



Forvaltningsrevisjon | Nesna kommune Samhandlingsreformen

November 2016

«Samhandlingsreformen»

November 2016

Rapporten er utarbeidet for Nesna
kommune av Deloitte AS.

Deloitte AS
Postboks 6013 Postterminalen,
5892 Bergen
tlf: 51 21 81 00
www.deloitte.no
forvaltningsrevisjon@deloitte.no

Sammendrag

Deloitte har i samsvar med bestilling fra kontrollutvalget i Nesna kommune 12.03.2015, i sak 014/15, gjennomført en forvaltningsrevisjon av samhandlingsreformen i Nesna kommune.

Revisjonen har undersøkt i hvilken grad Nesna kommune har organisert helse- og omsorgstjenestene i kommunen på en hensiktsmessig måte for å kunne ivareta kommunens nye oppgaver som følger av samhandlingsreformen. Vi har under dette blant annet undersøkt i hvilken grad kommunen har tilstrekkelige forebyggende tiltak for å redusere behovet for sykehusinnleggelse, om kommunen har tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å ta imot utskrivningsklare pasienter, og hvordan de kommunale plassene for øyeblikkelig hjelp fungerer. Revisjonen har også gjennomgått og vurdert systemet for samhandling mellom kommunen og helseforetaket.

Revisjonen har gjennomgått relevant dokumentasjon fra kommunen, og gjennomført intervju med 3 personer i kommunen.

Undersøkelsen viser at Nesna kommune har et tjenestetilbud innenfor helse og omsorg som i all hovedsak gjør at kommunen klarer å ta imot utskrivningsklare pasienter, og gi disse pasientene et kommunalt tjenestetilbud. Samtidig viser undersøkelsen at kommunen ikke jobber tilstrekkelig systematisk med forebygging blant pleietrengende pasienter.

Kravene i samhandlingsreformen har også medført endringer i de kommunale tjenestene som har vært utfordrende for Nesna kommune. Mens det er tilstrekkelig kapasitet på kommunens sykehjem, er begrenset kapasitet en utfordring for hjemmetjenestene. Kommunens plasser for øyeblikkelig hjelp står også i all hovedsak ubrukt. Samarbeidet mellom helseforetaket og kommunen er regulert gjennom en rekke tjenesteavtaler som ivaretar formalitetene i samarbeidet mellom disse. Men det går også frem av undersøkelsen av samhandlingen mellom helseforetaket og kommunen ikke fungerer tilstrekkelig godt i praksis, verken når det gjelder informasjon rundt utskriving av pasienter, eller avviksmeldinger og – håndtering.

Revisjonen vil anbefale at Nesna kommune iverksetter følgende tiltak:

1. Sikrer at den planlagte planen for helse og omsorg blir utarbeidet, og at denne inneholder konkrete mål og planer som kan bidra til å sikre mer systematikk i arbeidet med blant annet rehabilitering og forebygging innen helse- og omsorgstjenestene i kommunen som helhet.
2. Systematiserer arbeidet med kompetanseheving innenfor enhetene i helse og omsorg, både når det gjelder generell kompetanseheving og bruk av fagsystemer.
3. Foretar nødvendige avklaringer rundt bruken av KAD-plasser for sikre at dette lovpålagte tilbudet kan benyttes i samsvar med intensjonen i samhandlingsreformen.
4. Vurderer å opprette skriftlige rutiner for arbeidet i helse- og omsorgstjenestene som er omfattet av krav i samhandlingsreformen, for å supplere retningslinjer for samhandling i avtaleverket med helseforetaket og sikre klar ansvarsdeling innad i kommunen.
5. Vurderer å gå i dialog med sykehuset om hvordan informasjonsutveksling knyttet til utskriving av pasienter kan systematiseres og forbedres ytterligere.
6. Sikrer at avvik blir meldt og fulgt opp i samsvar med kapittel 10 i samhandlingsavtalen mellom helseforetaket og kommunen.

Innhold

Sammendrag	3
1. Innledning	6
2. Om tjenesteområdet	8
3. Organisering av helse- og omsorgstjenesten	9
4. Samhandling mellom kommune og helseforetak	20
5. Konklusjon og anbefalinger	26
Vedlegg 1: Høringsuttalelse	27
Vedlegg 2: Revisjonskriterier	28
Vedlegg 3: Sentrale dokumenter og litteratur	31

Sammendrag	3
1. Innledning	6
1.1 Bakgrunn	6
1.2 Formål og problemstillinger	6
1.3 Avgrensning	6
1.4 Metode	6
1.5 Revisjonskriterier	7
2. Om tjenesteområdet	8
3. Organisering av helse- og omsorgstjenesten	9
3.1 Problemstillinger	9
3.2 Revisjonskriterier	9
3.3 Har kommunen tilstrekkelige forebyggende tiltak for å bidra til å redusere behovet for sykehusinnleggelse?	11
3.4 Har kommunen tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å ta imot utskrivningsklare pasienter?	13
3.5 I hvilken grad betaler kommunen for overliggerdøgn?	17
3.6 Har kommunen opprettet plasser for øyeblikkelig hjelp i samavar med krav i samhandlingsreformen (KAD-plasser)?	18
4. Samhandling mellom kommune og helseforetak	20
4.1 Problemstillinger	20
4.2 Revisjonskriterier	20
4.3 Har kommunen et hensiktsmessig samarbeid med helseforetaket, og et system for god og sikker informasjonsutveksling med sykehuset?	21
4.4 Blir eventuelle avvik knyttet til informasjonsutveksling mellom kommunene og sykehus registrert og fulgt opp på en systematisk måte?	24
5. Konklusjon og anbefalinger	26
Vedlegg 1: Høringsuttalelse	27
Vedlegg 2: Revisjonskriterier	28
Vedlegg 3: Sentrale dokumenter og litteratur	31

1. Innledning

1.1 Bakgrunn

Deloitte har på bakgrunn av vedtak 014/15 i kontrollutvalgets møte 12.03.2015 gjennomført en forvaltningsrevisjon av samhandlingsreformen i Nesna kommune.

1.2 Formål og problemstillinger

Formålet med prosjektet har vært å undersøke om Nesna kommune har en hensiktsmessig oppfølging av samhandlingsreformen, og om kommunen har etablert ordninger i samsvar med samhandlingsreformens forutsetninger.

Med bakgrunn i formålet med prosjektet ble det formulert følgende problemstillinger:

1. Er helse- og omsorgstjenestene i Nesna kommune organisert på en hensiktsmessig måte i forhold til å ivareta kommunens nye oppgaver som følge av samhandlingsreformen?

Under dette vil vi belyse:

- a. Har kommunen tilstrekkelige forebyggende tiltak for å bidra til å redusere behovet for sykehusinnleggelse?
- b. Har kommunen tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å ta imot utskrivningsklare pasienter?
- c. I hvilken grad betaler kommunen for overliggerdøgn?
- d. Har kommunen opprettet plasser for øyeblikkelig hjelp i samsvar med krav i samhandlingsreformen?¹

2. Har Nesna kommune etablert et hensiktsmessig system for samhandling mellom kommunen og helseforetaket som sikrer tilstrekkelig oppfølging av pasienter før, under og etter sykehusopphold?

Under dette vil vi belyse:

- a. Har kommunen et hensiktsmessig samarbeid med helseforetaket?
- b. Har kommunen etablert system for god og sikker informasjonsutveksling med sykehus?
- c. Blir eventuelle avvik knyttet til informasjonsutveksling mellom kommunene og sykehus registrert og fulgt opp på en systematisk måte?

1.3 Avgrensning

Prosjektet omhandler den delen av pleie- og omsorgstjenestene som på tidspunktet for oppstart av revisjonen var omfattet av samhandlingsreformen, dvs. tjenestene til eldre og pleietrengende i kommunen, og som blir omfattet av §3-2, punkt 5 og punkt 6 bokstav a-d i helse og omsorgslovstjenesteloven.

1.4 Metode

Oppdraget er utført i samsvar med gjeldende standard for forvaltningsrevisjon (RSK 001), og er gjennomført i tidsrommet august 2015 til november 2016.²

¹ Opprinnelig problemstilling lød: Har kommunen planer som sikrer at krav knyttet til øyeblikkelig hjelp blir opprettet innen 2016? Gitt forsinkelsen i prosjektet, var problemstillingen ved gjennomføringen av revisjonen ikke lenger relevant

² Prosjektet har blitt forsinket på grunn av langtidssykemelding og påfølgende kapasitetsutfordringer hos Nesna kommune.

1.4.1 Dokumentanalyse

Rettsregler og kommunale vedtak har blitt gjennomgått og benyttet som revisjonskriterier. Videre har informasjon om kommunen og dokumentasjon på rutiner, planer, maler, praksis m.m. blitt samlet inn og gjennomgått.

1.4.2 Intervju

Revisjonen har gjennomført intervjuer med rådgiver innenfor helse og omsorg i kommunen, leder for hjemmetjenestene i kommunen og leder for sykehjemmet.

1.4.3 Verifiseringsprosesser

Oppsummering av intervju ble sendt til de som ble intervjuet for verifisering, og det er informasjon fra de verifiserte intervjureferatene som har blitt benyttet i rapporten.

Datagrunnlaget av rapporten er sendt til rådmannen for verifisering. Høringsutkast til rapport er også sendt rådmannen for uttalelse. Rådmannens uttalelse er lagt ved rapporten.

1.5 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er de krav og forventninger som forvaltningsrevisjonsobjektet skal vurderes opp mot. Kriteriene er utledet fra autoritative kilder i samsvar med kravene i gjeldende standard for forvaltningsrevisjon. I dette prosjektet er revisjonskriteriene i hovedsak hentet fra helse- og omsorgstjenesteloven. Kriteriene er nærmere presentert innledningsvis under hvert tema, samt i vedlegg 2 til rapporten.

2. Om tjenesteområdet

Helse- og omsorgssektoren i Nesna kommune har sju avdelinger:

- Legetjenesten
- Helsesøster
- Hjemmebaserte omsorgstjenester
- Miljøterapeutiske tjenester
- NAV kommune
- Psykisk helse
- Sykehjem

Helse og omsorg har én leder for sykehjemmet, én for hjemmetjenestene og én for miljøterapeutiske tjenester, samt en rådgiverstilling med ansvar for mange av de administrative oppgavene innenfor helse og omsorg i kommunen. Rådgiver er også leder for helsetjenestene som inkluderer legetjenesten, helsesøster og psykisk helse, samt tjenestene ergoterapi og fysioterapi.

Nesna kommune tilbyr sykehjems plasser ved Nesna sykehjem. Det er 21 institusjons plasser ved sykehjemmet.

