Forvaltningsrevisjon 2017

Utarbeidet av Hedmark Revisjon IKS
på oppdrag fra kontrollutvalget i Åsnes kommune

Samhandlingsreformen i Åsnes kommune

1 Forord

Denne rapporten er et resultat av forvaltningsrevisjonsprosjektet: Samhandlingsreformen i Åsnes 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 Åsnes kommune

Karoline Hovstad har vært utøvende revisor for prosjektet og har ført rapporten i pennen. Lina Kristin Høgås-Olsen har vært oppdragsansvarlig revisor for prosjektet og har kvalitetssikret arbeidet.

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

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

Kongsvinger, 31. august 2017

Lina Kristin Høgås-Olsen

Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor

Karoline Hovstad

Utøvende forvaltningsrevisor

Innholdsfortegnelse

1 FORORD 2

2 SAMMENDRAG 5

3 BAKGRUNN FOR PROSJEKTET 7

3.1 BESTILLING 7
3.2 OM SAMHANDLINGSREFORMEN 7
3.3 OM HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN I ÅSNES KOMMUNE 8
3.3.1 ALDERSSAMMENSETNINGEN I KOMMUNEN 8
3.3.2 BEHOV FOR TJENESTER I KOMMUNEN 9

4 FORMÅL 9

5 AKTUALITET OG AVGRENSNING 9

6 METODE FOR REVISJONEN 10

7 PROBLEMSTILLING 1 - SAMHANDLING KOMMUNE OG HELSEFORETAK 13

7.1 BAKGRUNNSINFORMASJON 13
7.1.1 RELEVANT FORSKNING 13
7.2 REVISJONSKRITERIER FOR PROBLEMSTILLING 1 14
7.3 INNHENTET DATA 15
7.3.1 SAMARBEIDSAVTALE 15
7.3.2 NÅVÆRENDE AVTALE 17
7.3.3 KOMMUNIKASJONSRUTINER 17
7.3.4 SAMARBEIDSFORA 18
7.3.5 INFORMASJON FRA SYKEHUSET INNLANDET ELVERUM 19
7.4 REVISORS VURDERING 20
7.4.1 ANBEFALINGER 22

8 PROBLEMSTILLING 2 - GREP TATT I KOMMUNEN 23

8.1 BAKGRUNNSINFORMASJON 23
8.2 REVISJONSKRITERIER FOR PROBLEMSTILLING 2 23
8.3 INNHENTET DATA 24
8.3.1 INTERKOMMUNAL ØYEBLIKKELIG HJELP (IKØ) 24
8.3.2 GREP TATT I KOMMUNEN 25
8.3.3 STATISTIKK 27
8.4 REVISORS VURDERING 28
8.4.1 ANBEFALINGER 29

9 PROBLEMSTILLING 3 – BRUKEROPPFATNING 31

9.1 BAKGRUNNSINFORMASJON 31
9.1.1 RELEVANT FORSKNING 31
9.2 REVISJONSKRITERIER FOR PROBLEMSTILLING 3 31
9.3 INNHENTEDE DATA 31
10.3.3 PASIENT OG BRUKEROMBUDET I HEDMARK OG OPPLAND 31
10.3.4 BRUKERUNDERSØKELSER 32
10.3.5 ELDRERÅDET 33
10.3.6 DATA FRA KOMMUNEN 34
9.4 REVISORS VURDERING 34
ANBEFALINGER 35

10 KONKLUSJON 36

11 ANBEFALINGER 36

11.1 ANBEFALINGER FOR PROBLEMSTILLING 1 36
11.2 ANBEFALINGER FOR PROBLEMSTILLING 2 36
11.3 ANBEFALINGER FOR PROBLEMSTILLING 3 37

12 RÅDMANNENS HØRINGSUTTALELSE 38

13 REFERANSER 39

14 VEDLEGG A: UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIER 41

14.1 OM REVISJONSKRITERIER 41
14.2 UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIER 41
PROBLEMSTILLING 1, FUNGERER SAMARBEIDET MELLOM KOMMUNEN OG DET ENKELTE HELSEFORETAK ETTER HENSIKTEN? 41
PROBLEMSTILLING 2, HVA ER GJORT I KOMMUNEN FOR Å SIKRE AT PASIENT/BRUKER FÅR KOORDINERTE OG HELHETLIGE HELSETJENESTER? 48
PROBLEMSTILLING 3, HVORDAN OPPLEVER HELSETJENESTENS BRUKERE EFFEKTENE AV SAMHANDLINGSREFORMEN? 53

15 VEDLEGG B: RELIABILITET OG VALIDITET 54

2 Sammendrag

Rapporten har svart på tre problemstillinger som alle omhandler samhandlingsreformen i Åsnes 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.

Problemsstilling 1 etterspør hvordan samarbeidet mellom kommunen og det regionale helseforetaket (i Åsnes' tilfelle i hovedsak Elverum 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 store og det hele, fungerer dette samarbeidet godt, og til en viss grad er dette på grunn av samarbeidsavtalen. Et grunnleggende problem som trekkes fram av de ansatte i kommunen er mangel på likeverdighet mellom avtalepartene. Det er sykehuset som definerer når pasienten er utskrivningsklar, uten at kommunen kan si sin mening om dette. Dette bør kommunalsjef og rådmann adressere i samarbeidsmøter med sykehuset. Revisjonen anerkjenner at dette ikke er noe kommunen kan løse alene.

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. Et stort forbedringspotensial har kommunen i dens kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten. Å betale sykehuset for utskrivningsklare pasienter vil i lengden bli dyrt for kommunen og skaper ressursproblemer for sykehuset, så kommunen bør selv opparbeide seg denne kapasiteten og kompetansen internt.

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. Det virker som om kommunens brukere er fornøyd med tilbudet de får, men sykehjemmet bør jobbe med bedre involvering av brukerne ved utarbeidelse av planer som gjelder dem selv. Videre bør de systematisere, målrette og gjennomføre planlagte samtaler gjennom året.

Basert på rapportens funn har revisor kommet frem til følgende åtte anbefalinger:

- Kommunalsjef og rådmann bør etterspørre mer likeverdighet i samarbeidsmøter med sykehuset. Revisjonen anerkjenner at dette ikke er noe kommunen kan løse alene.
- Kommunen bør jobbe videre med å lage rutiner og kriterier, for å sikre behandling på lavest effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet).
- Kommunen bør benytte seg av muligheten for hospitering, dersom kommunen ønsker dette.
- Kommunen bør fortsetter å gjennomføre brukerundersøkelse.
- Kommunen bør utvikle bruken av individuell plan, der det er behov og ønske fra brukerens side.
- Kommunen bør jobbe med sin kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten.
- Kommunen bør systematisere og formalisere samarbeidet med fastlegene i kommunen for å få gode pasientforløp til å fungere optimalt.

- Sykehjemmet bør jobbe med bedre involvering av brukerne ved utarbeidelse av planer som gjelder dem selv, samt systematisere, målrette og gjennomføre planlagte samtaler gjennom året.

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 kontrollutvalgene i Glåmdalen den 9. juni 2016, at det skulle bestilles et prosjekt om samhandlingsreformen. Alle kontrollutvalg skulle bestille et prosjekt med like problemstillinger.

Kontrollutvalget i Åsnes foretok, på bakgrunn av fremlagt prosjektplan, den endelige bestillingen under sak 37/2016 i kontrollutvalgets møte den 7. september 2016.

Ordlyden i bestillingen var følgende:

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

3.2 Om samhandlingsreformen

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

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

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

3.3 Om Helse- og omsorgstjenesten i Åsnes kommune

Åsnes kommune har 7 341 innbyggere (per 1. kvartal 2017) og folketallet er gradvis synkende[1]. I kommunens tjenesteanalyse for helse- og omsorgstjenesten i Åsnes kommune (fra september 2015), presenterer de noen folkehelseutfordringer som er spesielt fremtredende for avdelingen:

- «Det er langt flere utviklingshemmede i Åsnes enn gjennomsnittet for landet.
- Åsnes kommune har mange eldre og andelen eldre over 67 år utgjorde 22,1 % av befolkningen per 31.12.2014. Tilsvarende for landet var 14,5 %.
- Antall eldre over 80 år vil være ganske stabilt de neste 10 år for så å øke betydelig
- Kommunen har prioritert institusjonsplasser og bofellesskap med heldøgnsbemanning fremfor hjemmebasert omsorg, og det er et mål å dreie tjenesten fra institusjonsomsorg til bistand på beste effektive omsorgsnivå.
- Kommunen har gjennom ulike planer[2] fastsatt at forebygging, tidlig innsats og ulike bidrag for å fremme egenmestring skal prioriteres.»

Kommunen har et uttalt mål om at tjenestene skal forflytte seg fra pleiekultur til mestringskultur. Herunder er det et mål om å bevisstgjøre innbyggerne når det kommer til eget ansvar for tilrettelegging for egenomsorg, ved å benytte hjelpemidler, teknologiske muligheter og frivillige omsorgsressurser og å legge til rette for at innbyggerne skal bo lengst mulig i eget hjem.

