

Samhandlingsreformen i Våler kommune



1 Forord

Denne rapporten er et resultat av forvaltningsrevisjonsprosjektet: Samhandlingsreformen i Våler kommune. En foreløpig rapport har vært sendt til rådmannen i kommunen for uttalelse. Rådmannens høringsuttalelse er tatt inn i rapportens kapittel 13. Rapporten, som utgjør prosjektets sluttprodukt, avleveres herved til revisjonens oppdragsgiver, kontrollutvalget i Våler kommune.

Kristoffer Svendsen har vært utøvende revisor for prosjektet, og har ført rapporten i pennen. Jo Erik Skjeggestad har vært oppdragsansvarlig revisor, 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 Våler kommune for oppdraget.

Løten, den 23. august 2017



Jo Erik Skjeggestad
Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor



Kristoffer Myklebust Svendsen
Utvøvende forvaltningsrevisor

Innholdsfortegnelse

1	FORORD	2
2	SAMMENDRAG	5
3	BAKGRUNN FOR PROSJEKTET	7
3.1	BESTILLING	7
3.2	AKTUALITET: SAMHANDLINGSREFORMEN	8
3.3	OM HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN I VÅLER KOMMUNE	8
3.3.1	ALDERSSAMMENSETNINGEN I KOMMUNEN	9
3.3.2	BEHOV FOR TJENESTER I KOMMUNEN	9
4	FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER	10
5	AKTUALITET OG AVGRENSNING	10
6	METODE FOR REVISJONEN	11
7	PROBLEMSTILLING 1 – SAMHANDLING KOMMUNE OG HELSEFORETAK	13
7.1	BAKGRUNNSINFORMASJON	13
7.1.1	RELEVANT FORSKNING	13
7.2	REVISJONSKRITERIER FOR PROBLEMSTILLING 1	14
7.3	INNHEMTET DATA	15
7.3.1	SAMARBEIDSAVTALE	15
7.3.2	NÅVÆRENDE AVTALE	17
7.3.3	INFORMASJON FRA VÅLER KOMMUNE	17
7.3.4	BRUKERMEDVIRKNING	19
7.3.5	SAMARBEIDSFORA	20
7.3.6	INFORMASJON FRA SYKEHUSET INNLANDET ELVERUM	21
7.4	REVISORS VURDERING	22
7.5	OPPSUMMERING	24
8	PROBLEMSTILLING 2 - KOMMUNENS ARBEID FOR Å SIKRE HELSETJENESTER I TRÅD MED SAMHANDLINGSREFORMEN	26
8.1	BAKGRUNNSINFORMASJON	26
8.2	REVISJONSKRITERIER FOR PROBLEMSTILLING 2	26
8.3	INNHEMTET DATA	27
8.3.1	INTERKOMMUNALE AKUTTE DØGNPLASSER (IKAD)	27
8.3.2	ENDRINGER I KOMMUNEN	28
8.3.3	STATISTIKK	29
8.4	REVISORS VURDERING	31
8.5	OPPSUMMERING	32

9	PROBLEMSTILLING 3 – BRUKERNES OPPFATNING	33
9.1	BAKGRUNNSINFORMASJON	33
9.1.1	RELEVANT FORSKNING	33
9.2	REVISJONSKRITERIER FOR PROBLEMSTILLING 3	33
9.3	INNHELTEDE DATA	34
9.3.1	PASIENT OG BRUKEROMBUDET I HEDMARK OG OPPLAND	34
9.3.2	ELDRERÅDET	34
9.3.3	DATA FRA KOMMUNEN	35
9.4	REVISORS VURDERING	35
9.5	OPPSUMMERING	36
10	KONKLUSJON	37
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	PSYKIATRI	39
13	RÅDMANNENS HØRINGSUTTALELSE	40
14	REFERANSER/LITTERATUR	42
	VEDLEGG A: UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIER FORVALTNINGSREVISJON – SAMHANDLINGSREFORMEN I GLÅMDALEN.	44
	VEDLEGG B: RÅDMANNENS HØRINGSUTTALELSE OM REVISJONSKRITERIER	57

2 Sammendrag

Rapporten har svart på tre problemstillinger som alle omhandler samhandlingsreformen i Våler 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 Vålers tilfelle i hovedsak Elverum sykehus) fungerer. Hovedfokuset ligger på om samarbeidsavtalen følges og om samarbeidet er hensiktsmessig, når det kommer til intensjonen bak avtalen. Hensikten med samhandlingsreformen er at det skal være et bedre samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette samarbeidet fungerer i all hovedsak godt, noe av årsaken til dette er på grunn av samarbeidsavtalen. Det forekommer likevel manglende informasjon om pasienter ved utskrivning fra sykehus, noe som bør tas opp med sykehuset. Videre er det et problem at det er skjevhet i likeverdigheten mellom avtalepartene. Det er sykehuset som definerer når pasienten er utskrivningsklar, men kommunen har i følge enkelte ansatte blitt bedre på å ytre sine egne meninger om dette.

Problemstilling 2 etterspør på hvilken måte kommunen sikrer at pasienten eller brukeren får koordinerte og helhetlige tjenester. Det virker som om kommunen i det store og hele har tilpasset virksomheten slik at tjenestens innhold og omfang er i stand til å følge opp de krav som følger av loven. Det er statistisk sett et lavt antall reinnleggelser og overliggerdøgn, noe som tyder på at kommunen har tilstrekkelig kapasitet.

Problemstilling 3 vil svare på hvordan brukerne av helsetjenestene oppfatter effektene av samhandlingsreformen, både når det kommer til medbestemmelse på overordnet nivå og påvirkning på eget opplegg. Det ser ut til at kommunens brukere er fornøyd med tilbudet de får, og at kommunen jobber med å involvere brukerne i tjenesteutformingen. Likevel bør elderrådet, og andre pasientgrupperinger, involveres i kommunens samhandling med sykehuset. Kommunen oppfatter det som at tilnærmingen til behandling er noe annerledes på sykehuset, hvor spesialisthelsetjenesten har en annen tolkning av pasientforløpet.

Basert på de vurderinger og konklusjoner som er gjort, har revisor kommet fram til følgende åtte anbefalinger:

1. Kommunen bør fortsette sin dialog med sykehuset for å sikre at kommunen får beskjed i tide for å forberede seg når pasienter skrives ut av sykehus. I tillegg bør kommunen vurdere å ha kontaktpersoner på sykehuset for mer utfyllende pasientinformasjon. Sykehuset bør også bevisstgjøres i kommunens kapasitet for behandling, slik at pasientene ikke blir lovet noe kommunen ikke kan holde.
2. Kommunen bør jobbe videre med å få til god samhandling mellom sykehus og kommune som følger rutine for samhandling. Dette for å sikre behandling på lavest mulig omsorgsnivå (LEON-prinsippet).
3. Kommunen bør benytte seg av muligheten for hospitering, dersom kommunen ønsker dette.
4. Kommunen bør sørge for at de ansatte får tilstrekkelig opplæring om avvik, da dette er viktig i kommunikasjonsøymed.

5. Hva angår spørsmålet om kommunen har kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten, er det statistisk sett ett lavt antall reinnleggelser og overliggerdøgn. Videre bør kommunen ta med i dialog med sykehuset at all nødvendig informasjon om pasienten følger med ved utskrivelse.
6. Informasjonsflyten i Pasientsystemet Visma, bør i større grad tilpasses de involverte enhetene som er ansvarlig for behandlingen av den enkelte pasient.
7. All den tid det er vårt inntrykk at flere av avtalene oppleves som pålagt kommunene med liten mulighet til å påvirke prosessene, begrenser dette mulighetsrommet noe. Likevel bør kommunen i den grad den har mulighet til det sørge for å fremme pasientmedvirkning i samarbeidsavtalene, gjennom å bringe videre pasientenes inntrykk av forløpet. Bruker/pårørende undersøkelser og kommunikasjon med eldrerådet og andre brukerorganisasjoner er viktig i så måte, så vel som at dette diskuteres de ulike utvalgene kommunen har som kommunikasjonsarena med sykehuset.
8. Fra kommunens side virker det som om det er en ulik tilnærming til behandling i det kommunale tjenestetilbudet, og Sykehuset innlandets behandlingsmetodikk. Hvor Våler har gått mot en mer helhetlig tilnærming overfor sammensatte diagnoser, oppfatter kommunen at spesialisthelsetjenesten har en tendens til å sende pasientene mellom spesialiserte enheter. Kommunen og Sykehuset innlandet bør fortsette dialogen for å sørge for at pasientene i så måte får et helhetlig forløp.

3 Bakgrunn for prosjektet

3.1 Bestilling

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

Det ble bestemt i et felles kontrollutvalgsmøte for alle kontrollutvalgene i Glåmdalen den 9. juni 2016, at det skulle bestilles et prosjekt om samhandlingsreformen. Alle kontrollutvalg skulle bestille et prosjekt med like problemstillinger. Etter ønske fra kontrollutvalgene skulle det rettes ekstra fokus mot brukerne og om disse har opplevd endringer som følge av reformen.

Kontrollutvalget i Våler vedtok i møte den 29. august 2016, oppstart av et forvaltningsrevisjonsprosjekt knyttet til samhandlingsreformen. Formålet med forvaltningsrevisjonsprosjektet skulle være å undersøke kommunens arbeid med å implementere samhandlingsreformen, herunder samarbeid med helseforetak og koordinering av tjenestene. Formålet belyses ved å besvare tre problemstillinger. Vedtaket lød som følger:

1. Kontrollutvalget viser til plan for forvaltningsrevisjon for Våler kommune for 2015-2016 og bestiller et forvaltningsrevisjonsprosjekt knyttet til samhandlingsreformen i tråd med prosjektplan utarbeidet 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. Avgrensningene i forhold til undersøkelsen går fram av prosjektplanens pkt. 4.
4. Hvis det i løpet av gjennomgangen avdekkes andre problemstillinger eller områder som bør undersøkes nærmere, tas dette opp med kontrollutvalget.
5. Prosjektet gjennomføres innenfor en ressursramme på 200 timer pr. kommune og kontrollutvalget ber om at endelig prosjektrapport ferdigstilles og legges fram for kontrollutvalget i møtet mai 2017. Det gis en statusrapport i møtet i mars 2017.
6. Kontrollutvalget gir sekretariatet fullmakt til å følge opp prosjektet på vegne av utvalget. Hvis det er vesentlige endringer i forhold til tidsplanen eller andre forhold, legger sekretariatsleder saken fram for kontrollutvalget.