I tillegg har kommunen følgende tilbud om omsorgsboliger:

- 20 bemannede omsorgsboliger ved Havnetunet, hvorav 4 disponeres av tjenesten for funksjonshemmede
- 8 bemannede omsorgsboliger ved Nesnatunet
- 7 ubemannede leiligheter lokalisert ved sykehjemmet.

3. Organisering av helse- og omsorgstjenesten

3.1 Problemstillinger

Er helse- og omsorgstjenestene i Nesna kommune organisert på en hensiktsmessig måte i forhold til å ivareta kommunens nye oppgaver som følge av samhandlingsreformen?

- a. Har kommunen tilstrekkelige forebyggende tiltak for å bidra til å redusere behovet for sykehusinnleggelse?
- b. Har kommunen tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å ta imot utskrivningsklare pasienter?
- c. I hvilken grad betaler kommunen for overliggerdøgn?
- d. Har kommunen opprettet plasser for øyeblikkelig hjelp i samsvar med krav i samhandlingsreformen?

3.2 Revisjonskriterier

Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester

Kommunen skal ifølge helse- og omsorgstjenestelovens³ § 3-1 sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Dette omfatter et ansvar for å tilby alt fra helsefremmende og forebyggende tjenester til plass på institusjon/ sykehjem, jf. § 3-2:

3-2. Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester

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 medisinsk nødmeldetjeneste
4. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning
5. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering
6. Andre helse- og omsorgstjenester, herunder:
 - a. helsetjenester i hjemmet,
 - b. personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt,
 - c. plass i institusjon, herunder sykehjem og
 - d. avlastningstiltak.

Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen trådte i kraft 1. januar 2012 og har som mål å bidra til at alle får rett behandling, til rett tid og på rett sted.⁴ I St. meld. 47 «Samhandlingsreformen» tas det utgangspunkt i tre sentrale utfordringer innenfor helse- og omsorg:

³ Helse- og omsorgsdepartementet, 2011. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven. LOV-2011-06-24-30.

⁴ Helse- og omsorgsdepartementet, St.meld. nr. 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid

1. Mangel på tilstrekkelig koordinerte tjenester
2. For liten innsats på å begrense og forebygge sykdom
3. Demografisk utvikling som kan true samfunnets økonomiske bæreevne («eldrebølge»)

Samhandlingsreformen innebærer økt innsats for det forebyggende helsearbeidet, som skal bidra til mindre press på etterspørselen etter spesialiserte helsetjenester. I tillegg er Samhandlingsreformen ment å bidra til at kommunene skal ha ansvar for mest mulig av pleie- og omsorgstilbudet til innbyggerne, slik at spesialisthelsetjenesten utelukkende skal drive de spesialiserte tjenestene. Reformen har til hensikt å sikre bedre samhandling mellom sykehusene og kommunene om enkeltpasienter og pasientgrupper.

I forbindelse med samhandlingsreformen er intensjonen at kommunene skal opprette kommunale tilbud før, istedenfor og etter sykehusopphold. Det ligger spesielt incentiver knyttet til å redusere andelen «utskrivningsklare pasienter», behandling av medisinske pasienter ved somatiske sykehus, og øyeblikkelig hjelp innleggelser.

Blant de mest sentrale virkemidlene i samhandlingsreformen er:⁵

- Kommunalt betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter
- Økt innsats på folkehelsearbeid og forebygging i helse- og omsorgstjenesten
- Lovpålagt samarbeidsavtale mellom kommuner og regionale helseforetak
- Ny kommunal plikt til å tilby døgnopphold til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp⁶

Kommunalt betalingsansvar

Kommunalt betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter innebærer at kommunene overtar det finansielle ansvaret for utskrivningsklare pasienter på sykehus fra første dag. Målet er å hindre at utskrivningsklare pasienter blir liggende på sykehus og vente fordi kommunen deres ikke har et tilbud til dem.

Kommunalt tilbud om øyeblikkelig hjelp

Samhandlingsreformen har som mål å bygge ut tjenester der folk bor, og derfor ble det fra og med 2016 også stilt krav om at kommunene skulle tilby døgnopphold for øyeblikkelig hjelp. Dette var en oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Plikten skal i første omgang omfatte somatiske pasienter.

Økt innsats på folkehelsearbeid og forebygging

Et viktig element i samhandlingsreformen er å utvikle kommunerollen, slik at kommunene i større grad enn tidligere kan nå målene om forebygging og tidlig innsats for å hindre at sykdom utvikler seg. Det skal lønne seg for kommunene å satse på forebygging, slik at innbyggerne i mindre grad trenger spesialisthelsetjenester.⁷ Samhandlingsreformen har som mål «å benytte og videreutvikle dokumenterte tiltak som reduserer, og til dels motvirker, risiko for funksjonstap med bortfall fra skole og yrkesliv, og som påvirker individets egenmestring og reduserer risikoen for sykdomsutvikling».³ Økt fokus på forebygging skal finansieres med økte midler gjennom kommunenes frie inntekter til forebyggende helsetjenester.⁸

Se vedlegg 2 for mer utfyllende revisjonskriterier.

⁵Tidligere var også kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten et sentralt virkemiddel.

⁶ Kommuneproposisjonen 2012 – Prop. 115S

⁷ Stortingsmelding 47 - Samhandlingsreformen

⁸ Ref. St.prp. nr. 1 (2009 – 2010) og Stortingsmelding 47 – Samhandlingsreformen, pkt. 3.3.3.

3.3 Har kommunen tilstrekkelige forebyggende tiltak for å bidra til å redusere behovet for sykehusinnleggelse?

3.3.1 Datagrunnlag

Planer og oppgaver for forebyggende arbeid

I intervju blir det forklart at kommunens oppgaver knyttet til samhandlingsreformen fremgår av tjenesteavtalene kommunen har inngått med Helgelandssykehuset. Når det gjelder arbeidet med forebygging fremgår kommunens oppgaver og ansvar av tjenesteavtale nr. 10 under kommunens fellesavtale med helseforetaket.⁹ I avtaleteksten går det frem at formålet med avtalen er å sikre kunnskapsbygging i helsefremmende og forebyggende arbeid, etablering av samarbeid og samhandling mellom kommune og helseforetak for videreutvikling og gjennomføring av et helhetlig og koordinert helsefremmende og forebyggende arbeid, samt å sikre tidlig intervensjon ovenfor barn og unge i risikozonen.

Følgende kommunale oppgaver fremkommer av avtalen:

- Legge til rett for velferds- og aktivitetstiltak for barn, eldre og funksjonshemmede og andre som har behov for det
- Øke sin kunnskap om sammenhengen mellom levevaner og livsstilsrelaterte sykdommer
- Gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme egen helse og forebygge sykdom
- Vurdere henvisning til frisklivs- og lærings- og mestringstilbud for aktuelle pasientgrupper
- Organisere smittevernarbeid

I intervju blir det forklart at kommunen ikke har utarbeidet noen system eller rutiner for å sikre at de følger opp oppgavene innenfor forebygging i avtalen med helseforetaket i det daglige arbeidet innen helse og omsorg. Nesna kommune har ikke utarbeidet målsetninger eller plandokumenter for samhandlingsreformen utover samarbeidsavtalene med helseforetaket. Det er ikke etablert en helhetlig helse- og omsorgsplan i kommunen. Det er fattet politisk vedtak om at det skal etableres en omsorgsplan for perioden 2016-2020, som skal skissere langsiktige satsingsområder og konkrete tiltak innenfor dette området i kommunen. Revisjonen får opplyst at arbeidet med planen ikke har startet opp på tidspunktet for revisjonen, men skal starte opp høsten 2016.

I intervju blir det også forklart at Nesna kommune ikke jobber systematisk med forebyggende tiltak for å redusere behovet for sykehusinnleggelse innenfor pleie og omsorg etter innføringen av samhandlingsreformen. Det er i liten grad etablert spesielle tiltak innenfor kommunens helse- og omsorgstjenester for å redusere sykehusinnleggelser, og helsetjenesten jobber ikke annerledes med forebygging etter innføringen av samhandlingsreformen enn de gjorde før reformen ble innført.

Forebyggende arbeid i tjenestene

Verken sykehjemmet eller hjemmetjenestene i kommunen har skriftlige prosedyrer eller retningslinjer som vektlegger hvordan, og i hvilket omfang, tjenestene skal jobbe systematisk med forebyggende arbeid.

Kommunen har et dagaktivitetstilbud for personer med demens på Nesnatunet som omfatter både hjemmeboende og beboere i omsorgsboligene. Å komme seg ut og være i aktivitet fremheves i intervju som et viktig element i forebygging av sykdom for de eldre. Det opplyses at tilbudet til nå har vært åpent én dag i uken, men fra høsten 2016 blir tilbudet utvidet til å holde åpent to dager i uken. I intervju opplyses det videre at kommunen har fått tildelt 100 000 kroner prosjektmidler fra fylkesmannen for å jobbe med bedre tilpasning av tilbudet til demente, herunder sikre bedre dagtilbud og avlastning og bedre tilpassede tilbud for den enkelte bruker, og generell opplæring av ansatte i 2016/17.

⁹ Nesna kommune og Helgelandssykehuset HF, 2012. *Tjenesteavtale 10. Samarbeid om forebygging*

Det opplyses i intervju at sykehjemmet har som en målsetning å tilpasse tilbudene best mulig, og tilby mest mulig selv, innenfor rammene til sykehjemmet. Det jobbes imidlertid i liten grad systematisk med forebyggende tiltak som fallforebygging eller hverdagsrehabilitering ved sykehjemmet. Det blir påpekt at sykehjemmet er utdatert bygningsmessig, og det gjør at det kan være utfordrende å få til god tilpasning. Det er for eksempel ikke etablert egne rom som er godt tilrettelagt for rehabilitering.

I intervju trekkes det også frem at det er en stor utfordring at fysioterapitjenesten, som tidligere var kommunal, nå er blitt privatisert. Tidligere hadde kommunen kommunalt ansatt fysioterapeut, men nå er ordningen endret, slik at kommunen har avtale med to privatpraktiserende fysioterapeuter, hvor behandling skjer etter rekvisisjon fra lege. Dette medfører at det ikke lenger er mulig å benytte tjenesten verken på sykehjemmet eller i hjemmetjenestene i like stor grad som tidligere. Etter privatiseringen blir fysioterapi bestilt som behandling til enkeltpasienter, basert på et gitt antall timer. Tidligere fikk brukerne mer oppfølging ved behov, og fysioterapitjenesten ble også brukt til veiledning og opplæring av ansatte slik at de kunne bistå pasienter med noen oppgaver. Privatiseringen av fysioterapitjenesten bidrar til at rehabilitering og forebygging, og mulighetene for tilrettelagt opptrening av pasienter ved sykehjemmet og i hjemmetjenestene er utfordrende.

