

Samhandlingsreformen i Sør-Odal kommune



1 Forord

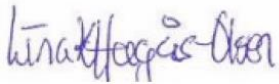
Denne rapporten er et resultat av forvaltningsrevisjonsprosjektet: Samhandlingsreformen i Sør-Odal kommune. En foreløpig rapport har vært sendt til rådmannen i kommunen for uttalelse, men vi har ikke mottatt en høringsuttalelse innen fristen. Denne vil bli ettersendt kontrollutvalget. Rapporten, som utgjør prosjektets sluttprodukt, avleveres herved til revisjonens oppdragsgiver, kontrollutvalget i Sør-Odal 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 Sør-Odal kommune for oppdraget.

Kongsvinger, 31. august 2017



Lina Kristin Høgås-Olsen

Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor



Karoline Hovstad

Utvøvende forvaltningsrevisor

Innholdsfortegnelse

1	FORORD	2
2	SAMMENDRAG	5
3	BAKGRUNN FOR PROSJEKTET	6
3.1	BESTILLING	6
3.2	OM SAMHANDLINGSREFORMEN	6
3.3	HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN I SØR-ODAL KOMMUNE	7
4	FORMÅL	9
5	AKTUALITET OG AVGRENSNING	9
6	METODE FOR REVISJONEN	9
7	PROBLEMSTILLING 1 - SAMHANDLING KOMMUNE OG HELSEFORETAK	12
7.1	BAKGRUNNSINFORMASJON	12
7.1.1	RELEVANT FORSKNING	12
7.2	REVISJONSKRITERIER FOR PROBLEMSTILLING 1	13
7.3	INNHEMTET DATA	14
7.3.1	SAMARBEIDSAVTALE	14
7.3.2	NÅVÆRENDE AVTALE	16
7.3.3	KOMMUNIKASJONSROUTINER	16
7.3.4	SAMARBEIDSFORA	17
7.3.5	INFORMASJON FRA SYKEHUSET INNLANDET KONGSVINGER	18
7.4	REVISORS VURDERING	20
7.4.1	ANBEFALINGER	22
8	PROBLEMSTILLING 2 - GREP TATT I KOMMUNENE	23
8.1	BAKGRUNNSINFORMASJON	23
8.2	REVISJONSKRITERIER FOR PROBLEMSTILLING 2	23
8.3	INNHEMTET DATA	24
8.3.1	INTERKOMMUNAL ØYEBLIKKELIG HJELP (IKØ)	24
8.3.2	GREP TATT I KOMMUNEN	25
8.3.3	STATISTIKK	28
8.4	REVISORS VURDERING	30
8.4.1	ANBEFALINGER	31
9	PROBLEMSTILLING 3 – BRUKEROPPFATNING	33
9.1	BAKGRUNNSINFORMASJON	33

9.1.1	RELEVANT FORSKNING	33
9.2	REVISJONSKRITERIER FOR PROBLEMSTILLING 3	33
9.3	INNHELTEDE DATA	33
10.3.3	PASIENT OG BRUKEROMBUDET I HEDMARK OG ØPPLAND	33
10.3.4	BRUKERUNDERSØKELSER	34
10.3.5	ELDRERÅDET	34
10.3.6	FUNKSJONSHEMMEDES RÅD	35
10.3.7	DATA FRA KOMMUNEN	36
9.4	REVISORS VURDERING	36
9.4.1	ANBEFALINGER	37
10	KONKLUSJON	38
11	ANBEFALINGER	38
11.1	ANBEFALINGER FOR PROBLEMSTILLING 1	38
11.2	ANBEFALINGER FOR PROBLEMSTILLING 2	38
11.3	ANBEFALINGER FOR PROBLEMSTILLING 3	38
12	RÅDMANNENS HØRINGSUTTAELSE	40
13	REFERANSER	41
14	VEDLEGG A: UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIER	43
14.1	OM REVISJONSKRITERIER	43
14.2	UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIER	43
	PROBLEMSTILLING 1, FUNGERER SAMARBEIDET MELLOM KOMMUNEN OG DET ENKELTE HELSEFORETAK ETTER HENSIKTEN?	43
	PROBLEMSTILLING 2, HVA ER GJORT I KOMMUNEN FOR Å SIKRE AT PASIENT/BRUKER FÅR KOORDINERTE OG HELHETLIGE HELSETJENESTER?	50
	PROBLEMSTILLING 3, HVORDAN OPPLEVER HELSETJENESTENS BRUKERE EFFEKTENE AV SAMHANDLINGSREFORMEN?	55
15	VEDLEGG B: RELIABILITET OG VALIDITET	56

2 Sammendrag

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

Problemstilling 1 etterspør hvordan samarbeidet mellom kommunen og det regionale helseforetaket (i Sør-Odals tilfelle i hovedsak Kongsvinger sykehus) fungerer. Hovedfokuset ligger på om samarbeidsavtalen følges og om samarbeidet er hensiktsmessig, når det kommer til intensjonen bak avtalen. Hensikten med samhandlingsreformen er at det skal være et bedre samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Revisjonens gjennomgang viser at samarbeidet mellom Sykehuset Innlandet og Sør-Odal kommune fungerer godt. Til en viss grad er dette på grunn av samarbeidsavtalen, men de hadde gode samarbeidsavtaler og god samarbeidskultur, også før reformen ble innført.

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 tjenester og kompetanse. Det virker som kommunen har et godt nok tilbud, både når det kommer til tjenester og kompetanse, slik at de er i stand til å ta i mot utskrivningsklare pasienter. Revisjonen oppfatter det som positivt at kommunen har gitt Tjenestekontoret vedtaksmyndighet.

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. Brukermedvirkningen er ivarettatt på systemnivå, med involvering av Eldreråd og Funksjonshemmedes råd. Kommunen bør foreta brukerundersøkelser jevnlig med brukere/pasienter av helse- og omsorgstjenestene, samt følge opp resultatene som kommer i disse. Det virker som om kommunens brukere er fornøyd med tilbudet de får.

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

1. Kommunen bør begynne besøke sykehuset jevnlig for å evaluere pasientene der.
2. Kommunen bør evaluere effektene av å gi Tjenestekontoret vedtaksmyndighet og vurdere om dette fungerer etter hensikten.
3. Kommunen bør forsikre seg om at alle som har behov og ønske om individuell plan, får det.
4. Kommunen bør fortsette å jobbe for bedre brukermedvirkning.
5. Kommunen bør fortsette å jobbe med hverdagsmestring.
6. Kommunen bør foreta brukerundersøkelser jevnlig med brukere/pasienter av helse- og omsorgstjenestene, samt følge opp resultatene som kommer i disse.

3 Bakgrunn for prosjektet

3.1 Bestilling

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

Det ble bestemt i et felles kontrollutvalgsmøte for alle kontrollutvalg i Glåmdalen den 9.6.2016, at det skulle bestilles et prosjekt om samhandlingsreformen. Alle kontrollutvalgene skulle bestille et prosjekt med like problemstillinger.

Kontrollutvalget i Sør-Odal foretok, på bakgrunn av fremlagt prosjektplan, den endelige bestillingen under sak 34/2016 i kontrollutvalgets møte den 5. september 2016.

Ordlyden i bestillingen var følgende:

1. *Kontrollutvalget viser til plan for forvaltningsrevisjon for Sør-Odal 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

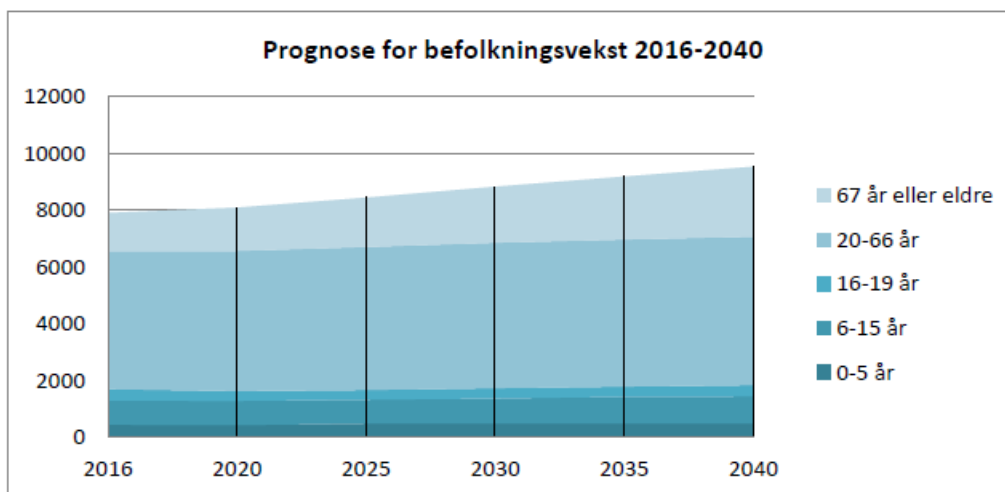
Samhandlingsreformen utgjør en av de største norske helsereformer i nyere tid, og trådte i kraft fra den 1. januar 2012, og reformen skal nå være fullt ut implementert i kommunene. Reformen ble innført som et svar på utfordringer innenfor norsk helse- og omsorgssektor, og av stortingsmelding nr. 47 (2008–2009), 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.

