

Forvaltningsrevisjon 2016

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

## Samhandlingsreformen i Grue kommune



Hedmark  Revisjon IKS

Postboks 84, 2341 Løten  
Telefon: 62 43 58 00  
[www.hedmark-revisjon.no](http://www.hedmark-revisjon.no)  
Org. nr: 974 644 576 mva.

## 1 Forord

Denne rapporten er et resultat av forvaltningsrevisjonsprosjektet: Samhandlingsreformen i Grue kommune. En foreløpig rapport har vært sendt til rådmannen i kommunen for uttalelse.

Rådmannens høringsuttalelse er tatt inn i rapportens kapittel 12. Rapporten, som utgjør prosjektets sluttprodukt, avleveres herved til revisjonens oppdragsgiver, kontrollutvalget i Grue kommune.

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

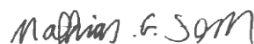
Prosjektets datainnsamling er gjennomført våren 2017. Innledningsvis vil man finne et sammendrag av rapporten som oppsummerer kontrollutvalgets bestilling, måten prosjektet er gjennomført på og revisors konklusjoner og anbefalinger.

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

Kongsvinger, 29. august 2017



Jo Erik Skjeggstad  
Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor



Mathias Grendahl Sem  
Utøvende forvaltningsrevisor

## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>FORORD</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>SAMMENDRAG</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>BAKGRUNN FOR PROSJEKTET</b>	<b>6</b>
3.1	BESTILLINGEN FRA KONTROLLUTVALGET	6
3.2	OM SAMHANDLINGSREFORMEN	6
3.2.1	OM GRUE KOMMUNES HELSE OG OMSORGSTJENESTER	7
<b>4</b>	<b>FORMÅL</b>	<b>8</b>
<b>5</b>	<b>AKTUALITET OG AVGRENSNINGER</b>	<b>8</b>
<b>6</b>	<b>METODE FOR REVISJONEN</b>	<b>8</b>
<b>7</b>	<b>PROBLEMSTILLING 1, SAMHANDLING KOMMUNE OG HELSEFORETAK</b>	<b>11</b>
7.1	BAKGRUNNSINFORMASJON	11
7.1.1	RELEVANT FORSKNING	11
7.2	REVISJONSKRITERIER FOR PROBLEMSTILLING 1	12
7.3	INNHEMTET DATA	13
7.3.1	SAMARBEIDSAVTALE	13
7.3.2	NÅVÆRENDE AVTALE	15
7.3.3	KOMMUNIKASJONSROUTINER OG KOMMUNENS SYN	15
7.3.4	SAMARBEIDS FORUM	16
7.3.5	INFORMASJON FRA SYKEHUSET	17
7.4	REVISORS VURDERING	17
7.4.1	ANBEFALINGER	19
<b>8</b>	<b>PROBLEMSTILLING 2, GREP TATT I KOMMUNENE</b>	<b>20</b>
8.1	BAKGRUNNSINFORMASJON	20
8.2	REVISJONSKRITERIER FOR PROBLEMSTILLING 2	20
8.3	INNHEMTEDE DATA	21
8.3.1	IKØ, INTERKOMMUNAL ØYEBLIKKEG HJELP	21
8.3.2	GREP TATT I KOMMUNEN	22
8.3.3	STATISTIKK	23
8.4	REVISORS VURDERING	25
8.4.1	ANBEFALINGER	26
<b>9</b>	<b>PROBLEMSTILLING 3, BRUKEROPPFATNING</b>	<b>27</b>
9.1	BAKGRUNNSINFORMASJON	27

9.1.1	RELEVANT FORSKNING	27
<b>9.2</b>	<b>REVISJONSKRITERIER FOR PROBLEMSTILLING 3</b>	<b>27</b>
<b>9.3</b>	<b>INNHELTET DATA</b>	<b>28</b>
9.3.1	PASIENT OG BRUKEROMBUDET	28
9.3.2	BRUKERUNDERSØKELSER	29
9.3.3	ELDRERÅDET	29
9.3.4	DATA FRA KOMMUNEN	29
<b>9.4</b>	<b>REVISORS VURDERING</b>	<b>30</b>
9.4.1	ANBEFALINGER	30
<b>10</b>	<b>KONKLUSJON</b>	<b>31</b>
<b>11</b>	<b>ANBEFALINGER</b>	<b>31</b>
<b>12</b>	<b>RÅDMANNENS HØRINGSUTTAELSE</b>	<b>32</b>
<b>13</b>	<b>REFERANSER/LITTERATUR</b>	<b>33</b>
<b>VEDLEGG A:</b>	<b>UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIER</b>	<b>34</b>

## 2 Sammendrag

Rapporten har svart på tre problemstillinger som alle omhandler samhandlingsreformen i Grue 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 Grues' tilfelle i hovedsak Kongsvinger sykehus) fungerer. Hovedfokuset ligger på om samarbeidsavtalen følges og om samarbeidet er hensiktsmessig, når det kommer til intensjonen bak avtalen. Hensikten med samhandlingsreformen er at det skal være et bedre samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I det store og det hele, fungerer dette samarbeidet godt, og til en viss grad er dette på grunn av samarbeidsavtalen. Det oppleves som et problem at sykehuset i for stor grad «lover» bort kommunale tjenester til pasientene.

