk av personell med fagutdanning

	2011	2012	2013	2014
Andel med fagutdanning totalt	76	77	77	77
Andel med fagutdanning høyskole	25	26	25	27
Andel med fagutdanning videregående skole	51	51	52	50

Tabell 1: Andel avtalte årsverk av personell med fagutdanning

Samdata – kommune 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 ned statistikk på to felt, reinnleggelser og overliggere.

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 om kommunen ikke var dyktige nok i sitt stell. Årsaken kan selvsagt også være endring i tilstand for pasienten. De vil videre bli presentert tall fra 2013 til 2016.

	2013	2014	2015	2016
Reinnleggelser i %	12,7	17,3	21,9	16,9
Reinnleggelser i % av landsgjennomsnitt	67,6	88	112,3	84,5

Tabell 2: Reinnleggelser i prosent, og reinnleggelser i prosent av landsgjennomsnitt.

Utskrivningsklare pasienter med overliggerdøgn¹⁷ kan gi en indikasjon på hvordan kommunen har organisert sine tjenester til å være rustet til å raskere ta imot pasienter fra sykehuset.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Antall pasienter med overliggerdøgn	41	53	70	102	114	150

Tabell 3: Antall pasienter med overliggerdøgn.

8.3.3 Data innhentet fra kommunen

- **Kommunen skal ha opprettet systemer som sikrer samhandling og at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov.**

Forvaltning-Helse er ansvarlig for tildeling av kommunale helse- og omsorgstjenester. Teamet koordinerer de ulike kommunale helsetjenestenes igangsetting. Saksbehandlere i dette forvaltningsteamet vurderer tjenestetilbudet og gir beskjed videre til tjenesteyterne i kommunen. Vi har fått opplyst at Kongsvinger kommune har klare regler for brukermedvirkning, og de ansatte kommuniserer alltid med pasienten så fremt denne er samtykkekompetent. Dersom pasienten mangler samtykkekompetanse, er «nærmeste pårørende» den som representerer brukeren. Nærmeste pårørende er opplyst i kommunens pasientjournalssystem.

Enheten får PLO-meldinger (pleie- og omsorgsmeldinger) fra sykehuset gjennom Helsenetttet, når det antas at bruker vil ha behov for kommunal oppfølging ved utskriving. Samarbeidsavtalen mellom SI og kommunen klargjør ansvar og oppgaver vedrørende inn- og utskriving til og fra SI. SI sender orientering til kommunen (innen 24 timer etter innleggelse). SI orienterer hvorvidt pasienten vil ha behov om kommunale tjenester etter utskriving, denne beskriver også status, antatt forløp og utskrivingstidspunkt. Kommunen svarer med innleggelsesrapport med oppdatert medisinske liste innen 24 timer dersom pasienten tildeles kommunale tjenester. SI og saksbehandler har dialog om funksjonsnivå og utskrivingstidspunkt.

Representanter fra enheten er på sykehuset hver tirsdag etter kl. 12, og hyppigere ved behov. Her snakker de med avdelingene, og alle brukerne om helsetilstanden og antatt tjenestebehov ved

¹⁷ Overliggerdøgn er den tiden pasienten blir liggende på sykehuset etter at den er definert som utskrivningsklar

utskrivelse. Dette dreier seg også om mestring, boforhold, og nettverk/pårørende. Denne dialogen skal sikre brukermedvirkning og gi pasientene en trygghet om at de blir ivaretatt. Samarbeidet mellom kommunen og sykehuset oppfattes som godt. Elektroniske meldinger suppleres med telefonkontakt ved behov, og enighet treffes som regel om pasientens status som utskrivningsklar eller ikke. Vi fikk inntrykk av at terskelen for å kommunisere med sykehuset var relativt lav. Ved feil utskrivning ble dette avklart med spesialrådgiver ved Sykehuset Innlandet, Kongsvinger.