3.3.1 Alderssammensetningen i kommunen

I tjenesteanalysen presenterer kommunen figuren over, for å vise aldersfordelingen i befolkningen i Åsnes kommune i 2015 og forventningene for fremtiden. Som vi ser, så forventes den å være ganske stabil. Åsnes kommune har i følge tjenesteanalysen en mye høyere andel av eldre enn både Hedmark og landsgjennomsnittet. Andelen eldre over 67 år utgjorde 22,1 prosent av befolkningen per 31.12.2014. Tilsvarende andel for fylket og landet var henholdsvis 17,4 prosent og 14,5 prosent. Figuren viser at andelen over 67 år vil øke i perioden (22 prosent til 25 prosent). Andelen over 80 år vil øke fra 7 prosent til 9 prosent fra 2025 til 2030 som utgjør en betydelig økning. En kommune med stor andel eldre vil ha større behov for helse- og omsorgstjenester enn kommuner med stor andel yngre mennesker. Aldersgruppen 20-66 år går noe ned i perioden. Kommunen viser med dette at de er klar over at det er viktig å sette inn ulike forebyggende tiltak for aldersgruppene under 80 år, for å bidra til flere eldre er aktive og klarer seg selv.

[1] SSB (2017) Folkemengde og befolkningsendringar, Tabell: 01222: Folkemengd og kvartalsvise endringar (K)
[2] Kommuneplan samfunnsdel, plan for helse og omsorg, plan for psykisk helse, rehabiliteringsplan, handlingsplan for forebyggende arbeid barn og unge

3.3.2 Behov for tjenester i kommunen

Kommunen gir hjemmetjenester til mange i aldersgruppen 0-66 år (192 prosent i forhold til landsgjennomsnittet i 2014). På landsbasis er det 2 prosent av innbyggere under 67 som mottar hjemmetjenester. I Åsnes er andelen 3,7 prosent. Kommunen har langt flere psykisk utviklingshemmede enn landsgjennomsnittet og flere med psykiske lidelser og rusproblemer[3].

Kommunen har flere ressurskrevende brukere enn sammenliknbare kommuner, men andelen hjemmetjenestemottakere som får omfattende bistand er litt mindre enn landsgjennomsnittet. Kommunen antar at det er en stor andel som får lite hjelp, og at det kan tyde på at terskelen til å få hjelp er lav. Andelen hjemmetjenestemottakere over 80 år med høyt bistandsbehov er lavere enn landet, til tross for at kommunen har en stor andel over 80 år. Det kan tyde på at kommunen gir institusjonstjenester til denne gruppen i større grad enn gjennomsnittet for landet. Kommunen er klar over at mange eldre over 80 år med stort bistandsbehov er institusjonsbeboere i Åsnes og antar dermed at terskelen for å få sykehjemsplass er lavere/har vært lavere enn i mange andre kommuner. Kommunen reduserte antall institusjonsplasser i 2014[4], og vi ser at antall sykehjemsbeboere har sunket noe[5].

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Antall sykehjemsbeboere	123	112	101	92	95	93

Tabell 1

4 Formål

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

[3] Tjenesteanalyse for helse- og omsorgstjenesten i Åsnes kommune
[4] Tjenesteanalyse for helse- og omsorgstjenesten i Åsnes kommune
[5] SSB (2017) Kommunehelsetenesta, Tabell: 04685: E. Kommunehelse - grunnlagsdata (K)

Det er levert mange evalueringsrapporter som tar for seg ulike deler av reformen. Blant annet kom Forskningsrådet med en større evaluering der sluttrapporten kom i juni 2016[6]. 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 Åsnes.

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

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

6 Metode for revisjonen

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

Dokumentanalyse ble vurdert som en godt egnet metode for å kunne besvare problemstillingene i prosjektet. Metoden er i stor grad brukt i forbindelse med utledning av revisjonskriterier og som bakgrunn for å klargjøre hvilke rammer Åsnes 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 eller respondenter. Metoden brukes til å studere eksisterende materiale, og er mye brukt for anskaffelse av bakgrunnsinformasjon[7]. Forvaltningsrevisjonen har tatt en forholdsvis omfattende gjennomgang og vurdering av ulik litteratur og dokumenter, hvilke fremkommer av referanselisten.

Det gjøres oppmerksom på at statistikken presentert under kapittelet om alderssammensetningen Helse- og omsorgstjenesten i Åsnes kommune og under problemstilling tre, er direkte hentet fra dokumenter mottatt av kommunen, og revisjonen har ikke gjort egne analyser her.

Vi har gjennomført til sammen seks intervjuer i kommunen med avdelingsleder Tildelerenheten, avdelingsleder rehabilitering, fagutviklingssykepleier, avdelingsleder sykehjem, avdelingsleder hjemmetjenesten og leder for Eldrerådet. Valg av respondenter til intervju er foretatt etter dialog i oppstartmøte med rådmann og virksomhetsleder for Åsnes omsorgstjeneste[8], og omfanget er tilpasset prosjektets ressursramme. Hensikten med intervjuene har vært å avklare hvordan de ansatte i kommunehelsetjenestene har jobbet med samhandlingsreformen og hvordan de oppfatter kommunikasjonen internt i kommunen og med sykehuset. I tillegg til brukerne, er dette de som tettest har blitt påvirket av reformen. Leder for Eldrerådet ble intervjuet for å gi sin oppfatning av

[6] Norges forskningsråd (2016) Evaluering av samhandlingsreformen - Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM)
[7] Tjora, Aksel (2010:162f) Kvalitative forskningsmetoder i praksis.
[8] Hun var konstituert kommunalsjef for helse, pleie og omsorg, inntil ny kommunalsjef tiltrådde 1. april 2017.

reformen, da i hovedsak hvordan brukerne (i dette tilfellet de eldre) har blitt involvert i reformen, på person- og systemnivå.

Siden problemstillingen omhandler kommunikasjon opp mot det lokale helseforetaket, fant revisjonen det naturlig å avholde et intervju med en representant fra det lokale sykehuset. Åsnes kommune sogner i hovedsak til Elverum sykehus[9], så det var naturlig å ta et intervju med noen derfra. Vi intervjuet assisterende divisjonsdirektør Håvard Kydland. Informasjonen fra intervjuet vi hadde med sykehuset, finnes under problemstilling 1.

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

I tillegg har vi, i den grad det har vært nødvendig, avklart forhold i kommunikasjon per e-post med leder for Tildelerenheten og kommunalsjefen (etter 1. april).

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

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

I tillegg til de kvalitative metodene, har revisjonen gjort noen statistiske analyser av andel av personell med fagutdanning, reinnleggelser og overliggerdøgn. Bruk av statistikk fra tilgjengelige kilder kan gi et inntrykk av hvordan situasjonen er i dag, og om den har forandret seg over tid. For å belyse problemstillingen har revisor valgt å bruke statistikk fra Helsedirektoratets tjeneste SAMDATA og kvalitetsindikatorer fra helsenorge.no[10]. SAMDATA kommune[11] er en ny tjeneste fra helsedirektoratet som har som mål å beskrive utvikling og variasjon innen kommunale helse- og omsorgstjenester. Til dette prosjektet har vi hentet statistikk derfra på to felt, reinnleggelser og overliggere. Statistikk om fagutdanning har vi hentet fra helsenorge.no. Dette er en offentlig helseportal som er driftet av direktoratet for e-helse, publiserer en rekke kvalitetsindikatorer knyttet blant annet til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Kvalitetsindikatorene er basert på

[9] Samarbeidet er i hovedsak med Elverum sykehus og noe med Hamar. Elverum har bruddskader og Hamar har bløtdelskirurgi. Det er kun noen få postnummer i kommunen som tilhører Kongsvinger sykehus, så det er ikke ofte kommunen får pasienter fra Kongsvinger sykehus. Det er sjelden kommunen har noe med dette sykehuset å gjøre.
[10] https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-pleie-og-omsorg/fagutdanning-i-pleie-og-omsorgstjenesten
[11] https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata-kommune

tallmateriale fra tilgjengelige registre som IPLOS og KOSTRA. Det gjøres oppmerksom på at tallmateriale basert på kvalitetsindikatorene må tolkes med varsomhet.

7 Problemstilling 1 - Samhandling kommune og helseforetak

Problemstilling 1:

Fungerer samarbeidet mellom kommunen og det enkelte helseforetak etter hensikten?

7.1 Bakgrunnsinformasjon

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

7.1.1 Relevant forskning

Telemarksforskning leverte i 2010 en rapport om samhandlingen mellom kommunene og helseforetak[12]. Rapporten tok for seg andre relevante forskningsrapporter som omhandlet samhandlingspraksis mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. Funnene tydet på at det var til dels store forskjeller i hvordan samarbeidet fungerte. En rapport fra 2008 viste at forholdet var preget av manglende likeverdighet og at kommunene opplevde forholdet som grunnleggende asymmetrisk, der sykehusene er i den førende posisjonen. Videre fant Riksrevisjonen ut, i en undersøkelse fra 2009, at flertallet av kommunene som var med i undersøkelsen oppga at sykehusene kunne være sene med å gi informasjon om utskriving av pasienter med behov for pleie- og omsorgstjenester. Dette førte til at kommunene ikke i tilstrekkelig grad hadde muligheten til å tilrettelegge for gode tjenestetilbud. De samme funnene ble også gjort i en annen undersøkelse som Telemarksforskning tok for seg. Denne kom frem til at kommunale ansatte gjennomgående må være pågående for å skaffe informasjon som de har behov for fra sykehusene om pasienter som er innlagt. Undersøkelsen viser videre at det er en uenighet mellom kommunenes behov for informasjon om pasientens tilstand før situasjonen er avklart, og sykehusenes ønske om først å komme med informasjon når alt er avklart.