Problemstilling 2 etterspør på hvilken måte kommunen sikrer at pasienten eller brukeren får koordinerte og helhetlige tjenester. Herunder har revisjonen blant annet sett på utviklingen innad i kommunen, med tanke på kapasitet og kompetanse. Kommunen har tatt grep for å kunne ta imot utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten. De arbeider med kompetanseheving, og har gjennom tildelingsenheten organisert seg slik at det skal bli et bedre internt samarbeid.

Problemstilling 3 søker å svare på hvordan brukerne av helsetjenestene oppfatter effektene av samhandlingsreformen, både når det kommer til medbestemmelse på overordnet nivå og påvirkning på eget opplegg. Det virker som om kommunens brukere er fornøyd med tilbudet de får, det er få klager og elderrådet har ikke inntrykk av at det er store problemer med tjenestene. Det er mulig at brukerne opplevde størst endringer da reformen trådte i kraft, men at det nå har gått seg til.

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

- Kommunen må fortsette å adressere problemet med unødvendige lovnader om kommunale tjenester fra sykehuset
- Kommunen kan vurdere å starte med hospitering på sykehuset. Hospitering kan bidra til å skape felles forståelse av arbeidssituasjonene.
- Kommunen bør gjennomføre jevnlige brukerundersøkelser, for å forsikre seg at pasientene/brukerne i kommune blir hørt.
- Kommunen kan vurdere tiltak for hvordan de bedre kan benytte seg av IKØ plassene som de betaler for
- Kommunen kan vurdere å systematisere og formalisere samarbeidet med fastlegene i kommunen for å få gode pasientforløp til å fungere optimalt

## 3 Bakgrunn for prosjektet

### 3.1 Bestillingen fra kontrollutvalget

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

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

Kontrollutvalget i Grue foretok, på bakgrunn av fremlagt prosjektplan, den endelige bestillingen under sak 33/2016 i kontrollutvalgets møte den 6.9.

Ordlyden i bestillingen var følgende:

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

### 3.2 Om samhandlingsreformen

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

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

For kommunene innebar dette endringer av finansiell grad som delbetaling for kostandene ved sykehusopphold og ansvar for å ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehusene. Av organisatorisk

karakter skulle det blant annet etableres plasser for døgnopphold for øyeblikkelig hjelp i kommunal regi og lokalmedisinske sentre. Dette har ført med seg økte krav til kompetanse for de kommunalt ansatte.

### 3.2.1 Om Grue kommunes helse og omsorgstjenester

Grue kommune hadde per 2016, 4777 innbyggere og har hatt en negativ trend. Befolkningen har en høy andel eldre, og en lav andel unge også sammenlignet med andre kommuner i Hedmark. Andelen eldre er forventet å øke sterkt i perioden 2025 mot 2040<sup>1</sup>.

Sykehjemmet i Grue har 62 plasser, fordelt på korttids, somatiske langtids, rehabilitering/rullering og palliasjons plasser. I tilknytning til sykehjemmet er 8 egne plasser tilpasset demente på en egen avdeling (Soltun). Sykehjemmet har tilsynslege som kommer fast 2 ganger i uka og ellers kan kontaktes ved behov.

	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Sykehjemsbeboere i alt</b>	57	60	61	61	64

Tabell 1<sup>2</sup>

Hjemmebaserte tjenester server ca. 280 brukere i tillegg til å betjene 22 ubemannede serviceboliger på Kirkenær. Tjenesten er delt inn i 4 geografiske team, Namnå, Grinder, Vestsiden og Finnskogen. Teamenes sammensetting rulleres en gang i året, det er ønskelig å ikke bytte oftere grunnet oppbygd relasjon og kunnskap om bruker. Hjemmebaserte tjenester leverer hjemmesykepleie, hjemmehjelp, drift av dagsenter demens og oppfølging av trygghetsalarm (omtrent 150 brukere).