Geografisk og klinisk samarbeidsutvalg sikrer koordinering mellom Kongsvinger kommune og SI. Geografisk SU har saker av strategisk art, med representanter fra alle kommunene som er knyttet til SI Kongsvinger. Kommunalsjef for helse og omsorg deltar i dette utvalget. Klinisk samarbeidsutvalg har mer fokus på drift og daglig samarbeid. En representant fra forvaltning helse deltar i dette utvalget.

- **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.**

Etter pasient og brukerrettighetsloven § 2-5, skal det utarbeides individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Dette gjennomføres av koordinerende enhet i Service- og forvaltningsenheten. Teamleder i forvaltning-helse ved Kongsvinger kommune informerte oss om at kommunen fattet vedtak om individuell plan dersom pasienten ønsket det, og at koordinator som regel ble den som hadde hovedtyngden av tjenestetilbudet. Forvaltningsteamet utnevner en koordinator, i samråd med enhetsleder på tjenesteytende enhet. For dette arbeidet bruker kommunen et system som heter ACOS IP, som er et web-basert system for individuell plan. Dette er et levende dokument hvor alle involverte skriver inn sin informasjon.

Ved Langelandshjemmet ble vi fortalt at alle pasientene har en individuell plan, blant annet med kostholdsplan og holdningsplan. Sistnevnte inkluderte faste rutiner som angikk renhold og mosjon. Dette var spesielt viktig for urolige pasienter.

- **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 koordinatører.

- 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.

Kommunens prosedyre skal sikre ivaretagelse av oppgavene til kommunens koordinerende enhet. Denne rollen ivaretas av Service- og forvaltningsenheten. Enheten skal ivareta kommunens plikter etter helse- og omsorgstjenesteloven kap. 7 og forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Det fremgår av intervjuer med Service- og forvaltningsenheten at denne har det overordnede administrative ansvaret for å planlegge og holde oversikt over habilitering- og rehabilitering i kommunen. Koordinerende enhet har overordnet ansvar for arbeidet med individuelle planer, ansvaret for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Videre heter det at helse- og omsorgstjenestene i kommunen skal utarbeide individuell plan og samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud. Det heter at alle enheter som berøres av denne prosedyren skal kjenne til at den eksisterer og hvilken plikt de har til å samarbeide.

Kommunen har også prosedyre for individuell plan og oppnevning av koordinator for IP. Prosedyren skal gjennomføres av koordinerende enhet i Service- og forvaltningsenheten i samarbeid med tjenesteytende enheter. Her heter det at alle som innvilges rett til IP, får retten fastsatt i enkeltvedtak ved service- og forvaltningsenheten. Denne oppnevner også koordinator. Dette skjer ved dialog med aktuell enhet ved enhetsleder over telefon samtidig som kopi av enkeltvedtaket sendes enheten. I intervjuer med enhetslederne fremkommer det at det er god kjennskap til individuell plan i pleie- og omsorgssektoren. Den aktuelle enhetslederen skal stille koordinatoren til rådighet straks og senest innen 14 dager etter at enheten er meddelt behovet. Koordinerende enhet skal sørge for nødvendig veiledning til koordinator. Skoler og barnehager er ikke unntatt, men lærere og ansatte i PPT skal ikke oppnevnes som koordinator. Disse forutsettes imidlertid å kunne delta i arbeidet med IP, i tråd med opplæringsloven. Videre formaliserer prosedyren dokumentasjon av gjennomføringen i Profil, og at rettighetene skal fastsettes i enkeltvedtak for å sikre klageretten.