KS bestilte en evalueringsrapport fra Deloitte om hvordan samarbeidsavtalene etterleves[13]. Rapporten tok for seg et utvalg med kommuner med det mål å se på hvordan intensjonene og forpliktelsene i inngåtte samarbeidsavtaler etterleves. Resultatet av undersøkelsen viser at samarbeidsavtalene er sett på som et egnet og nyttig verktøy for samhandling. De har bidratt til en tydeliggjøring av ansvar- og oppgavefordeling, samt medført et bedre samarbeid mellom partene. Hovedutfordringen knyttet til avtalene er omfanget, både av avtaler og av detaljeringsgrad.

[12] Telemarksforskning (2010) Samhandling mellom kommuner og helseforetak, Erfaring fra Midt-Telemark. Rapport nr. 266
[13] Deloitte (2014) KS FoU-prosjekt nr.:134017: «Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak – etterleves de?» En undersøkelse av erfaringene i et utvalg kommuner og helseforetak

I rapporten Pasienterfaringer ved norske sykehus i 2015 for Sykehuset Innlandet[14], fant Folkehelseinstituttet at 66 prosent svarte at de opplevde at sykehuset i stor eller i svært stor grad hadde samarbeidet bra med fastlegen om det de var innlagt for. 64 prosent svarte at de opplevde at sykehuset har samarbeidet bra med hjemmetjenesten / andre kommunale tjenester om det vedkommende var innlagt for. På de samme to spørsmålene svarer 17 prosent at de ikke i det hele tatt eller i liten grad opplevde dette. Endringen er ikke signifikant forskjellig fra året før. Det ser ut til at samhandlingsindikatoren er noe høyere i årene fra 2013, altså etter at samhandlingsreformen ble innført, og nokså stabil etter dette.

7.2 Revisjonskriterier for problemstilling 1

Fullstendig utledning av revisjonskriterier befinner seg i vedlegg 1. I rapportens hoveddel vil det kun bli presentert en punktvis oppsummering av revisjonskriteriene for problemstillingen.

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

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

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

- **Erfaring fra pasienter og brukere skal ha blitt hørt i forbindelse med utarbeidelsen av avtalene.**
- **Kommunens koordinerende enhet bør ha utviklet rutiner for samarbeid og kommunikasjon med sykehuset.**

7.3 Innhentet data

7.3.1 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[15]. Brukerutvalget til SI skulle ivareta brukerrepresentasjonen under forhandlingene og møtte 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 ble satt til 31.1.2013. Revideringsgruppa hadde samme sammensetting som de som utarbeidet den originale avtalen. Gruppa mottok innspill fra overordet samarbeidsutvalg som hadde gjennomført evalueringer i form av:

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

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

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

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

Den nåværende avtalen trådde i kraft 1.3.2015 og er satt til å vare frem til 1.3.2019. Den opprinnelige forhandlingsgruppen var byttet ut[16] og det ble i forkant av evalueringsarbeidet gjennomført en prosess der alle kommuner ble invitert til å delta. KS ledet evalueringsprosessen som ble gjennomført på følgende måte:

1. Informasjon om evalueringsprosessen ble sendt ut i juni 2014.
2. Questback ble sendt ut i slutten av august.
3. Workshop der representanter fra fagmiljøene både fra kommunesektoren og SI deltok, ble arrangert 22. oktober 2014.
4. Behandling i RU[17] Oppland 20.11.14, RU Hedmark 21.11.14 og i KS-styret 28.11.14.

Resultatene fra evalueringsprosessen viste at questbacken ga lav svarprosent, kun 16 prosent av kommunene svarte, men SI hadde 66 prosent. Workshopen ble ansett som vellykket der gruppene hadde gode dialoger som ledet frem til konstruktive innspill til det videre revideringsarbeidet. Resultatene fra questbacken og innspillene fra workshopen ble brukt i to forhandlingsmøter mellom partene.[18]

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

- Avtalen består nå av ett dokument der tjenesteavtaler og samhandlingsrutiner er inkludert. Det medfører behov for én underskrift fra kommunen og én fra SI per avtale.
- Samfunnspanelet er tatt ut av samhandlingsstrukturen. Dette forumet ble i utgangspunktet opprettet i forbindelse med SI sitt omstruktureringsarbeid, og tidligere direktør ønsker et forum med ordførere fra vertskommunene. Dette er nå ivaretatt av andre møteplasser.
- Kvalitetsutvalget er lagt inn som en del av de geografiske utvalg sine oppgaver.
- Forslag til nye rutiner og endring av eksisterende rutiner foreslås behandlet i OSU[19], 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». Når det kommer til kompetanseutveksling er det åpnet for at partene kan delta på hverandres opplæringsarenaer som internundervising og kurs.
- Tjenesteavtalene kommer med nye nummer. Antallet er redusert fra 12 til 10.

[16] Gruppen besto nå av rådmann Omar Dajani, Nord-Aurdal kommune (leder), avdelingsleder Harald Landheim, Lillehammer kommune, Roy Heine Olsen, Elverum kommune, Åse Ingeborg Borgos, kommunelege, fastlege og praksiskonsulent Tynset kommune og Liv Kaartorp, KS Hedmark og Oppland som sekretær, rådgiver og koordinator for arbeidet.
[17] RU = Rådmannsutvalgene
[18] Fra SI stilte Morten Lang-Ree, Grethe Fossum, Marthe Flugstad, Per Rasmusen brukerutvalget, Liv Haugli hovedtillitsvalgt og Hans Kristian Hellum jurist. Fra kommunesektoren møtte forhandlingsutvalget.
[19] OSU= Overordnet samarbeidsutvalg

7.3.2 Nåværende avtale

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

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

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

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

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

7.3.3 Kommunikasjonsrutiner

Kommunikasjon mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten skal i hovedsak gå gjennom PLO-meldinger[20]. Ved behov tar de ansatte i kommunen kontakt per telefon med sykehuset for å få flere opplysninger. Årsakene til at de ringer er stort sett fordi pasienten mangler epikrise eller fordi funksjonsbeskrivelsen er feil. Dette skjer altfor ofte. Det varierer om de kommunalt ansatte får god informasjon når de ringer sykehuset. Det er stort sett Tildelerenheten, sykehjemslegen og korttidsavdelingen som har kontakt med sykehuset.

Kommunen opplever at det noen ganger går litt fort med informasjonshåndteringen på sykehuset. Kommunen skjønner ikke alltid hvilken informasjon pasienten har fått om videre behandling. Noen ganger lover sykehuset for mye til pasienten og dette er problematisk for kommunen, som skal gi tilbudet. Det er til syvende og sist kommunen som tar avgjørelsen om hvilket tilbud pasienten skal få.

[20] Pleie- og omsorgsmeldinger.

Siden kommunen i økende grad opplever at informasjonen de får fra sykehuset ikke stemmer, har Tildelerenheten en plan om å være oftere på sykehuset for å vurdere pasientene selv. Dette er ønskelig også fra hjemmetjenesten. På denne måten kan de tidligere lage et riktig tilrettelagt opplegg for pasienten.

Jf. tjenesteavtale 2 skal partene holde hverandre oppdatert om nye tilbud innen habilitering og rehabilitering. Det var kommentarer både fra sykehuset og fra kommunen om at sykehuset ikke vet hvilken kompetanse kommunen besitter før de skriver ut pasienten.

Kommunen skrev sju til åtte avvik i fjor til sykehuset, men kommunen har ikke fått tilbakemelding på disse. Tildelerenheten har et mål om å skrive flere avvik, men i dag skriver de kun på de groveste hendelsene. Kommunen føler at det er sykehuset som har definisjonsmakten, og at det hjelper lite hva kommunen sier.

Kommunen har blant annet rutiner for utskrivning av pasient fra sykehuset til hjemmet, om å opprette ny elektronisk melding i Profil, overvåkning av elektroniske meldinger og oppfølging av avvik på meldinger og om innkomne elektroniske meldinger i Profil.

7.3.4 Samarbeidsfora

Det er etablert tre samarbeidsutvalg mellom Sykehuset Innlandet (SI) og kommunene. Overordnet samarbeidsutvalg (OSU) befinner seg på det høyeste nivået. Organet er partssammensatt, overordnet og strategisk utviklingsorientert og gjelder mellom SI og kommuner som har inngått samarbeidsavtale. Organet er rådgivende og skal avklare gråsoneutfordringer og følge avtalenes virkemåte samt bidra til å spre god praksis, god kvalitet og eksempler på godt samarbeid. I organet sitter representanter fra kommunen, SI, brukerrepresentanter, arbeidstakerrepresentanter. KS er til stede 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 med Sykehuset Elverum-Hamar. GSU har ansvar for å ha gode rutiner for samarbeid og informasjonsutveksling mellom SI og de tilhørende kommunene. Utvalget skal benyttes for å sette dagsorden når det kommer til kvalitetskrav i samhandlingen på systemnivå. Målsettingen er å heve kvaliteten og å forbygge systemsvikt. Eventuelle avvik fra samarbeidsavtalene skal behandles her. I GSU møter kommunalsjefer for kommunene, en representant for brukerutvalget, en representant for fastlegene og representer for sykehuset Kongsvinger og SI. GSU for Sykehuset Elverum-Hamar har møter to ganger i halvåret. Det er et stort og velfungerende forum der folk møter opp. De diskuterer blant annet avvikssaker. En ting de ofte tar opp er at de har et tungvint meldingssystem som ikke snakker sammen.

Klinisk samarbeidsutvalg er det laveste nivået. Der møtes de som jobber direkte med pasientene til daglig, inkludert praksiskonsulent, brukerrepresentanter, leder for sykehusets sengeposter og representanter fra tildelingsenhetene. Klinisk samarbeidsutvalg for Elverum sykehus har ett til to møter i halvåret.