3.2 Aktualitet: Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen er en av de største norske helsereformer i nyere tid. Reformen trådte i kraft fra 1. januar 2012, men er ennå ikke fullt ut implementert. Reformen ble innført som et svar på utfordringer innenfor norsk helse- og omsorgssektor. Det viktigste grunnlagsdokumentet for reformen er Stortingsmelding nr. 47 (2008–2009). Her går det fram at samhandlingsreformen skal søke å løse tre angitte hovedutfordringer:

- Pasientenes behov for mer koordinerte tjenester, både innad, 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 finansieringsendringer, som delbetaling for kostnadene ved sykehusopphold, og ansvaret 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. I og med at samhandlingsreformen trådte i kraft den 1.1.2012, kan man forvente at det er blitt tatt grep i kommunene for å møte reformes krav. Det er videre planlagt en opptrapping av reformen fra 1.1.2017, da også psykiatri vil bli innlemmet i arbeidet.

I tillegg er det levert flere evalueringsrapporter som tar for seg ulike deler av reformen. Blant annet kom forskningsrådet med en større evaluering, med sluttrapport i juni 2016. På tema «helhetlig pasientforløp» ble det blant annet gjort funn som tydet på at avtalene mellom sykehus og kommuner i liten grad har benyttet seg av det lokale tilpasningsrommet, og avtalene har ikke bidratt til vesentlige endringer i samarbeidet. Det er heller ikke gjort funn som tilsier at det er blitt et mer helhetlig pasientforløp. Det ser heller ut til at det motsatte er tilfelle, med 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 Glåmdalen.

3.3 Om helse- og omsorgstjenesten i Våler kommune

Våler kommune har 3 743 innbyggere (per 1. kvartal 2017), og folketallet har gått gradvis nedover de siste årene, særlig i gruppa med innbyggere under 67 år¹. I Våler kommunes tjenesteanalyse for helse, pleie- og omsorgstjenesten (fra oktober 2015), presenterer de noen folkehelseutfordringer som er spesielt fremtredende for kommunen:

- Kommunens folkehelseprofil viser at kommunene har store folkehelseutfordringer på en rekke områder, samt forhøyet forekomst av sykdommer som diabetes, hjerte og karsykdommer, KOLS- og muskel og skjelettplager.
- Våler har flere utviklingshemmede enn snitt for landet.
- Haslemoen Helsekontor yter helsetjenester til landets største transittmottak med inntil 800 plasser. Noe som vil si at Våler til enhver tid har 10-20 % flere brukere av helsetjenester enn befolkningen tilsier.

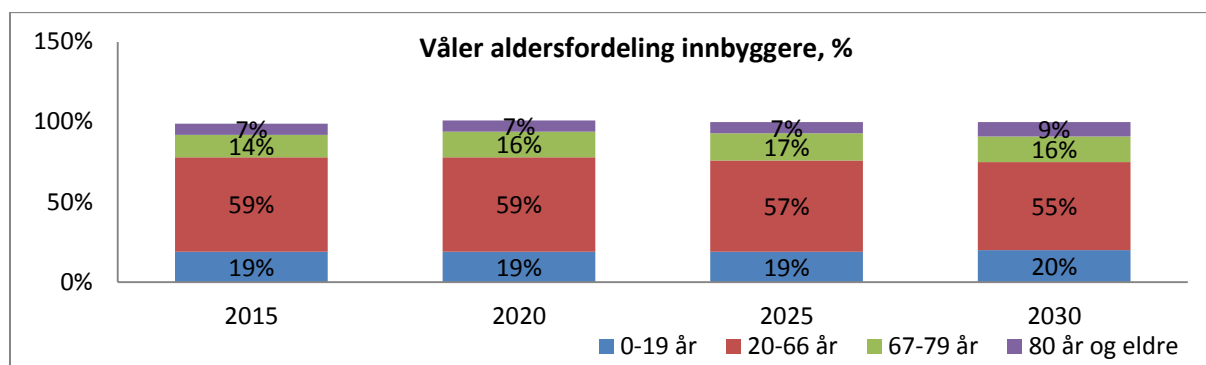
¹ SSB (2017) Folkemengde og befolkningsendringer, Tabell: 01222: Folkemengd og kvartalsvise endringer (K).

- Antall eldre over 80 år er statistisk nå på sitt laveste, og vil øke i årene fremover.

Våler kommune har gjennom handlingsplan for pleie- og omsorgssektoren 2008-2018 vedtatt at forebygging og tidlig innsats må prioriteres. I dokumentasjon over tiltak for folkehelsen i Våler kommune, er det også uttalt at fokus skal dreies mot hverdagsmestring, og at omsorgen i større grad skal være hjemmebasert framfor institusjonsbasert. Bruk av velferdsteknologi vil gjøre dette arbeidet smidigere.

I oversiktsdokumentet over folkehelsen i Våler kommune er det ført opp en oversikt over befolkningsutviklingen i Våler kommune. Frem til 2030 vil kommunen ha en økning i antallet eldre innbyggere og størst økning vil kommunen ha i aldersgruppen 60-85 år. En kommune med stor andel eldre vil ha større behov for helse- og omsorgstjenester enn kommuner med stor andel yngre innbyggere.

3.3.1 Alderssammensetningen i kommunen



I tjenesteanalysen presenterer kommunen figuren over, for å vise aldersfordelingen i Våler kommunes befolkning i 2015 og forventninger for fremtiden. Vi ser av figuren at utviklingen forventes å være ganske stabil. Våler kommune har i følge tjenesteanalysen en mye høyere andel av eldre enn både Hedmark og landsgjennomsnittet. Andelen eldre over 67 år utgjorde 21 prosent av befolkningen pr. 31.12.2014. Tilsvarende andel for fylket og landet var henholdsvis 17,4 prosent og 14,5 prosent. Figuren viser at andelen over 67 år vil øke i perioden, fra 21 prosent til 25 prosent i 2030. Andelen over 80 år vil øke fra 7 til 9 prosent i samme periode. En kommune med stor andel eldre vil ha større behov for helse- og omsorgstjenester enn kommuner med en stor andel yngre mennesker. Aldersgruppen 20-66 år går noe ned i perioden. Tjenesteanalysen informerer om at kommunen må bruke tiden fremover til å forebygge og tilrettelegge for en økning av de eldste eldre om 10-15 år.

3.3.2 Behov for tjenester i kommunen

Kommunen gir hjemmetjenester til mange i aldersgruppen 0-66 år (nesten dobbelt så mange som landsgjennomsnittet i 2015). På landsbasis er det 2 prosent av innbyggerne under 67 år som mottar hjemmetjenester. Kommunens folkehelseprofil viser at kommunen har store folkehelseutfordringer på en rekke områder, samt forhøyet forekomst av sykdommer som diabetes, hjerte og

karsykdommer, KOLS og muskel og skjelettplager. Våler har flere utviklingshemmede enn snitt for landet. Andelen eldre over 80 år er statistisk nå på sitt laveste, og vil øke i årene framover².

Netto driftsutgifter til kommunens innbyggere for gruppen over 67 år lå under landssnittet, andelen hjemmetjenestemottakere mellom 67-79 år er også under landssnittet. For de som er over 80 år ligger Våler kommune på landsgjennomsnittet. Andelen yngre med omfattende tjenestebehov er på den annen side høyt, og kommunen har svært høy ressursinnsats til brukere under 67 år i form av hjemmetjenester. Våler hadde en dekningsgrad i 2014 på 13,7 % av andelen innbyggere over 80 år, noe som ble ansett som en lav dekningsgrad sammenliknet med landet³. Antallet sykehjemsbeboere har gått noe opp og ned siden samhandlingsreformen ble innført, men har samlet sett vært relativt stabil⁴

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Antall sykehjemsbeboere	44	48	41	47	36	43

Tabell 1: Antall sykehjemsbeboere i Våler kommune.

4 Formål og problemstillinger

Når det gjelder formål og problemstillinger for prosjektet forholder vi oss til kontrollutvalgets bestilling. Prosjektets formål er således å undersøke hvordan samhandlingsreformen er implementert. Etter ønske fra kontrollutvalgene, vil det rettes ekstra fokus mot brukerne og om de har opplevd noen endringer som følge av reformen.

Prosjektet har følgende problemstillinger:

1. *Fungerer samarbeidet mellom kommunen og det enkelte helseforetak etter hensikten?*
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 imidlertid utenfor problemstillingene i dette prosjektet.

Det er levert flere evalueringsrapporter som tar for seg ulike deler av reformen. Blant annet publiserte Forskningsrådet sluttrapporten av en større evaluering i juni 2016⁵. Om temaet helhetlig

² Tjenesteanalyse for helse- og omsorgstjenesten i Våler kommune.

³ Tjenesteanalyse for helse- og omsorgstjenesten i Våler kommune.

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

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

pasientforløp ble det blant annet gjort funn som tydet på avtalene mellom sykehus og kommuner i liten grad har benyttet seg av det lokale tilpasningsrommet, og avtalene har ikke bidratt til vesentlige endringer i samarbeidet. Det er heller ikke gjort funn som tilsier at det er blitt et mer helhetlig pasientforløp, heller det motsatte, med mer oppstykkede opphold på forskjellige institusjoner. Noe økt fokus på pasientmedvirkning er det heller ikke funnet. Dermed er det interessant å undersøke om vi kommer fram til andre funn i Glåmdalen.

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

For problemstilling to, vil det gjøres avgrensninger i henhold til prosjektets overordnede tema, helhetlig pasientforløp, og vi vil ikke gjøre spesielle undersøkelser 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 revisjonen er dokumentstudier og intervjuer ansett som mest relevant, med noe statistisk analyse.

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

Hedmark Revisjon har gjennomført til sammen syv intervjuer i kommunen. Vi har intervjuet helsesjef, pleie- og omsorgssjef, avdelingsleder hjemmetjenesten, sykehjemslege, kvalitetsrådgiver, avdelingsleder for avdeling G, og leder i Våler kommunes eldreråd. Valg av respondenter til intervju er foretatt etter dialog i oppstartmøte med rådmann og virksomhetsleder for Våler kommunes omsorgstjeneste. 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, har disse blitt mest påvirket av reformen. Leder for Eldrerådet ble intervjuet for å gi sin oppfatning av reformen, da i hovedsak hvordan brukerne (i dette tilfellet de eldre) har blitt involvert i reformen, på person- og systemnivå.

