

## Samhandlingsformen Nord-Odal



## 1 Forord

Denne rapporten er et resultat av forvaltningsrevisjonsprosjektet: Samhandlingsreformen i Nord-Odal 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 Nord-Odal kommune.

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

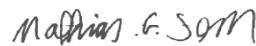
Prosjektets datainnsamling er gjennomført våren 2017. Innledningsvis vil man finne et sammendrag av rapporten som oppsummerer kontrollutvalgets bestilling, måten prosjektet er gjennomført på og revisors konklusjoner og anbefalinger.

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

Kongsvinger, 29. august 2017



Jo Erik Skjeggstad  
Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor



Mathias Grendahl Sem  
Utvøvende forvaltningsrevisor

## Innholdsfortegnelse

|          |                                                               |           |
|----------|---------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>FORORD</b>                                                 | <b>2</b>  |
| <b>2</b> | <b>SAMMENDRAG</b>                                             | <b>5</b>  |
| <b>3</b> | <b>BAKGRUNN FOR PROSJEKTET</b>                                | <b>6</b>  |
| 3.1      | BESTILLING                                                    | 6         |
| 3.2      | OM SAMHANDLINGSREFORMEN                                       | 6         |
| 3.2.1.   | OM NORD- ODAL KOMMUNE                                         | 7         |
| <b>4</b> | <b>FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER</b>                            | <b>8</b>  |
| <b>5</b> | <b>AKTUALITET OG AVGRENSING</b>                               | <b>8</b>  |
| <b>6</b> | <b>METODE FOR REVISJONEN</b>                                  | <b>8</b>  |
| <b>7</b> | <b>PROBLEMSTILLING 1, SAMHANDLING KOMMUNE OG HELSEFORETAK</b> | <b>11</b> |
| 7.1      | BAKGRUNNSINFORMASJON                                          | 11        |
| 7.1.1    | RELEVANT FORSKNING                                            | 11        |
| 7.2      | REVISJONSKRITERIER FOR PROBLEMSTILLING 1                      | 12        |
| 7.3      | INNHEMTET DATA                                                | 13        |
| 7.3.1    | SAMARBEIDSAVTALE                                              | 13        |
| 7.3.2    | NÅVÆRENDE AVTALE                                              | 15        |
| 7.3.3    | KOMMUNIKASJONSROUTINER                                        | 15        |
| 7.3.4    | SAMARBEIDSFORUM                                               | 16        |
| 7.3.5    | INFORMASJON FRA SYKEHUSET                                     | 16        |
| 7.4      | REVISORS VURDERING                                            | 17        |
| 7.4.1    | OPPSUMMERING                                                  | 19        |
| <b>8</b> | <b>PROBLEMSTILLING 2 - GREP TATT I KOMMUNEN</b>               | <b>20</b> |
| 8.1      | BAKGRUNNSINFORMASJON                                          | 20        |
| 8.2      | REVISJONSKRITERIER FOR PROBLEMSTILLING 2                      | 21        |
| 8.3      | INNHEMTET DATA                                                | 21        |
| 8.3.1    | IKØ, INTERKOMMUNAL ØYEBLIKKEG HJELP                           | 21        |
| 8.3.2    | GREP TATT I KOMMUNEN                                          | 22        |
| 8.3.3    | STATISTIKK                                                    | 24        |
| 8.4      | REVISORS VURDERING                                            | 26        |
| 8.4.1    | OPPSUMMERING                                                  | 27        |
| <b>9</b> | <b>PROBLEMSTILLING 3, BRUKEROPPFATNING</b>                    | <b>28</b> |
| 9.1      | BAKGRUNNSINFORMASJON                                          | 28        |
| 9.1.1    | RELEVANT FORSKNING                                            | 28        |
| 9.2      | REVISJONSKRITERIER FOR PROBLEMSTILLING 3                      | 28        |
| 9.3      | INNHEMTET DATA                                                | 29        |

|             |                                                                    |           |
|-------------|--------------------------------------------------------------------|-----------|
| 9.3.1       | PASIENT OG BRUKEROMBUDET                                           | 29        |
| 9.3.2       | BRUKERUNDERSØKELSER                                                | 30        |
| 9.3.3       | ELDRERÅDET                                                         | 30        |
| 9.3.4       | DATA FRA KOMMUNEN                                                  | 30        |
| <b>9.4</b>  | <b>REVISORS VURDERING</b>                                          | <b>30</b> |
| 9.4.1       | OPPSUMMERING                                                       | 31        |
| <b>10</b>   | <b>KONKLUSJON</b>                                                  | <b>32</b> |
| <b>11</b>   | <b>ANBEFALINGER</b>                                                | <b>32</b> |
| <b>12</b>   | <b>RÅDMANNENS HØRINGSUTTALELSE</b>                                 | <b>33</b> |
| <b>12.1</b> | <b>REVISORS SVAR TIL RÅDMANNENS UTTALELSE</b>                      | <b>36</b> |
| <b>13</b>   | <b>REFERANSER/LITTERATUR</b>                                       | <b>38</b> |
|             | <b>VEDLEGG A: UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIER</b>                  | <b>39</b> |
|             | <b>VEDLEGG B: FELLESRAPPORT – SAMHANDLINGSREFORMEN I GLÅMDALEN</b> | <b>53</b> |

## 2 Sammendrag

Rapporten har svart på tre problemstillinger som alle omhandler samhandlingsreformen i Nord-Odal kommunen. Problemstillingene har belyst tre forskjellige tematikker, samarbeid mellom kommunen og sykehuset, om brukerne får helhetlige tjenester og hvordan brukerne oppfatter effektene av reformen. Rapportens funn gir en indikasjon om tilstanden til tjenesten innenfor de tre tematikkene.

Problemstilling 1 etterspør hvordan samarbeidet mellom kommunen og det regionale helseforetaket (i Nord-Odals' tilfelle i hovedsak Kongsvinger sykehus) fungerer. Hovedfokuset ligger på om samarbeidsavtalen følges og om samarbeidet er hensiktsmessig, når det kommer til intensjonen bak avtalen. Hensikten med samhandlingsreformen er at det skal være et bedre samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I det stor og det hele, fungerer samarbeidet godt. Kommunen er fornøyd med sykehuset Kongsvinger og det samarbeidsklimaet som de har nå, og som de også hadde tidligere. Et problem ved samarbeidet som er trukket frem er mangel på likeverdighet mellom avtalepartene. Det er sykehuset som definerer når pasienten er utskrivningsklar, uten at kommunen føler de har noe de skal ha sagt.

Problemstilling 2 etterspør på hvilken måte kommunen sikrer at pasienten eller brukeren får koordinerte og helhetlige tjenester. Herunder har revisjonen blant annet sett på utviklingen innad i kommunen, med tanke på kapasitet og kompetanse. Det virker som om kommunen i noen grad har tilpasset virksomheten slik at tjenestens innhold og omfang er i stand til å følge opp de krav som følger av loven. IKØ samarbeidet fungerer bra, men kan benyttes mer. Ordningen med inntaksteamet er av en annen sammensetting enn omkringliggende kommuner, men ser ut til å fungerer bra for Nord-Odal sine behov. Kommunen har en del overliggende døgn som de bør fokusere på å få ned, samtidig som de å fortsette med arbeidet rundt kompetanseheving.

Problemstilling 3 søker å svare på hvordan brukerne av helsetjenestene oppfatter effektene av samhandlingsreformen, både når det kommer til medbestemmelse på overordnet nivå og påvirkning på eget opplegg. Når det kommer til involvering av pasient/bruker så har kommunen et forbedringspotensial innen enkelte deler av tjenesten. Det kan dog se ut til at brukerne er fornøyd med tilbudet, ettersom det er få klager.

Basert på de vurderinger og konklusjoner som er gjort har revisor kommet frem til følgende seks anbefalinger:

1. Kommunen kan vurdere å benytte seg av hospitering på sykehuset for å gjensidig øke kompetansen og forståelsen av arbeidssituasjonen.
2. Kommunen bør gjennomfør jevnlige brukerundersøkelser for å sikre seg brukernes oppfatninger om tjenestetilbudet.
3. Kommunen bør vurdere hvordan de kan få antall overliggende døgn ned
4. Kommunen kan i større grad benytte seg av sine sengeplasser på IKØ
5. Kommunen kan vurdere nytteverdien ved å foreta egne vurderinger av pasientens tilstand og behov for hjelp, gjennom befaringer på sykehuset.
6. Kommunen bør i større grad sikre at pasienter får innflytelse over eget behandlingstilbud.