- **Kommunen bør ha rutiner for å systematisere arbeidet mellom fastlegene, de kommunale tjenester og SI.**

Enhetsleder for helse og rehabilitering har ansvaret for fastlegeordningen i kommunen, det er 15 fastleger i kommunen. Enhetsleder møter i legenes samarbeidsutvalg tre til fire ganger i året. I utvalget inngår 2-3 fastleger, leder for legevakt og kommuneoverlegen. Demens- og kreftkoordinator, frisklivssentralen og de som jobber innen psykiatri og rus har mye kontakt med fastlegene. Dette arbeidet kan styrkes ytterligere, men de oppgis å generelt ha et godt samarbeid. Forvaltningsteamet har ingen faste møteplasser med fastleger. Forvaltningsteamet tar kontakt med fastlegene ved behov. Disse er også på PLO-systemet. Enhetsleder for service- og forvaltning rapporterte om at samarbeidet med fastlegene varierte. Dette gjelder også for de hjemmebaserte tjenestene. Ved Langelandshjemmet var det lite samarbeid med fastlegene.

8.4 Revisors vurdering

Basert på datainnhenting fra kommunen, har revisor gjort følgende vurderinger:

Det første revisjonskriteriet for denne problemstillingen vil undersøke om **kommunen tilpasser virksomheten slik at tjenestens innhold og omfang er i stand til å følge opp de krav som stilles i loven**. For dette kriteriet er det fire underpunkter. For det første skal **kommunen kunne tilby heldøgns medisinsk nødhjelp**. Siden kommunen er vertskommune for Sykehuset Innlandet avdeling Kongsvinger, ivaretar legevakten som er lokalisert ved sykehuset, dette ansvaret. Videre skal **kommunen sørge for tilbud om døgnopphold for pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp**. Dette ivaretas gjennom interkommunal øyeblikkelig hjelp i 7. etasje ved Kongsvinger sykehus. Kommunen ser det som positivt at legevakt, interkommunal øyeblikkelig hjelp og spesialisthelsetjenesten er lokalisert ved Kongsvinger sykehus. I tillegg skal **kommunen ha kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten**. På dette punktet tyder det på at kommunen opplever kapasitetsproblematikk med hensyn til sykehjemsplasser. Dette gir seg utslag i en økning i overliggerdøgn ved SI, og at kommunen har sett seg nødt til å leie sykehjemsplasser eksternt. Kommunen har vedtatt utbygging av tjenestene for å gjøre noe med denne utfordringen. Hjemmetjenesten, så vel som sykehjemmene, ønsker også økt kompetanse i form av flere sykepleiere. Det er revisors vurdering at kommunen har et forbedringspotensial opp mot å ha kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter. Revisjonskriteriet anses ut fra dette å være delvis oppfylt.

Under neste revisjonskriterie skal det vurderes om **kommunen har opprettet systemer som sikrer samhandling og at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov**. Forvaltning-helse er kommunens team som har hovedansvaret for koordinering av tjenestetilbudet som tilbys de utskrivningsklare pasientene. Disse kommuniserer med Sykehuset Innlandet om de utskrivningsklare pasientene på PLO-meldinger, og dette suppleres med uformell telefonkontakt. Forvaltning-helse har også ukentlig besøk på SI der en har kontakt med sykehusavdelingene og innlagte pasienter. Nettopp for å kartlegge hjelpebehov og forberede utskrivning. Geografisk- og Klinisk samarbeidsutvalg sørger for å ta opp saker for videreutvikling av helsetjenestene i distriktet tilknyttet Kongsvinger sykehus. Det administrative samarbeidet ser ut til å fungere godt, men likevel tyder økningen i antall overliggerdøgn på at Kongsvinger kommune har et kapasitetsproblem som forhindrer en friksjonsfri flyt av pasienter fra spesialisthelsetjenesten. Hva angår brukermedvirkning, har kommunen klare regler, og kommuniserer med pasienten så fremt denne er samtykkekompetent. Revisjonskriteriet anses oppfylt.

Når det kommer til neste kriterie, hvorvidt **pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerende tjenester får tilbud om individuell plan**, så tildeles dette av service- og forvaltningsenheten i samarbeid med tjenesteytende enheter. Dette ut fra kartlegging av behov og etter ønske fra brukeren. Service- og forvaltningsenheten har også ansvar for å **tilby en koordinator for pasienter med langvarige og koordinerende tjenester**. Dette er nedfelt i kommunens prosedyrer. Revisjonskriteriet anses å være oppfylt.