Siden problemstillingen omhandler kommunikasjon opp mot det lokale helseforetaket, fant revisjonen det naturlig å avholde et intervju med en representant fra det lokale sykehuset. Våler

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

kommune sogner i hovedsak til Elverum sykehus⁷, så det var naturlig å ta et intervju med noen derfra. Vi intervjuet assisterende divisjonsdirektør Håvard Kydland. Informasjonen fra intervjuet vi hadde med sykehuset, er i hovedsak tatt med 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.

Metodene vi har benyttet, dokumentanalyse og intervjuer, er begge kvalitative metoder, som det heter i samfunnsvitenskapelig sjargong. I kvalitative metoder er det et fokus på å opparbeide seg mye data om et lite utvalg, mens det i kvantitative metoder, statistikk, et fokus på lite data, men et stort utvalg. Det er problemstillingene som avgjør hvilken metode man bør velge. I denne forvaltningsrevisjonen var det et ønske om å finne informasjon om en begrenset del av Våler kommunes virksomhet og det var da naturlig for revisor å benytte seg av hovedsakelig kvalitative metoder.

I tillegg til de kvalitative metodene, har revisjonen gjort noen statistiske analyser av andel av personell med fagutdanning, reinnleggelser og overliggerdøgn. Bruk av statistikk fra tilgjengelige kilder kan gi et inntrykk av hvordan situasjonen er i dag, og om den har forandret seg over tid. For å belyse problemstillingen har revisor valgt å bruke statistikk fra Helsedirektoratets tjeneste SAMDATA og kvalitetsindikatorer fra helsenorge.no⁸. SAMDATA kommune⁹ 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, og 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.

⁷ Samarbeidet er i hovedsak med Elverum sykehus og noe med Hamar. Elverum har bruddskader og Hamar har bløtdelskirurgi. Det er kun noen få postnummer i kommunen som tilhører Kongsvinger sykehus, så det er ikke ofte kommunen får pasienter fra Kongsvinger sykehus. Det er sjelden kommunen har noe med dette sykehuset å gjøre.

⁸ <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-pleie-og-omsorg/fagutdanning-i-pleie-og-omsorgstjenesten>

⁹ <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, utskrivning, 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 helseforetak¹⁰. 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 utskrivning av pasienter med behov for pleie- og omsorgstjenester. Dette førte til at kommunene ikke i tilstrekkelig grad hadde muligheten til å tilrettelegge for gode tjenestetilbud. De samme funnene ble også gjort i en annen undersøkelse som Telemarksforskning tok for seg. Denne kom frem til at 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 (2014) om hvordan samarbeidsavtalene etterleves¹¹. 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.

¹⁰ Telemarksforskning (2010) Samhandling mellom kommuner og helseforetak, Erfaring fra Midt-Telemark. Rapport nr. 266

¹¹ 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 Innlandet¹², 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 svarte 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

Utledning av revisjonskriterier finnes i sin helhet i vedlegg A. I rapportens hoveddel vil det kun bli presentert en punktvis oppsummering av revisjonskriteriene for problemstillingen.

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

¹² Folkehelseinstituttet (2016) Pasienterfaringer ved norske sykehus i 2015, PasOpp-rapport 2016: 169 – Sykehuset innlandet HF

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

7.3 Innhentet data

7.3.1 Samarbeidsavtale

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

Gjennom fylkesstyrene i KS i Hedmark og Oppland ble det, etter initiativ fra kommunene, vedtatt å opprette en felles forhandlingsgruppe. Gruppen skulle utarbeide forslag til felles avtaletekst mellom hver kommune og SI¹³. Brukerutvalget til SI skulle ivareta brukerrepresentasjonen under forhandlingene og møtte i forhandlingsmøtene.

Resultatet av forhandlingene ble en avtale som i stor grad bygget på allerede eksisterende avtaler og veilederen for 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:

- Innspillgrupper bestående av fagpersoner fra hver av partene.

¹³ Gruppen hadde følgende medlemmer: Rådmann Tor Arne Gangsø, Vågå kommune (leder), prosjektleder Harald Sveum, Lillehammer kommune, kommunalsjef Lars Erik Hermansen, Ringsaker kommune og prosjektleder Roy Heine Olsen, Elverum kommune. I tillegg hadde Mary-Ann Bakos, Tynset, medlem fra administrativt samarbeidsutvalg deltatt. KS Hedmark og Oppland var sekretariat og det ble hentet inn juridisk bistand under arbeidet.

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

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

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

Den nåværende avtalen trådte i kraft 1.3.2015 og er satt til å vare frem til 1.3.2019. Den opprinnelige forhandlingsgruppen var byttet ut¹⁴ og det ble i forkant av evalueringsarbeidet gjennomført en prosess der alle kommuner ble invitert til å delta. KS ledet evalueringsprosessen som ble gjennomført på følgende måte:

1. Informasjon om evalueringsprosessen ble sendt ut i juni 2014.
2. Questback ble sendt ut i slutten av august.
3. Workshop der representanter fra fagmiljøene både fra kommunesektoren og SI deltok, ble arrangert 22. oktober 2014.
4. Behandling i RU¹⁵ 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, mens SI hadde en svarprosent på 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.¹⁶

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

- Avtalen består nå av ett dokument der tjenesteavtaler og samhandlingsrutiner er inkludert. Det medfører behov for én underskrift fra kommunen og én fra SI per avtale.
- Samfunnspanelet er tatt ut av samhandlingsstrukturen. Dette forumet ble i utgangspunktet opprettet i forbindelse med SI sitt omstrukturingsarbeid, og tidligere direktør ønsket et forum med ordførere fra vertskommunene. Dette er nå ivaretatt av andre møteplasser.
- Kvalitetsutvalget er lagt inn som en del av de geografiske utvalg sine oppgaver.
- Forslag til nye rutiner og endring av eksisterende rutiner foreslås behandlet i OSU¹⁷, 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»

¹⁴ 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.

¹⁵ RU = Rådmannsutvalgene

¹⁶ 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.

¹⁷ OSU= Overordnet samarbeidsutvalg

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

7.3.2 Nåværende avtale

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

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

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

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

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

7.3.3 Informasjon fra Våler kommune

Kommunikasjon mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten foregår via e-meldinger, verktøy for kommunikasjon har blitt bedre. Inntrykket fra kommunen er at samarbeidet med sykehuset fungerer godt, og at ansvarsfordelingen er klar, og er regulert i de samarbeidsavtalene som er inngått. Kommunen mener de har gode og gjennomarbeidede avtaler på somatikk, men har noe lenger vei å gå når det kommer til psykiatri.

Det er likevel noen friksjonsmomenter i kommunikasjonen, og det hender at hjemmesykepleien, som er felles adressat for e-meldinger, og har ansvaret for å videreformidle informasjon til relevant avdeling i kommunen, ikke får beskjed i tide om utskrivningsklare pasienter. Det ble også signalisert i intervjuer at inntaksansvarlig savnet noen ved sykehuset å kommunisere med, på en mer utfyllende måte. I tillegg så de en tendens til at sykehuset lovet pasientene plass/tjenester uten at dette ble avtalt med kommunen, og at dette kunne vært forhindret ved at kommunen oppsøkte pasientene på sykehuset for å planlegge overføring til kommunen, og avklare tjenestetilbudet på et tidligere tidspunkt.

Etter utskrivning av pasientene lukkes pasientjournalen, og blir utilgjengelig. Det er ikke samsvar mellom journalsystemene i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Nødvendig informasjon kommer på e-meldinger, og resten på papir. Kommunen oppretter ny pasientjournal på bakgrunn av denne informasjonen.

Kommunen opplever at det er problematisk å legge til rette for pasienter på fredager, da det ikke er apoteker i nærheten som er åpne i helgene. Kommunen er da avhengig av at sykehuset sender med medisiner.

Kommunen opplever ofte kommunikasjonssvikt i forbindelse med pasienter på kirurgisk poliklinikk. Informasjonen herfra sendes muntlig via de pårørende. Kommunen har ikke mottatt et skriftlig notat, eller fått e-meldinger fra kirurgisk poliklinikk. Administrasjonen kommuniserte at det var et forbedringspotensial også her.

Avvik meldes inn til sykehuset ved avvik i samarbeid innen psykiatri, legetjeneste og helsestasjon/skolehelsetjeneste. Flere avvik ble meldt til sykehuset via telefon, i stedet for å gjøre det skriftlig. Det blir ikke gitt opplæring om avvik i hele tjenesteområdet, og det mistenkes at avvik underrapporteres i kommunen. Dette gjelder også forhold som angår kommunikasjonen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. Typiske avvik er manglende meldinger ved utskrivning, og mangler ved epikriser og medisinalistene, eller feil i fagalarmer over nødnettet. Videre har det vært lite hospitering ved sykehuset for ansatte i Våler.

Prinsippet om «Laveste Effektive Omsorgsnivå» (LEON) gjelder med hensyn til tjenestene som den enkelte skal få. Det vil si at en gjør alt som kan gjøres på laveste omsorgsnivå før en iverksetter tiltak på et høyere nivå, men det er store forskjeller med hensyn til behov fra pasient til pasient. Kommunen sitter igjen med inntrykket av at sykehuset i stor grad definerer omsorgsnivået. Kommunen har likevel inntrykk av at de i større grad enn før kommer med i dialogen om plassering på omsorgsnivået. Det ble kommunisert at inntaksansvarlig kunne ane allerede ved sykehusinnleggelse hva slags behov pasienten trengte, men at sykehuset i stor grad forfordeler og bestemmer omsorgsnivå for kommunen. Det forekommer at pasientene strengt tatt er for syke til å være i den kommunale pleie og omsorgstjenesten, men det er ikke så ofte. Da kan det også være aktuelt å bruke «Interkommunale Akutte Døgnplasser» (IKAD) på Elverum, eller at pasientene legges inn på sykehuset på nytt. Kommunen har midlertid lite liggedøgn på sykehuset, da sykehjemmet holder 4 ledige sykehjemsplasser som buffer. Det ble stilt spørsmål om IKAD-plasser var noe kommunen egentlig hadde behov for, og om kommunen heller burde bruke penger på korttidsplasser eller annen tilrettelegging i kommunen.

Respondenter i kommunen var av den formening at Sykehuset Innlandet (SI) mangler en geriatrisk avdeling¹⁸, og at man i kommunen hadde inntrykk av at pasienter med sammensatte diagnoser ble sendt mellom ulike spesialister for utredning. Respondentene mener derfor det er grunn til å tro at pasientene ikke opplever et helhetlig tilbud.