7.3.5 Informasjon fra Sykehuset Innlandet Elverum

Samarbeid med kommunene

Det er mange aspekter i samhandlingen mellom sykehus og kommunene og det er et stort apparat rundt samarbeidsavtalene. Reformen er en formalisering av ordninger som var på plass også før samhandlingsreformen trådte i kraft, men det har blitt klarere avtaler rundt utskrivningsklare pasienter. Meldingssystemet PLO har gitt en tydeligere meldingsstruktur og god kommunikasjon mellom kommune og sykehus. Det er mer forutsigbart, det sparer tid og det er dokumentasjon på hva som er gjort. Kommunikasjonen mellom sykehus og kommune er i hovedsak PLO-meldinger, men også noen telefoner og møtekontakt. I stedet for telefoner, burde det vært mulig å gjøre mer skriftlig, men SMS/e-post er utelukket på grunn av manglende kryptering. Informasjonsflyten burde være mer som sosiale nettverk, men sikrere.

Utskrivningsklare pasienter

Det er kommunen som vurderer hvilket tilbud pasienten skal få etter at de sendes fra sykehuset. Kommunen må ta ansvar for dette, og de fleste utskrivningsklare pasientene kan kommunene ta i mot. Det er stort skille mellom ukedag og helg, når det kommer til hvor enkelt kommunene synes det er å ta i mot pasienter fra sykehuset. Det skrives ut mange pasienter i helgen. Årsaken til dette er at sykehuset i høy grad driver virksomhet døgnet rundt hele uken, og dersom ikke pasientene skrives ut i helgene på lik linje som i ukedagene får de plassproblemer. Likevel skrives det ut færre pasienter i helger enn i ukedager. Noen små kommuner har problemer med å ta i mot pasienter, og sykehuset trekker spesielt frem Åsnes som en kommune som sliter med dette. Noen kommuner, blant annet Hamar og Elverum, kommer på sykehuset og gjør en vurdering av pasienten. Dette er positivt. Hvis kommunen ikke kan gi pasienten et godt tilbud, så kan det hende at sykehuset lar pasienten blir liggende, på sykehusets regning. Sykehuset vet ikke hvor bra eller dårlig behandlingen i kommunene er. Assisterende divisjonsdirektør ser omkring hver måned på utskrivningspasientene på sykehuset. Han ser at det ikke bare er økonomi som gjør at de blir liggende, noen ganger er det manglende epikriser, spesielle avtaler, etc.

Noen ganger har det vært diskusjoner med kommunene om pasienter er utskrivningsklare eller ikke, men de har unngått tvister. Diskusjonene er primært om å skrive ut pasienten til helg og om kommunen har den rette kompetansen (for eksempel på å gi intravenøs antibiotika).

Samarbeid om tyngre brukere

Ved spesielle behov har vanligvis sykehuset og kommunen samtale før pasienten skrives ut. Da hospiterer ansatte i kommune ved sykehus. Noen ganger gir ansatte fra sykehuset (primært sykepleiere) opplæring i kommune. Det er stort sett prosedyre-relaterte grunner til opplæring. Kompetansen til sykepleierne i kommunene har blitt bedre, så de takler i større grad de medisinske oppgavene. Kompetansehevingen sykepleierne får på de tyngste pasientene tas også med til andre pasientgrupper.

Pasienter som legges inn på sykehus

Det er mye kompetanse i kommunene i ukedagene, men i helgene er det mindre kompetanse og mange ansatte i kommunene er utrygge på hva de skal gjøre. Dette gir også et skille i vurdering om en pasient skal sendes til sykehuset eller ikke.

Sykepleierne har samtidig med økt kompetanse også blitt flinkere til å se problemer, så de legger inn på sykehus oftere. Kommunen legger inn pasienter fordi de er utrygge. Sykehjemspasienter i dag er virkelig syke, så sykehuset mener at kommunen bør ha en plan om hvilken behandling de skal ha, eventuelt palliativ. Sykehuset håper på en kulturendring på dette og utfordrer kommunene på dette.

Geografisk samarbeidsutvalg (GSU)

Dette holdes to ganger i halvåret. Det er et stort og velfungerende forum der kommunene møter opp. De diskuterer blant annet avvikssaker. En ting de ofte tar opp er at de har et tungvint meldingssystem som ikke snakker sammen. Sykehus og kommune har ulike meldingssystemer. Noen avviksmeldinger kommer gjennom PLO, selv om man ikke egentlig skal sende slikt der, men sykehuset setter pris på tilbakemeldinger.

Klinisk samarbeidsutvalg (KSU)

Dette fungerer bra. Det er ett utvalg på Hamar og ett på Elverum. De tar opp avvik her også, men er mer praktisk og tett på tjenestene enn GSU. Et problem som utmerker seg er epikriser. Det er organisert slik at epikriser skal gå fra lege til lege, så det hender de ikke kommer til sykehjem. Dette skulle vært mulig via PLO, men er ikke det i dag. De som jobber med dette må være spesielt observante på dette. Det er respondentens oppfatning at muligheten til å sende epikriser til sykehjem burde ligge i sky/kjernejournal. Dette er en nasjonal problemstilling.

Koordinering med fastleger

Praksiskoordinator/-konsulenter ved sykehuset har laget en liste med sykehjemsleger, så sykehuset skal ha oversikt over dette. Fastleger er nøkkelpersoner til samhandlingen, men det er utfordrende fordi de er privatpraktiserende. De er ofte ikke hektet på i kommunene. De har en viktig rolle når det kommer til medikamentlister; i dag er det kaotisk og ofte vet ikke sykehuset hvilken medikamentliste de skal bruke. Fastlegen får informasjon gjennom epikriser, men sykehjemslegen overtar ansvaret på sykehjemmet.

Hospitering

Det er en mulighet for det i avtalene, men det er ressurskrevende, så ingen benytter denne muligheten. Undervisningsmoduler på sykehuset innen ulike temaer er godt besøkt. Det er hospitering ved spesielle tilfeller og når noe er akutt. Det er praksiskonsulentene som har ansvaret for undervisning/opplæring av kommunene. Det er velfungerende sykepleiernettverk og innen palliasjon. Det jobbes med et prosjekt rundt pasientforløp.

7.4 Revisors vurdering

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

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

Tjenesteavtalene 2 og 3, angir **retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, 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 forsking, 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.**

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. Sykehuset vet ikke hvor bra eller dårlig behandlingen i kommunene er, så dette kunne vært tema for en revisjon. Man kunne se på reinnleggelser og dødelighet, men det er for små tall fra kommune til kommune, til å finne gode svar. Når det kommer til sykehusets oppfatning om at kommunene legger inn pasienter for raskt, bør kommunen vurdere hvor langt de skal behandle og når man skal slutte å gi behandling. Dette handler både om ressursutnyttelse og respekt for pasient/pårørende. Kanskje det viktigste ikke er å bli frisk, men å få en verdig avslutning på livet.

Om kommunen **sikrer behandling på lavest effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet)**, får man ulikt svar etter hvem man spør. Sykehuset Innlandet Elverum, synes at kommunen noen ganger sender pasienter til sykehus, som de godt kan behandle i kommunen, spesielt når det kommer til kvelder og helger. Det oppfattes av sykehuset at dette kommer av at de som har vakter i kommunen da, ikke er lite faglig sterke som de som jobber hverdager. De ansatte i kommunen oppfatter at det blant innbyggerne i kommunen, er en oppfatning av at syke og gamle folk, skal på sykehjem. Dette kan være en indikasjon på at flere enn nødvendig søker seg til sykehjem. Det er dog i kommunen et fokus på et skifte fra et pleie- til et mestringsperspektiv, så de jobber med at flere skal klare seg i hjemmene sine. I dag er det nylig skrevet skriftlige kriterier for tildeling av tjenester.

Kommunen har **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.** Spesielt gjennom opprettelsen av Tildelerenheten og ukentlige samarbeidsmøter i kommunen. I sistnevnte deltar virksomhetsleder for omsorgstjenesten, avdelingsleder ved alle tre avdelinger ved Åsnes sykehjem - herunder også demenskoordinator, avdelingsleder(ne) ved hjemmesykepleien, ergoterapeut, fysioterapeut, sykehjemslege (når det kommer på plass igjen fra 01.06.17), avdelingsleder samt to saksbehandlere fra Tildelerenheten.

Det er en sterk følelse i kommunen av at kommunen og sykehuset ikke er likeverdige parter, så vi kan ikke si at avtalen **sikrer likeverdighet mellom avtalepartene.** På spørsmålet om avtalen fører til **utvikling av en god samhandlingskultur**, så virker det ikke slik av avtalen, både siden kommunen ofte må ta uformelle telefoner til sykehuset for å få informasjon om pasienter, og fordi de ansatte i kommunen oppfatter at det er et behov for å være med til stede ved sykehuset for oppfølging av pasienter.

Revisjonen har snakket med Eldrerådet (se innhentet informasjon fra møtet med dem under delkapittel 10.3.5), og de blir tatt med på råd i saker som angår dem, så det kan argumenteres at kommunen har **videreutvikler bruker- og pasientmedvirkning slik at deres erfaringer med hvordan samhandlingen fungerer, tas i bruk på en systematisk måte.** Medvirkning utover dette, ble ikke nevnt av Eldrerådet eller de vi intervjuet i kommunen. Kommunen gjennomfører brukerundersøkelser annethvert år, så de får tilbakemelding fra dette.