## 3 Bakgrunn for prosjektet

### 3.1 Bestilling

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 9.6.2016, at det skulle bestilles et prosjekt om samhandlingsreformen. Alle kontrollutvalg skulle bestille et prosjekt med like problemstillinger.

Kontrollutvalget i Nord-Odal foretok, på bakgrunn av fremlagt prosjektplan, den endelige bestillingen under sak 36/2016 i kontrollutvalgets møte den 2.9.

Ordlyden i bestillingen var følgende:

1. *Kontrollutvalget viser til plan for forvaltningsrevisjon for Grue 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 økte krav til kompetanse for de kommunalt ansatte.

### 3.2.1. Om Nord- Odal kommune

Nord- Odal kommune har per 2016 5100 innbyggere og folketallet er gradvis synkende. Kommunen har to sykehjem, som er delt inn i 3 avdelinger. Det er 2.- og 3. etasje ved Nord Odal sykehjem (NOS) og Solheim sykehjem, som er spesielt tilrettelagt for personer med demens.

|                         | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|-------------------------|------|------|------|------|------|
| <b>Sykehjemsbeboere</b> | 67   | 59   | 53   | 60   | 58   |

Tabell 1<sup>1</sup>

Sykehjemmet (NOS) har ikke et låst antall kort og langtidsplasser, men endrer på sammensettingen ettersom hva det er behov for. NOS har tilgang på to sykehjemsleger, og har til sammen 40 rom. Solheim sykehjem, som er beregnet for beboere med kraftig demens har 17 plasser.

Hjemmetjenesten i kommunen har omtrent 220 brukere og er inndelt i to distrikter.

<sup>1</sup> SSB KOSTRA Kommunehelse grunnlagsdata

## 4 Formål og problemstillinger

Når det gjelder formål og problemstillinger for prosjektet forholder vi oss til kontrollutvalgets bestilling.

Prosjektets formål er å undersøke hvordan det er arbeidet med implementering av samhandlingsformen. Etter ønske fra kontrollutvalgene, vil det rettes et ekstra fokus mot brukerne og om de har opplevd noen 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 kan således forvente at det er blitt tatt grep i kommunene for å møte de krav som reformen stiller. Det er videre planlagt en opptrapping av reformen fra 1.1.2017, når psykiatri også blir innlemmet.

Det er i tillegg levert mange evalueringsrapporter som tar for seg ulike deler av reformen. Blant annet kom forskningsrådet med en større evaluering der sluttrapporten kom i juni 2016. På tema helhetlig pasientforløp ble det blant annet gjort funn som tydet på at avtalene mellom sykehus og kommuner i liten grad har benyttet seg av det lokale tilpasningsrommet, og avtalene har ikke bidratt til vesentlige endinger 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 Nord-Odal.

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

Denne rapporten er gjennomført ved hjelp av følgende metoder:

- Dokumentstudier
- Dybdeintervjuer

De benyttede metodene befinner seg alle under den grenen av samfunnsvitenskapelige metoder som heter kvalitative metoder. I de kvalitative metoder er det, kort forklart, et fokus på å opparbeide

seg mye data om et lite utvalg, mens det i kvantitative metoder 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 ønsket å finne informasjon på en begrenset del av kommunens virksomhet og det var da naturlig for revisor å benytte seg av kvalitative metoder.

### *Dokumentstudier*

Dokumentanalyse ble vurdert som en godt egnet metode for å kunne besvare problemstillingene i prosjektet. Metoden er i stor grad brukt i forbindelse med å kartlegge rutiner, planlegging og rapportering og som bakgrunn for å klargjøre hvilke rammer kommunen 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. Metoden brukes til å studere eksisterende materiale, og er mye brukt for anskaffelse av bakgrunnsinformasjon<sup>2</sup>.

### *Dybdeintervjuer*

Det er gjennomført oppstartsmøte med kommunens ledelse og intervjuer med kommunalsjef helse- og omsorg, avdelingsleder sykehjem, avdelingsleder hjemmetjenesten og medisinsk rehabiliteringsansvarlig. De ble gjort forsøk på å få gjennomført intervju med eldrerådet. Dette har ikke vært mulig å få til. I et dybdeintervju er målet å skape en intervjusituasjon som ligner på en fri samtale. Informanten blir oppfordret til å snakke fritt rundt et forhåndsbestemt tema. God tid til intervjuet og en lite rigid intervjuguide er nyttig for å få et maksimalt utbytte av denne typen intervjuer<sup>3</sup>.

### *Reliabilitet og validitet*

*Reliabilitet* sier noe om dataenes *pålitelighet*, det vil si i hvor stor grad resultatene fra en målemetode blir påvirket av tilfeldigheter, eller hvor sikkert og presist vi måler det vi faktisk søker å måle.<sup>4</sup> 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 betegnelse<sup>5</sup>. 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 revisor 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 refererer begrepet til datamaterialets gyldighet i forhold til de

<sup>2</sup> Tjora, Aksel (2010:162f) Kvalitative forskningsmetoder i praksis.

<sup>3</sup> Tjora, Aksel (2010:104f) Kvalitative forskningsmetoder i praksis.

<sup>4</sup> Andersen, Laastad, Songstad og Ølnes (2006:102) *Veileder i forvaltningsrevisjon*

<sup>5</sup> Andersen, Laastad, Songstad og Ølnes (2006:102) *Veileder i forvaltningsrevisjon*

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 forhold til undersøkelsens intensjoner<sup>6</sup>.

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.

---

<sup>6</sup> Andersen, Laastad, Songstad og Ølnes (2006:102) *Veileder i forvaltningsrevisjon*

## 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, bl ant 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 helseforetak<sup>7</sup>. Rapporten tok for seg andre relevante forskningsrapporter som hadde tatt for seg samhandlingspraksis mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. Funnene tyder 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 var gjennomgående blant kommunale ansatte at de måtte være pågående for å skaffe informasjon som de hadde behov for fra sykehusene, om pasienter som er innlagt. Undersøkelsen viste videre at det var en uenighet mellom kommunenes behov for informasjon om pasientens tilstand før situasjonen ble avklart og sykehusenes ønske om først å komme med informasjon når alt var avklart.

KS bestilte en evalueringsrapport fra Deloitte (2014) om samarbeidsavtalene etterleves. 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

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

bedre samarbeid mellom partene. Hovedutfordringen knyttet til avtalene er omfanget, både av avtaler og av detaljeringsgrad.

## 7.2 Revisjonskriterier for problemstilling 1

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

**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»

**2. 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.
- 3. Erfaring fra pasienter og brukere skal ha blitt hørt i forbindelse med utarbeidelsen av avtalene.**

## 7.3 Innhentet data

### 7.3.1 Samarbeidsavtale

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 SI<sup>8</sup>. 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 utarbeidelser 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:

- Innspills grupper bestående av fagpersoner fra hver av partene
- Brukerrepresentanter, knyttet til hver enkelt tjenesteavtale
- Invitert alle kommuner og alle divisjoner i SI til å gi tilbakemelding på erfaringene så langt.
- Etter gjennomført evalueringsprosess kom forhandlingsgruppa sammen igjen
- Det var høsten 2012 gjennomført 2 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.

---

<sup>8</sup> 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.

Den nåværende avtalen trådte i kraft 1.3.2015 og er satt til å vare frem til 1.3.2019. Den opprinnelige forhandlingsgruppen var i denne runden byttet ut<sup>9</sup> 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 RU<sup>10</sup> Oppland 20.11.14, RU Hedmark 21.11.14 og i KS-styret 28.11.14

Resultatene fra evalueringsprosessen viste at questbacken gav lav svarprosent, kun 16 % av kommunene svarte med SI hadde en svarprosent på 66 %. 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.<sup>11</sup>

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 en underskrift fra kommunen og en 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 ivarettatt av andre møteplasser.
- Kvalitetsutvalget er lagt inn som en del av de geografiske utvalg sine oppgaver.
- Forslag til nye rutiner og endring av eksisterende rutiner foreslås behandlet i OSU<sup>12</sup>, 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»
- Tjenesteavtale nr. 6 og nr.7 er slått sammen til en felles tjenesteavtale «Samarbeid om utdanning og forskning». I forhold til kompetanseutveksling er det åpnet for at partene kan delta på hverandres opplæringsarenaer som internundervisning og kurs.
- Tjenesteavtalene kommer med nye nummer. Antallet er redusert fra 12 til 10.

<sup>9</sup> 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.