I intervju blir det gitt uttrykk for at man innenfor hjemmetjenestene oppfatter at kommunen burde være kommet lenger i det systematiske forebyggingsarbeidet, og det blir vist til at hjemmetjenestene ønsker at flest mulig skal bli boende hjemme lengst mulig. For å lykkes med dette, blir det pekt på at hverdagsrehabilitering er viktig, og hjemmetjenestene forsøker i sin tjenesteutøvelse å få til dette gjennom å ha bevissthet rundt at brukerne bør gjøre det de kan selv. Samtidig blir det også understreket at det kunne vært iverksatt flere tiltak innenfor forebyggende arbeid i hjemmetjenestene, men på grunn av stort arbeidstrykk på de ansatte i tjenesten, har det ikke vært kapasitet til å jobbe systematisk med det forebyggende arbeidet.

Det blir forklart i intervju at det ikke er noe systematisk samarbeid mellom sykehjemmet og hjemmetjenestene når det gjelder forebyggende arbeid. I intervju blir det trukket frem at tjenestene primært jobber adskilt. Det er ikke utarbeidet noen felles retningslinjer eller rutiner for samarbeid mellom tjenestene, for eksempel knyttet til samarbeid om pasientløp, tilpassing av tjenestene eller forebygging/rehabilitering.

Kommunen opprettet en stilling som folkehelsekoordinator i forbindelse med innføringen av samhandlingsreformen, og det opplyses i intervju at denne stillingen var 50% besatt frem til 1. mai 2016. Etter dette tidspunkt har ikke stillingen vært besatt. En rådgiver innen helse og omsorg og en rådgiver innen oppvekst og kultur ivaretar nå arbeidsoppgavene til folkehelsekoordinatoren, i tillegg til sine øvrige arbeidsoppgaver. Det blir opplyst i intervju at dette medfører at det i praksis blir liten tid til disse oppgavene knyttet til stillingen som folkehelsekoordinator. Det vises videre til at hva som skjer med stillingen som folkehelsekoordinator vil bli avklart innen utgangen av 2016.

3.3.2 Vurdering

Undersøkelsen viser at Nesna kommune ikke jobber tilstrekkelig systematisk med forebyggende arbeid innenfor sykehjemstjenesten og hjemmetjenestene. Kommunens ansvar for forebyggende arbeid er tydeliggjort gjennom avtale med helseforetaket, men dette er ikke fulgt opp eller operasjonalisert gjennom at kommunen har utarbeidet mål eller planer for helse- og omsorgsområdet som helhet, og under dette det forebyggende arbeidet. På tidspunktet for revisjonen har kommunen heller ikke en person ansatt som folkehelsekoordinator. Revisjonen mener det er uheldig at stillingen som folkehelsekoordinator står ubesatt. Folkehelsekoordinatoren fyller en viktig funksjon for å sikre koordinering og satsing på oppfølgingen av samhandlingsreformen i samsvar med intensjonen med denne. Revisjonen mener også det er en forutsetning for å kunne jobbe systematisk med forebyggende arbeid innenfor helse og omsorg at kommunen etablerer mål for dette arbeidet, og følger opp målene gjennom konkrete planer og tiltak. Revisjonen mener kommunen ikke følger opp intensjonene i samhandlingsreformen når det gjelder systematisk forebyggende arbeid innenfor helse- og omsorgstjenestene. Kommunen bør

vurdere å nedfelle mål knyttet til for eksempel arbeid med hverdagsrehabilitering og andre forebyggende tiltak i plan for helse og omsorg, jf. kommuneloven § 5 krav til kommunal planlegging.

Revisjonen mener også at kommunen bør systematisere arbeidet med forebyggende tiltak, særlig innenfor opptrening og rehabilitering, for å sikre at de bidrar til å forebygge sykehus- og institusjonsopphold.

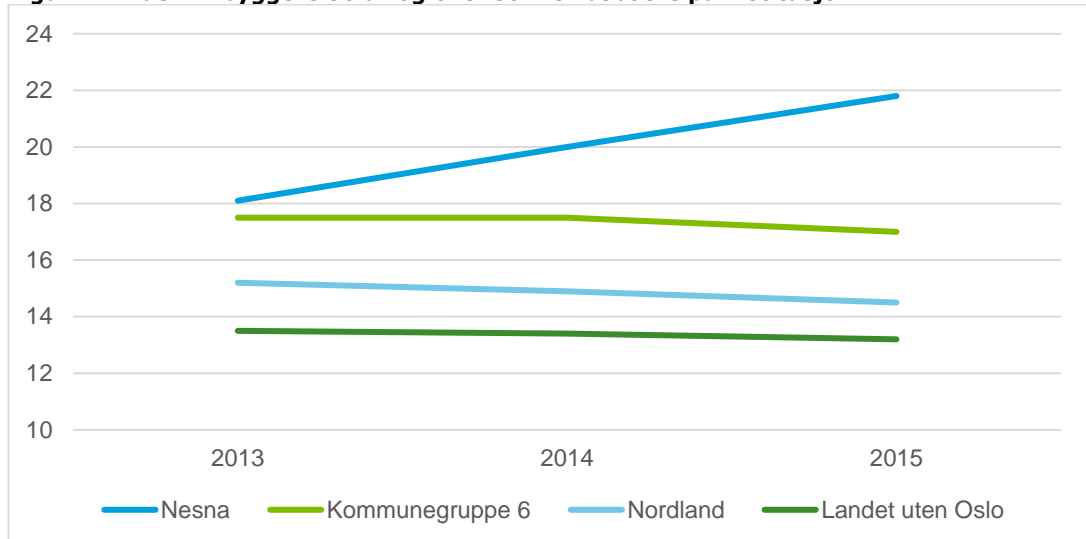
3.4 Har kommunen tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å ta imot utskrivningsklare pasienter?

3.4.1 Datagrunnlag

Omfang av tjenester i Nesna kommune

Tall fra KOSTRA¹⁰ viser at Nesna har flere av sine innbyggere over 80 år boende i institusjon enn gjennomsnittet i kommunegruppe 6, Nordland og landsgjennomsnittet. Nesna kommune har i perioden 2013-2015 hatt en økning i andelen innbyggere over 80 år som er beboere på institusjon fra 18,1 prosent i 2013, 20 prosent i 2014 og 21,8 prosent i 2015. I de øvrige sammenlignbare gruppene har det være en reduksjon i andelen innbyggere på institusjon i samme periode.

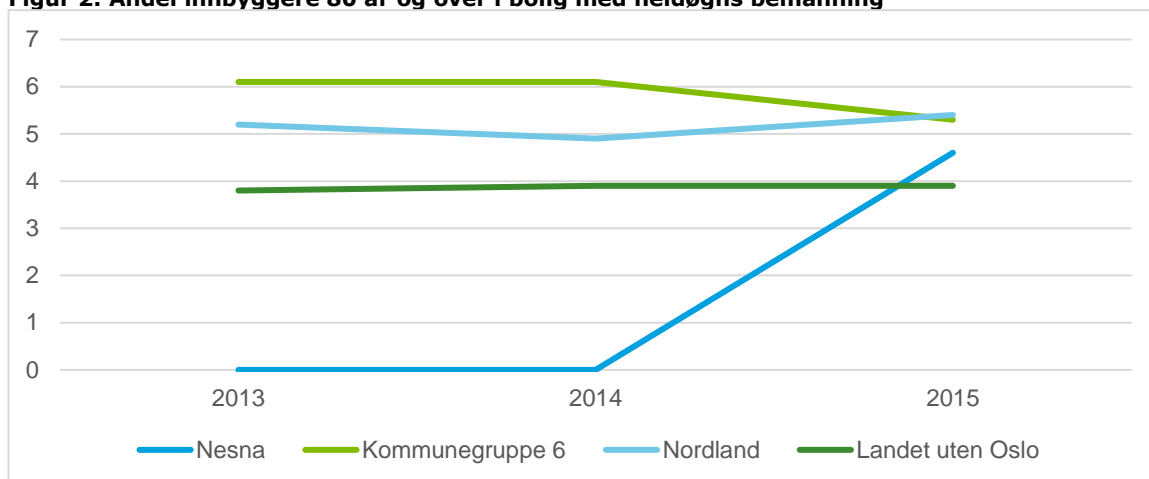
Figur 1: Andel innbyggere 80 år og over som er beboere på institusjon



Videre går det frem KOSTRA-tall at andelen innbyggere 80 år og over i bolig med heldøgns bemanning i Nesna kommune har økt fra 0 til 4,6 prosent i 2015. Denne økningen medfører at andelen innbyggere over 80 år i bolig med heldøgns bemanning i Nesna kommune ligger over landsgjennomsnittet på 3,9 prosent i 2015, men lavere enn gjennomsnittet i fylket og kommunegruppen.

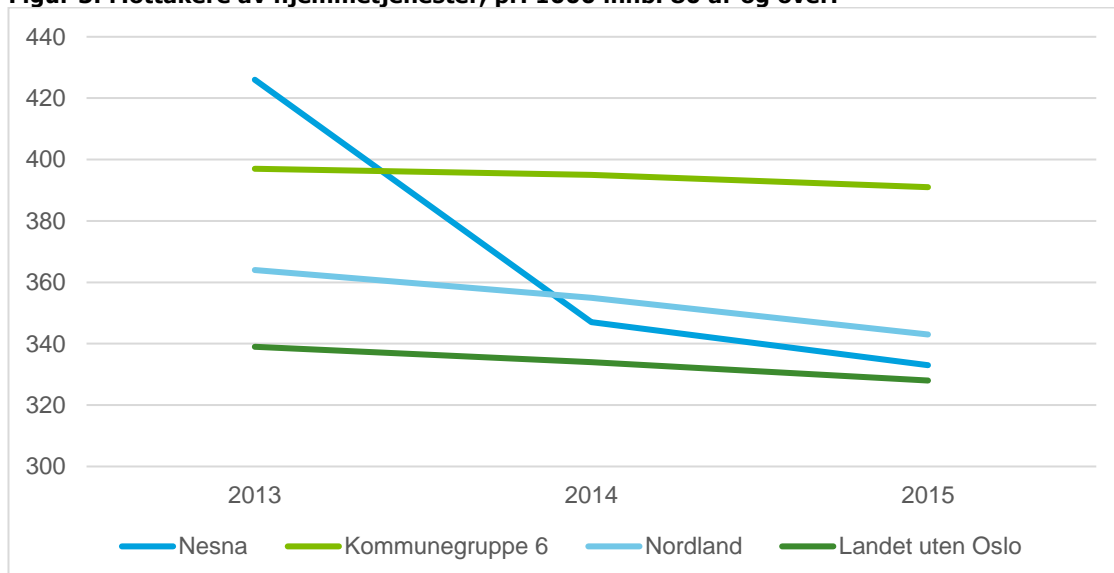
¹⁰ <http://www.ssb.no/offentlig-sektor/kommune-stat-rapportering/kostra-databasen>.