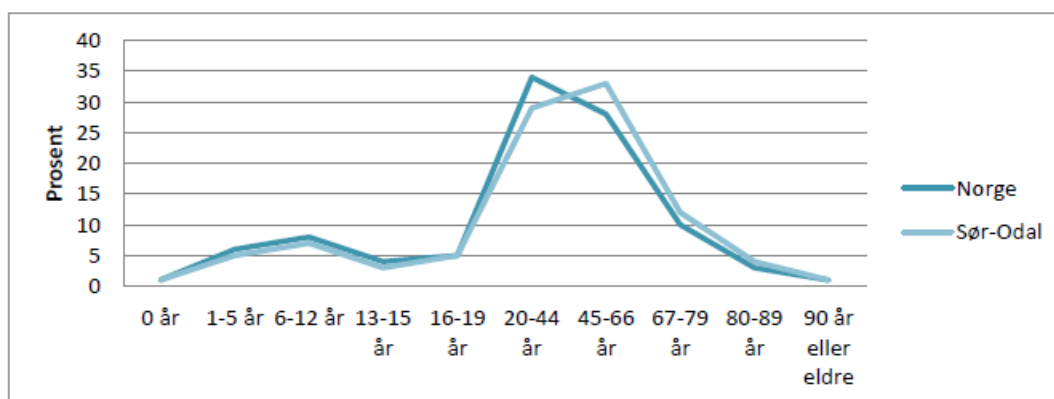
3.3 Helse- og omsorgstjenesten i Sør-Odal kommune

Per 1. kvartal 2017 hadde Sør-Odal 7 884 innbyggere. Statistisk sentralbyrå forventer at befolkningen skal øke til 8 824 innbyggere i 2030 og til 9 529 innbyggere i 2040¹. Vi ser av figuren under, som kommunen presenterer i sin kommunale planstrategi 2016-2019, at andelen innbyggere som er 67 år eller eldre, vil øke de nærmeste tiårene.



Tabell: SSBs befolkningsprognose (2016) ved middels nasjonal vekst (MMMM) fordelt på ulike aldersgrupper (kilde: SSB).

Vi ser også at Sør-Odal har en eldre befolkning enn landsgjennomsnittet i dag.



Tabell: Sammenlikning av prosentvis sammensetning av ulike aldersgrupper Sør-Odal og Norge 2016 (kilde: SSB).

Vi ser av tabellene under at Sør-Odal ligger litt over Hedmark og lander for øvrig når det kommer til mottakere av hjemmetjenester i alderen 67 – 79 år. Nord-Odal ligger svært mye høyere. I aldersgruppen 80 år og eldre, ligger Sør-Odal lavere enn de andre gruppene. Når vi ser på neste tabell, for beboere på institusjon, ser vi at en noe lavere andel av de eldre i kommunen, bor på institusjon enn i de andre gruppene vi sammenligner med. Dette er i tråd med kommunens ambisjon om å dreie tilbudet fra institusjon til hjemmebasert.

¹ Statistisk sentralbyrå (2017) Kommunefakta

	67 – 79 år	80 år og oppover
Sør-Odal	75	309
Nord-Odal	98	313
Hedmark	72	327
Norge	67	320

Tabell 1 Mottakere av hjemmetjenester, pr. 1000 innbyggere, 2016²

	67 – 79 år	80 år og oppover
Sør-Odal	1,1	12,8
Nord-Odal	:	13,0
Hedmark	1,5	13,3
Norge	1,5	13,3

Tabell 2 Andel beboere på institusjon, prosent, 2016³² SSB Omsorgstenester³ SSB Omsorgstenester

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

Det er levert mange evalueringsrapporter som tar for seg ulike deler av reformen. Blant annet kom Forskningsrådet med en større evaluering der sluttrapporten kom i juni 2016⁴. På temaet 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 Sør-Odal.

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

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

6 Metode for revisjonen

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 for å understreke funnene.

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 Sør-Odal kommunen opererer innenfor. Dokumentanalyse er brukt for å svare på alle tre problemstillingene, men er i hovedsak brukt for å besvare problemstilling 1, ved å se på den eksisterende samarbeidsavtalen. Dokumentstudier er ikke-påtrengende metoder.

⁴ Norges forskningsråd (2016) Evaluering av samhandlingsreformen - Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM)

Det vil si at det ikke involverer informanter eller respondenter. Metoden brukes til å studere eksisterende materiale, og er mye brukt for anskaffelse av bakgrunnsinformasjon⁵. Forvaltningsrevisjonen har tatt en forholdsvis omfattende gjennomgang og vurdering av ulike litteratur og dokumenter, hvilke fremkommer av referanselisten.

Vi har gjennomført til sammen sju intervjuer i kommunen med frisklivsordinator, kommunelegen, leder for avdeling for rehabilitering og bistand, leder for sykehjemmet (SOAS), leder for hjemmetjenesten, medlemmer fra Funksjonshemmedes råd og medlemmer fra Eldrerådet. Valg av respondenter til intervju er foretatt etter dialog i oppstartmøte med kommunalsjef, leder for sykehjem, leder for hjemmetjenesten og en ansatt i avdeling for rehabilitering og bistand, 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. Medlemmene i Funksjonshemmedes råd og Eldrerådet ble intervjuet for å gi sin oppfatning av reformen, da i hovedsak hvordan brukerne har blitt involvert i reformen, på person- og systemnivå.

Siden problemstillingen omhandler kommunikasjon opp mot det lokale helseforetaket, fant revisjonen det naturlig å avholde et intervju med en representant fra det lokale sykehuset. Sør-Odal kommune sogner i hovedsak til Kongsvinger sykehus, så det var naturlig å ta et intervju med noen derfra. Vi intervjuet spesialrådgiver Eirik Sandberg. 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).

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 Sør-Odals 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

⁵ Tjora, Aksel (2010:162f) Kvalitative forskningsmetoder i praksis.

belyse problemstillingen har revisor valgt å bruke statistikk fra Helsedirektoratets tjeneste SAMDATA og kvalitetsindikatorer fra helsenorge.no⁶. SAMDATA kommune⁷ er en ny tjeneste fra helsedirektoratet som har som mål å beskrive utvikling og variasjon innen kommunale helse- og omsorgstjenester. Til dette prosjektet har vi hentet statistikk derfra på to felt, reinnleggelser og overliggere. Statistikk om fagutdanning har vi hentet fra helsenorge.no. Dette er en offentlig helseportal som er driftet av Direktoratet for e-helse, publiserer en rekke kvalitetsindikatorer knyttet blant annet til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Kvalitetsindikatorene er basert på tallmateriale fra tilgjengelige registre som IPLOS og KOSTRA. Det gjøres oppmerksom på at tallmateriale basert på kvalitetsindikatorene må tolkes med varsomhet.

⁶ <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-pleie-og-omsorg/fagutdanning-i-pleie-og-omsorgstjenesten>

⁷ <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata-kommune>

7 Problemstilling 1 - Samhandling kommune og helseforetak

Problemstilling 1:

Fungerer samarbeidet mellom kommunen og det enkelte helseforetak etter hensikten?

7.1 Bakgrunnsinformasjon

Samhandlingsreformen har som målsetting å løse flere utfordringer som det norske helsesystemet står overfor. Blant annet er det identifisert 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 helseforetak⁸. 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, som kom frem til at kommunalt 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 etterleves⁹. 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.

⁸ Telemarksforskning (2010) Samhandling mellom kommuner og helseforetak, Erfaring fra Midt-Telemark. Rapport nr. 266

⁹ 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 Innlandet¹⁰, 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.
 - Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskriving fra institusjon.
 - Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering.
 - Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid.
 - Samarbeid om jordmortjenester.
 - Samarbeid om IKT-løsninger lokalt.
 - Samarbeid om forebygging.
 - Samarbeid om omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden.
- **Avtalen bør ha bidratt til følgende:**
 - Klargjøre ansvars- og oppgavefordelingen på administrativt og tjenesteytende nivå ved utforming og iverksetting av samhandlingstiltak.