<sup>10</sup> RU = Rådmannsutvalgene

<sup>11</sup> Fra SI stilte Morten Lang-Ree, Grethe Fossum, Marthe Flugstad, Per Rasmussen brukerutvalget, Liv Haugli hovedtillitsvalgt og Hans Kristian Hellum jurist. Fra kommunesektoren møtte forhandlingsutvalget.

<sup>12</sup> OSU= Overordnet samarbeidsutvalg

### 7.3.2 Nåværende avtale

Den nåværende avtalen består av 10 tjenesteavtaler og 9 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 9 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 9 rutinene er følgende:

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

### 7.3.3 Kommunikasjonsrutiner

I tillegg til de rutiner som følger med samarbeidsavtalene er det utarbeidet rutiner for hva som skal gjøres i forbindelse med PLO<sup>13</sup> meldinger til sykehuset og ved meldinger til fastlegene. Begge rutinene er informativt oppbygget og gir informasjon om hvordan informasjonsflyten skal foregå og hvem som skal gjøre hva. PLO oppleves som tidsbesparende for kommunen og som et nyttig informasjons verktøy med sykehuset. I kommunen har hjemmetjenesten ansvaret for meldinger som omhandler tjenestens brukere, men også meldinger rettet mot psykisk helse og 0 brukere<sup>14</sup>. Sykehjemmet skal bare ta opp meldinger som omhandler beboere på sykehjemmet.

<sup>13</sup> PLO = pleie og omsorgsmeldinger

<sup>14</sup> Nye brukere som enda ikke har blitt tildelt kommunale tjenester.

Nord-Odal kommune er jevnt over godt fornøyd med hvordan samarbeidet med Kongsvinger Sykehus fungerer. Både den direkte daglige kommunikasjonen gjennom PLO og over telefon oppleves som god, og også den mer formelle kontakten gjennom samarbeidsutvalgene er fruktbar for kommunen. Samarbeidet har enkelte små problemer av typen glipp i hvilken informasjon som følger med en pasient som blir utskrevet.

Kommunen poengterer at de hadde et godt samarbeid med sykehuset før samhandlingsformen også. Samarbeidet var også da strukturert gjennom avtaler. IKØ er ikke koblet på PLO enda, så kommunikasjonen mot dem går over telefon og så ned på skjemaer i kommunen for å kunne dokumentere kommunikasjonen.

#### 7.3.4 Samarbeidsforum

Det er etablert tre samarbeidsutvalg mellom sykehuset innlandet og kommunene. Overordnet samarbeidsutvalg (OSU) befinner seg på det høyeste nivået. Organet er partssammensatt, overordnet og strategisk utviklingsorientert og gjelder mellom Sykehuset Innlandet (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 kommunen, SI, brukerrepresentanter, arbeidstakerrepresentanter. KS er tilstede gjennom sekretariattjenester.

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 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 i forhold 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.

Klinisk samarbeidsutvalg er det laveste nivået. Der møtes 1.linjen, med praksiskonsulent, brukerrepresentanter, leder for sykehusets sengeposter og representanter fra tildelingsenhetene. Klinisk samarbeidsutvalg for Kongsvinger sykehus har møter 2 ganger i året.

#### 7.3.5 Informasjon fra sykehuset

Da problemstillingen omhandler kommunikasjon opp mot det lokale helseforetaket, fant vi det som naturlig å forhøre oss om det var mulig å få avholdt et intervju med en representant fra det lokale sykehuset. For kommunen Nord-Odal, Sør-Odal, Grue, Eidskog og Kongsvinger så er sykehuset Kongsvinger relevant, mens Åsnes og Våler tilhører sykehuset Elverum.

Det ble gjennomført intervju med spesialrådgiver for samhandling på Kongsvinger sykehus. Kongsvinger sykehus opplever at de har et tett samarbeid med alle kommunene i nærområdet.

Samarbeidet foregår både gjennom den etablerte samarbeidsstrukturen med OSU, GSU og klinisk samarbeidsutvalg, men også gjennom ad hoc basert kommunikasjon.

Sykehuset mener at regionen har hatt en lang tradisjon for samarbeid, der forløperne til både GSU og klinisk samarbeidsutvalg var etablert allerede på 1990 tallet. Også den gang var samarbeidet strukturert gjennom avtaler. Etter samhandlingsformens inntreden har samarbeidet i enda større grad blitt satt i system og detaljeringsgraden har økt.

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 prosent stilling. 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.

## 7.4 Revisors vurdering

Som vi ser av samarbeidsavtalen, inneholder den **de punkter som er skissert i revisjonskriteriene** og oppfyller med dette revisjonskriterium nummer 1.

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, utskriving, 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 utskriving 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.**

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**.

Revisjonskriterium nummer 2 omhandler hva avtalene bør ha bidratt til å klargjøre. 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 nokså klart. Spesielt samhandlingen gjennom elektroniske meldinger blir trukket frem som svært positivt. Utover dette er det en del uformell samhandling, via telefoner og samarbeid rundt enkeltpasienter. Selv om avtalen skisserer bruk av gjensidig hospitering, er dette noe som brukes i svært liten grad.

Om kommunen **sikrer behandling på lavest effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet)**, så benytter kommunen seg av «omsorgstrappen» der målsettingene er at pasientene skal behandles på riktig nivå. Revisor finner det vanskelig å vurdere om det er avtalene har bidratt til at det har blitt **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**. Kommunen har gjennom sin organisering med inntaksteam<sup>15</sup> sikrer god intern koordinering og det jobbes gjennom prosjektet «Det gode pasient forløp»<sup>16</sup> med å forbedre informasjonen til og innflytelse over eget pasientforløp. For tiltak som sikrer god kvalitet og pasientsikkerhet, så arbeider kommunen med videreutdanning av de ansatte.<sup>17</sup> Dette gjelder både generell kompetanseheving i tillegg til spissing på felt der kommunen ser at de har mange brukere, som kols og diabetes. Under intervjuene med kommunen ble ikke samarbeidsavtalene trukket frem i særlig grad. Kommunen hadde mer et fokus på det helhetlige samarbeidet og hvordan det har blitt mer formalisert nå enn før. De mener altså at samarbeidet er tettere og mer formalisert nå enn før. Sykehuset Kongsvinger har i hovedsak samme inntrykk, samarbeidet var bra også før, men nå enda mer formalisert. Revisor kan med dette ikke komme med en klar konklusjon på kriteriet om det er avtalene som er pågangsdriveren for endingene, eller om dette er endinger som ville kommet uansett.

På punktet om kommunen og sykehuset er likeverdige parter er det en oppfatning i kommunen at det fremdeles er sykehuset som har en ledende rolle. Om noe så har samhandlingsreformen ført til økte forskjeller, da kommunen tidligere hadde et visst forhandlingsrom om når de kunne ta imot pasienter. Dette er nå ikke lenger mulig. Revisjonskriteriet om at avtalene **sikrer likeverdighet mellom avtalepartene** er ikke oppfylt. På spørsmålet om avtalen fører til **utvikling av en god samhandlingskultur**, så er det igjen vanskelig å komme med en konklusjon da det er utfordrende å peke på hva som er avtalene sin fortjeneste og hva av samhandling som eventuelt allerede var på plass. Revisor vurderer det til at avtalene muligens kan ha hatt en positiv innvirkning på utviklingen av en samhandlingsstruktur.

<sup>15</sup> Inntaksteam er nærmere beskrevet i kapittel 8.3.2 Grep tatt i kommunen

<sup>16</sup> Det gode pasientforløp er beskrevet i kapittel 0.3.4 Data fra kommunen.

<sup>17</sup> Kompetanseutvikling er beskrevet i kapittel 8.3.2 Grep tatt i kommunen.

Revisor kan ikke se at avtalene har **videreutviklet bruker- og pasientmedvirkning slik at deres erfaringer med hvordan samhandlingen fungerer, tas i bruk på en systematisk måte**. Kommunen har ikke gjennomført brukerundersøkelser på en stund og kan heller ikke dokumentere at de har videreutviklet bruker og pasientmedvirkningen på annen måte. Kriteriet er ikke oppfylt.

Kriterium nummer 3 vurderes som oppfylt da **erfaring fra pasienter og brukere skal ha blitt hørt i forbindelse med utarbeidelsen av avtalene**. Det ser ut til at pasienter og brukere i hovedsak ble involvert i arbeidet med å utarbeide de første avtalene, men ikke i like stor grad under revideringene. Kommunens eldreråd og råd for likestilling av funksjonshemmede behandlet og godkjente begge i 2013 en revidering av samarbeidsavtalene.