Figur 2: Andel innbyggere 80 år og over i bolig med heldøgns bemanning



Når det gjelder mottakere av hjemmetjenester, viser tall fra KOSTRA at Nesna kommune i perioden 2013-2015 har hatt en reduksjon i mottakere av hjemmetjenester per 1000 innbyggere 80 år og over, fra 426 per 1000 innbyggere i 2013 til 333 mottakere i 2015. Det har vært en reduksjon av mottakere av hjemmetjenester per 1000 innbyggere 80 år og over også i de øvrige sammenligningsgruppene. Nesna kommune ligger i 2015 høyere enn landsgjennomsnittet i antall mottakere av hjemmetjenester, men lavere enn gjennomsnittet i fylket og kommunegruppen. Det blir opplyst i forbindelse med verifiseringen av rapporten fra kommunen at det absolutte tallet på mottakere av hjemmetjenester over 80 år har økt i den samme tidsperioden, og at i 2013 mottok totalt 50 personer over 80 år hjemmetjenester, mens tilsvarende tall for 2014 og 2015 var hhv. 58 og 66.

Figur 3: Mottakere av hjemmetjenester, pr. 1000 innb. 80 år og over.



Kapasitet

Det er 35 ansatte ved Nesna sykehjem, fordelt på 22,19 årsverk, mens det er 20 ansatte, fordelt på 15,9 årsverk i hjemmetjenestene i kommunen. Det blir opplyst i intervju at hjemmetjenestene i tillegg har 3 ikke-besatte helgestillinger.

Revisjonen har fått opplyst fra kommunen at antallet brukere innen helse og omsorg per juni 2016 fordeler seg på følgende måte innenfor ulike tjenester:¹¹

¹¹ E-post fra helse- og omsorgsetaten i Nesna kommune i forbindelse med forvaltningsrevisjonen, mottatt 26.05.2016

- 59 personer med vedtak om hjemmesykepleier
- 41 personer med vedtak om praktisk bistand/hjemmehjelp
- 25 personer med vedtak om psykiatrisk sykepleier
- 14 beboere ved sykehjemmet

Det var ingen personer på venteliste til institusjonsplasser og omsorgsboliger verken i 2015 eller frem til tidspunktet for revisjonen høsten 2016.

Det blir opplyst i intervju at det er tilstrekkelig kapasitet på institusjonsplasser i kommunen. Sykehjemmet har totalt 21 plasser. På grunn av ledig kapasitet har ett rom ved sykehjemmet blitt omgjort fra sengepost til kontor.

Sykehjemmet har en egen avdeling med fire plasser forbeholdt pasienter med tung demens. Det er også en langtidsavdeling ved sykehjemmet, men ingen definert korttidsavdeling. Det finnes ikke noen kommunale vedtak eller føringer på hvor mange plasser som skal være forbeholdt pasienter på korttidsopphold. Det opplyses i intervju at det er få utskrivinger fra sykehus, og dermed få tilfeller hvor det er behov for korttidsplasser. Kapasiteten er samtidig tilstrekkelig til at pasienter med behov for korttidsopphold, får tilbud om dette.

Tjenestene innen helse og omsorg har ukentlige vedtaksmøter hvor pasienter som kommer fra sykehuset fordeles internt mellom kommunens tjenester. I vedtaksmøtene deltar leder for hjemmetjenestene, leder for sykehjemmet og tilsynslegen for hjemmetjenestene, samt rådgiveren innen helse og omsorg. Tilsynslegen for sykehjemmet deltar ved behov. Utover vedtaksmøtene fordeles pasienter fortløpende til de tjenestene de skal. Det blir påpekt at Nesna er en liten kommune, og tjenestene snakker sammen og fordeler pasienter basert på pasientenes behov. Alle med behov for pleie- og omsorgstjenester, får det.

Det blir samtidig pekt på i intervju at kommunen opplever kapasitetsutfordringer innenfor hjemmetjenestene. Som en følge av samhandlingsreformen er presset på hjemmetjenestene blitt større, blant annet gjennom at pasienter blir skrevet ut tidligere fra sykehuset, og har behov for mer omfattende medisinsk oppfølging enn tidligere. Det blir for eksempel vist til at kommunen tidligere hadde ti dager til å forberede seg på å motta en pasient, mens tjenestene nå må være i stand til å ta imot pasienter samme dag som meldingen fra sykehuset om utskrivningsklar pasient kommer, eller på én dags varsel. Det opplyses at pasientene dermed kommer ut fra sykehuset tidligere i rehabiliteringsfasen enn tidligere, noe som medfører at tilfellene ofte er mer medisinsk krevende enn de var før. Dette medfører et press på kapasiteten til hjemmetjenestene og høyt tidspres på de ansatte som er på vakt.

Det blir videre gitt uttrykk for at tjenesten på grunn av presset kapasitet ikke klarer å gi et så godt tilbud til de pleietrengende, hjemmeboende i kommunen som de kunne ønske. Hjemmetjenestene har kun én ansatt på jobb på nattevakter, og én ansatt på aftenvakter, noe som medfører at det blir hektiske vakter for de ansatte. Det blir samtidig understreket at hjemmetjenestene klarer å gi et forsvarlig tilbud til alle tjenestemottakerne. Men det blir mindre tid og kapasitet til blant annet å jobbe systematisk med forebygging og rehabilitering innenfor hjemmetjenestene.

Kompetanse

Føringer og retningslinjer knyttet til kommunens generelle kompetansenivå, samt kompetanse i enkelttilfeller knyttet til innskriving og utskriving av pasienter ved sykehuset, er nedfelt i henholdsvis tjenesteavtale nr. 6¹² og tjenesteavtale nr. 5¹³ mellom kommunen og helseforetaket. Formålet med retningslinjene er blant annet å sikre gjensidig kompetanseheving, informasjonsutveksling og kunnskapsoverføring mellom kommunen og sykehuset når det gjelder innleggelse og utskrivinger av pasienter. I avtalene heter det blant annet at kommunen er ansvarlig for å definere hvilke behov for kunnskap kommunen har, og å melde dette inn til helseforetaket og legge til rette for kunnskapsoverføring. Det trekkes frem i intervjuer at det kunne vært behov for mer veiledning fra sykehuset, og for

¹² Nesna kommune og Helgelandssykehuset HF, 2012. *Tjenesteavtale nr. 6 Utskrivningsklare pasienter*

¹³ Nesna kommune og Helgelandssykehuset HF, 2012. *Tjenesteavtale nr. 5 Utskrivningsklare pasienter*

eksempel veiledning over nett. Det skjer ikke alltid i praksis at sykehuset gir nødvendig opplæring og veiledning før en utskrivelse. Men kommunen understreker at de får bistand når de melder inn behov for opplæring.

Kommunen har en overordnet kompetanseplan som gir føringer for kompetanseheving og etter- og videreutdanning innen helse og omsorg.¹⁴ Av planen fremkommer en oversikt over prioriterte fagområder og målgrupper for videreutdanning av lengre varighet. Følgende fagområder er på listen over prioriterte fagområder for videreutdanning for ansatte innen helse og omsorg:

- Miljøarbeid-/terapi
- Psykisk helsearbeid
- Rus/psykiatri
- Demens
- Aldring og eldre/eldreomsorg
- Lindrende behandling/onkologi

Kompetanseplanen gir også retningslinjer for bruk av etterutdanning som fellestiltak, i form av seminarer, kurs, deltakelse i lokalt utviklingsarbeid og faglig veiledning, og det går frem at innvilgelse av deltakelse på slike kurs skal gjøres i samsvar med enhetens egen kompetanseplan og relevans for arbeidstakerens arbeid. Som et konkret etterutdanningstilbud nevnes studieopplegget Demensomsorgens ABC, som består av tverrfaglig opplæring i studiegrupper av personell fra både hjemmetjenestene og institusjoner i kommunen.¹⁵ Revisjonen har i intervju fått opplyst at enhetene innenfor helse og omsorg ikke har utarbeidet egne kompetanseplaner ut over kommunens overordnede kompetanseplan.

I kompetanseplanen gis det videre en oversikt over ordinære grunnutdanninger som er aktuelle for hvilke ansatte, herunder autorisert sykepleier, helsefagarbeider og vernepleier. Tilbud om slik grunnutdanning blir vurdert individuelt etter søknad. Kompetanseplanen gir også en oversikt over rullerende opplæring og kurs som gjennomføres ved behov, for eksempel legemiddelkurs og HMS-rettede kurs.

Det blir i intervju understreket av ledere innenfor helse og omsorg at de opplever at ansatte innen helse og omsorg som helhet har tilstrekkelig kompetanse. Innen hjemmetjenestene innehar de ansatte den nødvendige kompetansen som trengs for å ta imot alle pasientene de mottar, og sykepleierdekning oppleves som tilstrekkelig i hjemmetjenestene. Samtidig pekes det på at kommunen har behov for ytterligere kompetanse innenfor akutt sykepleie, som det har blitt større behov for etter innføringen av samhandlingsreformen.

Det opplyses i intervju at helse og omsorg ikke foretar systematisk kompetanseheving, gjennom faste tiltak. Samtidige blir det trukket frem at alle avdelinger innenfor helse og omsorg har fått informasjon om at ansatte kan søke på videreutdanningstiltak, og at de ansatte selv er kjent med at dette er et tilbud. Det blir videre understreket at ansatte som ønsker det, får tilbud om videreutdanning. For 2016/17 mottar kommunen et tilskudd på 100 000 kroner fra fylkesmannen for jobb med tilpasning av demenstilbudet, og i dette inngår midler til kompetanseheving gjennom en generell opplæring av ansatte. To sykepleiere ved sykehjemmet tar på tidspunktet for revisjonen også videreutdanning innenfor psykiatri.

I intervju trekkes det frem utfordringer knyttet til å sikre kompetanse og tilstrekkelig god opplæring av de ansatte i de elektroniske fagprogrammene som benyttes i helse og omsorg. Kommunen har for eksempel ikke superbrukere på det elektroniske systemet Acos, som er fagprogrammet kommunen benytter både til kommunikasjon med sykehuset, til dokumentasjon av arbeidet med pasientene og til å utforme vedtak om tjenester.¹⁶ Opplæringen av de ansatte i bruken av systemet oppfattes som usystematisk, og kommunen klarer ikke å sikre at alle ansatte får med seg endringer i systemet, for eksempel

¹⁴ Nesna kommune, udatert. *Kompetanseplan*

¹⁵ Nesna kommune, udatert. *Kompetanseplan*

¹⁶ Det blir presisert i forbindelse med verifiseringen av rapporten at kommunen har en felles driftsavtale for Acos med Hattfjelldal, Grane og Hemnes kommune, der sistnevnte dirfter serveren og har ansvaret for alle oppgraderinger, samt å yte faglig bistand til de andre kommunene ved behov.

ved oppdateringer i programmet. Det er ingen som er tildelt overordnet ansvar for å følge opp systemene, og det blir derfor opp til den enkelte avdelingsleder å følge opp, og sikre tilstrekkelig kompetanse på systemet, i sin avdeling. Det blir påpekt at slik kompetansen på systemet er i kommunen i dag, kan det være en risiko for at saker ikke dokumenteres tilstrekkelig. Det blir også nevnt i samme forbindelse at det er en risiko for at vedtak ikke blir korrekt utfylt i systemet med tanke på datering og tidsavgrensning.