Respondentene opplever at de er prisgitt SI, men det er en skjev maktfordeling mellom de to forvaltningsnivåene. Kommunen opplever at avtalene knyttet til samhandlingsreformen blir pålagt dem uten at de kan gjøre noe med det. Dette er noe av grunnen til at en representant fra administrasjonen mente det var et demokratisk underskudd i disse prosessene. KS var kommunens representant ved forhandlingen av samarbeidsavtalene, og disse ble presentert kommunen etter de ble fullført. Kommuneadministrasjonen hadde ikke stor innvirkningskraft på disse avtalene. Dialogen blir enklere med årene, men sykehjemmet hadde mer medbestemmelse før reformen. Sykehjemmet har ingen sanksjonsmuligheter dersom pasienten ikke kommer som avtalt, ei heller ved manglende informasjon. Kommunen blir derimot straffet med døgnbøter på 4650 kroner ved overliggere på SI.

7.3.4 Brukermedvirkning

Våler kommune har gjennomført brukerundersøkelse for de pårørende ved Våler omsorgssenter og hjemmetjenesten. I undersøkelsen ble de pårørende møtt med spørsmål under kategoriene «resultat for beboeren», hvor beboerens tilbud vedrørende oppholdet vurderes. «Trivsel» dekker tema som trygghet, trivsel med de ansatte og andre beboere. «Brukermedvirkning» handler om hvorvidt beboere og pårørende får påvirke tjenestetilbudet. «Respektfull behandling» fra personalet, slik den oppfattes av pårørende. «Tilgjengelighet» dreier seg om kapasitet, samt kontakt og tillit mellom pasient og pleiepersonell. «Informasjon» dreier om beboerens tilgang på informasjon om tilbudet. En helhetsvurdering kom også som egen kategori. Som vi ser ligger Vålers resultater gjennomgående høyere enn landsgjennomsnittet for institusjonstjenesten. For hjemmetjenesten er resultatet også for det meste over landsgjennomsnittet, bortsett fra brukermedvirkning, tilgjengelighet og informasjon.

	Snitt PLO Institusjon Våler	Snitt institusjon Norge	Snitt hjemme- tjenesten Våler	Snitt hjemme- tjenesten Norge
Resultat for beboeren/ brukeren	5,0	4,3	5,4	5,1
Trivsel	5,4	4,8		
Brukermedvirkning	4,7	4,2	4,3	4,4
Respektfull behandling	5,4	5,1	4,8	4,7
Tilgjengelighet	5,0	4,6	4,8	4,9
Informasjon	5,1	4,3	4,7	4,9
Helhetsvurdering	5,8	5,0	5,6	5,2
Snitt totalt	5,2	4,6	4,9	4,9

Figur 2: Resultater fra undersøkelser rettet mot pårørende: Institusjon og i hjemmetjenesten.

¹⁸ **Geriatr**, av gresk *geras* (alderdom) og *iatreia* (helbredelse), er en medisinsk spesialitet som er konsentrert om sykdommer hos eldre, vanligvis avgrenset nedover til 65-70 års alder. Geriatrien er opptatt av fysiske, psykiske, funksjonelle og sosiale tilstander som inntreffer ved akutt sykdom, kronisk sykdom, rehabilitering, forebygging, sosiale situasjoner og ved livets avslutning hos denne pasientgruppen.

Kommunikasjon mellom pasient og tjeneste

Hva angår involvering av pasienter, skrives også pasientens ønsker inn i journalen. Det gjøres også forsøk på å gjøre betegnelsen på legemidler mer forståelig i betegnelsen på legemiddellkortene, slik at pasientene får bedre informasjon om legemidlene. Pasientene får også forklart konsekvensene av medisinene, all den tid man ikke kan tvinge pasientene til å ta medisin.

Eldreråd

For revisjonsprosjektet gjennomførte vi også et intervju med leder for eldrerådet i Våler kommune. Vi ble gjort oppmerksomme på at eldrerådet mener de er lite involvert i det som skjer i forbindelse med samhandlingsreformen. Eldrerådet ble involvert ved inngåelse av avtalene, men de er mindre involvert nå. De syntes at avtaletekstene var veldig juridiske, og at det var vanskelig å forstå konsekvensene av dette.

Leder for eldrerådet informerte oss også om at de hører lite om at pasientene har problemer. Pasientene virker stort sett fornøyde, og under et møte med pleie og omsorgssjef var brukerne lite kritiske til ledelsen i kommunen. Det er ikke registrert noen klager fra de eldre, og pårørende har heller ikke noe spesielt å bemerke. Eldrerådet hadde heller ikke noe inntrykk av endringene i tilbudet, og de synes at kommunen har gode helsetjenester og har hatt et godt samarbeid med Elverum sykehus.

7.3.5 Samarbeidsfora

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

Geografisk samarbeidsutvalg (GSU) består av representanter for lokalsykehuset og kommunene som geografisk tilhører det sykehuset. Det vil si at kommunene Nord-Odal, Sør-Odal, Grue, Eidskog og Kongsvinger tilhører GSU med Sykehuset Kongsvinger, mens Våler og Åsnes er i GSU med Sykehuset Elverum-Hamar. GSU har ansvar for å ha gode rutiner for samarbeid og informasjonsutveksling mellom SI og de tilhørende kommunene. Utvalget skal benyttes for å sette dagsorden når det kommer til kvalitetskrav i samhandlingen på systemnivå. Målsettingen er å heve kvaliteten og å forebygge systemsvikt. Eventuelle avvik fra samarbeidsavtalene skal behandles her. I GSU møter kommunalsjefer for kommunene, en representant for brukerutvalget, en representant for fastlegene og representanter for sykehuset Kongsvinger og SI. GSU for Sykehuset Elverum-Hamar har møter to ganger i halvåret. Det er et stort og velfungerende forum der folk møter opp. De diskuterer blant annet avvikssaker. En ting de ofte tar opp er at de har et tungvint meldingssystem som ikke snakker sammen.

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

7.3.6 Informasjon fra Sykehuset Innlandet Elverum

Samarbeid med kommunene

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

Utskrivningsklare pasienter

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

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

Samarbeid om tyngre brukere

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

Pasienter som legges inn på sykehus

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

Sykepleierne har samtidig med økt kompetanse også blitt flinkere til å se problemer, så de legger inn på sykehus oftere. Kommunen legger inn pasienter fordi de er utrygge. Sykehjemspasienter i dag er

virkelig syke, så sykehuset mener at kommunen bør ha en plan om hvilken behandling de skal ha, eventuelt palliativ behandling. Sykehuset håper på en kulturendring, og utfordrer kommunene på dette.

Geografisk samarbeidsutvalg (GSU)

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

Klinisk samarbeidsutvalg (KSU)

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

Koordinering med fastleger

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

Hospitering

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

7.4 Revisors vurdering

Som vi ser av samarbeidsavtalen, inneholder den **de 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 utskrivning fra institusjon.**

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

Tjenesteavtale nr. 5 angir **samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid.**

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.**

For revisjonskriteriet om kommunen i fellesskap med sykehuset har **klargjort ansvars- og oppgavefordelingen på administrativt og tjenesteytende nivå ved utforming og iverksetting av samhandlingstiltak**, fikk vi under intervjuene inntrykk av at dette i hovedsak fungerer bra. Likevel har kommunikasjonen forbedringspotensial på følgende punkter:

- Hjemmesykepleien mener sykehuset ikke kommuniserer utskrivningsklare pasienter i tide.
- Inntaksansvarlig savnet noen på sykehuset å snakke med på en mer utfyllende måte.
- Det var også en tendens til at sykehuset lovet pasientene plass uten at dette ble avtalt med kommunen. Dette kunne vært forhindret ved at kommunen oppsøkte pasientene på sykehuset for å planlegge innleggelsen, og avklare tjenestetilbudet på et senere tidspunkt.

Samarbeidsavtalen skisserer bruk av gjensidig **hospitering**, men dette benyttes i svært liten grad. Hospiteringsordningen ved akuttambulant team ved DPS Elverum-Hamar er imidlertid noe mer benyttet. Sykehuset vet ikke hvor bra eller dårlig behandlingen i kommunene er, så dette kunne vært tema for en revisjon. Når det kommer til sykehusets oppfatning om at kommunene legger inn pasienter for raskt, bør kommunen vurdere hvor langt de skal behandle og når man skal slutte å gi behandling. Dette handler både om ressursutnyttelse og respekt for pasient/pårørende. Kanskje det viktigste ikke er å bli frisk, men å få en verdig avslutning på livet.

Hvorvidt kommunen **sikrer behandling på lavest effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet)**: Sykehuset Innlandet Elverum, synes at kommunen noen ganger sender pasienter til sykehus som de godt kan behandle i kommunen, spesielt når det kommer til kvelder og helger. Det oppfattes av sykehuset at dette kommer av at de som har vakter i kommunen da, ikke er like faglig sterke som de som jobber hverdager. Kommunen mener på sin side at sykehuset forfordeler kommunale tjenester til pasienter. Det er revisors vurdering at det ikke er likeverdighet mellom avtalepartene. Videre forekommer det utskrivninger hvor pasientene er for syke for kommunale tjenester. Dette skjer riktignok ikke ofte.

På spørsmålet om 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**, er det revisors vurdering at det i det store og hele virker som om det er

god kvalitet og at pasientsikkerheten ivaretas. Eldrerådet har heller ikke merket seg misnøye blant geriatripasienter.

Kommuneadministrasjonen mener at de ikke kan gjøre noe med avtalene knyttet til samhandlingsreformen, og at det er et demokratisk underskudd i disse prosessene. På bakgrunn av dette er det revisors vurdering at det ikke ser ut som om avtalene har bidratt til å **sikre likeverdighet mellom avtalepartene**. På spørsmålet om avtalen fører til **utvikling av en god samhandlingskultur** er det fortsatt forbedringspotensial med tanke på vurderinger av utskrivningsklare pasienter mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Enkelte ganger skrives det ut pasienter som i følge kommunen er for syke. Det blir ikke gitt opplæring om avvik i hele tjenesteområdet. Vi har også blitt gjort oppmerksomme på at kommunen mener den helheten som trengs i for eksempel geriatri, hvor pasientene ofte har sammensatte diagnoser, forsvinner i spesialiseringstankegangen til sykehusene. Det er revisors vurdering at kommunen og sykehuset innlandet må fortsette sin kommunikasjon for å klargjøre disse elementene.