¹⁰ 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 kommuneloven 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 SI¹¹. Brukerutvalget til SI skulle ivareta brukerrepresentasjonen under forhandlingene og møte i forhandlingsmøtene.

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

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

I avtalen var det lagt inn en planlagt revidering innen utgangen av 2012, så virkningstiden ble satt til 31.1.2013. Revideringsgruppa hadde samme sammensetting som de som utarbeidet den originale avtalen. Gruppa mottok innspill fra overordnet samarbeidsutvalg som hadde gjennomført evalueringer i form av:

- Innspillsgrupper 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.

¹¹ Gruppe hadde følgende medlemmer: Rådmann Tor Arne Gangsø, Vågå kommune (leder), prosjektleder Harald Sveum, Lillehammer kommune, kommunalsjef Lars Erik Hermansen, Ringsaker kommune og prosjektleder Roy Heine Olsen, Elverum kommune. I tillegg hadde Mary-Ann Bakos, Tynset, medlem fra administrativt samarbeidsutvalg deltatt. KS Hedmark og Oppland var sekretariat og det ble hentet inn juridisk bistand under arbeidet.

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

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

Den nåværende avtalen trådte i kraft 1.3.2015 og er satt til å vare frem til 1.3.2019. Den opprinnelige forhandlingsgruppen var byttet ut¹² og det ble i forkant av evalueringsarbeidet gjennomført en prosess der alle kommuner ble invitert til å delta. KS ledet evalueringsprosessen som ble gjennomført på følgende måte:

1. Informasjon om evalueringsprosessen ble sendt ut i juni 2014.
2. Questback ble sendt ut i slutten av august.
3. Workshop der representanter fra fagmiljøene både fra kommunesektoren og SI deltok, ble arrangert 22. oktober.
4. Behandling i RU¹³ 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.¹⁴

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

- Avtalen består nå av ett dokument der tjenesteavtaler og samhandlingsrutiner er inkludert. Det medfører behov for en underskrift fra kommunen og en fra SI per avtale.
- Samfunnspanelet er tatt ut av samhandlingsstrukturen. Dette forumet ble i utgangspunktet opprettet i forbindelse med SI sitt omstruktureringsarbeid, og tidligere direktør ønsker et forum med ordførere fra vertskommunene. Dette er nå ivarettatt av andre møteplasser.
- Kvalitetsutvalget er lagt inn som en del av de geografiske utvalg sine oppgaver.
- Forslag til nye rutiner og endring av eksisterende rutiner foreslås behandlet i OSU¹⁵, 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 internundervisning og kurs.
- Tjenesteavtalene kommer med nye nummer. Antallet er redusert fra 12 til 10.

¹² 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.

¹³ RU = Rådmannsutvalgene

¹⁴ 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.

¹⁵ OSU= Overordnet samarbeidsutvalg

Kommunelegen var med da samarbeidsavtalen mellom kommunen og sykehuset ble utarbeidet.

7.3.2 Nåværende avtale

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

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

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

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

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

7.3.3 Kommunikasjonsrutiner

Alle de som revisjonen intervjuet i kommunen, mener at elektronisk meldingsutveksling (EMU/PLO) med sykehus fungerer veldig bra (dette går gjennom Helsenett). Dette fungerer bedre enn gammel ordning, da beskjeder ble sendt på telefon, per post og med pasienten. I dag sendes det ofte både elektronisk og med pasienten. Meldingene fra sykehuset går til Tjenestekontoret i kommunen (hjemmetjenesten kveld/helg), som går gjennom meldingene tre ganger om dagen (kommunen har skriftlige rutiner på dette). Oslo universitetssykehus og fastlegene er også på det elektroniske meldingssystemet. Til fastlegene sendes epikriser og henvisninger. Sykehuset sender melding til kommunen når pasienten er lagt inn på sykehuset og når han/hun skal skrives ut. Sykehuset skal skrive noe om funksjonsnivået ved innskrivning (diagnosen står der). Dette gir kommunen mulighet til å planlegge tilbakekomst til kommunen. Utskrivninger kan skje fort. Det er mange utskrivninger på fredager.

Det er varierende hvordan kompetansedelingen med sykehuset er. Sykehuset Innlandet har satt opp plan for kurstilbud for sykehuset og kommunene. Disse er billige og relevante for deltager og kommune. Lengden på kurset kan være fra en halv dag til to dager. De benytter seg sjelden av hospitering, som kommunen oppfatter som ressurskrevende og lite effektivt i forhold til hva de får igjen. De benytter seg derimot av veiledning fra sykehus. Dette gjelder mest enkelttilfeller og ulike diagnoser. Alle ansatte i kommunen benytter seg av kurs. For eksempel har intensivsykepleier fra sykehuset gitt undervisning i de tekniske prosedyrene rundt hjemmerespirator i kommunen. Det er lite kompetansedeling med sykehus for SOAS (Sør-Odal alders- og sykehjem), men det er noe på psykiatri og rehabilitering (lårhalsbrudd). Det er et mål i kommunen at de skal fortsette å benytte seg av mulighetene for kompetanseheving. Kommunelegen er på kurs på sykehuset omkring én gang i måneden. Dette er organisert via faglig rådgiver ved sykehuset. Disse kursene kan omhandle tilbud, epikriser og generelt samarbeid.

De ansatte på sykehjemmet har lite personlig samarbeid med sykehuset utover kommunikasjon rundt pasientoverføringer.

Etter gjennomgang av mortalitetsundersøkelse i 2016 ble det gjort endringer ved sykehuset. Erfarne leger ble mer involvert i øyeblikkelig hjelp-pasientene. Legene på sykehuset kan ha blitt mindre tilgjengelige på grunn av denne omleggingen.

Det er en generell oppfatning i kommunen at det er godt samarbeid med SI Kongsvinger basert på gode relasjoner. Dette gjelder både på pasient- og systemnivå. Tverrfaglighet er viktig; det er likeverdighet i dialogen og da finner man gode løsninger. Det ligger en grunnholdning om å anerkjenne hverandres kompetanse og at pasienten er i sentrum.

7.3.4 Samarbeidsfora

Leder hjemmetjenesten og saksbehandler fra Tjenestekontoret møter i lokalt samarbeidsutvalg (LSU – det samme som klinisk samarbeidsutvalg). LSU har runde rundt bordet, går gjennom avvik (uønskede hendelser) og informasjon om sykehusstruktur (med brukerrepresentant). Her har for eksempel leder for hjemmetjenesten hatt innlegg om gode pasientforløp. Dette samarbeidet går mest på pasientsituasjoner og å finne felles løsninger. Noen punkter som går igjen i de lokale samarbeidsutvalgene er pasientoverføring mellom kommune og sykehus og at ikke all dokumentasjon følger med pasienten (epikriser og medisinlister). Dette har blitt bedre, så det ser ut som sykehuset har jobbet med det. Kommunen tar også opp at det skjer at pasienten oppleves friskere enn det sykehuset sier når de skrives ut til sykehjemmet. Andre avvik kan for eksempel være at medisinlistene ikke stemmer (det hender de opplever at fastlegene og hjemmetjenesten sitter med forskjellige lister), at pasienten har blitt sendt hjem uten beskjed til kommunen (dette skjer sjelden og kun én gang i 2017). Det er sjelden de får svar på avvikene de sender, så denne delen fungerer ikke bra. De ble enige i forrige klinisk samarbeidsutvalg (LSU) at kommunen skal ringe til den avdelingen det gjelder, ved avvik.

Kommunalsjef møter i geografisk samarbeidsutvalg (GSU). Det er godt samarbeid på kommunalsjefsnivå, det vil si i geografisk samarbeidsutvalg (GSU). Hun treffer andre ledere og opplever at hun har mulighet til å påvirke. De snakker sammen om prinsipielle saker og brudd på avtalen. Kommunen og sykehuset har lange og gode tradisjoner rundt samarbeid.

Kommunen er med i lokale nettverk med andre kommuner i Kongsvingerregionen, blant annet på KOLS, demens, diabetes og rehabilitering. Kommunen jobbet også med gode pasientforløp for eldre og kronisk syke i samarbeid med sykehuset.