Grue kommune har 30 HDO<sup>3</sup> boliger. Beboerne mottar hjemmesykepleie og hjemmehjelpstjenester. Tilbudets målgruppe er beboere som er i mellomsonen mellom å kunne bo hjemme og ha behov for sykehjems plass. Tidligere hadde dette en tendens til å skli ut, da beboere kom inn relativt friske, men ble værende til de døde. Kommunen har i dag fokus på å tildele tjenester ut fra kartlagt behov, og det legges vekt på at tjenesten endres når tilstanden til den enkelte bruker endres. Kompetansen og tjenestetilbudet som HDO da tilbyr ligger tett opp under hva som finnes på sykehjemmet.

<sup>1</sup> Folkehelseprofil for Grue kommune 2016

<sup>2</sup> Samdata

<sup>3</sup> Heldøgns bemannede omsorgsboliger

## 4 Formål

Prosjektets formål er å undersøke hvordan det er arbeidet med implementering av samhandlingsformen. Etter ønske fra kontrollutvalgene, vil det rettes et ekstra fokus mot brukerne og om de har opplevd noen endinger som følge av reformen.

## 5 Aktualitet og avgrensninger

Samhandlingsreformen trådte i kraft den 1.1.2012 og man kan således forvente at det er blitt tatt grep i kommunene for å møte de krav som reformen stiller. Det er videre planlagt en opptrapping av reformen fra 1.1.2017, når psykiatri også blir innlemmet. Opptrappingen innen psykiatri inngår imidlertid ikke i denne forvaltningsrevisjonen.

Det er i tillegg levert mange evalueringsrapporter som tar for seg ulike deler av reformen. Blant annet kom forskningsrådet med en større evaluering der sluttrapporten kom i juni 2016. På tema helhetlig pasientforløp ble det blant annet gjort funn som tydet på at avtalene mellom sykehus og kommuner i liten grad har benyttet seg av det lokale tilpasningsrommet, og avtalene har ikke bidratt til vesentlige endinger i samarbeidet. Det er heller ikke gjort funn som tilsier at det er blitt et mer helhetlig pasientforløp, heller det motsatte med mer oppstykkede opphold på forskjellige institusjoner. Noe økt fokus på pasientmedvirkning er det heller ikke funnet. Det er da interessant å undersøke om vi kommer frem til andre funn i Glåmdalen.

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

For problemstilling nummer to vil det avgrenses i forhold til prosjektets overordnede tema, helhetlig pasientforløp, så vi vil se bort fra eventuelle funn knyttet til forbygning.

## 6 Metode for revisjonen

Denne rapporten er gjennomført ved hjelp av følgende metoder:

- Dokumentstudier
- Dybdeintervjuer

De benyttete metodene befinner seg alle under den grenen av samfunnsvitenskapelige metoder som heter kvalitative metoder. I de kvalitative metoder er det, kort forklart, et fokus på å opparbeide seg mye data om et lite utvalg, mens det i kvantitative metoder er 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 på en begrenset del av kommunens virksomhet og det var da naturlig for revisor å benytte seg av kvalitative metoder.

### *Dokumentstudier*

Dokumentanalyse ble vurdert som en godt egnet metode for å kunne besvare problemstillingene i prosjektet. Metoden er i stor grad brukt i forbindelse med å kartlegge rutiner, planlegging og rapportering og som bakgrunn for å klargjøre hvilke rammer kommunen opererer innenfor.



Dokumentanalyse er brukt for å svare på alle tre problemstillingene, men er i særdeleshet brukt for å besvare problemstilling 1, ved å se på den eksisterende samarbeidsavtalen. Dokumentstudier er ikke-påtrengende metoder. Det vil si at det ikke involverer informanter. Metoden brukes til å studere eksisterende materiale, og er mye brukt for anskaffelse av bakgrunnsinformasjon<sup>4</sup>.

### *Dybdeintervjuer*

Det er gjennomført oppstartsmøte med kommunens ledelse og intervjuer med leder tildelingskontoret, enhetsleder ved sykehjemmet, leder HDO, leder hjemmetjenesten samt leder av eldrerådet i Grue kommune. I et dybdeintervju er målet å skape en intervjusituasjon som ligner på en fri samtale. Informanten blir oppfordret til å snakke fritt rundt et forhåndsbestemt tema. God tid til intervjuet og en lite rigid intervjuguide er nyttig for å få et maksimalt utbytte av denne typen intervjuer<sup>5</sup>.

### *Reliabilitet og validitet*

*Reliabilitet* sier noe om dataenes *pålitelighet*, det vil si i hvor stor grad resultatene fra en målemetode blir påvirket av tilfeldigheter, eller hvor sikkert og presist vi måler det vi faktisk søker å måle.<sup>6</sup> Betegnelsen sikter til *nøyaktigheten* i de ulike operasjonene i denne prosessen, herunder utformingen av undersøkelsesopplegget og hvordan datainnsamlingen er blitt gjennomført. Høy reliabilitet betyr at uavhengige målinger skal gi et tilnærmet identisk resultat om en gjennomfører en identisk undersøkelse flere ganger.