Kommunen skal bidra til å **videreutvikle bruker- og pasientmedvirkning slik at deres erfaringer med hvordan samhandlingen fungerer, tas i bruk på en systematisk måte**. Hva angår det formelle i planverket til samhandlingsreformen, er det revisors vurdering at det innledningsvis ble tatt høyde for blant annet eldrerådets innspill, men at brukerne etterhvert har fått mindre påvirkning på akkurat dette. Kommunen jobber imidlertid systematisk for at pasientene skal forstå sin egen situasjon, og det gjøres en god jobb med å oversette det som for mange oppfattes som et utilgjengelig planverk, til et pasientforløp hvor brukerne blir informert på en god måte. I følge brukerundersøkelsene ser vi imidlertid at for institusjonsplasser scorer Våler kommune over landsgjennomsnittet. For hjemmetjenesten kommer imidlertid Våler kommune dårligere ut enn landssnittet.

Som svar på om erfaring fra pasienter og brukere skal ha blitt hørt i forbindelse med utarbeidelsen av avtalene, er det revisors vurdering at de involverte ble hørt ved utarbeidelsen av avtalene. I følge eldrerådet er imidlertid språket i avtalene som de nå ser ut er noe utilgjengelig for de involverte.

7.5 Oppsummering

For problemstillingen som handler om hvorvidt samarbeidet mellom kommunen og det enkelte helseforetaket fungerer etter hensikten, oppsummerer revisjonen som følger:

- Kommunen bør komme tidligere inn i pasientforløpene ved å begynne kartlegging og forberedelser når pasienten er innlagt på sykehus.
- Kommunen bør etterspørre mer likeverdighet i samarbeidsmøter med sykehuset og eventuelt ved revidering av samarbeidsavtalen. Revisjonen erkjenner at dette ikke er noe kommunen kan løse alene.
- Kommunen bør jobbe videre med å få til god samhandling mellom sykehus og kommune som følger rutineene for samhandling. Dette for å sikre behandling på lavest mulig omsorgsnivå (LEON-prinsippet).
- Kommunen bør vurdere å benytte seg mer av muligheten for hospitering. Kommunen bør sørge for at de ansatte får tilstrekkelig opplæring om avvik, da dette er viktig i kommunikasjonsøymed.

- Samarbeidsavtalene ble av eldrerådet tolket som utilgjengelige, men institusjonstjenestene i Våler kommune scorer likevel over snittet i Norge på brukermedvirkning. På hjemmetjenester scorer Våler noe under landssnittet.

8 Problemstilling 2 - Kommunens arbeid for å sikre helsetjenester i tråd med samhandlingsreformen

Problemstilling 2:

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

8.1 Bakgrunnsinformasjon

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

Dette har medført at kommunene har måttet ta grep for å bygge opp kompetanse og systemer for å ta imot pasienter tidligere.

I stortingsmeldingen¹⁹ 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

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

- **Kommunen skal tilpasse virksomheten slik at tjenestens innhold og omfang er i stand til å følge opp de krav som stilles i loven herunder:**
 - **Kommunen skal kunne tilby heldøgns medisinsk nødhjelp**

¹⁹ St. melding nr. 47 (2008-2009)

- Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp.
 - Kommunens skal ha kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten
- Kommunen skal ha opprettet systemer som sikrer samhandling og at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov.
- Pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerende tjenester skal ha tilbud om individuell plan
- Kommunen skal tilby en koordinator for pasienter med langvarige og koordinerende tjenester.
- Kommunen skal ha en koordinerende enhet. Enheten bør ha 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 Interkommunale akutte døgnplasser (IKAD)

Samhandlingsreformen innebærer blant annet at kommunene etter helse- og omsorgslovens § 3-5 er pliktig til å tilby døgnopphold med øyeblikkelig hjelp. Dette går også inn under de første revisjonskriteriene, **kommunen skal kunne tilby heldøgns medisinsk nødhjelp** og **kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp**.

Tilbudet skal være et alternativ til innleggelse på sykehus, det vil si et allmenntilleggs tilbud som skal gis til de som har behov for observasjon, behandling og tilsyn. Aktuelle pasientgrupper er blant annet pasienter med akutt forverrelse av kroniske tilstander. Det er legevaktslege, fastlege eller sykehjemslege som foretar den konkrete vurderingen av om kommunen har et relevant tilbud og forutsetninger for å yte hjelpen, eller om pasienten må henvises videre. Det er klare kriterier for hvilke pasienter som skal sendes til denne tjenesten og pasienten skal være der i maksimalt 72 timer.

Kommunen har IKAD-plasser sammen med Åsnes og Elverum. Disse er per i dag lokalisert ved Moen sykehjem i Elverum. Elverum kommune er delegert myndighet til å løse de oppgavene som deltakerkommunene har etter helse og omsorgstjenesteloven § 3-5 tredje del, om døgnopphold for helse og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Dette tilbudet skal etter hvert flyttes til det nye helsehuset i Elverum.

Legevakten i Våler kommune er også et interkommunalt samarbeid med Åsnes og Elverum og er tilknyttet sykehuset i Elverum. Kommunens fastleger er med i legevaktordningen på samme måte som fastlegene i de øvrige samarbeidskommunene.

8.3.2 Endringer i kommunen

I intervjuene vi gjennomførte, virket det som om kommunen i det hele tatt har kapasitet til å **ta imot utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten**. Selv om statistikken viser at det har forekommet noen reinnleggelser²⁰ (9 i 2014, og 14 i 2016) har det i det store og hele vært et lavt antall i forhold til de andre Glåmdalskommunene. Det har også vært lite overliggerdøgn²¹. Fra intervjudataene i forrige delkapittel, kom det også frem at kommunen opplever at sykehuset ved utskrivning, i kommunikasjon med pasient og pårørende, har skapt forventninger om et bestemt kommunalt tilbud i etterkant av sykehusopphold uten tilstrekkelig kommunikasjon med kommunen om dette. Statistikk på dette området presenteres i neste delkapittel.

Pasientforløp i Våler er nedfelt i planverk og de ulike prosedyrer i kommunen. Relevant planverk er helse- og sosialplan, demensplan og plan for habilitering/ rehabilitering. Kommunen mottar e-meldinger når en pasient legges inn på sykehuset, og når denne er utskrivningsklar. Det er ansvarlig sykepleier på vakt i hjemmesykepleien som har ansvaret for å følge med på e-meldingssystemet. Alle avdelingene har tilgang til systemet og kan plukke opp de meldingene som gjelder dem selv. Kommunen har hatt en diskusjon internt, og har hatt en dialog med VISMA, for å finne ut hva som kan gjøres for å begrense informasjonstilgangen. Kommunen har skriftlige prosedyrebeskrivelser for hver enkelt pasient som legges inn i pasientsystemet Profil ved ankomst. Det er vår vurdering at **kommunen har opprettet systemer som sikrer samhandling**.

Kommunens inntaksteam for pleie og omsorgstjenester (hjemmesykepleie, omsorgsboliger og sykehjem) har påvirkning med hensyn til det tilbudet som skal gis. Inntaksteamet møtes hver onsdag og består av avdelingsleder hjemmetjenesten, PLO leder, de tre avdelingslederne ved sykehjemmet, fysioterapeut, ergoterapeut og sykehjemslegen. Den tredje onsdagen i hver måned deltar også leder for dagavdelingen og resterende leger. I disse møtene gjøres det blant annet vurderinger med hensyn til brukere med kognitiv svikt. Koordineringen av tjenestene er et tverrfaglig samarbeid på tvers av avdelinger og stillinger.

²⁰ Pasienter som er skrevet ut fra sykehuset, men som kommunen legger inn igjen.

²¹ Døgn hvor pasienter ligger på sykehus etter de er klassifisert som «utskrivningsklare» av spesialisthelsetjenesten.

Prosedyrebeskrivelsen ved innkomst av nye pasienter følger pasient fra ankomst. Her leses epikriser fra sykehus, med medisinaliste, pasienten observeres, og det forfattes en innkomstrapport. Medisiner legges inn på lplos. Det utformes en tiltaksplan, og det skal merkes av i dagboken til de ansatte at pårørende innkalles til møte med lege/ avdelingsleder, dette skal dokumenteres. Pasienten skal også opp på 1. legevisitt hvor innkomstprøvene vurderes.

Hjemmebesøk fra hjemmetjenesten er viktige for brukerinvolvering. Her avtaler de med brukeren hva slags tjenester den enkelte tilbys. Det utarbeides tiltaksplaner for alle brukere. Pleierne kvitterer når tjenesten er utført i henhold til tiltaksplan, dette arbeidet dokumenteres i Profil. I takt med samhandlingsreformens implementering, har hjemmetjenesten andre og flere arbeidsoppgaver enn før. For den enkelte arbeidstaker er dette arbeidet mer sammensatt. Vi mener at de tiltak kommunen gjør på området bidrar til at kommunen sørger for at **tilbudet er tilpasset den enkeltes behov**.

Individuell plan benyttes for brukere med langvarige og sammensatte behov. Koordinerende enhet ledes av en IP-koordinator, som er ergoterapeut. Enheten består av Pleie og omsorgssjef, Helsesjef, leder NAV, leder skole/barnehage og leder psykisk utviklingshemmede. Koordinerende enhet skal utrede behov for koordinator for brukere med sammensatte behov, og oppnevne koordinatorene for individuelle planer. Enheten skal gi opplæring, informasjon og veiledning til koordinatorene²². Det finnes egne rutiner for IP og en prøver også å dokumentere de som ikke ønsker slik plan.

Det er utarbeidet **samarbeidsrutiner mellom de ulike enhetene i kommunen, og fastlegene**. For Vålers vedkommende er dette en avtale mellom legene ved Våler legesenter og Våler kommune for perioden 1.1.2016 og 31.12.2017. Denne beskriver legenes arbeidsoppgaver, og finansiering av samarbeidet. Kommunen har ellers en rutine med felles samarbeidsmøter mellom legene og tjenestene hver morgen, den første uken i hver måned. Da prioriteres ett område for hver dag, fra mandag til fredag: Fysioterapi, Psykisk helse og rustjeneste, Nav, TIFU og Hjemmetjenesten.