Kommunen er med på et nytt KS-nettverk som heter Gode pasientforløp. Gruppen i kommunen er tverrfaglig sammensatt av ni personer og prosjektet går over 20 måneder. Blant andre er leder for hjemmetjenesten og en avdelingsleder ved sykehjemmet med. Det oppleves av kommunen som veldig bra at Sykehuset Innlandet er med. Prosjektet gjør at kommunen må tenke gjennom hva som er gode rutiner og sømløse linjer. Målet med prosjektet er å forbedre og jobbe systematisk med samarbeidet sykehus – kommune. Første samling var i april 2017. De skulle i den forbindelse intervju fem pasienter (eldre eller kronisk syk) som har blitt reinnlagt de siste 30 dagene. De oppdaget at pasientene syntes det å være på intensivavdelingen på sykehuset var bra. Pasientene følte seg utrygge på sengeposten, og både pasienten og pårørende fikk lite informasjon her. De intervjuet også helsepersonell i kommunen. Helsepersonellet oppfattet at de hadde fokus på brukermedvirkning, men pasienten delte ikke denne oppfatningen. De fant også ut at det var tilrettelagt bra i hjemmet, men at de ikke helt får til helheten i pasientforløpet. De skal jobbe videre med dette. Kommunen må fange opp behov tidlig, så derfor er det viktig at saksbehandler er på sykehuset og evaluerer pasienten. Det understrekes av revisjonen at fem pasienter er et lite utvalg.

Kommunen arrangerer samarbeidsutvalgsmøter mellom fastlegene og kommunen to ganger i året. De tar opp alle typer temaer, for eksempel samarbeid med sykehus, IKØ og nye fastleger. Kommunalsjef for helse og omsorg møter og en annen representant fra kommunen. Ofte møter også leder for hjemmetjenesten. Det er to fastleger som skal møte, men alle fem av kommunens fastleger pleier å møte. Kommuneoverlegen (som også jobber som fastlege i kommunen) er sekretær. Fastlegene oppfatter at de blir hørt av kommunen og at det er godt samarbeid i alle ledd.

Andre samarbeidsfora kommunen er med på er blant annet nettverk for frivillighetssentraler (i Glåmdalen og i Hedmark), kompetanseseminar i regi av KS, folkehelseseminar og utviklingsteam i kommunen. Sistnevnte er et tverrfaglig forum som skal legge til rette for positiv samfunnsutvikling i Sør-Odal kommune. Det går på strategisk planlegging og drøfte enkeltsaker, for eksempel bredbånd, sosiale møteplasser, sommertoget. Teamet består av seks personer i ulike roller i kommunen, og det har nettopp kommet i gang.

7.3.5 Informasjon fra sykehuset Innlandet Kongsvinger

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

Samarbeid med kommunene i regionen

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

førstelinjen i kommunen, med praksiskonsulent, brukerrepresentant, ledere for sykehusets sengeposter og representanter fra tildelingsenhetene.

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

Respondenten fra Sykehuset Innlandet Kongsvinger har vært med siden 2003 og mener at det diskuteres mye av det samme i forumene, i den forstand at mange problemstillinger ikke er løst på en enkel måte. Det har blitt bedre på flere felt, og selv om det fremdeles er en del utfordringer knyttet til kommunikasjon/dialog og opplysningsflyt, så er det satt mer i system nå. Blant annet har PLO-meldinger¹⁶ bidratt til at det er et felles språk og plattform, der det kan utveksles bedre opplysninger.

Sykehuset prøver å være forsiktige med å «love» hvilke kommunale tjenester en pasient kan forvente seg når vedkommende er ferdigbehandlet på sykehuset. Dette glipper nok innimellom når det kommer til om pasienten har rett til sykehjemsplass.

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

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

Rutiner

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

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

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

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

¹⁶ Pleie- og omsorgsmeldinger

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

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

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

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

IKØ-plassene/7. etasje

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

7.4 Revisors vurdering

Som vi ser av samarbeidsavtalen, inneholder den **de punktene 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 forskning, utdanning, praksis og læretid.**

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

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

Tjenesteavtale 8 angir **samarbeid om forebygging.**

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

Om kommunen i fellesskap med sykehuset har **klargjort ansvars- og oppgavefordelingen på administrativt og tjenesteytende nivå ved utforming og iverksetting av samhandlingstiltak**, så gir intervjudeltakerne en indikasjon på at dette er klart. 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. I reformen så legges det vekt på hospitering, men hvis informasjonsflyten og kompetansedelingen opprettholdes gjennom kurs og andre måter, så oppfatter revisjonen at behovet for hospitering ikke er til stede.

Om kommunen **sikrer behandling på lavest effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet)**, så gis det inntrykk av at sykehus og kommune har en god kommunikasjon, for å sikre dette. Ved at representanter fra kommunen begynner å besøke sykehuset for å evaluere pasienten selv, vil dette en enda større grad bli ivaretatt.

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 Tjenestekontoret og ukentlige samarbeidsmøter i kommunen, sørger kommunen for at de har god oversikt over pasientene og tilbudet i kommunen. Kommunen har flere retningslinjer og rutiner, for å sikre at alle pasienter får gode pasient- og brukerforløp.

Det oppfattes fra sykehusets og kommunens siden som at det er **likeverdighet mellom avtalepartene**. Det er umulig å si om det er samarbeidsavtalen eller en grunnleggende god kommunikasjon som er årsak til dette.

Det var allerede før samhandlingsreformen trådte i kraft, er konkretisert og positiv samhandling mellom Sør-Odal og Sykehuset Innlandet Kongsvinger. Så avtalen har bidratt til en videre **utvikling av en god samhandlingskultur**, spesielt når det kommer til de elektroniske meldingene.

Kommunen skal **videreutvikle bruker- og pasientmedvirkning slik at deres erfaringer med hvordan samhandlingen fungerer, tas i bruk på en systematisk måte**. Dette blir til en viss grad ivaretatt gjennom Eldrerådet og Funksjonshemmedes råd (se avsnittene i neste kapittel, [Eldrerådet](#) og [Funksjonshemmedes råd](#)). Kommunen kan nok i større grad systematisere tilbakemeldingene de får fra disse rådene, samt gjennomføre brukerundersøkelser.

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.

Kommunens koordinerende enhet har utviklet rutiner for samarbeid og kommunikasjon med sykehuset, spesielt gjennom PLO-meldinger og telefoner.

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.

Et element som ble trukket fram i intervjuene, og som revisjonen anbefaler kommunen å begynne med, er å besøke sykehuset for å evaluere pasientene der. Dette kan gjøre kommunen bedre kjent med de innskrevne pasientene, og dermed bedre kunne tilrettelegge tilbudet i kommunen. Kommunen bør også benytte seg av muligheten for hospitering.

8 Problemstilling 2 - Grep tatt i kommunene

Problemstilling 2

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

8.1 Bakgrunnsinformasjon

Et sentralt tema i samhandlingsreformen var å endre arbeidsdelingen mellom helseforetakene og kommunens helse- og omsorgstjenester. Et vesentlig 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 koordinatorene.
 - Bidra til samarbeid på tvers av fagområder, nivåer og sektorer.
 - Sikre informasjon til befolkningen og samarbeidspartnere.
 - Motta interne meldinger om mulig behov for habilitering og rehabilitering.
- Kommunen bør ha rutiner for å systematisere arbeidet mellom fastlegene, de kommunale tjenester og SI.

8.3 Innhentet data

8.3.1 Interkommunal øyeblikkelig hjelp (IKØ)

Samhandlingsreformen innebærer blant annet at kommunene etter helse- og omsorgslovens § 3-5 er pliktig til å tilby døgnopphold med øyeblikkelig hjelp. Dette går også inn under revisjonskriteriet **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. Typiske brukere som legges inn på IKØ har tegn på infeksjon, dårlig ernæringstilstand, KOLS, mm. Det er klare kriterier for hvilke pasienter som skal sendes til denne tjenesten og pasienten skal være der i maksimalt 72 timer. I denne perioden blir det avklart om pasienten skal tilbake til eget hjem, til sykehjem, til sykehus eller ikke trenger ytterligere tiltak. Hvis en pasient er veldig dårlig, havner han/hun rett på sykehus.

IKØ eies av kommunene og Sør-Odal betaler for omkring én plass. Kommunen har tidligere ikke brukt tilbudet så mye, men dette er bedret nå. Det oppgis i intervjuene i kommunen at det fortsatt kan bli større bevissthet rundt dette tilbudet i kommunen. Det er oftere legevakten som legger inn enn

fastlegene, men kommunelegen oppgir at han bruker 7. etasje som fastlege og har grei erfaring med dette. Når han ønsker å legge inn pasienter, får han det.