Kommunen skal også **ha en koordinerende enhet. Enheten bør ha ansvaret for/sikre noen spesifiserte oppgaver**. Service- og forvaltningsenheten er delegert dette ansvaret. Disse har det overordnede ansvaret for utskrivningsklare pasienter, og planlegger kommunens habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. I samråd med kommunens tjenesteutøvelse for øvrig, har vi fått inntrykk

av at de legger til rette for brukermedvirkning. Service- og forvaltningsenheten har også oversikt over tilbud innen habilitering og rehabilitering. Kommunens forskrift formaliserer også ansvaret for en rekke områder for individuell plan og koordinator, herunder kommunikasjon om behov, rutineutarbeidelse, oppnevning av koordinator, samt kompetanseheving, opplæring og veiledning av koordinatorene. Service- og forvaltningsenheten koordinerer også samarbeid mellom fagområder, nivåer og sektorer ved å være et bindeledd mellom kommunens ulike tjenester og mellom kommunen og spesialisthelsetjeneste med pasientenes interesser for øye. PLO-meldingene sørger også for informasjonsflyt angående pasientenes behov for tjenester. Revisjonskriteriet anses oppfylt.

Det siste kriteriet for denne problemstillingen skal svare på **om kommunen har rutiner for å systematisere arbeidet mellom fastlegene, de kommunale tjenester og SI**. Resultatene fra datainnsamlingen tyder på at enhetsleder for helse og rehabilitering har kontakt med fastlegene i legenes samarbeidsutvalg. Kommunen kommuniserer også med fastlegene i geografisk samarbeidsutvalg. Fastlegene er påkoblet PLO-systemet. Kriteriet anses som oppfylt.

8.4.1 Oppsummering

Stortingsmelding 47 (2008-2009) 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. I alle fall når det gjelder heldøgns medisinsk nødhjelp og øyeblikkelig hjelp-plasser. Videre at kommunen har rutiner som kan sikre samhandling og gjør at tilbudet tilpasses den enkeltes behov og i dialog med den enkelte bruker/pårørende. Kommunen har en koordinerende enhet som skal ivareta de oppgaver en slik enhet kan forventes å ivareta. Blant annet ordningen med individuell plan og koordinatorene.

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 forløpstekningen.

9.1.1 Relevant forskning

Forskningsrådets rapport «Evaluering av samhandlingsreformen», 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.**

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 gjennomførte høsten 2016 brukerundersøkelser i forskjellige sektorer av kommunens tjenestetilbud. Undersøkelsene ble gjennomført etter KS sine standarder for gjennomføring av brukerundersøkelser. Disse ble gjennomført enten elektronisk, som utsendt undersøkelse i posten, eller som intervju. Følgende temaer ble tatt opp:

- Resultat for brukerne
- Trivsel
- Respektfull behandling
- Tilgjengelighet
- Brukermedvirkning
- Informasjon

Av de respondentgrupper som er inkludert i undersøkelsen er hjemmeboende i pleie- og omsorgstjenesten, samt beboere og pårørende ved pleie- og omsorgstjenesten i institusjon relevante. Vi presenterer her resultatene for hvordan respondentene oppfatter brukermedvirkning og informasjon som gis av helsepersonell.

Svarprosentene var som følger: av 411 utsendte undersøkelser til hjemmeboende, fikk kommunen 166 svar, det vil si en svarprosent på 40. Det ble gjennomført 47 intervjuer av beboere på institusjon. Av de pårørende av beboere på institusjon sendte kommunen ut 171 spørreskjema, og fikk 84 svar, det vil si en svarprosent på 49.

Under er det presentert en tabell hvor resultatene fra brukerundersøkelsen i Kongsvinger er sammenlignet med gjennomsnittet i Norge. Diagrammene viser resultatene innen brukermedvirkning og informasjon.