3.4.2 Vurdering

Undersøkelsen gir ingen indikasjoner på at kapasiteten på sykehjemmet i Nesna ikke er tilstrekkelig. Kommunen klarer å ta imot alle pasienter som blir skrevet ut fra sykehuset med behov for sykehjemsplass. Undersøkelsen viser også at hjemmesykepleien tar imot alle utskrivningsklare pasienter som har behov for tjenester i hjemmet, og gir dem et tilbud, men kapasiteten innenfor hjemmetjenestene er presset. Revisjonen mener det er positivt at kommunen ivaretar sine lovpålagte oppgaver, og at det ikke er ventelister innenfor helse og omsorg i kommunen. Samtidig vil revisjonen bemerke at den begrensede kapasiteten innenfor hjemmetjenestene bidrar til at disse tjenestene i mindre grad kan jobbe systematisk med rehabilitering og forebygging enn det de selv kunne ønske, og slik det også fremgår av intensjonene bak samhandlingsreformen at tjenestene bør.

Når det gjelder kompetansen innenfor helse og omsorg viser undersøkelsen at ledere innenfor tjenestene mener kompetansen til de ansatte god, og tilstrekkelig til å ivareta behovene til pasientene som blir skrevet ut fra sykehus. Ansatte som ønsker det, får også mulighet til å delta på ulike kompetansehevede tiltak. Det blir samtidig trukket frem at det er en risiko innenfor bruken av kommunens elektroniske fagsystemer for at kompetansen ikke er tilstrekkelig. Revisjonen mener det er positivt at kommunen legger til rette for kompetanseheving for å sikre god kompetanse til å ivareta lovpålagte tjenester, men vil likevel påpeke at arbeidet med kompetanseheving innenfor helse og omsorg burde vært bedre systematisert. Det er for eksempel ikke utarbeidet kompetanseplaner for den enkelte enhet innenfor tjenestene, og tilbud om videreutdanning og kompetanseheving forutsetter at den enkelte medarbeider tar kontakt og søker om dette.

Revisjonen mener det er viktig at kommunen sikrer at kompetansen på egne fagsystemer er tilstrekkelig blant ansatte som skal benytte systemene, slik at de får dokumentert arbeidet sitt tilstrekkelig, og slik at vedtak blir fattet korrekt. Riktig bruk av systemer er en forutsetning for at tjenestene skal ha kontroll med at de oppfyller krav til tjenesteutførelse og oppfølging av enkeltbrukere av tjenestene, at de kan følge opp og evaluere gjennomførte tiltak, og er også et viktig element i rådmannens kommunale internkontroll.

3.5 I hvilken grad betaler kommunen for overliggerdøgn?

3.5.1 Datagrunnlag

I 2015 ble det registrert ett overliggerdøgn ved sykehuset, og det er registrert ett overliggerdøgn per oktober 2016. Kostnader knyttet til overliggerdøgn i 2015 utgjorde kr. 4 225 og kostnader for overliggerdøgn så langt i 2016 har vært kr. 4 387.

Figur 4: Overliggerdøgn ved sykehus og kostnader, 2015 og per 1.10.2016

År	Antall overliggerdøgn	Kostnader
2016	1	4 225,-
2015	1	4 387,-

I intervju opplyses det at kommunen i svært liten grad har overliggerdøgn på sykehuset, og at kommunen klarer å ta imot pasienter som blir skrevet ut fra sykehus.

3.5.2 Vurdering

Undersøkelsen viser at Nesna kommune i svært liten grad betaler for overliggerdøgn ved sykehuset. Revisjonen mener dette er positivt, men vil påpeke at situasjonen kan være sårbar dersom det skjer en utvikling som innebærer et høyere press på kommunens tjenester for å motta pasienter. Særlig er hjemmetjenestene sårbare for dette, ref. avsnitt 3.4.

3.6 Har kommunen opprettet plasser for øyeblikkelig hjelp i samvar med krav i samhandlingsreformen (KAD-plasser)?¹⁷

3.6.1 Datagrunnlag

I en tjenesteavtale mellom Nesna kommune og helseforetaket fremgår det at kommunen forplikter seg til å etablere døgnopphold for øyeblikkelig hjelp innen 1.1.2016, og videre at kommunen og helseforetaket forplikter seg til å framforhandle en avtale om etablering av døgnopphold for øyeblikkelig hjelp på kommunalt eller interkommunalt nivå innen utgangen av 2013.¹⁸

I intervjuer opplyses det at opprettelsen av plasser for øyeblikkelig hjelp (KAD-plasser) er den største endringen i kommunens tjenestetilbudet etter at samhandlingsreformen ble innført. Det vises til at Nesna kommune i juli 2013 inngikk en interkommunal vertskommuneavtale vedrørende drift av tilbud om øyeblikkelig hjelp (døgntilbud) med kommunene Hemnes, Lurøy og Rana, med oppstart 01.11.2013. KAD-plassene ligger i helseparken på Mo.

Det blir videre forklart i intervju at kommunens KAD-plasser har blitt brukt i svært liten grad etter at de ble opprettet. Det har vært en utfordring å få legene til å sende pasienter dit. Kommunen har fått opplyst fra legene i kommunen at det er mye usikkerhet knyttet til hvordan de kommunale akutt plassene skal benyttes, og at de som en konsekvens av dette blir stående ubrukt. Plassene har ikke vært benyttet i det hele tatt i 2016. Det blir i forlengelsen av dette også påpekt at kommunen ikke opplever stort behov for KAD-plassene, ettersom kapasiteten på sykehjemmet er god.

I intervju knyttes utfordringene rundt bruk av KAD-plassene også til kriteriene som må være oppfylt for at en pasient kan benytte plassen. Blant annet må pasienten ha en kjent og avklart diagnose for å kunne legges inn på en KAD-plass. Det blir forklart i intervju at nettopp en utredning for å fastslå diagnose ofte er årsaken til at pasientene har behov for hjelp utover kommunens tjenestetilbud. Dette medfører at legene heller sender pasienter direkte til sykehuset, eller at pasientene blir liggende til observasjon på sykehjemmet i kommunen i en kortere periode før de eventuelt legges inn på enten sykehjemmet eller sykehuset.

3.6.2 Vurdering

Undersøkelsene viser at kommunen gjennom vertskommunesamarbeid opprettet KAD-plasser i samsvar med kravene i samhandlingsreformen. Samtidig fremgår det også av undersøkelsen at kommunen har utfordringer knyttet til å få benyttet KAD-plassene i samsvar med intensjonen i samhandlingsreformen. Plassene har for eksempel ikke vært benyttet så langt i 2016.

Med utgangspunkt i dagens situasjon med god kapasitet ved sykehjemmet, medfører den manglende bruken av kommunens KAD-plasser etter revisjonens vurdering ikke en umiddelbar risiko for at kommunen ikke er i stand til å overholde samhandlingsreformens

¹⁷ Ordlyden i problemstillingen var opprinnelig «Har kommunen planer som sikrer at krav knyttet til øyeblikkelig hjelp blir opprettet innen 2016?» Grunnet forskyvninger i prosjektet er plassene etablert på revisjonstidspunktet.

¹⁸ Nesna kommune og Helgelandssykehuset HF, 2012. *Tjenesteavtale nr. 4 Beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp*

intensjoner om å forebygge sykehusopphold. Samtidig mener revisjonen at kommunen bør gjøre nødvendige avklaringer rundt bruken av disse plassene for å sikre at dette lovpålagte tilbudet kan benyttes i samsvar med intensjonen i samhandlingsreformen.

4. Samhandling mellom kommune og helseforetak

4.1 Problemstillinger

Har Nesna kommune etablert et hensiktsmessig system for samhandling mellom kommunen og helseforetaket som sikrer tilstrekkelig oppfølging av pasienter før, under og etter sykehusopphold?

- a. Har kommunen et hensiktsmessig samarbeid med helseforetaket?
- b. Har kommunen etablert system for god og sikker informasjonsutveksling med sykehus?
- c. Blir eventuelle avvik knyttet til informasjonsutveksling mellom kommunene og sykehus registrert og fulgt opp på en systematisk måte?

4.2 Revisjonskriterier

Plikt til samarbeid

Av helse- og omsorgstjenesteloven følger det at kommunen har plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester internt i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig for å tilby tjenester omfatta av lova (§ 3-4). Videre står det i § 4-1, 1. ledd at kommunen skal legge til rette tjenestene slik at «den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud.»

Et sentralt virkemiddel i samhandlingsreformen som omtales i Kommuneproposisjonen 2012 – Prop. 115S¹⁹ er opprettelsen av en lovpålagt samarbeidsavtale mellom kommuner og regionale helseforetak. Kommunestyret har plikt til å inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helseregionen (§ 6-1, 1. ledd), og samarbeidet skal ha som målsetning å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester (§ 6-1, 2. ledd).

Krav til avtalene fremgår i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2, hvor det spesifiseres at avtalene som et minimum skal inneholde en enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for. Avtalen skal bidra til en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre. Den skal også inneholde retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering mv. for å sikre helhetlige helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester. Videre er det et krav at avtalen gir retningslinjer for innleggelse i sykehus, beskriver kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp og gir retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon. Ellers skal avtalen blant annet også inneholde retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering.

Av helse- og omsorgstjenesteloven § 6-5 fremgår det at avtalepartene årlig skal gjennomgå avtalen med sikte på nødvendige oppdateringer eller utvidelser. Videre heter det at avtalen kan sies opp med ett års frist. Når en av partene sier opp avtalen, skal det regionale helseforetaket varsle Helsedirektoratet.

¹⁹ Kommuneproposisjonen 2012 – Prop. 115S.

Se vedlegg 2 for mer utfyllende revisjonskriterier.

4.3 Har kommunen et hensiktsmessig samarbeid med helseforetaket, og et system for god og sikker informasjonsutveksling med sykehuset?