IKØ er ikke på elektronisk meldingsutveksling og dette er et stort savn. Epikrisen sendes noen ganger med pasienten, men da må hjemmetjenesten ta kopi.

8.3.2 Grep tatt i kommunen

Kompetanse

Pasientene har blitt dårligere og mer komplekse etter reformen. Det har blitt behov for mer teknisk sykepleierkompetanse. Kommunen skal kunne håndtere svært dårlige pasienter. En del pasienter kommer til SOAS for å få palliativ behandling, rehabilitering, korttids- eller avlastningsopphold. Det er generelt et godt kompetansenivå ved alle enheter inne helse og omsorg i kommunen.

Hverdagsmestring er et grunnleggende tankesett som skal ligge til grunn for alle tjenester innen Sør-Odal kommunes helse og omsorgstjenester. Hverdagsmestring er et forebyggende og rehabiliterende tankesett som vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen uansett funksjonsnivå. Brukerstyring og vektlegging av den enkeltes ressurser og deltakelse står sentralt. Det handler om å ta brukerens ønsker og valg på alvor og å legge til rette for at den enkelte kan bestemme over sitt eget liv. Kommunen har et nettbasert kompetanseprogram på hverdagsmestring. Alle avdelingene i kommunen er med, men avdelingene har kommet ulikt i forløpet med implementering av tankesettet. Det er en gjennomgående tankegang i helse og omsorg at helsetjenestene som innbyggerne i Sør-Odal kommune har behov for, skal være tverrfaglig vurdert og i henhold til hverdagsmestringens prinsipper. Ledelsen definerer filosofien i kommunen; de er bærerne inn i den kliniske gruppen.

De fleste som jobber i avdeling for rehabilitering og bistand har en spesialutdannelse innen feltet de jobber. Innen rusområdet har de egne kompetansemidler til kompetanseheving (ordning gjennom Fylkesmannen). I rehabiliteringstjenesten har de ansatte høgskoleutdanning og er ofte spesialiserte. Ved dagsenteret har personalet fagskoleutdanning. Kommunen søker Fylkesmannen om stimuleringsmidler i forhold til kompetansehevede tiltak årlig. Da enheten/avdelingen har et godt fagmiljø, er det også enkelt å få nye ansatte med god kompetanse.

Det var et fokus også før reformen at sykehjemmet skulle kunne tilby mange av de samme tjenestene som sykehuset, og kommunen var derfor godt forberedt da reformen ble iverksatt. Sykehjemmets tilsynslege har gitt sykepleierne mye ansvar. Kommunen var tidlig ute på å øke tilsynslegestilling. I mange kommuner er det flere brøker på 10-20 prosent, men i Sør-Odal har de tilsynslege i 80 prosentstilling. Dette er en fordel for sykehjemmet. Det er blitt mer faglig utviklende å jobbe på sykehjem for både leger og sykepleiere.

Organisering/tjenester

Sør-Odal har interkommunal legevakt lokalisert ved Kongsvinger sykehus.

Leder for SOAS er leder for tre sykehjemsavdelinger, kjøkken og en administrasjonsenhet. Én av avdelingene er skjermet, med 16 plasser. To avdelinger har somatisk syke. Palliativt og smertelindring er inkludert i avdeling, men det er avsatt et eget rom. Kommunen tenker å redusere antall plasser ved sykehjemmet, for å dreie tilbudet mer mot hjemmetjeneste. De har tidligere blitt gjort noen forsøk på å redusere tilbudet på sykehjemmet, men da har de ikke klart å øke tilbudet på

hjemmetjenesten, og det henger sammen. Planen er således å styrke tilbudet i hjemmetjenesten før tilbudet ved sykehjemmet reduseres.

Kommunen skal opprette en halv avdeling som benyttes til korttidsplasser. Det er 15 plasser. Det er enklere å få de gode løsningene når det er fokus på å få pasientene hjem. Kommunen har vært langt fremme når det kommer til rehabiliteringsfokus. De fikk noen prosjektmidler på midten av 1990-tallet, da de startet å ha fokus på dette. Derfor har de kunnet bygge videre på dette og hadde en veldig fordel da samhandlingsreformen ble innført.

Kommunelegen sier at han opplever at kommunen har kapasitet og kompetanse til å ta i mot pasientene som skrives ut fra sykehuset, men at de sliter med å få nok korttidsplasser. Det kan være problemer hvis pasienten har veldig spesielle behov. Det er flere pasienter med spesielle behov og diagnoser i de kommunale tjenestene nå enn tidligere. Kommunen har en sykehjemslege som er fleksibel. Han jobber 80 prosent. Det er store fordeler med én lege og ikke flere som jobber deltid. Leder SOAS sier at kommunen har få overliggerdøgn. Kommunen er fleksibel, men det er også sykehuset. Kongsvinger sykehus er imøtekommende når det gjelder å skrive ut pasienter.

SOAS drives billigere enn sammenlignbare enheter, mye på grunn av lav pleiefaktor og lite støttepersonell. De mener at de gir et godt tilbud og rapporterer riktig til KOSTRA.

Kommunen har 18 HDO-leiligheter/omsorgsboliger. Her er det ikke bemanning hele døgnet, kun dag og kveld. Fra kl. 14.00-17.30 og på natt er det ordinær hjemmesykepleie som besøker beboerne med tilsyn. Det er et forslag om økning av bemanning i HDO-boliger. Hjemmetjenesten klarer ikke å håndtere de dårligste brukerne der med dagens bemanning. Dette skal være trinnet før SOAS, og de man ikke klarer å tilrettelegge for i hjemmet. Brukerne blir utrygge når det ikke er bemanning. Det er fint at boligene ligger i tilknytning til SOAS, fordi da kan pleierne rykke ut raskt.

Det hender de må leie inn ekstravakter, når de har spesielt krevende pasienter, særlig demente som vandrer. Det er sjelden ledige plasser på avdeling G (skjermet avdeling) på SOAS, så hjemmetjenesten må takle mye selv.

Kommunen har også noen omsorgsleiligheter. Disse er i området ved SOAS, Korsmo og Tanumkollen. Det er også fem leiligheter på Galterud, men der er det mest rus og psykiatri. Personer får også tildelt disse etter behov. Det er en del gammel bygningsmasse.

Kommunen har ikke planer om å bygge nye omsorgsboliger, men rehabilitere de de har. Kommunen tenker å få HDO-boligene mer i stand til å håndtere behovsøkning enn i dag.

Innsatsteam er et tverrfaglig team med ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier fra hjemmesykepleien gjør en systematisk kartlegging av brukers funksjon. Målgruppen er brukere som er bosatt i kommunen med nylig funksjonsfall eller skade. Dette er en tidsbegrenset rehabilitering hvor opptrening i dagliglivets gjøremål skjer i hjemmet. Det er fokus på rehabilitering/hverdagsmestring. I samarbeid med teamet utarbeider brukeren mål for hva han/hun syns er viktig å mestre i sin hverdag. På bakgrunn av dette vil teamet jobbe sammen med bruker mot brukers mål. Treningsinnsatsen vil være intensiv i begynnelsen og avta i takt med forbedring av brukers funksjon. I utgangspunktet varer opplegget i fire uker, men det kan forlenges. Hjemmetjenesten skal jobbe etter de samme kriteriene som innsatsteamet. Kommunen fikk midler

fra Helsedirektoratet for å opprette og drive innsatsteam i ett år, men dette ble ferdig 2015 og deretter videreført som en del av kommunens tilbud.

Kommunen har en sjekklister om mottak av pasient, gjennomføring av målsamtale (bør gjennomføres innen 72 timer etter innkomst i avdeling/hjem), sykepleiesammenfatning for bruk ved overflytting av pasienter mellom hjemmetjenesten og SOAS, sjekklister og prosedyre for tverrfaglig samarbeidsmøte, sjekklister for pårørendesamtale ved dødsfall, sjekklister ved dødsfall, sjekklister ved overflytting av pasienter, samt en ny forskrift om tildeling av langtidsopphold og helse- og omsorgstjenester i institusjon, vurderingsmomenter og ventelister, mm.

Det er god fysioterapidekning i kommunen. Kommunen har også gode avtaler med private fysioterapeuter.

Kommunen har gjennomført et nyttig prosjekt på pasientflyt mellom avdelingene i kommunen. Prosedyrene ligger i kvalitetssystemet Compilo.