Kriterium nummer 4 er om **kommunens koordinerende enhet har utviklet rutiner for samarbeid og kommunikasjon med sykehuset**. Revisor vurderer at kommunen har utarbeidet rutiner for samarbeid og kommunikasjon med sykehuset, i hovedsak gjennom rutiner for PLO meldinger. Kriteriet er oppfylt.

#### 7.4.1 Oppsummering

Hensikten med samhandlingsreformen er at det skal være et bedre samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I det stor og det hele, fungerer samarbeidet godt, og til en viss grad er dette på grunn av samarbeidsavtalen. Spesielt bruken av PLO-meldinger trekkes frem som noe svært positivt.

I den andre enden av skalaen, trekkes mangel på likeverdighet mellom avtalepartene frem som til dels utfordrende for kommunen. Dette er noe kommunalsjef og rådmann kan vurdere å adressere i samarbeidsmøter med sykehuset og i fremtidige revideringen av samarbeidsavtalen. Revisjonen erkjenner at dette ikke er noe kommunen kan løse alene.

Kommunen bør vurdere å benytte seg av muligheten for hospitering, som kan øke en gjensidig forståelse om hvordan arbeidssituasjonen er. Revisjonen anbefaler også at kommunen gjennomfører sin planlagte brukerundersøkelse, for å forsikre seg at pasientene/brukerne i kommune blir hørt. Det bør også i fremtiden gjøres regelmessige brukerundersøkelser. Slik kan erfaringer fra bruker- og pasientmedvirkning brukes på en systematisk måte

## 8 Problemstilling 2 - Grep tatt i kommunen

### Problemstilling 2

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

### 8.1 Bakgrunnsinformasjon

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

I stortingsmeldingens<sup>18</sup> 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 uoversiktelige 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.

<sup>18</sup> St. melding 47. (2008-2009)

## 8.2 Revisjonskriterier for problemstilling 2

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

1. 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
2. Pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerende tjenester skal ha tilbud om individuell plan
3. Kommunen skal tilby en koordinator for pasienter med langvarige og koordinerende tjenester.
4. Kommunen skal ha en koordinerende enhet.

## 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. Dette går også inn under de første revisjonskriteriene, **kommunen skal kunne tilby heldøgns medisinsk nødhjelp** og **kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp**. Tilbudet skal være et alternativ til innleggelse på sykehus, det vil si et allmennmedisinsk tilbud som skal gis til de som har behov for observasjon, behandling og tilsyn. 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-brystsmerter 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 vurderer 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 en relativt rimelig beredskap. Bemanningen består av leger og sykepleiere. Det er ansatt to leger, en fast i 80 % og en vikar i 20 % stilling. Det er videre en teamleder og 17 fast ansatte sykepleiere 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 inn pasienter. Det er kun fastlegene og legevakten som har denne myndigheten.

Nord-Odal kommune disponerer 0,8 sengeplasser (299 årlige liggedøgn). De benytter ikke plassene fullt ut, men kommunens ledere skulle gjerne sett at det ble benyttet i noe større grad. I kommunene så er det hjemmeboende som benytter seg av tilbudet. Sykehjemmet sender «aldri» pasienter dit. Da det er fastlegene som har mulighet til å legge pasienter inn på IKØ, er det de som må bli gjort mer oppmerksomme på den muligheten som IKØ gir. Hjemmetjenesten oppgir at de samarbeider med fastlegene rundt innleggelse av pasienter, og minner dem da på mulighetene ved IKØ.

Legevakten er også lokalisert ved Kongsvinger sykehus, som et interkommunalt samarbeid på lik linje som IKØ. Kommunens fastleger er med i legevaktordningen på samme måte som fastlegene i de øvrige samarbeidskommunene.

### 8.3.2 Grep tatt i kommunen

I intervjuene som ble foretatt i kommunen virker det som om kommunen i hovedsak føler at de har **kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter**. Statistikken som blir presentert i neste delkapittel viser dog at kommunen har overliggedøgn. Grunnene til at det er overliggere kan variere. Kommunen mener at de tidligere hadde et større forhandlingsrom ovenfor sykehuset for forhandlinger om utskrivelse. Dette har de nå mistet og det er sykehuset som sitter med definisjonsmakten og kommunen må være raske til å ta imot når beskjeden kommer. Det er nå til dels et problem for kommunen, at pasienter kan meldes utskrivningsklare uten at de kommer. Dette fører med seg at kommunen har stilt plasser til disposisjon som da ikke blir brukt. Reinnleggelser forekommer også i varierende antall og med ulike årsaker. Det er usikkerhet innad i kommunen om antallet reinnleggelser er økende eller ikke. Enkelte deler av tjenestetilbudet ser ut til å oppleve flere reinnleggelser, mens andre mener at det var et større problem i startfasen av reformen. Nord-Odal har bygget 8 nye trygghetsboliger som kan tas i bruk fra november 2017. Kommunen håper at dette kan gjøre kommunen bedre rustet til å ta imot utskrivningsklare pasienter.

For at kommunen skal kunne gi brukerne et godt og tilpasset tilbud, er det å ha riktig kompetanse vesentlig. Som statistikken viser<sup>19</sup> er det en liten endring i andelen ansatte innen helsesektoren som har relevant utdanning frem til 2014. Under intervjuer med ledende ansatte i kommunen har det kommet frem at kommunen arbeider med å få en økt kompetanse på sine ansatte, men at de nok ligger litt etter resten av regionen på området fagkunnskap. Det gis tilbud til ansatte uten formell fagkunnskap om å ta etter- og videreutdanning. Det er ansatte som nå studerer til å ta fagbrev. Sett

<sup>19</sup> Statistikk er presentert under kapittel 8.3.3

bort fra den formelle kompetansen, mener kommunen at de har den nødvendige kompetansen blant sine ansatte og at de har bygget opp kompetansen på områder der de vurderer at det er særlige behov, som innenfor kols og diabetes. I hjemmesykepleien er det nå 18 sykepleiere, derav tre kreftsykepleiere.

Det er gjennom samarbeidsavtalen med sykehuset Kongsvinger åpnet for muligheten med hospitering, på sykehuset eller fra sykehuset. Dette benyttes i liten grad av noen av partene. Det blir fra kommunens side ikke opplevd noe stort behov. Hjemmetjenesten benyttet seg av tilbudet for noen år siden, med en kreftsykepleier. De bruker også sykehuset for kursing i bruken av hjelpemidler og om spørsmål knyttet opp mot den enkelte pasient. Tilbakemeldingene fra sykehuset har vært på at de stort sett er imponert over ferdighetsnivået til kommunen.

Som nevnt under behandlingen av problemstilling nummer 1, «Fungerer samarbeidet mellom kommunen og det enkelte helseforetak etter hensikten?» har kommunen gjennom at kommunikasjonen nå skal foregå gjennom PLO meldinger, måtte lage seg rutiner rundt håndteringen av disse. I Nord-Odal er det den enkelte enhet som har ansvar for selv å håndtere meldinger som omhandler enheten. Det vil si at sykehjemmet tar seg av sykehjems relaterte meldinger mens hjemmetjenesten i tillegg til sine egne brukere også har ansvar for melinger om psykisk helse og 0 brukere.<sup>20</sup> Disse rutinene kan sees på som å være med på at **kommunen har opprettet systemer som sikrer samhandling**. På spørsmål om **tilbudet er tilpasset den enkeltes behov**, så er det i utgangspunktet **individuell plan** og bruk av **koordinator**, som er aktuelt. Se avsnittet under.

Nord-Odal kommune har ikke organisert seg med et eget tildelingskontor/tildelingsteam, slik mange andre kommuner har. De har istedenfor et inntaksteam, bestående av kommunalsjefen for helse- og omsorg, ledere fra sykehjemmet, ledere av hjemmetjenesten, ergoterapeut, fysioterapeut og som oftest sykehjemslegen. Det avholdes faste inntaksmøter hver tirsdag, men siden pasienter kan bli skrevet ut fra sykehuset også andre dager, har de tett kontakt seg imellom. Kommunen mener at de ved å ha denne typen organisering, der representanter for de enheter i kommunen som skal ta i mot pasienten er de som foretar fordelingen, er sikret at pasienten får det rette tilbudet. Inntaksteamet blir som de selv sier «hands on» i situasjonene og blir alltid enig om hvilken del av kommunens tjenestetilbud som er best egnet for den enkelte pasient. Kommunen dro tildeligere på befarings til sykehuset for selv å kunne vurdere pasientens tilstand og behov for kommunale tjenester. Dette har de ikke lenger kapasitet til. De må da basere seg på sykehusets vurderinger, noe som har medført at det i enkelte tilfeller ikke er samsvar mellom hva sykehuset mener pasienten trenger og hva kommunen mener er riktig tiltak. Spesielt innen fysioterapi oppleves det at det er et «gap» mellom hva pasienten forventer å kunne få av hjelp etter «lovnader» fra sykehuset og hva kommunen selv kan tilby etter egne vurderinger.