Som svar på om **erfaring fra pasienter og brukere skal ha blitt hørt i forbindelse med utarbeidelsen av avtalene.** Det ser ut til at pasienter og brukere ble involvert i starten, men ikke så mye i revideringene av avtalene.

Kommunen har blant annet rutiner for utskrivning av pasient fra sykehuset til hjemmet, om å opprette ny elektronisk melding i Profil, overvåkning av elektroniske meldinger og oppfølging av avvik på meldinger og om innkomne elektroniske meldinger i Profil. Dermed kan vi si at **kommunens koordinerende enhet har utviklet rutiner for samarbeid og kommunikasjon med sykehuset.**

7.4.1 Anbefalinger

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 svært negativt av kommunen. Dette bør kommunalsjef og rådmann adressere i samarbeidsmøter med sykehuset og i revideringen av samarbeidsavtalen. Revisjonen anerkjenner at dette ikke er noe kommunen kan løse alene.

Andre elementer som kommunen bør jobbe videre med er å lage rutiner og kriterier, for å sikre behandling på lavest effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet). Kommunen bør også benytte seg av muligheten for hospitering, dersom kommunen ønsker dette. Revisjonen anbefaler også at kommunen fortsetter å gjennomføre brukerundersøkelser, for å forsikre seg at pasientene/brukerne i kommune blir hørt.

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

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

8.2 Revisjonskriterier for problemstilling 2

- **Kommunen skal tilpasse virksomheten slik at tjenestens innhold og omfang er i stand til å følge opp de krav som stilles i loven herunder:**
    - **Kommunen skal kunne tilby heldøgns medisinsk nødhjelp**
    - **Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp.**
    - **Kommunens skal ha kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten**
- **Kommunen skal ha opprettet systemer som sikrer samhandling og at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov.**

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

8.3 Innhentet data

8.3.1 Interkommunal øyeblikkelig hjelp (IKØ)

Samhandlingsreformen innebærer blant annet at kommunene etter helse- og omsorgslovens § 3-5 er pliktig til å tilby døgnopphold med øyeblikkelig hjelp. Dette går også inn under de første revisjonskriteriene, **kommunen skal kunne tilby heldøgns medisinsk nødhjelp** og **kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp**. Tilbudet skal være et alternativ til innleggelse på sykehus, det vil si et allmennmedisinsk tilbud som skal gis til de som har behov for observasjon, behandling og tilsyn. Aktuelle pasientgrupper er blant annet pasienter med akutt forverrelse av kroniske tilstander. Det er legevaktslege, fastlege eller sykehjemslege som foretar den konkrete vurderingen av om kommunen har et relevant tilbud og forutsetninger for å yte hjelpen, eller om pasienten må henvises videre. Det er klare kriterier for hvilke pasienter som skal sendes til denne tjenesten og pasienten skal være der i maksimalt 72 timer.

Kommunen har IKØ-plasser sammen med Våler. Disse er per i dag lokalisert ved Moen sykehjem i Elverum, men skal flyttes til det nye helsehuset i Elverum. Avtalen er sagt opp fra 1.1.18 og Åsnes er i

gang med å reforhandle en avtale. Årsaken til at avtalen er sagt opp er at ordningen de har i dag ikke fremmer effektivitet, har lav utnyttelsesgrad og koster mye penger. Kommunen tar hånd om mye selv. De vet ikke hvorfor tilbudet blir så lite brukt. Det er usikkert om tilbudet etter hvert vil være interkommunalt med Våler eller lokalt i kommunen. Det er kritisk med legetilgang.

Legevakten i Åsnes kommune er også et interkommunalt samarbeid med Våler og Elverum og er tilknyttet sykehuset i Elverum.

8.3.2 Grep tatt i kommunen

I intervjuene vi foretok i kommunen, virker det som om kommunen i det store og det hele føler at de har **kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten**. Statistikken i neste delkapittel viser et noe annet bilde. Det er noen reinnleggelser, av ulike årsaker. Noen ganger er det uavklarte ting ved pasienten og andre ganger skjer det komplikasjoner. Flere av dem kunne vært unngått om avklaringer var gjort i forkant. Statistikk på dette området presenteres i neste delkapittel. Kommunen jobber med å øke antall korttidsplasser. Det er ofte første stopp etter at pasienten kommer fra sykehuset. Det første vedtaket er ofte på 14 dager, og mange skrives også tilbake til hjemmet. I Plan for helse og omsorg 2010 – 2022 (revidert i 2014) skriver de: «De viktigste gruppene kommunen kan gi alternative tilbud til innleggelse eller unngå unødvendige innleggelser er:

- Rehabilitering
- Lungebetennelser
- Hjertesvikt
- KOLS
- Palliasjon (lindrende behandling ved livets slutt).»

For at kommunen skulle ha mulighet til å gi brukerne et godt og tilpasset tilbud, har de måttet foreta en kompetanseheving. Dette har skjedd gradvis, og etter hvert som behovet har meldt seg. Da har noen fra kommunen vært på sykehuset for å få opplæring. De opplever nå at denne avtalen om hospitering og kompetanseheving ikke lenger gjelder, selv om det står i samarbeidsavtalen mellom sykehuset og kommunen. Det er en god sykepleierdekning i kommunen, men fordi pasientene blir dårligere, trenger de flere. Kommunen ønsker å gjøre om helsefagarbeiderstillinger til sykepleierstillinger ved ledighet. De ønsker også mer faglært personell på helgestillingene, men kommunen får ikke tilført flere stillinger.

De ansatte i kommunen opplever at de trenger ressurser til å styrke hjemmesykepleien. Dette fordi de har mange gamle dårlige i kommunen, som hjemmesykepleien og pårørende mener bør på sykehjem.

Kommunen skal snart avvikle Sønsterud bofellesskap med 18 plasser, men det skal bygges nye omsorgsboliger med 32 boenheter, med stasjonær bemanning. De som vil få plass her skal ha vedtak om tre ulike tjenester. Dette er boliger som innbyggere med definerte behov leier selv og får hjemmehjelp etter behov. Dette er et forsøk på å tette hullet i omsorgstrappen mellom hjemmehjelp og sykehjem.

Ved at kommunen har rutiner for blant annet utskrivning av pasient fra sykehuset til hjemmet, om å opprette ny elektronisk melding i Profil, overvåkning av elektroniske meldinger og oppfølging av avvik på meldinger og om innkomne elektroniske meldinger i Profil, kan man si 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.

Koordinerende enhet i kommunen er Tildelerenheten. I denne enheten er det fem personer, 3,6 årsverk, og tre som driver med samhandling. Beslutning om tildeling av tjenester tas av enheten, men i samarbeid med flere. Én person i enheten har ansvar for pasienter på sykehus. Tildelerenheten har samarbeidsmøte én gang i uken med hjemmesykepleier, Åsnes sykehjem, virksomhetsleder for hjemmetjenesten og sykehjem, sykehjemslege, ergoterapeut, fysioterapeut og andre, ved behov. Her planlegges pasientens behov (korttids-, rehabiliterings- eller langtidsplass og bistandsbehov i hjemmet). Det er skrevet en kommunal forskrift om rett til langtidsplass ved sykehjem. Forskriften ble vedtatt i kommunestyret i juni 2017.

Kommunen skriver i Plan for helse og omsorg 2010 – 2020 (revidert i 2014) at «ved etablering av tildelerenhet fikk vi kanalisert mer av kontakten fra hjelpetrengende og ikke minst samarbeidet med sykehuset. Det har gitt bedre struktur, helhet og servicefokus (…) Objektiv behandling av søknader, samt bedre tverrfaglig og internt samarbeid om tilpasning av tjenestetilbudet mener vi har gitt en bedre indikasjon på hvilket nivå det skal tildeles ulike tjenester.»

Tildelerenheten skal begynne å ha møter på sykehuset, for å få en riktigere plassering av pasienten når han/hun skal få et tilbud i kommunen. Kommunen ringer også pasienten før han eller hun kommer fra sykehuset og spør hva pasienten ønsker i enkelte tilfeller. De foretar kartleggingsbesøk i hjemmet.

Pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerende tjenester har rett på en individuell plan. Rehabiliteringskoordinator er i Tildelerenheten. Tidligere koordinator hadde alt for mange saksbehandleroppgaver. Det ble gjort endringer i hvem som skal ha en rolle som rehabiliterende koordinator våren 2017. Pasienten/brukeren har en kontaktperson i Tildelerenheten å forholde seg til. Det skal være fokus fremover på **individuell plan** og **koordinator**. Selv om de ikke har en individuell plan, så har kommunen en plan med brukeren.

Det er ni fastleger i kommunen. Det er ikke **rutiner for å systematisere arbeidet mellom fastlegene, de kommunale tjenester og SI.** Noen ganger vet ikke fastlegen at pasienten har vært på sykehus, selv om det er de som får elektroniske meldinger fra sykehuset. Spesielt nå, når det er liten legedekning på sykehjem i en periode, er det spesielt viktig å få til et godt samarbeid med fastlegene. Å få med fastlegene nevnes som nøkkelen til at samarbeidet og gode pasientforløp fungerer bra. I 2011 ble det foretatt et tilsyn om ernæring. Resultatet av dette ble månedlige møter mellom fastlegene og avdelingsleder eller teamleder (en sjelden gang sykepleier). Dette oppleves som et nyttig samarbeid.