Kommunen registrerer også avvik i Compilo. Compilo er enkelt å bruke og det er lett å melde avvik. Enhetsleder får avvikene internt i kommunen, som enten tar det videre med avdelingsleder eller lukker saken. Når det kommer til å skrive avvik til sykehuset, så kan disse skrives i Compilo, men må sendes til sykehuset per post. Sykehuset plikter å gi svar til kommunen. Det sendes et par avvik i året når det er mer omfattende saker.

Funksjonshemmedes råd og Eldrerådet gir brukermedvirkning på systemnivå.

Tjenestekontoret

Det er Tjenestekontoret som tildeler tjenestene og alle søknader går dit. Tjenestekontoret består av fem personer. Det er ulike faggrupper representert, blant annet sykepleier, sosionom og vernepleier. Avdelingsleder jobber nå i en 50 prosentstilling. Kommunalsjef er fungerende enhetsleder. Avdelingsleder skal ikke ha ansvar for økonomi. Tjenestekontoret har kommunikasjon med sykehjem, hjemmetjenesten og søker/pårørende. De har samarbeidsmøter med avdelingslederne én gang i uka. Tjenestekontoret har også samarbeidsmøte med hjemmetjenesten (utøvende personell og avdelingsledere) én gang i uka. Dette er et samarbeidsmøte der de tar opp om enkeltpasienter har blitt bedre/dårligere, mål, avlastning, og lignende. Dette oppleves av de som deltar som bra møter. Der det er behov for tverrfaglig vurdering, og dersom saken kan være komplisert gjøres det ofte et kartleggingsvedtak. Dersom det er endret behov for tjeneste sendes et endringsskjema til Tjenestekontoret som fatter vedtaket på tjenesten.

Tidligere lå Tjenestekontoret under leder for hjemmetjenesten, nå ligger det direkte under kommunalsjefen. Dette gjøres for å sikre like forhold for alle pasienter/brukere. Det var, inntil nylig, saksbehandler som tok beslutning om tilbud, men avdelingsleder som godkjente vedtaket. Tjenestekontoret har nå fått vedtaksmyndighet.

Det er et sterkt ønske om at en saksbehandler fra Tjenestekontoret reiser til sykehuset for å evaluere pasienten. Dette er viktig for å oppnå et helhetlig pasientforløp og for å ha god dialog med pasienten.

Det er også ønskelig at vurderingsbesøk hos hjemmeboende gjennomføres sammen med fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleier eller sosionom. De som har psykiske lidelser og trenger hjelp fra hjemmesykepleien til somatiske lidelser og psykiatritjenesten til psykiske lidelser er i en gråson

og faller mellom to stoler. Det er ingen føringer på hvem som har ansvar for denne gruppen. Det bør utarbeides kriterier/føringer for hvordan håndtere dette.

Koordinerende enhet har en nøkkelrolle i kommunen. De skal ha oversikt over hvilke muligheter og tilbud det finnes i kommunen (eventuelt andre steder) og bidra inn i planarbeid. De skal bidra for å ivareta et helhetlig pasientforløp.

Rehabiliteringstjenesten har fordelingsmøter to ganger i uken der man diskuterer nye pasienter. Til stede er blant andre rehabiliteringssykepleier, hjelpemiddellager, fysioterapeut, avdelingsleder helse. Noen brukere har rehabiliteringsopphold eller korttidsopphold ved sykehjemmet. Dersom det er behov, utarbeides det en individuell plan i samarbeid med pasient/bruker og ulike fagpersoner.

Helse og omsorg har i Tjenestekontoret med koordinerende enhet systemkoordinatorer(1.2 årsverk) for rehabilitering, habilitering samt rus-psykisk helse. Systemkoordinatorene har opplæring av personlige koordinatorene. De er i tillegg koordinatorene for pasient/bruker som ikke har andre tjenester enn behov for koordinering, eller i tilfeller hvor kommunen har kjøpt plass for helsetjenester i andre institusjoner (kan være privat).

Planer

Det lages planer (tiltaksplaner/pleieplaner er det samme) for pasientene i Profil (fagsystem). Noen er omfattende og noen er enklere. Det er ikke mange i hjemmetjenesten som har individuell plan, noen kreftpasienter og ulike andre diagnoser har IP. Det er ulike årsaker til at noen brukere ikke har individuell plan. Koordinerende enhet ligger i Tjenestekontoret. De er også ansvarlig for å skaffe koordinatorene ute fra enhetene. Det er skrevet en egen rutine om koordinators ansvar.

I henhold til individuell plan er det i mange sammenhenger tverrfaglige samarbeidsmøter med pasient – pårørende – sykehus. Dette er et godt verktøy som er med og sikrer godt pasientforløp.

Det er ikke alltid pasienten ønsker individuell plan (IP). Mange ønsker det i somatikken, særlig i forbindelse med rehabilitering. Innen rus og psykisk helse oppleves det ofte at pasient ikke ønsker IP. Hvis ikke pasienten ønsker det, utformer de andre planer og annet samarbeid.

Kommunen lager tiltaksplaner for pasientene som blant annet er basert på samtale med pasienten om hverdagsmestring. Det bestemmes et mål, som skal nås gjennom tiltak. De fleste har en plan. Pårørende blir involvert når pasienten ikke kan ta egne valg. I utgangspunktet er det pasienten/brukeren som styrer. De tankene skal følge pasienten videre i forløpet.

8.3.3 Statistikk

Fagutdanning

Samhandlingsreformen 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. Vi ser at det har vært stabil kompetanse i perioden. 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.

2017

		2010	2011	2012	2013	2014 ¹⁷
Andel med fagutdanning totalt		75	75	75	72	70
Andel med fagutdanning høyskole		25	26	26	24	25
Andel med fagutdanning videregående skole		50	49	49	48	45

Tabell 3 Andel avtalte årsverk av personell med fagutdanning, i prosent¹⁸

Reinnleggelser

Andelen pasienter som opplever en reinnleggelse på sykehus innen 30 dager etter utskriving, kan gi en indikasjon på om de muligens var skrevet ut for tidlig, eller om kommunen ikke var dyktige nok i sitt stell. Leder for hjemmetjenesten kjenner ikke statistikken på reinnleggelser i kommunen, men opplever at det er ganske vanlig med reinnleggelser. Respondenten ser at en del eldre blir skrevet ut for tidlig tilbake til hjemmet. Fall er en stor årsak til reinnleggelse. Kommunelegen sier at det er færre reinnleggelser når enn før. Noen har åpen retur til sykehus, men dette er planlagt. Spesielt KOLS-pasienter er utsatte. Leder SOAS har ikke statistikk på reinnleggelser. Det er ikke et problem de har fokus på ved SOAS, siden tilsynslege legger inn få personer fra SOAS. Vi ser av statistikken under at det er relativt få reinnleggelser, og at trenden er nedadgående.

	2012	2013	2014	2015	2016
Reinnleggelser i %	0	0	23	21	14

Tabell 4¹⁹

	2012	2013	2014	2015	2016
Reinnleggelser i % av landsgjennomsnitt	0	0	115	109	72

Tabell 5²⁰

Utskrivningsklare pasienter

Utskrivningsklare pasienter med overliggertid²¹ 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 på statistikken under at antall overliggertid har vært ganske stabilt lavt i årene siden før reformen ble innført. Antall utskrivningsklare pasienter for landet totalt, sank fra 2011 til 2012 og har vært

¹⁷ 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/regsyst/aar/2016-05-27>

¹⁸ Helsenorge.no

¹⁹ SAMDATA kommune

²⁰ SAMDATA kommune

²¹ Overliggertid 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.

nærmest stabilt fra 2012. Disse tallene indikerer at Sør-Odal verken er spesielt mye bedre eller dårligere til å ta i mot pasienter fra sykehuset enn landet for øvrig.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Sør-Odal	1	3	1	3	3	2
Norge totalt	4	2	2	3	3	3

Tabell 6: Antall utskrivningsklare pasienter med én eller flere liggedager som utskrivningsklar, per 1000 innbyggere²²

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Sør-Odal	10	20	11	21	22	12
Nord-Odal	13	7	0	12	9	15

Tabell 7: Antall utskrivningsklare pasienter med en eller flere liggedager som utskrivningsklar, absolutte tall²³

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 tre underpunktene, at **kommunen skal kunne tilby heldøgns medisinsk nødhjelp**, at **kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp** og at **kommunen har kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten**. Vi ser også på statistikken at antall utskrivningsklare pasienter med en eller flere liggedager som utskrivningsklar er stabil og på nivå med landet for øvrig. Dette viser at i det store og det hele har kommunen kapasitet til å ta i mot utskrivningsklare pasienter fra sykehuset. Det nevnes også at dialogen med sykehuset er god, og dette kan være en medvirkende årsak til at noen av de mest krevende pasientene, muligens kan ligge lenger på sykehus. Statistikken gir også en indikasjon på at Sør-Odal kommune har et system som ivaretar utskrevne pasienter, siden det er relativt få reinnleggelser.