Kommunens **koordinerende enhet** er satt opp med kommunalsjef for helse og omsorg som leder, og er videre satt sammen av faggrupper innen habilitering og rehabilitering. Alle i enheten har et felles ansvar for at saker som meldes opp blir behandlet, uavhengig av hvem som mottar henvendelsen. Oppgavene som koordinator blir ikke lagt til en person, men fordelt til den personen i kommunen som sitter på den rette kompetansen. **Pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerende tjenester skal ha tilbud om individuell plan.** Arbeidet med Individuell plan (IP) er

<sup>20</sup> 0 brukere er nye brukere som enda ikke er tildelt kommunale tjenester,

ofte startet på sykehuset. Det oppleves at det ikke er i alle tilfeller at sykehuset har gjort dette. På det tidspunktet der rapportens datamateriale ble innsamlet var det få i kommunen som hadde IP. I hjemmetjenesten har de møter der de diskuterer koordineringen av brukere selv om det ikke ligger en IP til grunn.

### 8.3.3 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 de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Kvalitetsindikatorene er basert på tallmateriale fra tilgjengelige registre som IPLOS og KOSTRA. Det gjøres oppmerksom på at tallmaterialet basert på kvalitetsindikatorene må tolkes med varsomhet.

#### Fagutdanning

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.

Som vi ser fra tallene så ser det ut til at kommunen har en jevn andel med fagutdanning. Det ser dog ut til at det er en liten enring innad i de som har fagutdanning, der det nå er flere som har høyskoleutdanning i 2014 enn i 2011.

|                                                  | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 <sup>21</sup> |
|--------------------------------------------------|------|------|------|--------------------|
| <b>Andel med fagutdanning totalt</b>             | 64   | 64   | 64   | 65                 |
| <b>Andel med fagutdanning høyskole</b>           | 21   | 22   | 22   | 24                 |
| <b>Andel med fagutdanning videregående skole</b> | 43   | 42   | 42   | 40                 |

Tabell 1, Andel avtalte årsverk, i prosent<sup>22</sup>

<sup>21</sup> Fra og med 2015 bygger sysselsettingen på nye datakilder (a-ordningen). Årgangene fra og med 2015 blir ikke sammenlignbare med tidligere årganger. <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/regsys/aar/2016-05-27>

<sup>22</sup> Helsenorge.no

### Reinnleggelser

Andelen pasienter som opplever en reinnleggelse på sykehus innen 30 dager etter utskriving, kan gi en indikasjon på om de muligens var skrevet ut for tidlig, eller om kommunen ikke var dyktige nok i sitt stell. Årsaken kan selvsagt også være at tilstanden har endret seg. De vil videre bli presentert tall fra 2014 til 2016, da Nord-Odal kommune ikke har tall lenger tilbake.

Tallene viser at andelen reinnleggelser svinger voldsomt mellom de forskjellige årene. Sett i forhold til landsgjennomsnittet så ligger kommunen nå på litt under snittet, og vi ser de samme svingningene som i tabellen over.

|                    | 2014 | 2015 | 2016 |
|--------------------|------|------|------|
| Reinnleggelser i % | 16,7 | 22,7 | 13,9 |

Tabell 3<sup>23</sup>

|                         | 2014 | 2015  | 2016 |
|-------------------------|------|-------|------|
| Reinnleggelser i %      | 84,6 | 116,6 | 69,8 |
| av<br>landsgjennomsnitt |      |       |      |

Tabell 4<sup>24</sup>

|                                  | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|----------------------------------|------|------|------|------|------|
| Reinnleggelser<br>absolutte tall | 0    | 0    | 9    | 20   | 11   |

Tabell 5<sup>25</sup>

### Utskrivningsklare pasienter

Utskrivningsklare pasienter med overliggerdøgn<sup>26</sup> kan gi en indikasjon på hvordan kommunen har organisert sine tjenester til å være rustet til å raskere ta imot pasientene fra sykehuset. Tabellen viser at kommunen har et varierende antall pasienter som har overliggerdøgn på sykehuset. Man kan ikke ut ifra tallene trekke klare konklusjoner om kommunen har blitt bedre eller dårligere rustet til å ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehuset. Det er da vanskelig å komme med en klar konklusjon på om **kommunen ikke har kapasitet til å ta i mot utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten.**

<sup>23</sup> SAMDATA kommune

<sup>24</sup> SAMDATA kommune

<sup>25</sup> SAMDATA kommune

<sup>26</sup> Overliggerdøgn er den tiden pasienten blir liggende på sykehuset etter at den er definert som utskrivningsklar. Tallene presentert her gjelder personer med én eller flere dager som utskrivningsklar, så det sier ingenting om hvor lenge pasienten har ligget over på sykehuset.

|                                            | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|--------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| <b>Antall pasienter med overliggerdøgn</b> | 13   | 7    | ..   | 12   | 9    | 15   |

Tabell 5 Per 1000 innbyggere<sup>27</sup>

## 8.4 Revisors vurdering

Når det kommer til det første revisjonskriteriet, om **kommunen har tilpasset virksomheten slik at tjenestens innhold og omfang er i stand til å følge opp de krav som stilles i loven**, ser der ut til at kommunen oppfyller de to første underpunktene, at **kommunen skal kunne tilby heldøgns medisinsk nødhjelp** og at **kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp**. Dette er dekket gjennom interkommunal legevaktordning og IKØ plassene som kommunen disponerer lokalisert på Kongsvinger sykehus. Etter det revisor erfarer er dette et tilbud som stort sett fungerer bra. Kommunen benytter i dag ikke fullt ut det potensiale som ligger i ordningen, men jobber med å bedre informasjonen om hvem som kan legges inn der ovenfor fastlegene. Under det tredje underpunktet, om **kommunens har kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten**, så er det vanskelig å komme med en klar konklusjon, ettersom det fremdeles forekommer overliggerdøgn på sykehuset. Det er midlertidig ikke sagt at det alltid er kommunen som er «problemet». I hovedsak vurderer revisor det til at kommunen har kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter og revisjonskriteriet må med det anses som oppfylt.

Revisjonskriterium nummer 2 sier at **Pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerende tjenester skal ha tilbud om individuell plan**. Revisor vurderer dette kriteriet for oppfylt, en dog ikke så relevant. Kommunen og sykehuset Kongsvinger sikrer at det utarbeides individuell plan. Det hevdes at det er sykehuset som har ansvaret for å igangsette dette arbeidet. Når pasienten skrives ut fra sykehuset er det imidlertid kommunens ansvar å gi tilbud om IP til de som kan ha behov for det. Det er på det tidspunkt rapportens datamateriale ble samlet inn, ingen på sykehjemmet og kun et lite antall innen hjemmebaserte tjenester som har IP.

De to siste revisjonskriteriene om at **Kommunen skal tilby en koordinator for pasienter med langvarige og koordinerende tjenester** og at **Kommunen skal ha en koordinerende enhet** henger i stor grad sammen. Gjennom kommunens organisering der det ikke er et eget tildelingsteam som kan fungere som koordinerende enhet. Kommunen har da en egen koordinerende enhet som ledes av kommunalsjef for helse og omsorg. Kriteriet er med dette oppfylt. Når det kommer til utnevnelsen av **koordinator**, så får den enkelte pasient/bruker den personen i kommunen som anses å være mest relevant for vedkommens behov som kontaktperson. Dette kan bidra til å skape et mindre oversiktlig bilde for pasientene, dersom det innebærer flere personer å forholde seg til. Men samtidig vil koordinatoren sannsynligvis ha den beste kunnskapen om vedkommende, og de behov som han/hun har.

<sup>27</sup> SAMDATA - kommune

### 8.4.1 Oppsummering

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. Selv om dette arbeidet går på tvers av kommuner og sykehus, er det viktig at kommunen starter dette arbeidet hos seg selv først.