Kommunen er med i et læringsnettverk i regi av KS som kalles *Gode pasientforløp*. I dette nettverket deltar ansatte i helse- og omsorg i kommunen og kommunen, samt Sykehuset Innlandet, for nettopp aktivt å jobbe med å forbedre og utvikle gode pasientforløp. Deltakerne fra kommunen har intervjuet noen brukere i kommunen i denne sammenhengen. Kommunen har sitt eget «forbedringsteam» bestående av tildelerenheten, sykepleiere i hjemmetjenesten, sykepleiere som jobber på avdelinger med korttidsplasser og avdelingsledere.

8.3.3 Statistikk

Fagutdanning

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

Som vi ser så har det vært en svak økning i andel med fagutdanning totalt og med høyskole. Dette kan indikere at kvaliteten har økt noe i kommunen. Dette skjedde etter at reformen ble innført, og det er ingen grunn til å tro at dette har direkte med reformen å gjøre.

	2010	2011	2012	2013	2014[21]
Andel med fagutdanning totalt	76	75	76	76	77
Andel med fagutdanning høyskole	27	27	28	28	30
Andel med fagutdanning videregående skole	49	47	48	48	47

Tabell 2 Andel avtalte årsverk, i prosent[22]

Reinnleggelser

Andelen pasienter som opplever en reinnleggelse på sykehus innen 30 dager etter utskriving, kan gi en indikasjon på om de muligens var skrevet ut for tidlig, eller at kommunen ikke var dyktige nok i sitt stell. Tallene som presenteres er fra 2012 til 2016, da Åsnes ikke har tall lenger tilbake. Antall reinnleggelser har gått noe ned fra 2014 til 2016, som kan indikere enten at sykehuset er flinkere til å vurdere om pasienten er klar for kommunehelsetjenesten, eller at kommunen har blitt flinkere til å behandle pasienten i kommunen.

	2012	2013	2014	2015	2016
Reinnleggelser i prosent	6	0	23	19	16

Tabell 3[23]

[21] 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
[22] Helsenorge.no
[23] SAMDATA kommune

	2012	2013	2014	2015	2016
Reinnleggelser i prosent av landsgjennomsnitt	31	0	117	96	82

Tabell 4[24]

Utskrivningsklare pasienter

Utskrivningsklare pasienter med overliggerdøgn[25] kan gi en indikasjon på hvordan kommunen har organisert sine tjenester til å være rustet til og raskere ta imot pasientene fra sykehuset. Vi ser at antall overliggerdøgn har økt betraktelig de siste årene. Antall utskrivningsklare pasienter for landet totalt, sank fra 2011 til 2012 og har vært nærmest stabilt fra 2012. Dette kan indikere at Åsnes kommune ikke har de tilbudene de trenger i kommunen for å ta vare på pasienter som kommer fra sykehus eller at **kommunen ikke har kapasitet til å ta i mot utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten**. I kommunens plan for helse og omsorg 2012 – 2020 (oppdatert september 2014), skriver kommunen at «å ta imot pasienter med behov for tjenester fra sykehuset var ingen ny øvelse, sett bort fra betalingen om vi ikke hadde strakstiltak parat.» Når vi ser på tallene under så har antallet pasienter med liggedager som utskrivningsklar i kommunen økt kraftig etter at samhandlingsreformen ble innført.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Antall utskrivningsklare pasienter med én eller flere liggedager som utskrivningsklar	1	5	3	4	8	10

Tabell 5 Per 1000 innbyggere[26]

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.** Under det tredje underpunktet, om **kommunens har kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten**, så er dette en større utfordring for kommunen, selv om kommunen selv oppfatter at de mestrer dette. Vi så i forrige kapittel at sykehuset oppfatter at Åsnes ikke kan ta i mot pasienter når de er utskrivningsklare. Vi ser også på statistikken at antall utskrivningsklare pasienter med en eller flere liggedager som utskrivningsklar er stigende. Statistikken gir en indikasjon på at Åsnes kommune har et system som ivaretar utskrevne pasienter, siden det er relativt få reinnleggelser.

[24] SAMDATA kommune
[25] 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.
[26] SAMDATA - kommune

Kommunen har opprettet systemer som sikrer samhandling, gjennom rutiner. I og med at de ansatte i kommunen etterlyser at Tildelerenheten reiser til sykehuset for å evaluere pasienten før utskrivning, er det tydeligvis et forbedringspotensial her. Dette er kommunen i ferd med å forbedre, ved at kommunen jevnlig skal besøke sykehuset. På spørsmål om **tilbudet er tilpasset den enkeltes behov**, så sier de ansatte i kommunen, at det er det. **Pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerende tjenester skal ha en individuell plan**, men det er det ikke fokus på i kommunen i dag. **Koordinator** er i Tildelerenheten, så pasienten/brukeren har en kontaktperson i kommunen å forholde seg til. Kommunen oppgir at det skal være fokus fremover på **individuell plan** og **koordinator**, og dette er nødvendig for at kommunen skal kunne tilby helhetlige og koordinerte tjenester.

Tildelerenheten er **koordinerende enhet.** Denne enheten er relativt nyoppstartet og er fortsatt i innkjøringsfasen. De ansatte i kommunen mener at enheten har forbedret samarbeidet med sykehuset og internt i kommunen. Det er mange samarbeidspunkter i kommunen, så revisjonen oppfatter at enheten har oversikt over kommunens **plan for habilitering og rehabilitering**, samt **tilbudet**. Disse møtene og kontaktpunktene **bidrar til samarbeid på tvers av fagområder, nivåer og sektorer** internt i kommunen.

Ved at Tildelerenheten kontakter pasienten før det gjøres et vedtak, forsøkes det å **legge til rette for brukermedvirkning**. Dette skjer dog ikke hver gang, så kommunen kan i enda større grad engasjere brukeren til medvirkning.

Det er også Tildelerenheten som har **overordnet ansvar for individuell plan og koordinator**, herunder skal de, **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** og **opplæring og veiledning av koordinatorer**. Det er nylig utarbeidet skriftlige kriterier for tildeling, som er godkjent av kommunestyret.

Når det kommer til at kommunen skal **sikre informasjon til befolkningen**, så har ikke revisjonen fått informasjon om hvem som gjør dette, men når det kommer til **samarbeidspartnere**, så er dette i hovedsak Tildelerenhetens ansvar. Det virker som om det er naturlig for de andre ansatte i kommunen å kontakte Tildelerenheten ved **interne meldinger om mulig behov for habilitering og rehabilitering**.

Når det kommer til at **kommunen bør ha rutiner for å systematisere arbeidet mellom fastlegene, de kommunale tjenester og SI**, så finner ikke revisjonen at rutiner for dette. Kommunen, ved avdelingsleder eller teamleder, og fastlegene har månedlige møter. Dette oppleves av de ansatte i kommunen som nyttig, og det hadde vært hensiktsmessig å formalisere og utvikle dette samarbeidet ytterligere. Flere av de ansatte i kommunen trekker frem samarbeidet mellom kommunen og fastlegene som nøkkelen til å få gode pasientforløp til å fungere.

8.4.1 Anbefalinger

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.

Det kommunen bør utvikle seg på er å utvikle bruken av individuell plan, der det er behov og ønske fra brukerens side. Utover dette, virker det som Tildelerenheten som koordinerende enhet er en velfungerende enhet, som bidrar til et godt samarbeid på tvers av enheter i kommunen.

Et stort forbedringspotensial har kommunen i dens kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten. Å betale sykehuset for utskrivningsklare pasienter vil i lengden bli dyrt for kommunen og skape ressursproblemer for sykehuset, så kommunen bør selv opparbeide seg denne kapasiteten og kompetansen internt.

Kommunen bør systematisere og formalisere samarbeidet med fastlegene i kommunen for å få gode pasientforløp til å fungere optimalt.

9 Problemstilling 3 – Brukeroppfatning

Problemstilling 3:

Hvordan opplever helsetjenestens brukere effektene av samhandlingsformen?

9.1 Bakgrunnsinformasjon

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

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

9.1.1 Relevant forskning

Forskningsrådets rapport «Evaluering av samhandlingsformen»[27], ser blant annet på hva som er gjort innen et helhetlig pasientforløp. Resultatet som fremkommer i rapporten er at det for en del pasienter har blitt et mer oppstykket hjem-sykehus-hjem-forløp. Blant annet har interkommunale døgntilbud ført til at pasientene kan få et mer oppstykket forløp, med mellomopphold før og etter sykehusinnleggelser. De økonomiske insentivene har bidratt til å korte ned sykehusoppholdet ved at kommunene må betale for eventuelle overliggerdøgn etter at pasienten er vurdert som utskrivningsklar. Dette kan føre til at en eventuell kontinuitet i behandling og rehabilitering blir brutt opp. En hver forflytting krever også full dokumentasjon (epikrise og henvisninger), noe som øker faren for feil. Rapporten konkluderer med at det har vært en beskjeden grad av brukermedvirkning i prosessene rundt implementeringen av reformen. Effektene av reformen på dette feltet ser ut til å være at en del pasienter har fått et mer oppstykket forløp.

9.2 Revisjonskriterier for problemstilling 3

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

9.3 Innhentede data

10.3.3 Pasient og brukerombudet i Hedmark og Oppland

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

[27] Sluttrapporten fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsformen (EVASAM) fra 2016.

Brukerombudet ga oss tilbakemelding på følgende temaer:

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

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

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

Når det kommer til helhetlige tjenester, erfarer 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 (IP). De opplever i dialogen med pasienter, brukere og helsepersonell at det er manglende kunnskap og forståelse for IP og holdninger som tyder på at arbeidet med IP oppleves som en ekstra byrde/merarbeid og ikke et hensiktsmessig verktøy.