	Kongsvinger	Landsgjennomsnitt
Brukere av hjemmetjenesten: brukermedvirkning	4,5	4,6
Brukere av hjemmetjenesten: informasjon	4,8	4,9
Beboer på institusjon: brukermedvirkning	5	4,9
Beboer på institusjon: informasjon	4,9	4,9
Pårørende ved institusjon: brukermedvirkning	3,8	4,1
Pårørende ved institusjon: informasjon	4,1	4,4

Tabell 4: Resultater av brukerundersøkelse i Kongsvinger og landsgjennomsnittet.

Som vi kan se ut fra diagrammene så scorer hjemmetjenesten i Kongsvinger litt lavere på både brukermedvirkning og informasjon enn gjennomsnittet for Norge. Likevel scores det jevnt over høyt. Også for institusjon beboer scorer kommunen høyt brukermedvirkning litt over landsgjennomsnittet, mens informasjon er likt. De pårørende er ikke like fornøyd, og spesielt er det store utslag på informasjon.

9.3.3 Eldrerådet

Hedmark Revisjon gjennomførte et intervju med leder for Kongsvinger kommunes eldreråd for å finne ut hva slags inntrykk kommunens eldre har av helse- og omsorgstjenesten i kommunen.

Eldrerådet er i følge leder et partipolitisk nøytralt råd, som skal sørge for at eldres syn er med i grunnlaget for beslutninger som fattes av kommunen. Eldrerådet skal gi ett innlegg, eller notat i kommunestyrets saker. Vi ble informert om at eldrerådet opplever at sakene kommer for sent slik at de ikke får forberedt sine kommentarer i tide, og før komitémøtene. Eldrerådet mente at de ikke greier å forandre noe når partiene allerede har innstilt saken.

Leder for eldrerådet påpekte at til det fortsatt er mangel på sykehjemsplasser, akutt plasser, og at 14 pasienter nå er sendt utenfor kommunen, dette til tross for at reformen skulle bidra til at tjenestene var «nærere pasienten». En bruker måtte nylig feire 100-årsdagen sin på Eidsvoll.

Kommunen har nylig utformet en lokal forskrift om tjenester. Da denne ble utformet, ytret eldrerådet et ønske om en mer «menneskelig og varmere forskrift», en formulering for å nå fram til de eldre. Dette forslaget ble stemt ned. Den juridiske språkbruken er vanskelig å forstå, og kommuneadministrasjonen glemmer at folk skal lese den.

Eldrerådet får mer og mer forslag fra medlemmene, og eldrerådets rolle er i følge leder å forstå som en slags brukermedvirkning, men brukerinvolvering i pleie- og omsorgstjenestene er i følge leder av eldrerådet likevel ikke tilfredsstillende. Når det gjelder forslag til forbedringer, har eldrerådet foreslått aktivtør ved sykehjemmet, de har fått gjennomslag for dette, men det er likevel ikke gjennomført i praksis. Det er også blitt utredet om det er aktuelt å bygge et aktivitetssenter. Eldrerådet måtte etterlyse disse tiltakene på et senere tidspunkt.

Pasientene ligger for kort tid på sykehuset, og kommunen har for lite kompetanse og kapasitet. Avdelingene overskrider budsjettet for å møte de lovpålagte kravene, og ukvalifisert arbeidskraft må også gjennomføre oppgaver ved helse-omsorgssektoren. Kommunen er ved å bygge ut tjenestene, men dette skulle skjedd før, kommunen er på etterskudd her. Helsetjenesten er skalert opp, og det er tatt i bruk velferdsteknologi, men tilbudene kunne vært ytterligere effektivisert.

Vi ble informert om at det har forekommet tilfeller hvor eldre deler rom med flere som er demente, dette er ikke så trivelig når man selv er frisk til sinns. Leder for eldrerådet fortalte oss også at de eldre er forsiktige med å klage, så det var vanskelig å si noe om utviklingen i tilbudet på grunnlag av de eldres oppfatninger.