4.3.1 Datagrunnlag

Samarbeidsavtale, tjenesteavtaler og samarbeidsorganer

Kommunen og helseforetaket inngikk i 2012 en felles samarbeidsavtale, som angir bestemmelser om samarbeidsformer og generelle bestemmelser som gjelder uavhengig av tjenesteområder.²⁰ I tillegg har kommunen inngått 11 tjenesteavtaler (tjenesteavtale 1-11) med Helgelandssykehuset HF.²¹ Avtaleverket er utformet slik at det er opprettet en tjenesteavtalene for hvert av områdene som fremkommer i helse- og omsorgstjenestelovens § 6-2 knyttet til samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak.

Det fremgår av felles samarbeidsavtale hvilke samarbeidsfora som skal opprettes, samt at det skal avholdes dialogmøte to ganger årlig mellom kommunene på Helgeland og Helgelandssykehuset HF. Kommunene har ansvaret for innkalling til dialogmøter. I intervjuer opplyses det at det avholdes faste samhandlingskonferanser mellom sykehuset og kommunene tre til fire ganger i året, hvor representanter fra de 15 kommunene som tilhører Helgeland sykehusområde deltar. Fra Nesna kommune deltar en rådgiver i helse- og omsorgstjenestene. På samhandlingskonferansen drøftes saker på systemnivå og saker knyttet til daglig drift og samhandling. Det opplyses at det blir skrevet referat som sendes til alle deltakerne i etterkant.

Etter felles samarbeidsavtale mellom kommunen og helseforetaket skal det opprettes et overordnet samarbeidsorgan (OSO). I intervjuer vises det til at dette møtes 4 ganger i året, og representanter fra sykehuset og kommunene deltar. Det opplyses også at Nesna kommune ikke har representanter i dette organet, men at kommunen kan sende inn saker til organet, og de får tilsendt referat fra møter.

I følge samarbeidsavtalen har partene gjensidig informasjonsplikt ved endringer i rutiner, organisering og lignende som kan ha innvirkning på de områdene avtalene omfatter. Ved planlegging av tiltak skal det gjennomføres ROS-analyse. Det skal opprettes én klar adressat både i kommunen og ved helseforetaket, som skal ha et overordnet ansvar for å veilede og bistå ved samhandlingsspørsmål. Det fremgår ikke tidspunkt for revisjon av avtalene, verken i felles samarbeidsavtale eller de 11 tjenesteavtalene. Men revisjonen mottok i forbindelse med verifiseringen av rapporten dokumentasjon fra kommunen på at alle avtalene med unntak av en, som skal revideres innen mai 2017, ble revidert 29.08.2016.²² Om iverksetting, varighet og oppsigelse fremgår det at samarbeidsavtalen trer i kraft fra 1.2.2012 og gjelder inntil ny avtale foreligger. Alle avtalene kan sies opp med ett års oppsigelsesfrist, og dersom avtalen sies opp, skal ny avtale inngås innen det tidspunkt den oppsagte avtale løper.²³

Kommunen har ikke selv etablert skriftlige rutiner for hvordan helse- og omsorgstjenestene i kommunen skal samhandle med helseforetaket utover det som fremkommer i den felles tjenesteavtalen.

I følge opplysninger i intervju er en samarbeidsavtale med sykehuset vedrørende fordeling av turnusleger under utarbeidelse. Målsetningen med en slik samarbeidsavtale er at

²⁰ Nesna kommune og Helgelandssykehuset HF, 2012. *Avtale om samhandling mellom xx kommune og Helgelandssykehuset HF*

²¹ Tjenesteavtalene for innleggelse i sykehus (avtale nr. 3), tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp (avtale nr. 4), samarbeid om utskrivningsklare pasienter (avtale nr. 5), (avtale nr. 6), samarbeid om forebygging (avtale nr. 10) er omtalt andre steder i rapporten.

²² Helgelandssykehuset, 2016. Brev til Nesna kommune med opplysninger om reviderte avtaler undertegnet av sykehuset og kommunen.

²³ Nesna kommune og Helgelandssykehuset HF, 2012. Felles samarbeidsavtale mellom xx kommune og Helgelandssykehuset HF.

kommunen og sykehuset skal bli enige om et fordelingsystem for turnuslegene. Kommunen har tilgang til en turnuslege på revisjonstidspunktet, men det har vært flere tilfeller hvor sykehuset har tilbudt turnuslegene stillinger ved sykehuset, slik at legene velger bort jobb i kommunen. Når legene forsvinner til sykehuset, må kommunen leie inn vikarer fra vikarbyrå, og det blir kostbart for kommunen. Kommunen har på revisjonstidspunktet ikke fått indikasjoner på når avtalen kan ferdigstilles, og det trekkes frem som uheldig at denne avtalen fortsatt ikke er fullført.

Avtaler og rutiner for samhandling og informasjonsutveksling rundt innleggelser og utskrivelser

Det opplyses i intervju at kommunen har et fast kontaktpunkt i en samhandlingssjef ved sykehuset, som de kan henvende seg til når det oppstår behov for kontakt med sykehuset i saker som ikke gjelder enkeltpasienter. Det opplyses i intervju at denne ordningen fungerer tilfredsstillende. Når det gjelder kontakt mellom helseforetaket og kommunen knyttet til enkeltpasienter, blir det opplyst at denne kontakten går direkte mellom aktuelle avdeling ved sykehuset og berørt enhet i kommunen. Det er ikke noen skriftlige rutiner som fastsetter hvem fra kommunens enheter som skal ha kontakten med helseforetaket.

For å sikre forsvarlig informasjonsutveksling mellom behandlingsnivåer, redusere risikoen for uheldige hendelser og sikre god samhandling mellom kommune og helseforetak, er det etablert en rekke omforente tjenesteavtaler under den felles samarbeidsavtalen mellom kommunen og helseforetaket.

Det er ikke opprettet særskilte kommunale rutiner for innleggelser på sykehus eller mottak av pasienter i det kommunale tjenestetilbudet utover rutinene som fremgår av tjenesteavtalene mellom kommunen og helseforetaket. Det opplyses i intervju at innleggelser av pasienter stort sett alltid skjer via fastlegene i kommunen. Innleggelser og utskrivinger av pasienter på sykehuset behandles både fortløpende og i det ukentlige vedtaksmøtet i kommunen. Kommunen sikrer at pasienter som har blitt skrevet ut eller planlegges skrevet ut fra sykehuset blir fordelt til riktig tjeneste. Det hender også at personell fra sykehjemmet eller hjemmetjenestene reiser til sykehuset og gjennomfører overføringsmøte der i forbindelse med utskriving av pasienter med særskilte oppfølgingsbehov.

Samarbeid ved innleggelse i sykehus

Tjenesteavtalen for innleggelse i sykehus inneholder rutiner som beskriver samhandling mellom kommunen og helseforetaket ved både øyeblikkelig hjelp og planlagte innleggelser, og klargjør henholdsvis kommunens og helseforetakets ansvar og oppgaver i samhandlingen.²⁴ Avtalen forplikter sykehuset til å gi kommunen varsel om at pasienten er innlagt dersom pasienten kan ha behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskriving.

Allerede når en pasient legges inn i sykehus, skal helsepersonellet på sykehuset gjøre en vurdering av om pasienten kan ha behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskriving fra sykehuset. Sykehuset skal i slike tilfeller varsle kommunen om dette innen 24 timer etter innleggelsen på eget skjema, som inneholder informasjon om blant annet pasientens status, diagnose, antatt forløp og forventet utskrivingstidspunkt. Funksjonsvurdering skal sendes kommunen så snart pasientens behov er klarlagt. Det blir informert i intervju om at dette ikke alltid overholdes fra sykehusets side. Det opplyses at det i noen tilfeller først er ved utskriving av en pasient sykehuset først sender ut denne informasjonen til berørte enheter i kommunen.

Samarbeid om utskrivningsklare pasienter

Det er utarbeidet en tjenesteavtale om samarbeid om utskrivningsklare pasienter med retningslinjer for samhandling mellom kommune og helseforetak når det gjelder pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskriving fra institusjon.²⁵ I følge retningslinjer i avtalen, skal sykehuset varsle kommunen om utskrivningsklare pasienter.

²⁴ Nesna kommune og Helgelandssykehuset HF, 2012. *Avtale om samhandling mellom xx kommune og Helgelandssykehuset HF. Tjenesteavtale 3. Retningslinjer for innleggelse i sykehus.*

²⁵ Nesna kommune og Helgelandssykehuset HF, 2012. *Avtale om samhandling mellom xx kommune og Helgelandssykehuset HF. Tjenesteavtale 5. Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskriving fra institusjon*

Varslet gis pr. telefon og ettersendes skriftlig på eget skjema. Kommunen skal vurdere om, og eventuelt hvilke, kommunale helse- og omsorgstjenester som skal iverksettes på bakgrunn av opplysninger i utskrivningsklarmelding.

Det går videre frem av retningslinjene i samarbeidsavtalen at dersom kommunen ikke kan ta imot pasienten, skal sykehuset varsles om når et kommunalt tilbud antas å være klart. Sykehuset kan overføre en utskrivningsklar pasient når kommunen har bekreftet at et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud til pasienten er klart. Ved utskrivning fra sykehuset skal epikrise eller tilsvarende informasjon som er nødvendig for å gi oppfølging sendes helsepersonell i kommunen.

I intervjuer opplyses det at sykehuset gir elektronisk melding om utskrivningsklare pasienter, slik at kommunen skal ha tid til å forberede mottak av pasienter fra sykehuset. Det opplyses at meldingene fra sykehuset om utskrivningsklare pasienter ikke oppleves som tilstrekkelig systematisert. Pasienter som skrives ut utenom de ukentlige vedtaksmøtene, tas imot fortløpende, og det er etablert praksis for at sykehuset har frist kl. 14 på å melde fra til kommunen om pasienter som skal skrives ut samme dag. Det pekes på at denne fristen ikke alltid overholdes fra sykehusets side. I noen tilfeller kommer melding om en utskrivningsklar pasient kun kort tid i forkant av, eller samtidig som, pasienten skrives ut fra sykehuset.

Kommunikasjon

I forbindelse med innføringen av samhandlingsreformen ble det etablert elektronisk kommunikasjon mellom kommunen og sykehuset, og man benytter i dag det elektroniske systemet Acos til informasjonsutveksling og kommunikasjon om pasienter. Både meldinger om innleggelse og utskrivelser fra sykehuset skjer i Acos. Det opplyses i intervju at kommunens ansatte går inn i det elektroniske systemet daglig.

Acos styres via Dips, og kommunen og sykehuset har ansvaret annenhver uke for å sikre at systemet fungerer som forutsatt. En rådgiver i helse og omsorg sjekker daglig at systemet fungerer i de ukene kommunen har ansvaret. Dersom det oppstår uklarheter i den elektroniske kommunikasjonen, tar sykehus og kommune kontakt med hverandre per telefon. Det opplyses at etter enkelte utfordringer i oppstartfasen, oppleves systemet nå å fungere tilfredsstillende for å sikre god informasjonsutveksling.