Angående klager og direkte henvendelser så er det få som er direkte knyttet til samhandlingsformen. 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 henvendelser/klager til seg som følge av reformen. Det oppleves generelt at det er mangler i hvordan pasienter, brukere eller brukerorganisasjoner aktivt involveres i utarbeidelse av rutiner og systemer, herunder omstillinger innen helse- og omsorg i kommunene.

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

10.3.4 Brukerundersøkelser

Kommunen foretok en brukerundersøkelse blant brukere og pårørende i 2014/2015. Den ble foretatt på sykehjem, i hjemmetjenesten og ViTT (tilpassede tjenester). Vi vil se på tallene som kom frem fra beboerne og pårørende ved sykehjem og i hjemmetjenesten.

Virksomhet	Undersøkelse	Utvalg	Svarprosent	Kommentar
Sykehjem	Institusjon, beboere	29	90 %	Intervju
	Institusjon, pårørende	91	46 %	
Hjemmetjeneste	Bofellesskap; beboere	31	75 %	Intervju og svarskjema
	Bofellesskap; pårørende	27	37 %	
	Omsorgsboliger	17	53 %	
	Praktisk bistand	50	22 %	
	Hjemmesykepleie	50	68 %	Intervju

Tabell 6

Brukertilfredshet	Sykehjem	Pårørende sykehjem
Tilgjengelighet	4,8	5
Informasjon	5,2	4,9
Brukermedvirkning	4,5	4,7
Respektfull behandling	5,4	5,6
Trivsel	5,5	5,2
Resultat for brukeren	5,1	5,3
Helhetsvurdering	5,1	5

Tabell 7

Undersøkelsene består av påstander hvor det skal svares på en skala fra 1 til 6, der 1 er helt uenig og 6 er helt enig. «Vet ikke» er også et alternativ (1=laveste tilfredshet, 6=høyest tilfredshet).

Kommunen kom frem til at sykehjemmet skulle forbedre var:

- «bedre involvering ved utarbeidelse av planer som gjelder dem selv
- systematisere, målrette og gjennomføre planlagte samtaler gjennom året
- tydeliggjøre hvem som er primærsykepleier og sekundærkontakt for både pasienter og pårørende. Visualisere dette ved bruk av bilder som eksempelvis kan henge på rommet.»

10.3.5 Eldrerådet

Jf. eldrerådsloven skal det være et eldreråd i hver kommune, og de skal tas med på råd når det kommer til saker som gjelder levekår for eldre i kommunen.

Revisjonen intervjuet leder i Eldrerådet, for å høre hvordan en essensiell del av befolkningen, de eldre, oppfatter samhandlingsformen. På generelt grunnlagt, så blir Eldrerådet tatt med på råd, når de skal, selv om det har vært en og annen glipp. Oppfatningen rundt helsetjenestene er at pasientene får den behandlingen som de skal ha, både på sykehus og i kommunen. De har ikke opplevd feilbehandlinger.

Hjemmetjenesten er flink og effektiv, men pasient og pårørende forventer ofte mer. Hjemmetjenesten gjør det de skal, men de preges av å ha det veldig travelt.

Eldrerådet oppfatter at pasientene blir skrevet ut for tidlig fra sykehus. Det er få plasser på institusjon i kommunen. Tidligere så var det mer oversiktlig i kommunen, fordi man visste på hvilken plass på venteliste man sto på. Da samhandlingsreformen ble innført, ble denne listen borte. Lederen opplever at det ble mer firkantet og mange fikk avslag, selv om brukerne antok at det var deres tur. Nå er observasjonslistene gjeninnført.

Rådet synes det er vanskelig å si noe om pasientene blir involvert i eget opplegg, men de tar det som en selvfølge. De pårørende følger opp mer nå enn tidligere.

Når det kommer til klager, så oppfatter rådet at det er få klager, men siden de ikke er klageinstans er det vanskelig å si. Lederen mener at brukerne vet hvordan de skal klage, og at kriteriene for klage er definert.

10.3.6 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 Tildelerenheten foretar et kartleggingsbesøk i hjemmet. De ringer og spør pasienten hva han/hun ønsker i enkelte tilfeller. Når pasienten skal hjem organiseres det nettverksmøter med alle fra kommunen som er involvert i pasienten, inkludert pårørende ved behov. Utgangspunktet for tilbudet skal være pasientens ønsker.

Pasienten skal i følge revisjonskriteriene **oppleve forløpet og kommunikasjonen med helsevesenet som mer helhetlig enn før reformen.** Kommunen sier at de har forbedringspotensial med å involvere pårørende. Dersom pasienten har samtykkekompetanse, svarer de selv. De ansatte i kommunen sier at det hender at det glipper i informasjonshåndteringen fra sykehuset. Noen ganger har pasienten fått feil informasjon, og noen ganger har de ikke fått beskjed om videre forløp. Kommunen vet sjelden hva pasienten har fått beskjed om av sykehuset. Fastlegene får heller ikke alltid beskjed fra sykehus eller kommunen at pasienten er lagt inn på sykehus.

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 vedtaksbrevene og noen ganger får pasienten/brukeren muntlig beskjed. Det kom en del klager i 2015 og første halvdel av 2016, men kommunen fikk stort sett medhold av fylkesmannen.

9.4 Revisors vurdering

Det er en oppfatning, både av de ansatte og av Eldrerådet, at **pasient/bruker blir inkludert av kommunen i eget opplegg.** Likevel skal sykehjemmet jobbe med bedre involvering av brukerne ved utarbeidelse av planer som gjelder dem selv, samt systematisere, målrette og gjennomføre planlagte samtaler gjennom året.

På revisjonskriteriet om pasienten/brukeren **opplever forløpet og kommunikasjonen med helsevesenet som mer helhetlig enn før reformen**, er det metodisk vanskelig å finne svar på dette. Brukerundersøkelsen og i samtalen med Eldrerådet indikerer uansett at brukerne og de pårørende er nokså fornøyd med informasjonen de får ved sykehjemmet, samt brukermedvirkning.

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 vedtaksbrevene og noen ganger får pasienten/brukeren muntlig beskjed.

Anbefalinger

Det virker som om kommunens brukere er fornøyd med tilbudet de får, men sykehjemmet bør jobbe med bedre involvering av brukerne ved utarbeidelse av planer som gjelder dem selv. Videre bør sykehjemmet systematisere, målrette og gjennomføre planlagte samtaler gjennom året.

10 Konklusjon

Rapporten har svart på tre problemstillinger som alle omhandler samhandlingsreformen i Åsnes 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. Et grunnleggende problem som trekkes fram av de ansatte i kommunen er mangel på likeverdighet mellom avtalepartene. Det er sykehuset som definerer når pasienten er utskrivningsklar, uten at kommunen føler de har noe de skal ha sagt. Når det kommer til på hvilken måte kommunen sikrer at pasienten eller brukeren får koordinerte og helhetlige tjenester understreker stortingsmeldingen 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. Samarbeidet mellom sykehuset og kommunen preges noe av det overnevnte misforholdet mellom partene. Samarbeidet fungerer, men ikke optimalt. Spesielt antall overliggere på sykehuset er et kostbart problem. Internt i kommunen, har de et godt samarbeid, men kan forbedre seg ved å lage mer konkrete samarbeidsrutiner. Det virker som om kommunens brukere er fornøyd med tilbudet de får, men sykehjemmet bør, og adresserer selv, at de skal jobbe med bedre involvering av brukerne ved utarbeidelse av planer som gjelder dem selv, samt systematisere, målrette og gjennomføre planlagte samtaler gjennom året.

11 Anbefalinger

11.1 Anbefalinger for problemstilling 1

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

1. Kommunalsjef og rådmann bør adressere mangel på likeverdighet i samarbeidsmøter med sykehuset og i revideringen av samarbeidsavtalen. Revisjonen anerkjenner at dette ikke er noe kommunen kan løse alene.
2. Kommunen bør jobbe videre med å lage rutiner og kriterier, for å sikre behandling på lavest effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet).
3. Kommunen bør benytte seg av muligheten for hospitering, dersom kommunen ønsker dette.
4. Kommunen bør fortsetter å gjennomføre brukerundersøkelser.

11.2 Anbefalinger for problemstilling 2

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

5. Kommunen bør utvikle bruken av individuell plan, der det er behov og ønske fra brukerens side.
6. Kommunen bør jobbe med sin kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten.
7. Kommunen bør systematisere og formalisere samarbeidet med fastlegene i kommunen for å få gode pasientforløp til å fungere optimalt.

11.3 Anbefalinger for problemstilling 3

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

8. Sykehjemmet bør jobbe med bedre involvering av brukerne ved utarbeidelse av planer som gjelder dem selv, samt systematisere, målrette og gjennomføre planlagte samtaler gjennom året.

12 Rådmannens høringsuttalelse

ÅSNES KOMMUNE
Rådhusgata 1, 2270 Flisa
post@asnes.kommune.no
62 95 66 00
asnes.kommune.no

Hedmark revisjon IKS

Flisa 29.08.2017
Vår ref.: 17/160-4/FRAHAU
Arkiv: K1 - 216
Deres ref.:

Foreløpig rapport fra forvaltningsrevisjonsprosjektet Samhandlingsreformen i Åsnes kommune - Rådmannens uttalelse

Vi viser til mottatt foreløpig rapport datert 22. august.

Rådmannen har ingen kommentarer til rapporten fra forvaltningsrevisjonsprosjekt «Samhandlingsreformen i Åsnes kommune».

Med vennlig hilsen

Frank Steinar Hauge
rådmann

Dette brevet er godkjent elektronisk og sendes uten signatur.