Eldrerådet mente kommunen også hadde forbedringspotensial angående forebyggende arbeid i strategiplanen. Kommunen har en plikt om å forebygge ensomhet, noe som ikke er med i den vedtatte strategiplanen.

9.3.4 Data innhentet fra kommunen

Kommuneadministrasjonen tror en del pasienter blir overrasket over at de blir utskrevet så raskt. Om pasienten sendes hjem, eller får sykehjemsplass, kommer blant annet an på helsetilstand, funksjonsnivå, nettverk og bolig. Det har skjedd en endring her, hvor målet er at folk skal bo lengst mulig hjemme, og samfunnet må bevisstgjøres på dette. Individuell plan er helse- og omsorgstjenestens hjelpemiddel for å samarbeide mot et konkret mål.

I intervjuer med kommunen var det gjennomgående inntrykket at det ble sendt få klager fra pasientene. Pasienter ble informert om klagemulighet både i vedtaket og fra de ansatte. Det er også en pårørende forening ved Langeland og Skyrud omsorgssenter. Det er i tillegg registrert lite eller

ingen negative tilbakemeldinger fra pasienter. På legevakten kan brukere/pårørende uttrykke misnøye på stedet, men det oppfordres til å sende skriftlig klage slik at kommunen kan følge det opp formelt.

9.4 Revisors vurdering

Det første revisjonskriteriet for denne problemstillingen går på om **pasient/bruker blir inkludert av kommunen i eget opplegg**. Brukerundersøkelsen viser at kommunen får greie resultater. Likevel får brukermedvirkning av de laveste scorene av de ulike kategoriene av spørsmål. Pårørende er jevnt over mer kritisk enn brukerne selv. Vi merker oss at Pasient- og brukerombudet i Hedmark og Oppland mener at bruk av individuell plan er mangelfullt i mange kommuner. En individuell plan er nettopp et verktøy for å involvere bruker i eget opplegg. Det er likevel vårt inntrykk at kommunen har gode rutiner for bruk av slike planer, og at en benytter slike planer i noen grad.

Ellers er vårt inntrykk at kommunen gjennom kartlegging av den enkelte bruker inkluderer pasient/bruker i eget opplegg. Det bemerkes at det også i Kongsvinger legges vekt på at den enkelte skal bo lengst mulig hjemme, og klare mest mulig selv. Dette har betydning for det tilbudet som gis. Ut fra resultatene i brukerundersøkelsene er det vår vurdering at kommunen fortsatt bør arbeide for å bedre brukermedvirkningen på individnivå. Revisjonskriteriet anses imidlertid som oppfylt.

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. Vi mener det er svært positivt at kommunen oppsøker pasienter ved sykehuset og starter planleggingen av de kommunale tjenestene før pasienten skrives ut. Det gjennomføres også felles prosjekter for å sikre bedre kommunikasjon og pasientforløp mellom kommunen og SI. Kommunen gjennomfører brukerundersøkelser der informasjon er en av kategoriene det stilles spørsmål om, men det finnes oss bekjent ikke data som sier noe om brukernes opplevelser før samhandlingsreformen.

På brukerundersøkelsen oppnår kommunen greie resultater. Likevel er informasjon en av de kategorier av spørsmål hvor en oppnår lavest score. Pårørende er videre mer kritisk enn brukerne selv. Innspill fra brukerombudet ved SI tilsier at en bør ha fokus på å sikre gode rutiner for samhandling slik at en sikrer forsvarlig oppfølging i overgangene. Fra eldrerådet har vi fått innspill på at kapasitetsproblemene fører til en dårligere tjeneste, og ugunstige løsninger for den enkelte. Ut fra dette mener vi at kommunen bør fortsette arbeidet med å sikre god kommunikasjon og gode pasientforløp, og å kartlegge brukernes oppfatninger av dette. Pasientforløp skjer både internt i de kommunale tjenestene, og 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. Om ikke annet bør sykehuset gjøres kjent med resultater som kan være nyttige for dem. Som et tillegg til bruker/pårørende undersøkelser mener vi, som nevnt under problemstilling 1 i denne forvaltningsrevisjonen, at brukermedvirkning på systemnivå kan gi kommunen nyttig informasjon. Dette er et område hvor vi mener kommunen kan legge bedre til rette, og vi opprettholder vår anbefaling om å vurdere eget brukerutvalg for helse- og omsorgssektoren. Det anses å ikke foreligge informasjon som muliggjør en klar konklusjon for dette revisjonskriteriet.