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. Dette kravet har blitt møtt med kompetanseheving fra Våler kommunes side, noe som gjenspeiles i statistikken. Kvalitetsindikatoren «andel avtalte årsverk av personell med fagutdanning», kan gi indikasjoner på om det har foregått en utvikling mot økt kompetanse i kommunen. I tabellen under ser vi utviklingen av kommunens årsverk som har fagutdanning, med oversikt over andelen med fagutdanning fra høyskole og videregående. Vi ser at det generelt har forekommet en svak økning i andelen med fagutdanning totalt, økning av andelen med høyskoleutdanning har vært noe sterkere enn tilsvarende økning for de med videregående opplæring. Dette kan indikere at kvaliteten har økt noe i kommunen.

²² Våler kommune: Samordning av tiltak og tilbud til barn, ungdom og deres familier i Våler. Notat til styringsgruppen februar 2017.

2017

	2010	2011	2012	2013	2014 ²³
Andel med fagutdanning totalt	75	81	81	80	82
Andel med fagutdanning høyskole	28	34	31	31	35
Andel med fagutdanning videregående skole	47	47	50	49	47

Tabell 2: Andel avtalte årsverk, i prosent²⁴

I intervjudataene kom det også fram at kommunen prioriterer kompetanseheving. Kommunen har en egen plan for dette, og det er ønskelig å ansette flere sykepleiere i kommunen. Det er gjennomført både kortere og mer omfattende videreutdanningsløp. Kommunen deltar i et rehabiliteringsnettverk. Det er p.t. (3.5.2017) 2 sykepleiere som tar videreutdanning ved verdighetssenteret i Bergen: «omsorg ved livets slutt». Det har ellers vært fokus på diabetes og ernæring. Kommunen har også fått tilbud om å delta i et prosjekt vedrørende bedre pasientforløp, men takket nei siden de ikke har ressurser til å delta. Enkelte av de ansatte mente imidlertid at det var enklere å få til god kommunikasjon rundt pasientforløpene i en liten kommune som Våler.

Reinnleggelser

Andelen pasienter som opplever en reinnleggelse på sykehus innen 30 dager etter utskrivning, kan gi en indikasjon på om de muligens var skrevet ut for tidlig, eller at kommunen ikke var dyktige nok i sitt stell. Tallene som presenteres er fra 2012 til 2016, da Våler ikke har tall lenger tilbake. Det har ikke forekommet reinnleggelser i Våler, bortsett fra i 2014 og 2016. I 2014 var antallet reinnleggelser fremdeles under landsgjennomsnittet, men i 2016 så Våler kommune en økning fra året før, hvor kommunen for første gang hadde en reinnleggesprosent over landsgjennomsnittet. Dette kan tyde på at det eksisterer uenighet i vurderingene om pasientenes tjenestebehov, noe som støttes av intervjudataene. Det er likevel verdt å påpeke at de absolutte antallene reinnleggelser ikke er store.

	2012	2013	2014	2015	2016
Reinnleggelser i prosent²⁵	0	0	14	0	23
Reinnleggelser i prosent av landsgjennomsnitt²⁶	0	0	71	0	113
Reinnleggelser, absolutte tall	0	0	9	0	14

Tabell 3: Reinnleggelser på sykehus.

Utskrivningsklare pasienter

Utskrivningsklare pasienter med overliggerdøgn²⁷ kan gi en indikasjon på hvordan kommunen har organisert sine tjenester til å være rustet for raskere mottak av pasienter fra sykehuset. Vi ser at

²³ Fra og med 2015 bygger sysselsettingen på nye datakilder (a-ordningen). Årgangene fra og med 2015 blir ikke sammenliknbare med tidligere årganger. <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/regsyst/aar/2016-05-27>

²⁴ helsenorge.no

²⁵ SAMDATA kommune.

²⁶ SAMDATA kommune.

²⁷

antallet overliggerdøgn var størst i årene etter implementeringen av samhandlingsreformen, og at disse minket frem mot 2015. Som for reinnleggelser, økte overliggerdøgnene noe i 2016. Etter noe tid, ser det ut som om Våler kommune har hatt en positiv utvikling med tanke på at overliggerdøgnene er redusert. Det ser ut som om Våler kommune har de tilbudene de trenger i kommunen for å ta vare på pasienter som kommer fra sykehus, og at **kommunen har kapasitet til å ta i mot utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten.**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Utskrivningsklare pasienter – per 1000 innbyggere ²⁸	0	3	2	3	0	2
Utskrivningsklare pasienter – Absolutte tall	0	13	8	11	0	6

Tabell 4: Utskrivningsklare pasienter.

8.4 Revisors vurdering

Som vist i del 8.3.2, inngår legevakslege, fastlege eller sykehjemslege i kommunens heldøgns medisinske nødhjelp. Kommunen inngår i et samarbeid med Åsnes kommune om IKAD-plasser ved Moen Sykehjem i Elverum som tilbyr døgnopphold for pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp. Det er revisors vurdering at disse punktene under revisjonskriteriet som lyder «**Kommunen skal tilpasse virksomheten slik at tjenestens innhold og omfang er i stand til å følge opp de krav som stilles i loven**» følges på en tilstrekkelig måte. Hva angår siste punkt, om kommunen har kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten, er det statistisk sett et lavt antall av både reinnleggelser og overliggerdøgn. Likevel ser det ut til at spesialisthelsetjenesten ved utskrivning, i kommunikasjon med pasient og pårørende, skaper forventninger om det kommunale tilbudet, uten tilstrekkelig kommunikasjon med kommunen om dette. Det er revisors vurdering at kommunen gjør en god jobb på dette punktet, men at det er forbedringspotensial under klarering av utskrivningsklare pasienter.

Under neste revisjonskriterie skal revisjonen svare på om **kommunen har opprettet systemer som sikrer samhandling og at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov.** Det er revisors vurdering at kommunen har slike systemer. Kommunen legger opp til en møtevirksomhet hvor koordinering av tjenestene er et tverrfaglig samarbeid på tvers av avdelinger og faggrupperinger. Det utformes tiltaksplan, hvor tjenesten i samråd med pasienten individuelt tilpasses. Arbeidet i hjemmetjenesten tilpasses også på denne måten. Dialogen med programvaretilbyderen Visma bør føre til en mer direkte informasjonsflyt i pasientsystemet Profil. Det er revisors vurdering at dette kriteriet oppfylles.

Videre har revisjonen utformet kriteriet om at **pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerende tjenester skal ha tilbud om individuell plan.** Individuell plan utformes av koordinerende enhet i kommunen, og det er revisors vurdering at dette kriteriet overholdes.

²⁸ Antall utskrivningsklare pasienter med én eller flere liggedager som utskrivningsklar, per 1000 innbyggere.

Når det kommer til kriteriet som skal undersøke om **kommunen tilbyr en koordinator for pasienter med langvarige og koordinerende tjenester**, er det revisors vurdering at dette revisjonskriteriet overholdes. Koordinerende enhet er en tverrfaglig gruppe med ledere fra ulike tjenesteområder, under ledelse av en ergoterapeut, som oppnevner koordinator for individuelle planer.

Koordinerende enhet er nevnt over, som en tverrfaglig gruppe. Denne har det overordnede ansvaret for individuell plan og koordinator. Enheten legger til rette for brukermedvirkning gjennom sin utredning av behov for koordinator, og gir også opplæring til disse. Ved at enheten består av ansatte på ulike nivåer i organisasjonen, deriblant pleie og omsorgssjef og helsesjef, sørger enheten for samarbeid på tvers av fagområder, nivåer og sektorer. Det er revisors vurdering at dette kriteriet overholdes.

Hva angår kriteriet for å **undersøke om kommunen har rutiner for å systematisere arbeidet mellom fastlegene, de kommunale tjenester og SI**, formaliseres samarbeidet mellom fastleger og de kommunale tjenestene i en skriftlig rutine, og månedlige møterutiner sørger for at kommunikasjonen holdes ved like. Når det gjelder kommunens samarbeid med Sykehuset Innlandet, er dette behandlet i forrige delkapittel. Det er revisors vurdering at dette kriteriet overholdes.

8.5 Oppsummering

For problemstillingen som handler om kommunens arbeid med å sikre helsetjenester i tråd med samhandlingsreformen, kan revisjonen på bakgrunn av sine vurderinger, oppsummere som følger:

- Hva angår spørsmålet om kommunen har kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten, er det statistisk sett ett lavt antall reinnleggelser og overliggerdøgn. Videre bør kommunen ta med i dialog med sykehuset at all nødvendig informasjon om pasienten følger med ved utskrivelse.
- Informasjonsflyten i Pasientsystemet Visma, bør i større grad tilpasses de involverte enhetene som er ansvarlig for behandlingen av den enkelte pasient.-
- Kommunens koordinerende enhet har ansvaret for å oppnevne koordinator for individuelle planer. Enheten ledes av en ergoterapeut, og kommunens pleie- og omsorgssjef og helsesjef inngår også i denne enheten.

9 Problemstilling 3 – Brukernes oppfatning

Problemstilling 3:

Hvordan opplever helsetjenestens brukere effektene av samhandlingsreformen?

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»²⁹, ser blant annet på hva som er gjort innen et helhetlig pasientforløp. Resultatet som fremkommer i rapporten er at det for en del pasienter har blitt et mer oppstykket hjem-sykehus-hjem-forløp. Blant annet har interkommunale døgntilbud ført til at pasientene kan få et mer oppstykket forløp, med mellomopphold før og etter sykehusinnleggelser. De økonomiske insentivene har bidratt til å korte ned sykehusoppholdet ved at kommunene må betale for eventuelle overliggerdøgn etter at pasienten er vurdert som utskrivningsklar. Dette kan føre til at en eventuell kontinuitet i behandling og rehabilitering blir brutt opp. En hver forflytting krever også full dokumentasjon (epikrise og henvisninger), noe som øker faren for feil. Rapporten konkluderer med at det har vært en beskjeden grad av brukermedvirkning i prosessene rundt implementeringen av reformen. Effektene av reformen på dette feltet ser ut til å være at en del pasienter har fått et mer oppstykket forløp.

9.2 Revisjonskriterier for problemstilling 3

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

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

²⁹ Sluttrapporten fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsformen (EVASAM) fra 2016.

9.3 Innhentede data

9.3.1 Pasient og brukerombudet i Hedmark og Oppland

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

Brukerombudet ga oss tilbakemelding på følgende temaer:

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

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

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.

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 opptre på vegne av.