Det virker som om kommunen i noen grad har tilpasset virksomheten slik at tjenestens innhold og omfang er i stand til å følge opp de krav som stilles i loven; kommunen tilbyr heldøgns medisinsk nødhjelp og sørger for tilbud om døgnopphold for pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Kommunen kan bli bedre til å benytte seg av de plassene de har og betaler for gjennom IKØ ordningen.

Kommunen kan bli bedre til å ta imot utskrivningsklare pasienter og bør vurdere om det er grep de kan ta for å få antallet ned.

Kommunen kan også vurdere å foreta befaringer til sykehuset for selv å vurdere pasientens tilstand. Dette kan bidra til å minske eventuelle kommunikasjonsproblemer omkring pasientens behov for kommunale tjenester.

## 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 forløpstenkingen.

#### 9.1.1 Relevant forskning

Forskningsrådets rapport «Evalueringsrapport av samhandlingsformen<sup>28</sup>», 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 mellom opphold 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:

- 1. Pasient/ bruker bør oppleve å være inkludert av kommunen i eget opplegg.**
- 2. Pasienten opplever forløpet og kommunikasjonen med helsevesenet som mer helhetlig enn før reformen.**

<sup>28</sup> Sluttrapporten fra styringsgruppen for forskningsbasert følge-evaluering av samhandlingsreformen (EVASAM).

### **3. Kommunene bør sikre at det gis informasjon om hvordan en pasient/bruker kan klage på et vedtak om helsetjenester.**

## **9.3 Innhentet data**

### **9.3.1 Pasient og brukerombudet**

For å få et inntrykk av brukernes perspektiv har vi tatt kontakt med pasient og bruker 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 gav oss tilbakemelding på følgende temaer:

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

Tilbakemeldingen gjaldt deres generelle syn og er ikke knyttet spesifikt opp mot kommunene i Glåmdalen.

På tema 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 svikt i kommunikasjonen og ansvarsforståelsen i overgangen mellom sykehusopphold og de kommunale helsetjenestene.

Når det kommer til helhetlige tjenester erfarer de 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. 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. De 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 mottatte henvendelser/klager 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 formening 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

Nord-Odal kommune har ikke gjennomført brukerundersøkelser som det er relevant å bygge på i de siste årene. Kommunen opplyser at de i en periode frem til 2013 hadde hyppige undersøkelser, der de opplevde en stadig lavere svarprosent. Det er planlagt gjennomføring av en ny runde i mai 2017.

### 9.3.3 Eldrerådet

Vi har forsøkt å få tak i representanter for eldrerådet i Nord-Odal kommune, men har ikke lyktes med dette.

### 9.3.4 Data fra kommunen

Ett av revisjonskriteriene er at **pasient/bruker bør oppleve å være inkludert av kommunen i eget opplegg**. Når vi spør de ansatte i kommunen så sier de at kommunen forsøker å legge til rette for at brukerne kan bli hørt i forbindelse med hvilket tjenestetilbud de skal mota. Kommunen opplever at det for sykehjemmets del i hovedsak er interesse blant beboerne på om de blir tildelt fast plass eller ikke. For å få fast plass på sykehjem skal det først gjennomføres en evalueringsperiode på 14 dager. I hjemmetjenesten så mener de at brukerne i stor grad blir involvert i egen omsorg. Innen fysioterapi blir brukerne i stor grad involvert i utviklingen av eget behandlingsopplegg. Hver enkelt bruker blir der spurt om egne målsettinger med treningen, og en treningsplan blir så utarbeidet med den hensikt å nå den målsettingen.

Pasienten skal i følge revisjonskriteriene **oppleve forløpet og kommunikasjonen med helsevesenet som mer helhetlig enn før reformen**. Nord-Odal kommune arbeider med det gode pasientforløp, som har en målsetning om å bedre kommunikasjonene mellom sykehus, kommunen og pasienten. Sykehuset Kongsvinger skal gi kommunen et forvarsel ved utskriving av en pasient med informasjon om hvilke kommunale tjenester pasienten vil kunne ha behov for. Kommunen har gjennom KS prosjektet «Læringsnettverk for utvikling av gode pasientforløp» intervjuet 5 brukere som gav uttrykk for at de var sendt for tidlig hjem fra sykehuset og med for dårlig informasjon om plan for videre oppfølging. En slik plan er et dokument som etter samarbeidsavtalen med sykehuset skal følge med pasienten.

Ett av revisjonskriteriene er at **kommunen bør sikre at det gis informasjon om hvordan en pasient/bruker kan klage på et vedtak om helsetjenester**. Det blir informert om klageadgang i vedtaksbrevne. Klager, både i formell form via fylkesmannen og uformell som direkte tilbakemelding forekommer i liten del i Nord-Odal. Kommunen hadde en formell klage tilbake i 2012/13, der kommunen fikk medhold i sin praksis av fylkesmannen. Sykehjemmet har en pårørende forening, der aktiviteten svinger og de stiller få krav til konkrete endinger av sykehjemsdriften.

## 9.4 Revisors vurdering

Grunnet mangel på kontakt med eldrerådet og manglede brukerundersøkelser i kommunen er datagrunnlaget noe svekket, og vurderingene må da tolkes med forsiktighet.

Revisjonskriterie nummer 1 sier at, **Pasient/ bruker bør oppleve å være inkludert av kommunen i eget opplegg**. Revisor vurderer med bakgrunn i det innsamlede datamaterialet kriteriet som delvis oppfylt. Det ser ut til at pasienter/brukere i kommunen blir inkludert i eget opplegg til en hvis grad. Spesielt innen for rehabilitering/fysioterapi kan det virke som om inkluderingen har kommet langt.

Revisor ser videre at det kan være behov for å i økende grad å sikre brukernes involvering i eget behandlingsopplegg innen enkelte av kommunens tjenester.

Revisjonskriterium nummer 2 sier at Pasientene **skal oppleve forløpet og kommunikasjonen med helsevesenet som mer helhetlig enn før reformen**. Revisor anser kriteriet som vanskelig metodisk å svare på grunnet manglende kontakt med eldreråd og manglende brukerundersøkelser. Kommunen ser ut til å jobbe for å forbedre kommunikasjonen ytterligere gjennom prosjektet Det gode pasientforløp.

Revisjonskriterium nummer 3 sier at **kommunen bør sikre at det gis informasjon om hvordan en pasient/bruker kan klage på et vedtak om helsetjenester**. Revisor anser kriteriet som oppfylt i og med at informasjon om klagemuligheter kommer frem i de fattede enkeltvedtak.

#### 9.4.1 Oppsummering

Kommunen kan vurdere å sikre seg en enda bedre inkludering av pasientene i deres behandlingsopplegg. Kommunen bør fortsette arbeidet med det gode pasientforløp for å kunne bli enda bedre på den helhetlige kommunikasjonen med pasientene.

## 10 Konklusjon

Rapporten har svart på tre problemstillinger som alle omhandler samhandlingsreformen i Nord-Odal kommunen. 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, fungerer samarbeidet godt. Kommunen er fornøyd med sykehuset Kongsvinger og det samarbeidsklimaet som de har nå, og som de også hadde tidligere. Et problem ved samarbeidet som er trukket frem er mangel på likeverdighet mellom avtalepartene. Det er sykehuset som definerer når pasienten er utskrivningsklar, uten at kommunen føler de har noe de skal ha sagt.

Kommunen har i noen grad tilpasset sine tjenester for å nå samhandlingsformen sine mål, blant annet gjennom avtalen om IKØ og ved opprettelsen av et inntaksteam. Ordningen med inntaksteamet er av en annen sammensetting enn omkringliggende kommuner, men ser ut til å fungerer bra for Nord-Odal sine behov. Kommunen har en del overliggende døgn som de bør fokusere på å få ned, samtidig som de å fortsette med arbeidet rundt kompetanseheving.

Når det kommer til involvering av pasient/bruker så har kommunen et forbedringspotensial innen enkelte deler av tjenesten. Det kan dog se ut til at brukerne er fornøyd med tilbudet, ettersom det er få klager.

## 11 Anbefalinger

Basert på de vurderinger og konklusjoner som er gjort har revisor utarbeidet følgende konkrete anbefalinger som kommunen kan vurdere å følge opp:

1. Kommunen kan vurdere å benytte seg av hospitering på sykehuset for å gjensidig øke kompetansen og forståelsen av arbeidssituasjonen.
2. Kommunen bør gjennomføre jevnlige brukerundersøkelser for å sikre seg brukernes oppfatninger om tjenestetilbudet.
3. Kommunen bør vurdere hvordan de kan få antall overliggende døgn ned
4. Kommunen kan i større grad benytte seg av sine sengeplasser på IKØ
5. Kommunen kan vurdere nytteverdien ved å foreta egne vurderinger av pasientens tilstand og behov for hjelp, gjennom befaringer på sykehuset.
6. Kommunen bør i større grad sikre at pasienter får innflytelse over eget behandlingstilbud.