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 vedtaksbrevene og at pasienten/brukeren oppfordres til å avgi en skriftlig klage dersom ansatte i kommunen mener det er hensiktsmessig. 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

Fra resultater i brukerundersøkelser ser det ut for at kommunens brukere stort sett er fornøyd med tilbudet de får, at pasientene/brukerne i rimelig grad opplever å bli inkludert av kommunen i eget opplegg og at de opplever pasientforløpene og kommunikasjonen med helsevesenet som god. Det er sannsynlig at pasientene er mer inkludert, og opplever bedre pasientforløp og kommunikasjon med helsevesenet enn før reformen. Det foreligger imidlertid ikke informasjon som muliggjør en klar konklusjon på dette. Eldrerådet, som representerer en stor del av brukerne i helse og omsorgssektoren, mener videre at kommunens kapasitetsproblemer fører til en dårligere tjeneste, og ugunstige løsninger for den enkelte.

Vi mener at kommunen:

- ut fra resultatene i brukerundersøkelsene, bør en fortsatt arbeide for å bedre brukermedvirkningen på individnivå.
- bør fortsette arbeidet med å sikre god kommunikasjon og gode pasientforløp, og å kartlegge brukernes oppfatninger av dette. Kartlegging kan med fordel gjøres i samarbeid/forståelse med sykehuset ettersom det er viktig å ivareta helheten i pasientforløpene.
- Kan legge bedre til rette for brukermedvirkning på systemnivå, og vi opprettholder vår anbefaling om å vurdere eget brukerutvalg for helse- og omsorgssektoren
- 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 Kongsvinger 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 og er i ferd med å tilpasse seg nye krav og behov. Med hensyn til fokus på pasientforløp mener vi at det er spesielt positivt at kommunen starter kommunikasjon og planlegging for mottak av pasienter allerede mens de er innlagt på sykehus. Kommunen deltar også i tiltak som skal sikre god koordinering og gode pasient- og brukerforløp, og som følger faglige retningslinjer og veiledere, samt utvikling av tiltak som sikrer god kvalitet og pasientsikkerhet. Det er imidlertid viktig at kommunen fortsatt avsetter ressurser til utvikling og bidrar med innspill til forbedring. Utfordringen for Kongsvinger kommune er først og fremst kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter. Endring av kapasitet vil berøre både innretning og omfang av tjenestetilbudet. Vi mener videre at kommunen kan legge bedre til rette for brukarmedvirkning på systemnivå. Eksempelvis ved å samarbeide med SI om brukerundersøkelser der hensikten er å kartlegge samhandlingen mellom sykehuset og kommunen, og vurdere om det er hensiktsmessig å opprette eget brukerutvalg for helse- og omsorgssektoren.

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 når det gjelder heldøgns medisinsk nødhjelp og øyeblikkelig hjelp-plasser. Videre at kommunen har rutiner som kan sikre samhandling og gjør at tilbudet tilpasses den enkeltes behov og i dialog med den enkelte bruker/pårørende. Kommunen har også en koordinerende enhet som skal ivareta de oppgaver en slik enhet kan forventes å ivareta. Blant annet ordningen med individuell plan og koordinatorene.