9.3.2 Eldrerådet

Jf. eldrerådsloven skal det være et eldreråd i hver kommune, og de skal tas med på råd når det kommer til saker som gjelder levekår for eldre i kommunen. I forbindelse med dette prosjektet gjennomførte Hedmark Revisjon et intervju med leder for eldrerådet i Våler. Denne ga uttrykk for at eldrerådet ble involvert da avtalene ble inngått, men siden har vært lite involvert i det som skjedde i forbindelse med samhandlingsreformen. Rådet hører lite om at pasientene har problemer, og

dersom noe ikke hadde fungert, så hadde de snakket om det. I møte med pleie og omsorgssjef, hvor temaet var eldreomsorg, var eldrerådet stort sett fornøyd og lite kritiske til ledelsen. Leder for eldrerådet mente også at pårørende heller ikke har noe spesielt å bemerke. Da eldrerådet ble presentert med avtalene, var den juridiske sjargongen noe utilgjengelig, og konsekvensene av reformen ble oppfattet som vanskelig å forstå. I det store og hele hadde ikke eldrerådet noe inntrykk av endringene i tilbudet, ei heller hadde de noe inntrykk av at kommunikasjonen hadde endret seg. Helsetjenestene oppfattes som gode, og samarbeidet med Elverum sykehus ble oppfattet som bra. Eldrerådet hadde heller ikke noe inntrykk av at kommunikasjonen hadde endret seg.

9.3.3 Data fra kommunen

Kommunen forsøker å involvere pasienten så godt det lar seg gjøre. De lytter til pasienter som er samtykkekompetente, og ved forandringer i medisindoseringen involveres de. Vi har og nevnt tidligere at det medisinske personellet forsøker å «fornorske» navnene på medisinerne, for å gjøre det mer forståelig for pasientene. Det ble gitt uttrykk for at de pårørende i enkelte tilfeller involverte seg i behandlingen nesten for mye.

Når det kommer til **informasjon om klager på vedtak**, kommuniseres dette gjennom vedtakene. Kommunen benytter vedtaksmaler for å sikre at dette standardiseres. Vedtaksmalene er standardmaler som kommunen har kjøpt og tilpasset til eget bruk. Informasjon om klagemulighet er lagt inn i disse malene. Leder for eldrerådet har ikke registrert klager fra de eldre. Pleie og omsorgssjef har ikke merket at klageomfanget har blitt større siden innføring av samhandlingsreformen.

9.4 Revisors vurdering

Det første revisjonskriteriet i denne sammenhengen skal svare på om **pasient/bruker opplever å være inkludert av kommunen i eget opplegg**. Pasient og brukerombudet i Hedmark og Oppland opplevde generelt at det er mangler i hvordan pasienter, brukere, eller brukerorganisasjoner ble involvert i utarbeidelse av rutiner. Eldrerådet fortalte at disse ble involvert i starten av utarbeidelsen av avtalene, men at det siden har vært lite involvering. Språket i samhandlingsreformen oppfattes også som noe utilgjengelig. Det gjøres likevel en innsats i kommunen for å øke pasientens forståelse av sin egen situasjon, gjennom kommunikasjon mellom pasienten og helsevesenet. Det er revisors vurdering at det har vært lite pasientmedvirkning/ involvering av brukere i arbeidet med samhandlingsreformen, og at språket i reformens dokumenter bærer preg av å være forhandlet sentralt. Likevel er det praksis i kommunen å gjøre helsetjenestene forståelige for brukeren.

Neste kriterie handler om hvorvidt **pasienten opplever forløpet og kommunikasjonen med helsevesenet som mer helhetlig enn før reformen**. Både forskningsrådet og pasient og brukerombudet mente at pasientforløpet ble noe mer oppstykket, og at det var mangler i bruk av individuell plan. Vi registrerte også at sykehjemmet mente sykehusets spesialisering av tjenester førte til en noe oppstykket behandling for pasienter med sammensatte diagnoser. Våler kommune var på sin side i ferd med å utvikle en mer helhetlig pasienttilnærming. Det er revisors vurdering at det ser ut til at det er forbedringspotensial med tanke på et helhetlig pasientforløp. Likevel må det legges til at de eldre og pårørende ikke har mye å utsette på tjenestetilbudet, og eldrerådet formidlet at de eldre ikke hadde merket så mye av endringene i reformen.

Avslutningsvis har revisjonen utledet et kriterie for å undersøke om **kommunene sikrer at det gis informasjon om hvordan en pasient/bruker kan klage på et vedtak om helsetjenester**. Informasjon om klager på vedtak kommuniseres gjennom standardiserte vedtaksmaler. Det er revisors vurdering at pasienten informeres om klageretten på en tilstrekkelig måte.

9.5 Oppsummering

For problemstillingen som handler om brukernes oppfatning av samhandlingsreformen, kan revisjonen på bakgrunn av sine vurderinger, oppsummere som følger:

- Flere av avtalene oppleves som pålagt kommunene med liten mulighet til å påvirke prosessene, og dette begrenser mulighetsrommet noe. Likevel bør kommunen i den grad den har mulighet til det, sørge for å fremme pasientmedvirkning i samarbeidsavtalene. Dette gjennom å bringe videre pasientenes inntrykk av forløpet. Man kan systematisere brukeroppfatninger ved jevnlig å benytte seg av bruker-/ pårørendeundersøkelser for å innhente informasjon. Kommunikasjon med elderrådet og andre brukergrupper er også viktig i så måte, så vel som at dette diskuteres med de ulike utvalgene kommunen har som kommunikasjonsarena med sykehuset.
- Fra kommunens side virker det som om det er en ulik tilnærming til behandling i det kommunale tjenestetilbudet, og Sykehuset innlandets behandlingsmetodikk. Hvor Våler har gått mot en mer helhetlig tilnærming overfor sammensatte diagnoser, oppfatter kommunen at spesialisthelsetjenesten har en tendens til å sende pasientene mellom spesialiserte enheter. Kommunen og Sykehuset innlandet bør fortsette dialogen for å sørge for at pasientene i så måte får et helhetlig forløp.

10 Konklusjon

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

I det store og hele, fungerer samarbeidet godt. Likevel forekommer det manglende informasjon om pasienter ved utskrivning fra sykehus. Det er også en skjevhet i likeverdigheten mellom avtalepartene, men sykehjemmet har blitt bedre på å ytre sine egne meninger om dette. 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. Det ser ut til at samarbeidet mellom kommunen og sykehuset fungerer relativt godt, selv om kommunen ønsker å delta i avgjørelser om utskrivinger i større grad. Hva angår brukernes opplevelser av effektene av reformen, virker det som om kommunens brukere er fornøyde med tilbudet de får. Det kan virke som om pasientene/brukerne, i alle fall for de eldre sitt vedkommende, ikke har merket de store endringene på bakgrunn av reformen. Kommunen bør i framtiden fortsette å involvere brukergrupper ved utarbeidelse av planer som gjelder dem selv.

11 Anbefalinger

11.1 Anbefalinger for problemstilling 1

For problemstillingen som handler om hvorvidt samarbeidet mellom kommunen og det enkelte helseforetak fungerer etter hensikten, har revisjonen på bakgrunn av sine vurderinger, kommet fram til følgende anbefalinger:

1. Kommunen bør fortsette sin dialog med sykehuset for å sikre at kommunen får beskjed i tide for å forberede seg når pasienter skrives ut av sykehus. I tillegg bør kommunen vurdere å ha kontaktpersoner på sykehuset for mer utfyllende pasientinformasjon. Sykehuset bør også bevisstgjøres i kommunens kapasitet for behandling, slik at pasientene ikke blir lovet noe kommunen ikke kan holde.
2. Kommunen bør jobbe videre med å få til god samhandling mellom sykehus og kommune som følger rutinene for samhandling. Dette for å sikre behandling på lavest mulig omsorgsnivå (LEON-prinsippet).
3. Kommunen bør benytte seg av muligheten for hospitering, dersom kommunen ønsker dette.
4. Kommunen bør sørge for at de ansatte får tilstrekkelig opplæring om avvik, da dette er viktig i kommunikasjonsøyemed.

11.2 Anbefalinger for problemstilling 2

For problemstillingen som handler om kommunens arbeid med å sikre helsetjenester i tråd med samhandlingsreformen, har revisjonen på bakgrunn av sine vurderinger, kommet fram til følgende anbefalinger:

5. Hva angår spørsmålet om kommunen har kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten, er det statistisk sett ett lavt antall reinnleggelser og overliggerdøgn. Videre bør kommunen ta med i dialog med sykehuset at all nødvendig informasjon om pasienten følger med ved utskrivelse.
6. Informasjonsflyten i Pasientsystemet Visma, bør i større grad tilpasses de enhetene som er ansvarlig for behandlingen av den enkelte pasient.

11.3 Anbefalinger for problemstilling 3

For problemstillingen som handler om brukernes oppfatning av samhandlingsreformen, har revisjonen på bakgrunn av sine vurderinger, kommet fram til følgende anbefalinger:

7. All den tid det er vårt inntrykk at flere av avtalene oppleves som pålagt kommunene med liten mulighet til å påvirke prosessene, begrenser dette mulighetsrommet noe. Likevel bør kommunen i den grad den har mulighet til det sørge for å fremme pasientmedvirkning i samarbeidsavtalene, gjennom å bringe videre pasientenes inntrykk av forløpet. Bruker/pårørende undersøkelser og kommunikasjon med elderrådet og andre brukerorganisasjoner er viktig i så måte, så vel som at dette diskuteres de ulike utvalgene kommunen har som kommunikasjonsarena med sykehuset.
8. Fra kommunens side virker det som om det er en ulik tilnærming til behandling i det kommunale tjenestetilbudet, og Sykehuset innlandets behandlingsmetodikk. Hvor Våler har gått mot en mer helhetlig tilnærming overfor sammensatte diagnoser, oppfatter kommunen at spesialisthelsetjenesten har en tendens til å sende pasientene mellom spesialiserte enheter. Kommunen og Sykehuset innlandet bør fortsette dialogen for å sørge for at pasientene i så måte får et helhetlig forløp.

12 Psykiatri

Fra 1.1.2017 er det foretatt en opptrapping av reformen, ved at pasienter med psykisk helse- og rusmiddelproblemer skal få døgntilbud for øyeblikkelig hjelp i kommunen. Dette temaet ligger imidlertid utenfor problemstillingene i dette prosjektet. Likevel dukket det under arbeidet opp noen funn vedrørende psykisk helse og psykiatri som vil kunne være nyttig å få kommunisert til kommunen.