Kommunen har opprettet systemer som sikrer samhandling, gjennom rutiner internt. I og med at de ansatte i kommunen etterlyser at Tjenestekontoret reiser til sykehuset for å evaluere pasienten før utskrivning, er det tydeligvis et forbedringspotensial her. På spørsmål om **tilbudet er tilpasset den enkeltes behov**, så sier de ansatte i kommunen, at det er det. Ved at vedtaksmyndigheten er flyttet fra avdelingene som tilbyr tjenestene, er det mulig at brukerne får en likere og mer objektiv vurdering av hvilke tjenester de har behov for. **Pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerende tjenester skal ha en individuell plan**, og det får de som trenger det (dersom de ønsker). Det ble nevnt i intervjuene at kanskje noen flere kunne trenge individuell plan. Det er Tjenestekontoret som har overordnet ansvar for **individuell plan**. Alle brukerne får en plan for tilbudet.

²² SAMDATA - kommune

²³ SAMDATA - kommune

Koordinerende enhet ligger under Tjenestekontoret. 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. Det er Tjenestekontoret som **mottar meldinger om behov for individuell plan og koordinator, utarbeider rutiner for arbeidet med individuell plan og koordinator** og **oppnevner koordinator**. **Systemkoordinatorne** befinner seg i Tjenestekontoret, som har ansvar for **opplæring av personlige koordinatore**. Revisjonen forutsetter med dette at Tjenestekontoret også har ansvar for **kompetanseheving om individuell plan og koordinator**.

Kommunen **legger til rette for brukermedvirkning** gjennom tverrfaglige samarbeidsmøter og dialog med bruker i utarbeidelse av planer. Ved å reise på sykehuset og snakke med pasienten, kan brukermedvirkningen komme på plass på et enda tidligere stadium.

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 Tjenestekontorets ansvar, i og med at de har mest kontakt med sykehuset. Det virker som om det er naturlig for de andre ansatte i kommunen å kontakte Tjenestekontoret 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. Det er samarbeidsutvalgsmøter mellom fastlegene og kommunen to ganger i året. Fastlegene oppfatter at de blir hørt av kommunen og at det er godt samarbeid i alle ledd. Dette oppleves av de ansatte i kommunen som nyttig, og det hadde vært hensiktsmessig å formalisere og utvikle dette samarbeidet ytterligere.

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 stor 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 virker også som kommunen har et godt nok tilbud, både når det kommer til tjenester og kompetanse, slik at de er i stand til å ta i mot utskrivningsklare pasienter. Revisjonen har et inntrykk av at kommunen har tilstrekkelige trinn i omsorgstrappen, med blant annet korttidsplasser, HDO-boliger og hjemmetjeneste.

Revisjonen oppfatter det som positivt at kommunen har gitt Tjenestekontoret vedtaksmyndighet. Dette bør evalueres etter en periode, for å forsikre seg om at det fungerer etter hensikten.

Kommunen bør forsikre seg om at alle som har behov og ønske om individuell plan, får det.

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»²⁴, 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. Enhver 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.

²⁴ 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 eller Sør-Odal.

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

Når det kommer til helhetlige tjenester, erfarer 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. Hjemmetjenesten og avdeling for bistand og rehabilitering har faste møter med fastlegene annenhver uke. De samarbeider også tett gjennom elektroniske meldinger.

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 har ikke foretatt noen nylige brukerundersøkelser.

10.3.5 Eldrerådet

Jf. elderrådsloven skal det være et elderråd i hver kommune²⁵, og de skal tas med på råd når det kommer til saker som gjelder levekår for eldre i kommunen.

Revisjonen intervjuet to medlemmer av Eldrerådet, for å høre hvordan en essensiell del av befolkningen, de eldre, oppfatter samhandlingsformen. De blir involvert i de sakene som blir behandlet i kommunestyret som omhandler eldre. Rådet stoler på at de blir involvert i aktuelle saker. Folk tar kontakt med rådet når det er ting de er opptatt av.

²⁵ Lov om kommunale og fylkeskommunale elderråd § 1

De er sju personer i Eldrerådet. Tre av medlemmene er politisk valgte og fire er fra frivillige organisasjoner (to fra Sanitetsforeningen, én fra Eldreforeningen og én fra LHL). De er seks damer og én mann. De har møter i forkant av kommunestyremøtene. Det er leder som velger ut saker de skal behandle og hun bestemmer når de skal ha møte. Møtene er bedre planlagt nå enn tidligere.

Saker de er spesielt opptatt av er eldres helse, herunder tannhelse, og hvordan folk blir tatt i mot når de kommer hjem fra sykehuset. De var på befaringsreise på SOAS høsten 2016. Det er mye aktiviteter i kommunen, så eldre trenger ikke å sitte hjemme, hvis de ønsker å komme seg ut. Det er en dørstokkmil for en del personer som kanskje trenger mest å komme seg ut.

Eldrerådet blir informert om prosjekter kommunen er med på. De har blant annet fått informasjon av rådmann og leder SOAS, om det å havne på sykehjem og om økonomi. I slike fora kan de komme med egne innspill.

Medlemmene i rådet opplever at noen får være lenger på sykehuset hvis de «insisterer».

Rådet har godt inntrykk av SOAS, men det er press på de som jobber der. De oppfatter at det burde være mer aktiviteter, og at det i dag er det kun er fokus på mat og hygiene (de grunnleggende behovene). Når det kommer til aktiviteter så bør de frivillige involveres mer. De som er på SOAS er veldig syke, men det betyr ikke at de ikke trenger aktivisering.

Eldrerådet mener at det er problematisk når personer sendes hjem fra sykehuset og bor alene. De grunnleggende behovene må være dekket. Hvis eldre skal bo lengre i hjemmet er det viktig at noen stiller opp for dem, hvis de ikke har noen pårørende. Alle over 75 år skal få forebyggende hjemmebesøk, har avdelingsleder for rehabilitering og bistand sagt.

Det er en frykt blant eldre å miste frihet og kontrollen over eget liv. Dette handler om selververd. Det er tidsbesparende med ferdig mat, men det kan føles feil for brukerne og ikke engang få velge pålegg selv. En del eldre spiser for lite, så kommunen kan gjøre det til en bedre opplevelse.

Når det kommer til omleggingen til at flere skal bo lenger hjemme, så tror rådet at det både er positive og negative sider. Det kan være ulike behov. Det er bra at det tilrettelegges i hjemmet. Det er en del som er skeptisk til tekniske hjelpemidler, og det er ikke alle som takler dette like bra. Kommunen må være sikker på at teknikken fungerer og at pasienten kan bruke dette. I tillegg til tekniske hjelpemidler er det uansett viktig med menneskekontakt. Det hjelper ikke med tekniske hjelpemidler mot ensomhet.

Eldrerådet får ikke høre om formelle klager på tilbud, men de hører hva det snakkes om i kommunen, og det er alltid noen som er misfornøyde.

10.3.6 Funksjonshemmedes råd

Rådet skal tenke helhetlig og ivareta alle. Universell utforming er prioritet, og rådet er en del på befaringer. Leder for hjemmetjenesten og leder for SOAS har vært hos rådet og snakket om samhandlingsreformen, blant annet om antall liggedøgn.

Rådet går ikke inn på enkeltpersoner, men skal komme med råd til kommunen. De er ikke et klageorgan.

Rådet har ikke samarbeid med andre tilsvarende råd i andre kommuner. De blir invitert til det fylkeskommunale rådet en gang i året. De har ikke samarbeid med brukergrupper på sykehuset.

Rådet føler at de får være med på det de trenger å være med på, men har blitt involvert for sent, for eksempel i byggesaker.

Rådet har bedt om å få en orientering om sykehjem av kommunen. Det er god dekning på sykehjemsplasser og lav kostnad. Beboerne har færre liggedøgn på sykehuset fordi SOAS og hjemmetjenesten kan ivareta dem. Statistisk sett har kommunen lavest kostnadsnivå på eldreomsorg og helse i Norge. Spørsmålet er om det er positivt eller negativt.