Meldingene fra sykehuset går ikke til noe felles mottak i kommunen, men til de ulike tjenestene. Det understrekes at denne praksisen er sårbar, men fungerer tilfredsstillende fordi kommunen er liten og at pasientgruppen er oversiktlig. Det blir pekt på at det hadde vært en bedre løsning dersom sykehuset hadde en fast kontaktperson eller kontaktpunkt i kommunen å forholde seg til.

Sykehjemmet har skriftlige rutiner som klargjør at det er ansvarshavende sykepleier på vakt som har ansvaret for å holde oversikt over meldinger fra sykehuset. Acos skal sjekkes to ganger på dagvakt og to ganger på aftenvakt. Det er ikke opprettet fast kontaktperson ved sykehuset for verken hjemmetjenestene eller sykehjemmet i forbindelse med henvendelser knyttet til enkeltpasienter.

Det opplyses i intervju at kommunen opplever at samarbeidet med sykehuset stort sett fungerer tilfredsstillende. Det understrekes at til tross for at det hender det oppstår misforståelser og uenigheter i samhandlingen mellom kommunen og sykehuset, har det til nå vært få større klagesaker fra pasienter og pårørende.

4.3.2 Vurdering

Undersøkelsen viser at det er lagt til rette for samhandling mellom kommunen og helseforetaket gjennom felles samarbeidsavtale og tilhørende tjenesteavtaler. Til sammen reflekterer de 11 tjenesteavtalene kravene som stilles til samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak i helse- og omsorgstjenestelovens § 6-2. De etablerte avtalene, samhandlingsarenaene og kommunikasjonsflyten fremstår for revisjonen som hensiktsmessige for å bidra til å sikre tilstrekkelig oppfølging av pasienter før, under og etter sykehusopphold i samsvar med intensjonene i samhandlingsreformen. Likevel mener revisjonen kommunen kan vurdere å opprette skriftlige rutiner, for å supplere retningslinjer

for samhandling i avtaleverket og sikre klar ansvarsdeling innad i kommunen. Dette vil redusere sårbarhet og risiko for glipper i samhandling, for eksempel ved skifte av nøkkelpersonell.

Meldingene fra sykehuset, både i forbindelse med innleggelser og ved utskriving av pasienter, fremstår, etter informasjon revisjonen har fått, ikke som tilstrekkelig systematisert, og kommunen opplever blant annet i noen tilfeller å få melding om utskrivningsklare pasienter kort tid før utskriving. Revisjonen mener dette kan medføre økt risiko for svikt i tjenestetilbudet ved utskriving, og mener kommunen bør vurdere å gå i dialog med sykehuset om hvordan informasjonsutveksling knyttet til både innleggelser og utskriving kan systematiseres.

4.4 Blir eventuelle avvik knyttet til informasjonsutveksling mellom kommunene og sykehus registrert og fulgt opp på en systematisk måte?

4.4.1 Datagrunnlag

Skriftlige retningslinjer og rutiner for melding og håndtering av uønskede samhandlingshendelser fremgår av vedlegg til tjensteavtale mellom kommunen og helseforetaket.²⁶ Avvik skal meldes på eget skjema, som også fremgår som vedlegg til samarbeidsavtalen.

Av rutinen fremgår det at hendelser som en medarbeider oppfatter som avvikende fra vedtatte avtaler meldes som en uønsket samhandlingshendelse ved at medarbeideren fyller ut et eget skjema.²⁷ Det utfylte skjemaet skal etter rutinen sendes til nærmeste overordnede, som skal gjennomgå meldingen og deretter sende skjemaet videre via post eller e-post til både kommunen og helseforetaket. Meldingen skal behandles fortløpende, og bør være ferdigbehandlet i løpet av 4 uker.

Etter rutinen skal berørte avdelinger eller enheter sørge for å involvere ansatte i egen organisasjon slik at årsaksforhold blir klarlagt, informasjon blir gitt for å forebygge gjentagelse og tiltak blir iverksatt. Kommunen og Helgelandssykehuset registrerer meldingene. Oversikt over samhandlingsavvik skal presenteres på avtalt tidspunkt for overordnet samarbeidsorgan og i dialogkonferanser.

Kommunen har ikke et elektronisk avvikssystem. Avvik knyttet til samhandling mellom kommunen og sykehuset registreres på eget skjema. Det opplyses i intervju at ut over samarbeidsavtalen har kommunen ikke opprettet rutiner for hvordan de skal melde avvik til helseforetaket, eller hvordan avvik som meldes fra sykehuset skal følges opp.

Det fremgår også i intervju at det rapporteres få avvik knyttet til samhandling mellom sykehuset og kommunen, og at det felles avvikssystemet derfor i liten grad benyttes. Kommunen skal i prinsippet alltid få en tilbakemelding fra sykehuset på oppfølgingen av avvikene som er meldt av kommunens ansatte, men dette blir ifølge intervjuer ikke gjennomført i praksis. Det trekkes videre frem at heller ikke fra kommunes side forekommer en systematisk oppfølging av verken egne avvik knyttet til samhandling med sykehuset, eller av tilbakemeldinger på avvikene fra sykehuset. Det pekes også på at det er mangelfull skriftlighet i arbeidet med avvik.

4.4.2 Vurdering

Det er etablert et felles skjema for å melde avvik og uønskede samhandlingshendelser mellom kommunen og helseforetaket. Samtidig går det frem i undersøkelsen at dette skjemaet ikke benyttes i tilstrekkelig grad, og at det totalt sett meldes få avvik fra helse og omsorg i kommunen. Mangelfull rapportering av avvik kan etter revisjonens vurdering øke risikoen for at avvik knyttet til informasjonsutveksling eller uønskede samhandlingshendelser ikke blir fanget opp og fulgt opp. Dette kan også bidra til at en

²⁶ Helgelandssykehuset HF, 2012. *Rutine for melding og håndtering av uønskede samhandlingshendelser mellom kommunene og Helgelandssykehuset HF*

²⁷ Helgelandssykehuset HF. *Avviksmelding. Uønskede samhandlingshendelser mellom kommunen og Helgelandssykehuset HF.*

eventuell mangelfull praksis vedvarer. Revisjonen vil understreke at kommunen bør sikre at det meldes avvik knyttet til samhandlingshendelser mellom kommunen og helseforetaket når dette forekommer, slik at praksis er i samsvar med styrende samarbeidsavtaler, og slik at man bidrar til å sikre et godt samarbeidet og god kommunikasjon til pasientens beste.

Det er heller ikke etablert system i kommunen for å sikre at retningslinjene for *oppfølging* av avvik etterleves. Revisjonen mener det er viktig at kommunen legger til rette for avvikshåndtering i samsvar med kapittel 10 i samhandlingsavtalen mellom helseforetaket og kommunen slik at meldte avvik, gjennom systematisk håndtering og oppfølging, bidrar i det kontinuerlige forbedringsarbeidet mellom helseforetaket og kommunen.

5. Konklusjon og anbefalinger

Denne forvaltningsrevisjonen viser at Nesna kommune har et tjenestetilbud innenfor helse og omsorg som i all hovedsak gjør at kommunen klarer å ta imot utskrivningsklare pasienter, og gi disse pasientene et kommunalt tjenestetilbud. Samtidig viser undersøkelsen at kommunen ikke jobber tilstrekkelig systematisk med forebygging blant pleietrengende pasienter.

Kravene i samhandlingsreformen har også medført endringer i de kommunale tjenestene som har vært utfordrende for Nesna kommune. Mens det er tilstrekkelig kapasitet på kommunens sykehjem, er begrenset kapasitet en utfordring for hjemmetjenestene. Kommunens KAD-plasser står også i all hovedsak ubrukt. Samarbeidet mellom helseforetaket og kommunen er regulert gjennom en rekke tjenesteavtaler som ivaretar formalitetene i samarbeidet mellom disse. Men det går også frem av undersøkelsen av samhandlingen mellom helseforetaket og kommunen ikke fungerer tilstrekkelig godt i praksis, verken når det gjelder informasjon rundt utskriving av pasienter, eller avviksmeldinger og -håndtering.

På bakgrunn av funnene i undersøkelsen vil revisjonen anbefale at kommunen:

1. Sikrer at den planlagte planen for helse og omsorg blir utarbeidet, og at denne inneholder konkrete mål og planer som kan bidra til å sikre mer systematikk i arbeidet med blant annet rehabilitering og forebygging innen helse- og omsorgstjenestene i kommunen som helhet.
2. Systematiserer arbeidet med kompetanseheving innenfor enhetene i helse og omsorg, både når det gjelder generell kompetanseheving og bruk av fagsystemer.
3. Foretar nødvendige avklaringer rundt bruken av KAD-plasser for sikre at dette lovpålagte tilbudet kan benyttes i samsvar med intensjonen i samhandlingsreformen.
4. Vurderer å opprette skriftlige rutiner for arbeidet i helse- og omsorgstjenestene som er omfattet av krav i samhandlingsreformen, for å supplere retningslinjer for samhandling i avtaleverket med helseforetaket og sikre klar ansvarsdeling innad i kommunen.
5. Vurderer å gå i dialog med sykehuset om hvordan informasjonsutveksling knyttet til utskriving av pasienter kan systematiseres og forbedres ytterligere.
6. Sikrer at avvik blir meldt og fulgt opp i samsvar med kapittel 10 i samhandlingsavtalen mellom helseforetaket og kommunen.

Vedlegg 1: Høringsuttalelse

Rådmannens uttalelse

Først og fremst takker undertegnede for en informativ rapport, basert på intervju av to avdelingsledere og en rådgiver i helse- og omsorgssektoren, angående perioden august 2015 til november 2016.

Rådmannen erfarer at en pågående omsorgssak i kommunen, mellom de to involverte tjenesteområdene, setter sitt preg på intervjuene. Imidlertid er det rådmannens ansvar og begrense virkningene, og det er allerede tatt tak i. Når det er sagt understrekes det at vi generelt har et godt og forsvarlig tjenestetilbud til innbyggerne våre, og all honnør til våre ansatte i så måte.

Videre stiller rådmannen seg undrende til rapportens påstand om at kommunen ikke jobber systematisk med forebyggende arbeid innenfor helse- og omsorgstjenestene, fordi både helsestasjon- og skolehelsetjenesten driver forebyggende arbeid i henhold til lovpålagte oppgaver. Til orientering har vi ut fra dette også økt helsesøstertjenesten med et halvt årsverk.