Det er et forbedringspotensial innen psykiatrien. Det er ikke tatt i bruk e-meldinger innen psykiatri, noe som har ført til noen problemer. For eksempel har det forekommet tilfeller hvor pasienter som er lagt inn med ganske alvorlige diagnoser observeres i kommunen kort tid etterpå, uten at kommunen har fått beskjed. Dette kan være et tegn på at kommunikasjonsrutinene rundt psykiatriske pasienter bør bedres, da det virker som om brukerforløpet hos noen av disse pasientene bærer preg av mangelfull informasjon.

Det har vært lite hospitering ved sykehuset for ansatte i Våler. Kommunene har imidlertid hatt flere medarbeidere som har hospitert hos akuttambulant team ved DPS Elverum-Hamar. Dette er et team tilknyttet sykehuset, som bistår kommunene i tunge saker innen psykiatri, som suicidal-vurderinger og akuttavklaringer for eventuell innleggelse. Når det gjelder psykisk utviklingshemmede har kommunen et godt samarbeid med habiliteringstjenesten ved sykehuset.

Det ble også registrert at det er lang ventetid for pasienter med rusproblemer og ADHD. Det bør undersøkes hvilke tiltak som kan settes i verk for å få gjort noe med dette.

13 Rådmannens høringsuttalelse



Våler kommune

Hedmark Revisjon IKS

Dato: 22.08.2017

Vår ref: 17/227-7

Deres ref:

Saksbeh. – tlf: Eyvind Alnæs – 62 42 40 00

Ikke offentlig Off. loven §13

Rådmannens høringsuttalelse - Forvaltningsrevisjonsrapporten - Samhandlingsreformen i Våler kommune

Den mottatte revisjonsrapporten er utarbeidet etter intervjuer med nøkkelpersonell i helse, pleie og omsorgstjenesten i Våler kommune, brukerrepresentant fra EF og leder av Elverum sykehus i tillegg til dokument- og statistikkanalyse. Generelle uttalelser er også innhentet fra pasientombud og brukerutvalg for sykehuset. Hedmark revisjon har naturlig nok ikke helsefaglig kompetanse eller erfaring fra helse- og omsorgstjenester. Objektivitet og habilitet kan bli ivarettatt når revisor ikke innehar helsefaglig erfaring, men revisjonsprosessen og konklusjonene bærer etter vår mening preg av noe manglende innsikt i fagområdet.

Det generelle inntrykket denne rapporten gir, er at samhandling om gode pasientforløp er krevende og komplisert, men også at det foreligger avtaler, rutiner og samhandlingsarenaer som muliggjør samarbeid. Hovedinntrykket er at Våler kommunes tjenester og samhandling fungerer godt.

Rapporten peker på åtte mulige forbedringsområder for samhandling. Kommunen vil imidlertid påpeke at de fleste anbefalingene allerede er dekket av gjeldende samhandlingsavtaler og rutiner, og at forbedringsarbeidet krever gjensidig innsats for implementering og avtalegjennomføring både i kommunen og i sykehuset. Rapporten peker også på forbedringsområder kommunen vil ta tak i; mer internopplæring og bedre brukerinvolvering.

Våler kommune takker for revisjonsrapporten og vil benytte hovedkonklusjoner og anbefalinger i tjenesteutviklingen.

Med hilsen

Eyvind Alnæs
Rådmann

Dokumentet er elektronisk signert

Vålgutua 251
2436 Våler i Solør

Tlf: 62 42 40 00
Fax: 62 42 40 01

postmottak@vaaler-he.kommune.no
www.vaaler-he.kommune.no

Org.nr:
871 034 222 MVA

14 Referanser/litteratur

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

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

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

Forskrift om kontrollutvalg i kommuner og fylkeskommuner

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

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

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

Lov om kommunale og fylkeskommunale eldreråd (eldrerådslova)

Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)

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

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

RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon

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

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

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

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

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

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

Våler kommune (2008) Handlingsplan for pleie- og omsorgssektoren 2008-2018

Våler kommune (2006) Kommuneplan 2006-2017

Våler kommune (2016) Oversiktsdokument – Folkehelse Våler kommune og Åsnes kommune

Våler kommune (2017) Samordning av tiltak og tilbud til barn, ungdom og deres familier i Våler.

Våler kommune (2015) Tjenesteanalyse for helse- pleie- og omsorgstjenesten i Våler kommune

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

Vedlegg A: Utledning av revisjonskriterier forvaltningsrevisjon – Samhandlingsreformen i Glåmdalen.

Formål og problemstillinger

Kontrollutvalgene i Glåmdalen vedtok på et felles kontrollutvalgsmøte den 9.6.2016 bestilling av en prosjektplan om et forvaltningsrevisjonsprosjekt rettet mot samhandlingsreformen. Prosjektet ble endelig bestilt med bakgrunn i prosjektplanen i kontrollutvalgsmøter høsten 2016. Formålet med prosjektet er å kartlegge kommunens arbeid med å implementere samhandlingsreformen med et særlig fokus på brukerperspektivet.

Formålet belyses ved å besvare 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?

Om revisjonskriterier

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

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

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

Det er utledet revisjonskriterier fra følgende kilder:

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

Utledning av revisjonskriterier

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

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 kapittel i loven.

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

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

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

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

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

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

11. samarbeid om omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden»

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

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

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

Nærmere om krav til avtalens innhold

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

I tilknytning til krav 1 er det følgende anbefalinger:

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

I tilknytning til krav 2 er det følgende anbefalinger:

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

I tilknytning til krav 3 er det følgende anbefalinger:

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

Til krav 4 er det ikke knyttet ytterligere anbefalinger.

I tilknytning til krav 5 er det følgende anbefalinger:

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

I tilknytning til krav 6 er det følgende anbefalinger:

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

I tilknytning til krav 7 er det følgende anbefalinger:

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

I tilknytning til krav 8 er det følgende anbefalinger:

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

I tilknytning til krav 9 er det følgende anbefalinger:

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

I tilknytning til krav 10 er det følgende anbefalinger:

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

I tilknytning til krav 11 er det følgende anbefalinger:

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

Formål ved avtalen

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

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

- Klargjøre ansvars- og oppgavefordelingen på administrativt og tjenesteytende nivå ved utforming og iverksetting av samhandlingstiltak.
- Sikre behandling på lavest effektive omsorgsnivå (LEON- prinsippet).
- Utvikle tiltak som sikrer god koordinering og gode pasient- og brukerforløp, og som følger faglige retningslinjer og veiledere.
- Utvikle tiltak som sikrer god kvalitet og pasientsikkerhet.
- Sikre likeverdighet mellom avtalepartene og utvikling av en god samhandlingskultur.

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

Helsedirektoratet har laget en veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator³⁰. 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 det er de koordinerende enhetene som bør utvikle rutiner og møteplasser for samhandling, informasjon og kompetanseutvikling.

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

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

³⁰ Sist oppdatert 23.2.2017

- 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 som følger:

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

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

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

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

Paragraf 7-2. Koordinator, slår fast at kommunen skal tilby en koordinator for pasienter og brukere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, 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 fordeler 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 som følger:

- 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 koordinatore
- Bidra til samarbeid på tvers av fagområder, nivåer og sektorer
- Ivareta familieperspektivet
- Sikre informasjon til befolkningen og samarbeidspartnere
- Motta interne meldinger om mulig behov for habilitering og rehabilitering

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

Konkrete revisjonskriterier

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

- **Kommunen skal tilpasse virksomheten slik at tjenesten innhold og omfang er i stand til å følge opp de krav som stilles i loven herunder:**
 - Kommunen skal kunne tilby heldøgns medisinsk nødhjelp
 - Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp.
 - Kommunen skal ha kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten
- Kommunen skal ha opprettet systemer som sikrer samhandling og at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov
- Pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerende tjenester skal ha tilbud om individuell plan
- Kommunen skal tilby en koordinator for pasienter med langvarige og koordinerende tjenester.
- Kommunen skal ha en koordinerende enhet. Enheten bør ha ansvar for/sikre følgende oppgaver:
 - Kommunens plan for habilitering og rehabilitering
 - Legge til rette for brukermedvirkning
 - Ha oversikt over tilbud innen habilitering og rehabilitering
 - Overordnet ansvar for individuell plan og koordinator
 - Motta meldinger om behov for individuell plan og koordinator
 - Utarbeide rutiner for arbeidet med individuell plan og koordinator
 - Oppnevning av koordinator
 - Kompetanseheving om individuell plan og koordinator
 - Opplæring og veiledning av koordinatore
 - Bidra til samarbeid på tvers av fagområder, nivåer og sektorer
 - Sikre informasjon til befolkningen og samarbeidspartnere
 - Motta interne meldinger om mulig behov for habilitering og rehabilitering
- Kommunen bør ha rutiner for å systematisere samarbeidet mellom fastlegene, de kommunale tjenester og SI.

Problemstilling 3, Hvordan opplever helsetjenestens brukere effektene av samhandlingsreformen?

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

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

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

Relevant for brukerens opplevelser av reformens effekter er innføringen av nye klageregler³¹. Fylkesmannen er nå klageinstans og regionalt tilsynsorgan³². Dette er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2. Ordlyden i loven er følgende:

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

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

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

Revisjonskriteriene er sendt til kommunen for uttalelse. Det er ikke kommet innvendinger når det gjelder de kriterier som er utledet (se tilbakemelding i brev av 08.06.2017).

³¹ Samhandlingsreformen - informasjon om ikraftsetting av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/samhandlingsreformen---informasjon-om-ik/id667798/>

³² Informasjon om sentrale endringer i spesialisthelsetjenestelovgivningen i forbindelse med ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og ny folkehelseslov: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/informasjon-om-sentrale-endringer-i-spes/id661775/>

Vedlegg B: Rådmannens høringsuttaelse om revisjonskriterier



Våler kommune

Hedmark Revisjon IKS
Postboks 84
2341 LØTEN

Dato: 08.06.2017
Vår ref: 17/227-3
Deres ref: FR 2017/185
Saksbeh. – tlf: Asgeir Rustad – 62 42 40 16

Revisjonskriterier for forvaltningsrevisjon om samhandlingsreformen.

Våler kommune har ingen merknader til de fralagte revisjonskriteriene.

Med hilsen

Asgeir Rustad
assisterende rådmann

Dokumentet er elektronisk signert