Slik vi forstår det, er kommunens brukere jevnt over fornøyd med tilbudet de får. At pasientene/brukerne i rimelig grad opplever å bli inkludert av kommunen i eget opplegg og at de opplever pasientforløpene og kommunikasjonen med helsevesenet som god. Det er sannsynlig at pasientene er mer inkludert, og opplever bedre pasientforløp og kommunikasjon med helsevesenet enn før reformen. Det foreligger imidlertid ikke informasjon som muliggjør en klar konklusjon på dette. Eldrerådet, som representerer en stor del av brukerne i helse og omsorgssektoren, mener videre at kommunens kapasitetsproblemer fører til en dårligere tjeneste, og ugunstige løsninger for den enkelte. Selv om resultater fra bruker-/pårørende undersøkelser viser at brukerne er rimelig godt fornøyd med brukarmedvirkning og kommunikasjon med helsevesenet mener vi at det er grunn til fortsatt å ha fokus på disse områdene. Kommunen bør således fortsatt arbeide for å sikre god brukarmedvirkningen på individnivå. Det samme gjelder arbeidet med å sikre god kommunikasjon og gode pasientforløp, og å kartlegge brukernes oppfatninger av dette. Kartlegging kan med fordel gjøres i samarbeid/forståelse med sykehuset ettersom det er viktig å ivareta helheten i pasientforløpene.

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 fortsette å prioritere arbeidet med samhandling. Det er viktig at det fortsatt avsettes ressurser til utvikling og at kommunen bidrar med innspill til forbedring.
2. Kommunen bør vurdere muligheten for å legge bedre til rette for brukervedvirkning på systemnivå.

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?:

3. Kommunen bør fortsette arbeidet med å forbedre sin kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter. Endring av kapasitet vil berøre både innretning og omfang av tjenestetilbudet.

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?:

4. Kommunen bør opprettholde sitt fokus på å arbeide med god brukervedvirkning på individnivå.
5. Kommunen bør fortsatt arbeide for å sikre god kommunikasjon og gode pasientforløp, og å kartlegge brukernes oppfatninger av dette. Kartlegging kan med fordel gjøres i samarbeid/forståelse med sykehuset ettersom det er viktig å ivareta helheten i pasientforløpene.

12 Rådmannens høringsuttalelse

Revisor har fått følgende meddelelse i e-post av 21.08.2017:

Rådmannen har deltatt i verifiseringsmøte der rapporten ble gjennomgått, og har ingen ytterligere tilføyelser.

Sign.

*Marianne Birkeland
Kommunalsjef helse og omsorg
Kongsvinger kommune*

13 Referanser

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

Kongsvinger kommune (2015) Interkommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud, årsrapport

Kongsvinger kommune (2012) Kommunal planstrategi 2012-2015 med vedtatt planoversikt

Kongsvinger kommune (2010) Kommunedelplan – Helse og omsorg 2010-2021

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 Kongsvinger 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

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:

- Kommuneleien
- 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?

Samhandlingsreformen 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 gjeldende 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 legevaktslegen 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.
- Helseovervåkning, 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.
- Forsyningssikkerhet 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 ved 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 koordinator¹⁸. 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.

¹⁸ Sist oppdatert 23.2.2017

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:**
 - 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 en 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 klageregler¹⁹. Fylkesmannen er nå klageinstans og regionalt tilsynsorgan²⁰. 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 har vært sendt til kommunen for uttalelse. Det er ikke fremkommet merknader i denne forbindelse.

¹⁹ Samhandlingsreformen - informasjon om ikraftsetting av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester:

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

²⁰ 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: Vurdering av reliabilitet og validitet i undersøkelsen

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.²¹ 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 betegnelse²². 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 i 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 i når det kommer til undersøkelsens intensjoner²³.

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 de har i kommunen. 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.

²¹ Andersen, Laastad, Songstad og Ølnes (2006:102) *Veileder i forvaltningsrevisjon*

²² Andersen, Laastad, Songstad og Ølnes (2006:102) *Veileder i forvaltningsrevisjon*

²³ Andersen, Laastad, Songstad og Ølnes (2006:102) *Veileder i forvaltningsrevisjon*

Vedlegg C: Fellesrapport – Samhandlingsreformen i Glåmdalen