Generelt er det få kommuner (1 av 44 kommuner i Nordland - og det er et prosjekt i Narvik som snart er avsluttet - skjebnen videre er ukjent), som har et eget system/enhet utover det ordinære forebyggende arbeidet i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven. Det hersker i dag stor uklarhet rundt om i kommunene/fagmiljøene, om hva arbeidet skal omfatte med hensyn til innhold og ressursbruk. Praksis i dag er at sykehjem, hjemmesykepleien og lege arbeider tett opp mot pasienten – det vil si forebyggende arbeid, behandlingen er også en naturlig del av det forebyggende arbeidet.

Samarbeidsavtalene kan nok være gode rammer, men kan ikke erstatte den daglige dialogen omkring utskriving og innleggelse av pasienter - mellom kommune og sykehus.

Rådmannens erfaring er at den mest konkrete effekten av samhandlingsreformen, er at liggetiden på sykehus er redusert på grunn av en økonomisk bestemmelse (døgnmult). Problemstillingen i så måte er at sykehuset, ene og alene, definerer når pasienten skal utskrives til kommunen. For øvrig skal man være likeverdige partnere!

Videre utfører fastlegene en vesentlig del av diagnostikk og behandling i primærhelsetjenesten i Norge. Likevel er det ingen virkemidler i samhandlingsreformen som er rettet direkte mot fastlegene.

Avslutningsvis nevnes at vi på grunn av historikk, kultur og rammebetingelser feirer delmål, bare sånn kan vi strebe videre etter og komme ajour med årelange avvik innenfor både planverk og utvikling.

Nesna, 9.11.2016

Geir Sakariassen

Vedlegg 2: Revisjonskriterier

Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester

Ikraftsettelse av samhandlingsreformen 1. januar 2012 medførte endringer i sentrale lovverk som regulerer kommunens tjenesteproduksjon, og det ble innført ny Helse- og omsorgstjenestelov og Folkehelselov.

Det kommunale ansvaret for helse- og omsorgstjenester er nedfelt i helse- og omsorgstjenesteloven og det går frem følgende om formålet med loven:

«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.» (jf. § 1-1)

Kommunen skal i følge lovens § 3-1 sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Dette omfatter et ansvar for å tilby alt fra helsefremmende og forebyggende tjenester til plass på institusjon/ sykehjem, jf. § 3-2:

«3-2. Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester

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 medisinsk nødmeldetjeneste
4. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning
5. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering
6. Andre helse- og omsorgstjenester, herunder:
 - a. helsetjenester i hjemmet,
 - b. personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt,
 - c. plass i institusjon, herunder sykehjem og
 - d. avlastningstiltak.»

Videre fremgår det av regelverket at helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter denne loven skal være forsvarlige. I § 4-1 om «Forvarlighet» går det frem at:

«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.»

I kommentarer til reglene om rett til nødvendig helsehjelp fremgår det at «Nødvendige helse- og omsorgstjenester må ses i sammenheng med kravet om forsvarlige tjenester (...).»²⁸

Kommunen kan bestemme hvordan helsehjelpen skal gis, men hjelpen må uansett være forsvarlig ut fra en medisinsk og sykepleiefaglig vurdering. Dette betyr at man for eksempel ikke kan kreve en plass på et sykehjem dersom nødvendig og forsvarlig helsehjelp etter en helsefaglig vurdering kan gis i hjemmet eller i omsorgsbolig.²⁹

Kommunal planlegging

Kommuner er pålagt å planlegge virksomheten sin. Det går fram av kommuneloven § 5 at «kommunen skal utarbeide en samordnet plan for den kommunale virksomhet.» Kommunens plikt til og formål med å utarbeide planer fremgår også av plan- og bygningsloven § § 3-2, 3-3 og 11-2, andre ledd.

Planleggingen skal fremme helhet ved at sektorer, oppgaver og interesser i et område blir sett i sammenheng gjennom samordning og samarbeid om oppgaveløsning mellom sektormyndigheter og mellom statlige, regionale og kommunale organer, private organisasjoner og institusjoner, og allmenheten, jf. plan- og bygningsloven § 3-1.

Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen trådte i kraft 1. januar 2012 og har som mål å bidra til at alle får rett behandling, til rett tid og på rett sted.³⁰ I St. meld. 47 «Samhandlingsreformen» tas det utgangspunkt i tre sentrale utfordringer innenfor helse- og omsorg.

4. Mangel på tilstrekkelig koordinerte tjenester
5. For liten innsats på å begrense og forebygge sykdom
6. Demografisk utvikling som kan true samfunnets økonomiske bæreevne («eldrebølge»)

Samhandlingsreformen innebærer økt innsats for det forebyggende helsearbeidet, som skal bidra til mindre press på etterspørselen etter spesialiserte helsetjenester. I tillegg er Samhandlingsreformen ment å bidra til at kommunene skal ha ansvar for mest mulig av pleie- og omsorgstilbudet til innbyggerne, slik at spesialisthelsetjenesten utelukkende skal drive de spesialiserte tjenestene. Reformen har til hensikt å sikre bedre samhandling mellom sykehusene og kommunene om enkeltpasienter og pasientgrupper.

I forbindelse med samhandlingsreformen er intensjonen at kommunene skal opprette kommunale tilbud før, istedenfor og etter sykehusopphold. Det ligger spesielt incentiver knyttet til å redusere andelen «utskrivningsklare pasienter», behandling av medisinske pasienter ved somatiske sykehus, og øyeblikkelig hjelp innleggelser.

Blant de mest sentrale virkemidlene i samhandlingsreformen er:³¹

²⁸ Gyldendals rettsdata, Lov om helse- og omsorgstjenester, note (7):

<http://abo.retttsdata.no/browse.aspx?bid=autoComp&sDest=gL20110624z2D30>

²⁹ www.helsetilsynet.no

³⁰ Helse- og omsorgsdepartementet, St.meld. nr. 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid

³¹ Kommuneproposisjonen 2012 – Prop. 115S, Tidligere var også kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten et sentralt virkemiddel.

- Kommunalt betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter
- Økt innsats på folkehelsearbeid og forebygging i helse- og omsorgstjenesten
- Lovpålagt samarbeidsavtale mellom kommuner og regionale helseforetak
- Ny kommunal plikt til å tilby døgnopphold til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp

Kommunalt betalingsansvar

Kommunalt betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter innebærer at kommunene overtar det finansielle ansvaret for utskrivningsklare pasienter på sykehus fra første dag. Målet er å hindre at utskrivningsklare pasienter blir liggende på sykehus og vente fordi kommunen deres ikke har et tilbud til dem.

Samarbeidsavtaler

Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 6-1 og 6-2 viser til kommunens plikt til å inngå samarbeidsavtaler med det regionale helseforetaket, og beskriver krav til avtalene. Helse- og omsorgsdepartementet har også utarbeidet en nasjonal veileder for samarbeidsavtalene. Avtalene kan inngås alene eller sammen med andre kommuner. Hensikten med samarbeidsavtalene er å skape et mer helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester for pasientene og brukerne. Samarbeidsavtalene skal konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommuner og helseforetak, samt etablere gode rutiner for samarbeid på sentrale samhandlingsområder.³²

Av helse- og omsorgstjenesteloven § 6-5 fremgår det at avtalepartene årlig skal gjennomgå avtalen med sikte på nødvendige oppdateringer eller utvidelser. Videre heter det at avtalen kan sies opp med ett års frist. Når en av partene sier opp avtalen, skal det regionale helseforetaket varsle Helsedirektoratet.

Kommunalt tilbud om øyeblikkelig hjelp

Samhandlingsreformen har som mål å bygge ut tjenester der folk bor, og derfor ble det fra og med 2016 også stilt krav om at kommunene skulle tilby døgnopphold for øyeblikkelig hjelp. Dette var en oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Plikten omfatter i første omgang somatiske pasienter.

Helsedirektoratet skulle finansiere ordningen mens tilbudet i kommunene ble faset inn fra 2012 til 2015. Finansieringen skal gjøres på følgende måte:

«Kommunenes utgifter til etablering og drift av øyeblikkelig hjelp døgnplasser fullfinansieres gjennom overføring av midler fra de regionale helseforetakenes basisbevilgninger. Halvparten av midlene gis som øremerket tilskudd fra Helsedirektoratet. Den andre halvparten av midlene overføres fra helseforetaket.»

³² Nasjonal veileder for lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak

Vedlegg 3: Sentrale dokumenter og litteratur

Lov og forskrift

Helse- og omsorgsdepartementet, 2011. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven. LOV-2011-06-24-30.

Helse- og omsorgsdepartementet: «Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter», sist endret 1.1.2015.

Veiledere og annen dokumentasjon

Helse- og omsorgsdepartementet, St.meld. nr. 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid

Helse- og omsorgsdepartementet: «Nasjonal veileder for lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak»

Kommuneproposisjonen 2012 – Prop. 115S

Dokumenter mottatt fra Nesna kommune

Helgelandssykehuset HF, 2012. *Rutine for melding og håndtering av uønskede samhandlingshendelser mellom kommunene og Helgelandssykehuset HF*

Helgelandssykehuset HF. *Avviksmelding. Uønskede samhandlingshendelser mellom kommunen og Helgelandssykehuset HF.*

Helgelandssykehuset, 2016. Brev til Nesna kommune med opplysninger om reviderte avtaler undertegnet av sykehuset og kommunen.

Nesna kommune og Helgelandssykehuset HF, 2012. *Avtale om samhandling mellom xx kommune og Helgelandssykehuset HF*

Nesna kommune og Helgelandssykehuset HF, 2012. *Tjenesteavtale nr. 3. Retningslinjer for innleggelse i sykehus*

Nesna kommune og Helgelandssykehuset HF, 2012. *Tjenesteavtale nr. 4 Beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp*

Nesna kommune og Helgelandssykehuset HF, 2012. *Tjenesteavtale nr. 5 Utskrivningsklare pasienter*

Nesna kommune og Helgelandssykehuset HF, 2012. *Tjenesteavtale nr. 6 samarbeid om forebygging*

Nesna kommune og Helgelandssykehuset HF, 2012. *Tjenesteavtale 10. Samarbeid om forebygging*

Nesna kommune, udatert. Kompetanseplan.

Internettider

KOSTRA. <http://www.ssb.no/offentlig-sektor/kommune-stat-rapportering/kostra-databasen>.

Deloitte refers to one or more of Deloitte Touche Tohmatsu Limited, a UK private company limited by guarantee, and its network of member firms, each of which is a legally separate and independent entity. Please see www.deloitte.no for a detailed description of the legal structure of Deloitte Touche Tohmatsu Limited and its member firms.

Deloitte Norway conducts business through two legally separate and independent limited liability companies; Deloitte AS, providing audit, consulting, financial advisory and risk management services, and Deloitte Advokatfirma AS, providing tax and legal services.

© 2016 Deloitte AS