13 Referanser

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

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

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

Forskrift om kontrollutvalg i kommuner og fylkeskommuner

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

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

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 Åsnes 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

Åsnes kommune, Plan for Helse og omsorg i Åsnes kommune 2012 – 2020 (Oppdatert september 2014)

Åsnes kommune (2015) Tjenesteanalyse for helse- og omsorgstjenesten i Åsnes kommune

Forside: *Image courtesy of Stuart Miles at FreeDigitalPhotos.net*

14 Vedlegg A: Utledning av revisjonskriterier

14.1 Om revisjonskriterier

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

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

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

Det er utledet revisjonskriterier fra følgende kilder:

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

14.2 Utledning av revisjonskriterier

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

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

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

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

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

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

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

1. *«enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre,*
2. *retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskriving, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester,*
3. *retningslinjer for innleggelse i sykehus,*
4. *beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikk hjelp etter § 3-5 andre ledd,*
5. *retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskriving fra institusjon,*
6. *retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering,*
7. *samarbeid om forsking, 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 ansvars- og oppgavefordeling.

I tilknytning til krav 2 er det følgende anbefalinger:

- Informasjonsutveksling og dialog i forbindelse med innleggelse, opphold og utskriving for pasienter med behov som strekker seg ut over ordinære rutiner for inn- og utskriving, herunder rutiner for å ivareta mindreårige barn som pårørende.

- Rutiner for samhandling med fastlegen, samt hvordan praksiskonsulentene kan brukes for å systematisere samarbeidet.

- Samarbeid mellom koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i henholdsvis kommune og helseforetak.

- Ambulant virksomhet knyttet til brukere med langvarig behov for spesialisert behandling.

- Ansvar for individuell plan, herunder melding fra spesialisthelsetjenesten til koordinerende enhet i kommunen og utpeking av koordinator.

- Habiliterings-/ rehabiliteringstilbud, herunder tilrettelegging av hjelpemidler og lærings- og mestringstilbud m.m.

- Hvordan og når regelverket om tilbakehold uten eget samtykke overfor personer med rusmiddelproblemer og andre pasienter der bruk av tvang kan være aktuelt skal anvendes.

I tilknytning til krav 3 er det følgende anbefalinger:

- Hvordan sykehuset kan kontaktes; hvordan sykehuslege med adekvat kompetanse kan konsulteres, og hvordan det kan søkes råd om hvorvidt innleggelse er nødvendig. Hvilke pasientopplysninger som forventes å følge med pasienten og hvordan disse kan formidles. Informasjonsutvekslingen bør fortrinnsvis skje elektronisk.

- Retningslinjer for henvisning til helseforetaket. Her bør det skilles mellom elektive- og øyeblikkelig hjelp-henvisninger. Rutiner for når spesialisthelsetjenesten selv videre henviser pasienter innenfor spesialisthelsetjenesten bør også beskrives.

- System for pasienttransport.

- System for tilbakemeldinger til innleggende lege der sykehuset mener innleggelsen kunne vært unngått.

- Hvordan praksiskonsulentordningen kan brukes i dette arbeidet.

- Hvordan kommunen kan kontaktes; hvordan kan fastlege eller legevaktslegen få kontakt med det kommunale hjelpeapparatet for å sikre dialog om mulige kommunale alternative tjenester til innleggelse i sykehus?

Til krav 4 er det ikke knyttet ytterligere anbefalinger.

I tilknytning til krav 5 er det følgende anbefalinger:

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

I tilknytning til krav 6 er det følgende anbefalinger:

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

I tilknytning til krav 7 er det følgende anbefalinger:

- Etablering av forskernettverk/samarbeidsfora for forsking og eventuelt innovasjon mellom aktuelle aktører.
- Oppgave- og ansvarsfordeling for eventuelle felles forskingsprosjekter.
- System for rapportering, formidling og implementering av forskingsresultater og ny kunnskap.
- Hvordan utdanningsbehovet i kommunen og i spesialisthelsetjenesten kan sees i sammenheng, herunder særlig følge og sikre behovet for samhandling vektlegges i utdanning.

- Praksisplasser og praksisopplæring til studenter fra ulike utdanningstyper, inkludert samarbeid med definerte utdanningsinstitusjoner.
- Utdanningstilbud som felles etterutdanning, internopplæring og tilbud til lærlinger.

I tilknytning til krav 8 er det følgende anbefalinger:

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

I tilknytning til krav 9 er det følgende anbefalinger:

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

I tilknytning til krav 10 er det følgende anbefalinger:

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

I tilknytning til krav 11 er det følgende anbefalinger:

- Risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS) som grunnlag for planer.
- Planlegging og gjennomføring av øvelser.
- Kompetanseutvikling og opplæring.
- Løsning av konkrete beredskapsutfordringer.
- Forsyningssikkerhet for legemidler, materiell og medisinsk utstyr.
- Hvordan partene vil samarbeide om å utvikle en sammenhengende akuttmedisinsk kjede.
- Hvordan partene legger til rette for at personellet får trening i samhandling.
- Hvordan de øvrige kravene i forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus skal innfris.

Formål ved avtalen

Formålet med samarbeidsavtalene er å fremme samhandlingen mellom partene ved å konkretisere oppgave- og ansvarsplasseringen 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[28]. I veilederen blir den koordinerende enheten trukket frem i samhandlingsstrukturen mellom helseforetak og kommune, der det anbefales at samarbeidsrutiner mellom de koordinerende enhetene bør nedfelles i samarbeidsavtalene. Det anbefales videre at de koordinerende enhetene bør utvikle rutiner og møteplasser for samhandling, informasjon og kompetanseutvikling.

[28] Sist oppdatert 23.2.2017

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

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

- Videreutvikle bruker- og pasientmedvirkning slik at deres erfaringer med hvordan samhandlingen fungerer, tas i bruk på en systematisk måte.

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

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

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

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

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

«Lovens formål er særlig å:

1. forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne,

2. fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer,

3. sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre,

4. sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud,

5. sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov,

6. sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet og

7. bidra til at ressursene utnyttes best mulig».

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder:

a. helsetjeneste i skoler og

b. helsestasjonstjeneste.

2. Svangerskaps- og barselomsorgstjenester.

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

a. legevakt,

b. heldøgns medisinsk akuttberedskap og

c. medisinsk nødmeldetjeneste.

4. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning.

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

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

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

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

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

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

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

a. den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud,

b. den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud,

c. helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og

d. tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene.»

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

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

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

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

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

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

«For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her, skal kommunen tilby koordinator. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

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

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

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

- Kommunens plan for habilitering og rehabilitering.
- Legge til rette for brukermedvirkning.
- Ha oversikt over tilbud innen habilitering og rehabilitering.
- Overordnet ansvar for individuell plan og koordinator:
  - Motta meldinger om behov for individuell plan og koordinator.
  - Utarbeide rutiner for arbeidet med individuell plan og koordinator.
  - Oppnevning av koordinator.
  - Kompetanseheving om individuell plan og koordinator.
  - Opplæring og veiledning av koordinatorer.
- Bidra til samarbeid på tvers av fagområder, nivåer og sektorer.
- Sikre informasjon til befolkningen og samarbeidspartnere.
- Motta interne meldinger om mulig behov for habilitering og rehabilitering.

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

Problemstilling 3, Hvordan opplever helsetjenestens brukere effektene av samhandlingsreformen?

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

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

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

Relevant for brukerens opplevelser av reformens effekter er innføringen av nye klageregler[29]. Fylkesmannen er nå klageinstans og regionalt tilsynsorgan[30]. 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:

9. **Pasient/bruker bør oppleve å være inkludert av kommunen i eget opplegg.**

- **Pasienten opplever forløpet og kommunikasjonen med helsevesenet som mer helhetlig enn før reformen.**
- **Kommunene bør sikre at det gis informasjon om hvordan en pasient/bruker kan klage på et vedtak om helsetjenester.**

15 Vedlegg B: Reliabilitet og validitet

Reliabilitet sier noe om dataenes *pålitelighet,* det vil si i hvor stor grad resultatene fra en målemetode blir påvirket av tilfeldigheter, eller hvor sikkert og presist vi måler det vi faktisk søker å måle.[31] 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[32]. Troverdighet er knyttet opp mot om undersøkelsen er utført på en tillitsvekkende måte. De kvalitative data i undersøkelsen er innhentet ved en grundig gjennomgang av dokumentasjonen og intervjuer av flere personer i kommunen. Etter vår oppfatning er dataenes troverdighet høy da det har vært tydelig for intervjuobjektene hva datamaterialet skulle brukes til. De har i tillegg hatt muligheten til å verifisere referater fra intervjuene. Det kommer også klart frem i rapporten hva som er datagrunnlaget og hva som er revisors sine vurderinger. Dette virker styrkende på dataens reliabilitet.

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

[29] Samhandlingsreformen - informasjon om ikraftsetting av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/samhandlingsreformen---informasjon-om-ik/id667798/
[30] 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/
[31] Andersen, Laastad, Songstad og Ølnes (2006:102) *Veileder i forvaltningsrevisjon*
[32] Andersen, Laastad, Songstad og Ølnes (2006:102) *Veileder i forvaltningsrevisjon*

tilfredsstillende dersom det er åpenbart at de innsamlede data er gode og treffende i når det kommer til undersøkelsens intensjoner[33].

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.

[33] Andersen, Laastad, Songstad og Ølnes (2006:102) *Veileder i forvaltningsrevisjon*