## 12 Rådmannens høringsuttalelse

Rådmannens uttalelse er mottatt som e-post 25.08.2017, og lyder som følger:

*For andre gang på relativt kort tid blir det igangsatt forvaltningsrevisjoner på store nasjonale reformer; NAV-reformen og Samhandlingsreformen er uten tvil to av de største reformene kommune-Norge og helse-Norge har vært igjennom de senere årene. Undertegnede er usikker på om kommunestyret har vært klar over hva de har bedt med disse to forvaltningsrevisjonene – og om hensiktsmessigheten av dem er tilstrekkelig vurdert. Fra administrasjonens ståsted oppleves disse revisjonene – og rapportene – som lite relevant, og nytteverdien står ikke i forhold til ressursbruken. Undertegnede setter også spørsmålstegn ved om revisjonen virkelig har den kompetansen som er nødvendig for å gå inn på disse områdene. Vårt bestemte inntrykk under oppstartsmøtet for forvaltningsrevisjonen for Samhandlingsreformen var at revisjonen ikke hadde nødvendig fagforståelse og kjennskap til områdene, noe jeg mener rapporten bærer preg av. Dette er ikke en generell kritikk av revisjonen, som jeg mener er svært kompetent og som vi i det daglige har et svært godt samarbeid med, men kun forvaltningsrevisjonene knyttet til NAV-reformen og Samhandlingsreformen. Det er etter rådmannens skjønn andre områder av kommunens virksomhet som heller burde vært gjennomgått.*

*Istedenfor å kommentere hele rapporten velger vi å konsentrere oss om anbefalingene.*

1. Kommunen kan vurdere å benytte seg av hospitering på sykehus for å gjensidig øke kompetansen og forståelsen av arbeidssituasjonen:

*Det har vi gjennomført tidligere og med meget magert utbytte. Mange ansatte hospiterer ved behov ved ulike prosedyrer etc som de ønsker/ har behov for. Det ansees som meningsfullt. Mange tar videreutdanning og har sykehuspraksis som en del av utdanningsforløpet. Dersom det er konkrete rutiner som kan overføres ift digitalisering og effektivisere arbeidet på f. eks. sykehjemmene og hjemmetjenesten så kan man vurdere å bruke en hel arbeidsdag for å lære. Også i tilfeller hvor nye behandlingsmetoder og kartlegging skal introduseres og hvor personalet (sykepleiere) trenger opplæring som kun tilbys ved sykehuset kan det vurderes som et tiltak å hospitere. I praksis oppleves hverdagen hektisk og ofte underbemannet og å avse personalet til hospitering kan være vanskelig. Det bør være en konkret plan på hvorfor man ønsker å hospitere og hva man får ut av det. Fastlegene har ettårig obligatorisk sykehustjeneste i deres spesialiseringsforløp.*

*Kommunen bør heller satse på kompetanseheving i form av å invitere leger, sykepleiere eller andre til egen kommune for å undervise på f. eks internundervisning hvor flere ansatte kan få opplæring og kunnskap enn at en og en fra kommunen reiser til sykehus. Man kan f. eks ta et tema som diabetes i løpet av 3 måneders periode hvor man går dypt inn i alt som de ansatte bør vite om det. Da kan spesifikke kliniske eksempler fra sykehushverdag gi god læring.*

2. Brukerundersøkelser:

*Det er helt rett at det pga kapasitetsproblemer ikke har vært gjennomført på en stund, men allerede nå i høst vil det bli gjennomført brukerundersøkelser ved sykehjem og hjemmetjenesten. Effektiv behandling av klagesaker gir også en form for informasjon og veiledning om behov og hva som bør endres. Involvering av pårørende i møter, pårørende kvelder og deltakelse i konsultasjoner kan også et godt alternativ/supplement til brukerundersøkelser. Alle utskrivningssamtaler og avsluttende konsultasjoner bør bestrebe å ta opp dette tema for å få tilbakemelding. Man kan sette opp midtveis evalueringer som går på pasienters og brukeres erfaringer og opplevelser så langt i behandlingsforløp. En samtale to uker etter et behandlingsforløp når pasienten/brukeren har hatt tid til å reflektere kan være nyttig. For da kan de gi god informasjon om hva som fungerte bra og hvor det er forbedringspotensial.*

3. Kommunen bør vurdere hvordan de kan få ned antall overliggerdøgn:

Nord-Odal har hatt lavt med overliggerdøgn sett i fht andre kommuner i regionen, men Eidskog har vel hatt null. Det hadde Nord-Odal i 2013, mens Kongsvinger og Grue har vært på topp. Dette svinger fra år til år. Men det har vært arbeidet med planer om utbygging av ett nytt trinn i «omsorgstrappa» og dette tar tid/år fra planer, økonomi og gjennomføring. Trygghetsboligene på Prestegårdsjordet (8 plasser) er ferdigstilt og skal tas i bruk fra november 2017. Dette punktet anses derfor som gjennomført. Noen av de pasientene som beskrives som utskrivingsklare fra sykehuset kan av ulike årsaker bli/vurderes sykere etter utskrivelse fra sykehuset og derfor kreve store ressurser i form av bemanning og behandling. Igjen kan tydelig informasjon ved f. eks telefonisk kontakt eller Plo meldingsutveksling, tettere samarbeid med fastlege/sykehjemslege, hjemmetjenesten gjøre overgangen fra sykehus til kommunen lettere. Mangelfulle epikriser, ikke oppdaterte medisinalister, mangelfull opplysninger om hva som har skjedd på sykehus, hva som forventes å følge opp, rett og slett mangel på kommunikasjon bidra til at kommunen ikke tar imot pasienten umiddelbart.

Kommunen har meldt avvik i de tilfeller de har vurdert at sykehuset ikke har gjort en god nok innsats. Ansatte i kommunen kjenner ofte brukere og pasienter godt slik at sykehuset kan ha en mer ydmyk rolle og være lyttende og heller drøfte enn å sette føringer for kommunen.

4. Kommunen kan i større grad benytte seg av sine sengeplasser på IKØ:

Årsrapporten viser til at det kun er Kongsvinger som får benyttet alle liggedøgnene. Legene er informert om status, beleggsgrad etc. Det er veldig viktig at det er legene som er de eneste som kan vurdere hvor de mener pasientens behov kan dekkes og ikke kommunen. Det samme gjelder om det er en sykehjemslege, selv om den da er kommunalt lønnet i den funksjonen og ikke selvstendig næringsdrivende. Kommuneoverlege vil igjen ta dette opp med fastlegene i kommunen.

5. Kommunen kan vurdere nytteverdien ved å forta egne vurderinger av pasientens tilstand og behov for hjelp gjennom befaringer på sykehuset:

Dette tiltaket er ikke mulig og hadde ikke vært forsvarlig ressursmessig på noe vis. Dette er mulig for en vertskommune med korte avstander. Her ville ett besøk bruke over en arbeidsdag og det er fokus på mest mulig direkte pasientarbeid. Det er alltid varierende antall innlagte ved de ulike sykehusene (vi har jo pasienter ved A-hus, Elverum etc) og med svært korte liggetid på sykehus. Det vil alltid være enkeltsituasjoner som ikke er optimale, men vi må stole på opplysningene som blir gitt. Det vises jo også til i rapporten at det har vært en bedring med Plo meldinger. I tjenesten er det etablert videokonferanseutstyr for å redusere behovet for reiser for den somatiske og - psykisk helsetjeneste. Innen for psykisk helsevern inviteres behandlere i kommunen inn til samarbeidsmøte blant annet rundt planlegging av utskrivelse. Det har vist seg å være nyttig. I somatikk kan en telefonhenvendelse med tydelig kommunikasjon være like effektiv dersom man velger å gjøre det i saker som er av sammensatt karakter. Ansatte i kommunen er dyktige på å vurdere pasientene da de avviker fra deres «habituelle tilstand» slik at en befaring på sykehus ville vært veldig nyttig og informerende. Men det bør da gjøres i de tilfellene hvor man ikke enes om utskrivelse, eller videre forløp eller for råd- og kommunikasjonsutveksling.