Det er satt ned et ekspertutvalg, Hjelpemiddelutvalget, som skal se i hvilken grad brukernes behov ivaretas av kommunen. Ansvar for hjelpemidler skal flyttes fra staten til kommunen fra sommer 2017. I dag er det regionale hjelpemiddellageret på Elverum, og mye kompetanse er der.

Rådet har blitt underrettet av leder for SOAS om at det er en ny forskrift om hvem som fatter vedtak i kommunen. Når det kommer til prosjekt om pasientforløp, så er rådet invitert til dialog med enhetsleder, rådmann og ordfører. Det de har hørt, virker greit. Det er viktig at det er en gjensidig god dialog.

Rådet har inntrykk av at brukerne er fornøyde med tilbudet i kommunen, men at de ansatte har dårlig tid til å ta seg av pasientene/brukerne.

10.3.7 Data fra kommunen

Det er noen klager, men ikke mange. Det er ulike årsaker til klager. Det hender pårørende klager. Klagen går til Tjenestekontoret og behandles eventuelt der, eller direkte til avdelingen dersom det gjelder utførelse av tjenesten. Få klager på IKØ/7. etasje. Det står opplyst i vedtaket at de kan klage. IP er viktig for å dokumentere. De som er syke kan også glemme hva de har fått av tjenester.

Pårørende blir involvert når pasienten ikke kan ta egne valg. I utgangspunktet er det pasienten/brukeren som styrer. De tankene skal følge pasienten videre (til sykehus).

Kommunen oppfatter at de fleste ønsker å bo hjemme og ikke på SOAS.

De har ikke brukerutvalg/venneforening på SOAS.

Ny «Lokal forskrift om kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem» ble sendt på høring til aktuelle interesseorganisasjoner for brukere som ville bli involvert/berørt av forskriften.

9.4 Revisors vurdering

Det er et revisjonskriterium at **pasient/bruker bør oppleve å være inkludert av kommunen i eget opplegg**. Det er ingen av brukergruppene vi har snakket med som nevner dette spesielt, verken negativt eller positivt. Kommunen har rutiner for å gjennomføre målsamtaler ved innkomst til avdeling/hjem, så brukerne har et forum for brukervedvirkning. For øvrig, er det en generell oppfatning i kommunen at brukeren skal være i fokus, men det kom fram i intervjuer foretatt i forbindelse med KS-nettverket at personellet oppfattet at de hadde fokus på brukervedvirkning, men pasienten mente ikke det.

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. Samtalen med Eldrerådet og Funksjonshemmedes råd 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.

9.4.1 Anbefalinger

Etter at revisjonen har snakket med Eldrerådet og Funksjonshemmedes råd, virker det som om kommunens brukere stort sett er fornøyd med tilbudet de får, men at kommunen kan vurdere om sykehjemsbeboere trenger mer aktivisering. Dette er tilbakemeldinger som ikke kommer direkte fra brukerne selv, så det er viktig at de personene det gjelder, beboerne, blir hørt i dette tilfelle. Kommunen bør foreta brukerundersøkelser jevnlig med brukere/pasienter av helse- og omsorgstjenestene, samt følge opp resultatene som kommer i disse.

10 Konklusjon

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

Etter å ha snakket med flere ansatte i kommunen, samt sett på dokumenter og statistikk, oppfatter revisjonen at samarbeidet, i det stor og det hele, fungerer godt. Det er en oppfatning om likeverdighet mellom avtalepartene og god dialog. 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. Kommunen og Kongsvinger sykehus hadde et godt samarbeid også før Samhandlingsreformen ble innført, som de har bygget videre på. Internt i kommunen har de et godt samarbeid, med gode rutiner. Siden de nylig har gitt vedtaksmyndighet til Tjenestekontoret, bør dette følges med på, for å se om tjenestene til brukerne/pasientene blir tildelt annerledes. Det virker som om kommunens brukere er fornøyd med tilbudet de får,

11 Anbefalinger

11.1 Anbefalinger for problemstilling 1

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

1. Kommunen bør begynne besøke sykehuset jevnlig for å evaluere pasientene der.

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?:

2. Kommunen bør evaluere effektene av å gi Tjenestekontoret vedtaksmyndighet og vurdere om dette fungerer etter hensikten.
3. Kommunen bør forsikre seg om at alle som har behov og ønske om individuell plan, får det.

11.3 Anbefalinger for problemstilling 3

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

4. Kommunen bør fortsette å jobbe for bedre brukermedvirkning.
5. Kommunen bør fortsette å jobbe med hverdagsmestring.
6. Kommunen bør foreta brukerundersøkelser jevnlig med brukere/pasienter av helse- og omsorgstjenestene, samt følge opp resultatene som kommer i disse.

12 Rådmannens høringsuttalelse

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

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

SSB (2017) Omsorgstenester, tabell: 07800: F1. Konsern - Pleie og omsorg - nøkkeltall (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 Sør-Odal kommune og Sykehuset Innlandet*

Sør-Odal kommune (2017) Kommunale planstrategi 2016-2019

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

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

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?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nærmere om krav til avtalens innhold

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

I tilknytning til krav 1 er det følgende anbefalinger:

- Enighet om grenseflater og gråsoner, for eksempel hvor det er mangler og hvor det er overlapping. Dette kan være forskjellig hos ulike pasientgrupper, behandlingskjeder eller i faser av pasientforløpet.
- Arenaer og prosesser som skal benyttes hvis det oppstår tvil eller uenighet om ansvars- og oppgavefordeling.

I tilknytning til krav 2 er det følgende anbefalinger:

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

I tilknytning til krav 3 er det følgende anbefalinger:

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

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

Til krav 4 er det ikke knyttet ytterligere anbefalinger.

I tilknytning til krav 5 er det følgende anbefalinger:

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

I tilknytning til krav 6 er det følgende anbefalinger:

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

I tilknytning til krav 7 er det følgende anbefalinger:

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

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

I tilknytning til krav 8 er det følgende anbefalinger:

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

I tilknytning til krav 9 er det følgende anbefalinger:

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

I tilknytning til krav 10 er det følgende anbefalinger:

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

I tilknytning til krav 11 er det følgende anbefalinger:

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

Formål ved avtalen

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

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

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

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

²⁶ Sist oppdatert 23.2.2017

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

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

- Videreutvikle bruker- og pasientmedvirkning slik at deres erfaringer med hvordan samhandlingen fungerer, tas i bruk på en systematisk måte.
- **Erfaring fra pasienter og brukere skal ha blitt hørt i forbindelse med utarbeidelsen av avtalene.**
- **Kommunens koordinerende enhet bør ha utviklet rutiner for samarbeid og kommunikasjon med sykehuset.**

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

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

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

«Lovens formål er særlig å:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder:

a. helsetjeneste i skoler og

b. helsestasjonstjeneste.

2. Svangerskaps- og barselomsorgstjenester.

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

a. legevakt,

b. heldøgns medisinsk akuttberedskap og

c. medisinsk nødmeldetjeneste.

4. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Kommunens plan for habilitering og rehabilitering.
- Legge til rette for brukermedvirkning.

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

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

Konkrete revisjonskriterier

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

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

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

Problemstilling 3, Hvordan opplever helsetjenestens brukere effektene av samhandlingsreformen?

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

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

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

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

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

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

- 1. 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.²⁹ Betegnelsen sikter til *nøyaktigheten* i de ulike operasjonene i denne prosessen, herunder utformingen av undersøkelsesopplegget og hvordan datainnsamlingen er blitt gjennomført. Høy reliabilitet betyr at uavhengige målinger skal gi et tilnærmet identisk resultat om en gjennomfører en identisk undersøkelse flere ganger.

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

Validitet sier noe om hvor treffende eller *relevante* dataene er for det vi har tenkt å undersøke. For en forvaltningsrevisjon referer begrepet til datamaterialets gyldighet 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

²⁷ Samhandlingsreformen - informasjon om ikraftsetting av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/samhandlingsreformen---informasjon-om-ik/id667798/>

²⁸ Informasjon om sentrale endringer i spesialisthelsetjenestelovgivningen i forbindelse med ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og ny folkehelselov: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/informasjon-om-sentrale-endringer-i-spes/id661775/>

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

³⁰ 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 intensjoner³¹.

I denne rapporten er det benyttet dokumentasjon som etter revisors vurderinger kommer fra troverdige og seriøse kilder. Informantene er valgt ut med tanke på hvilken faglig posisjon 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.

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