6. Kommunen bør i større grad sikre at pasienter får innflytelse over eget behandlingstilbud:

Kommunen er deltager i prosjektet det gode pasientforløp. Det skisseres også i rapporten. Dette er jo et prosjekt og arbeidsmetodikk som nettopp skal sikre at pasienter får nok informasjon og innflytelse over eget behandlingstilbud. Dette er bare første skritt i en prosess og viser at vi er i gang med en bedre tilnærming. Godt samarbeid med fastlege og

*informasjon fra lege kan bidra til veiledning ift. behandlingsvalg. Det er ikke bestandig at det er tilgjengelig alternative behandlingstilbud eller at behandlingen som tilbys ikke nødvendigvis svarer til pasienters forventning. Noen pasienter faller mellom to stoler hvor de ikke er «syke nok» eller «friske nok» til å falle inn under kriterier for en type behandling. Pasienter «hører» mye på andre sine opplevelser fra et behandlingstilbud. Igjen er det viktig at fagfolk informerer om at akkurat det behandlingstilbudet passet utmerket til en sykdomstilstand og muligens vil ikke være gunstig ved et annet sykdomsbilde.*

Med vennlig hilsen

*Ragnar Kristiansen*

- rådmann -

Nord-Odal kommune  
Mobil: 90 11 34 48

## 12.1 Revisors svar til rådmannens uttalelse

Når det gjelder valg av forvaltningsrevisjonsprosjekter gjør vi oppmerksom på at dette er et resultat at en overordnet analyse der kommunen er vurdert med hensyn til risiko og vesentlighet. Denne er det flere som bidrar med innspill til. Blant annet Rådmannen. Det er vår vurdering at man i Nord-Odal har hatt en hensiktsmessig prosess på overordnet analyse og plan for forvaltningsrevisjon. Når en velger å gjennomføre forvaltningsrevisjoner på store reformer er det med bakgrunn av en forventning om at kommunen skal ha iverksatt tiltak for å innfri og tilpasse seg de formål som reformen har hatt.

Når det gjelder revisjonens kompetanse på fagområdet må vi presisere at revisor sin fagkompetanse er revisjon, kontroll og tilsyn. Vi har ansatte med ulik utdanningsbakgrunn på mastergradsnivå, og med variert praksis. Vårt mandat er å gjennomføre forvaltningsrevisjon, noe som innebærer systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, måloppnåelse og/eller virkninger ut fra kommunestyrets vedtak og forutsetninger. Vi gjennomfører da kontroll/tilsyn ut fra, på forhåndsbestemte revisjonskriterier. Disse revisjonskriteriene skal utledes av autoritative kilder innenfor det reviderte området. Et tegn på manglende kompetanse hadde vært om kommunen ble revidert mot feil, eller ikke relevante revisjonskriterier. Det mener vi at ikke er tilfelle her. Revisjonskriteriene er da også lagt frem for kommunen i en tidlig fase i prosjektet, uten at kommunene har hatt innvendinger til disse. Vi har forøvrig gjennomført forvaltningsrevisjoner rettet mot samhandlingsreformen i andre kommuner tidligere, og vi kommer til å gjøre det igjen.

Når det gjelder rådmannens kommentarer til de enkelte anbefalinger registrerer vi at kommunen allerede jobber godt, eller har planer på flere av de områdene vi har gitt anbefalinger på. Det er bra, og vi kan gi følgende presiseringer:

- Når det gjelder hospitering er dette et av punktene i avtalen med sykehuset/SI som er lite brukt. Der det brukes er tilbakemeldingen at dette knytter sykehus og kommunehelsetjenestene tettere sammen, og at dialogen blir bedre. Det ideelle ville selvsagt vært om også sykehusansatte kunne hospitert i kommunen. Vi ser likevel at dette kan være et ressurs spørsmål, og vi er enig i at dette må planlegges for at en skal få et godt utbytte.
- Vi mener brukerundersøkelser vil være et viktig supplement for videreutvikling av kommunens tjenester, og vi vil anta at disse vil være viktige for det systematiske arbeidet med brukermedvirkning.
- Intensjonen med samhandlingsreformen var blant annet at ferdig behandlede pasienter skulle sendes hjem eller få et tilbud i hjemkommunen. Antall overliggerdøgn er en god indikasjon på hvordan kommunene innfrir på området. Vi mener det er hensiktsmessig at Nord-Odal kommunen følger opp utviklingen. Blant annet hvilket utslag det får at kommunen tar i bruk trygghetsboligene på Prestegårdsjordet.
- Når det gjelder bruk av IKØ plasser ser vi at tilbudet ofte må kommuniseres til fastlegene for at det skal bli brukt i den grad det er tenkt (og som kommunen betaler for), alternativt kan det jo også tenkes at tilbudet er feil dimensjonert.
- Befaringer ved sykehuset for å kunne få førstehånds kjennskap til pasienten og å begynne planleggingen av kommunens tilbud på et tidlig fase av pasientforløpet er noe sykehuset

mener at bør brukes i større grad, og at det sikrer et mer helhetlig/sømløst pasientforløp. Det er selvsagt mindre behov for å gjøre dette med pasienter som kommunen kjenner godt.

- Når det gjelder pasientenes innflytelse over eget behandlingstilbud er vi opptatt at kommunen skal ha gode rutiner for dette. Det er vår vurdering at det er mulig å gjøre forbedringer i enkelte deler av tjenesten. Vi er videre enige i at deltagelse i prosjektet «Det gode pasientforløp» er hensiktsmessig i forhold til dette temaet.

## 13 Referanser/litteratur

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

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

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

Forskrift om kontrollutvalg i kommuner og fylkeskommuner

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

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

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

Lov om kommunale og fylkeskommunale eldreråd (eldrerådslova)

Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)

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

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

RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon

Statistisk sentralbyrå (2017) Folkemengde og befolkningsendringar, tabell: 01222: Folkemengd og kvartalsvise endringar (K)

SSB (2017) Kommunehelsetenesta, 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 Nord-Odal 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

Forside: Image courtesy of Stuart Miles at FreeDigitalPhotos.net

## Vedlegg A: Utledning av revisjonskriterier

### Om revisjonskriterier

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

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

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

Det er utledet revisjonskriterier fra følgende kilder:

- 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?**

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

De lovmessige kravene til samarbeidsavtalene er hjemlet i Helse og omsorgstjenesteloven (lov om kommunale helse- og omsorgstjenester).

Kapittel 6, samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak mv. er det sentrale kapittel i loven.

§6- 1 tar opp grunnlaget for plikten om å ha en samarbeidsavtale. Dette er lovparagrafen som er gjeldene for kommunene. Ordlyden i §6-1 er følgende:

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

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

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

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

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

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

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

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

## Nærmere om krav til avtalens innhold

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

I tilknytning til krav 1 er det følgende anbefalinger:

- Enighet om grenseflater og gråsoner, for eksempel hvor det er mangler og hvor det er overlapping. Dette kan være forskjellig hos ulike pasientgrupper, behandlingskjeder eller i faser av pasientforløpet.
- Arenaer og prosesser som skal benyttes hvis det oppstår tvil eller uenighet om ansvar- 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 ovenfor 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 endringer 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-, fødsel 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 Helsenet.
- 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 koordinator<sup>29</sup>. 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 et det er de koordinerende enhetene bør utvikle rutiner og møteplasser for samhandling, informasjon og kompetanseutvikling.

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

**4. 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

<sup>29</sup> Sist oppdatert 23.2.2017

- 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»

**5. 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.

**6. Erfaring fra pasienter og brukere skal ha blitt hørt i forbindelse med utarbeidelsen av avtalene.**

**7. 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 som følger:

*«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, Koordinator 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. Koordinator 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 samarbeidspartene.

### Konkrete revisjonskriterier

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

1. **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
2. **Kommunen skal ha opprettet systemer som sikrer samhandling og at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov**
3. **Pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerende tjenester skal ha tilbud om individuell plan**
4. **Kommunen skal tilby en koordinator for pasienter med langvarige og koordinerende tjenester.**

### 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:

1. Deltagelse fra pasienten i eget opplegg.
2. 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 klageregler<sup>30</sup>. Fylkesmannen er nå klageinstans og regionalt tilsynsorgan<sup>31</sup>. 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:

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

<sup>30</sup> Samhandlingsreformen - informasjon om ikraftsetting av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/samhandlingsreformen---informasjon-om-ik/id667798/>

<sup>31</sup> 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: Fellesrapport – Samhandlingsreformen i Glåmdalen**