Reliabilitet har en noe annen betydning for innsamling av de mer kvalitative data. Her er troverdighet en mer hensiktsmessig betegnelse<sup>7</sup>. Troverdighet er knyttet opp mot om undersøkelsen er utført på en tillitsvekkende måte. De kvalitative data i undersøkelsen er innhentet ved en grundig gjennomgang av dokumentasjonen og intervjuer av flere personer i kommunen. Etter vår oppfatning er dataenes troverdighet høy da det har vært tydelig for intervjuobjektene hva datamaterialet skulle brukes til. De har i tillegg hatt muligheten til å verifisere referater fra intervjuene. Det kommer også klart frem i rapporten hva som er datagrunnlaget og hva som er revisor sine vurderinger. Dette virker styrkende på dataens reliabilitet.

*Validitet* sier noe om hvor treffende eller *relevante* dataene er for det vi har tenkt å undersøke. For en forvaltningsrevisjon refererer begrepet til datamaterialets gyldighet i forhold til de problemstillinger som skal belyses, og forutsetter at det er samsvar mellom problemstillinger, revisjonskriterier, data og dataanalyse. En enkel vurdering av validitet tilsier, at den er tilfredsstillende dersom det er åpenbart at de innsamlede data er gode og treffende i forhold til undersøkelsens intensjoner<sup>8</sup>.

I denne rapporten er det benyttet dokumentasjon som etter revisors vurderinger kommer fra troverdige og seriøse kilder. Informantene er valgt ut med tanke på hvilken faglig posisjon de har i kommunen. Med dette anser revisor at rapportens data tilfredsstiller kravene til validitet.

<sup>4</sup> Tjora, Aksel (2010:162f) Kvalitative forskningsmetoder i praksis.

<sup>5</sup> Tjora, Aksel (2010:104f) Kvalitative forskningsmetoder i praksis.

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

<sup>7</sup> Andersen, Laastad, Songstad og Ølnes (2006:102) *Veileder i forvaltningsrevisjon*

<sup>8</sup> Andersen, Laastad, Songstad og Ølnes (2006:102) *Veileder i forvaltningsrevisjon*

Henvisningen til krav om samsvar mellom revisjonskriterier og data, viser til det man i samfunnsvitenskapelig metode betegner som *begrepsvaliditet* eller *definisjonsmessig validitet*. Denne formen for validitet er knyttet til hvorvidt undersøkelsen måler det den har til hensikt å måle. En forutsetning for dette er at begrepene man bruker er klarlagt.

Etter revisors vurderinger er det i denne rapporten en lav grad av tvetydige begreper. Utledningene av revisjonskriterier viser at det som blir målt i rapporten blir målt opp mot autoritative kilder. Dette er, slik revisor ser det, med på å styrke rapportens begrepsvaliditet.

## 7 Problemstilling 1, Samhandling kommune og helseforetak

### **Problemstilling 1:**

Fungerer samarbeidet mellom kommunen og det enkelte helseforetak etter hensikten?

### 7.1 Bakgrunnsinformasjon

Samhandlingsreformen har som målsetting å løse flere utfordringer som det norske helsesystemet står ovenfor. Blant annet er det identifisert at det er et gap i samhandlingen mellom de kommunale helsetjenestene og spesialisthelsetjenestene. Dette gapet skulle tettes 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 helseforetak<sup>9</sup>. Rapporten tok for seg andre relevante forskningsrapporter som hadde tatt for seg samhandlingspraksis mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. Funnene tyder på at det var til dels store forskjeller i hvordan samarbeidet fungerte. En rapport fra 2008 viste at forholdet var preget av manglende likeverdighet og at kommunene opplevde forholdet som grunnelegende asymmetrisk der sykehusene er i den førende posisjonen. Videre fant riksrevisjonen ut i en undersøkelse fra 2009 at flertallet av de kommuner som var med i undersøkelsen oppga at sykehusene kunne være sene med å gi informasjon om utskrivning av pasienter med behov for pleie- og omsorgstjenester. Dette førte med seg at kommunene ikke i tilstrekkelig grad hadde muligheten til å tilrettelegge for gode tjenestetilbud. De samme funnene ble også gjort i en annen undersøkelse som kom frem til at det var gjennomgående blant kommunale ansatte at de måtte være pågående for å skaffe informasjon som de hadde behov for fra sykehusene om pasienter som er innlagt. Undersøkelsen viste videre at det var en uenighet mellom kommunenes behov for informasjon om pasientens tilstand før situasjonen ble avklart og sykehusenes ønske om først å komme med informasjon når alt var avklart.

KS bestilte en evalueringsrapport fra Deloitte(2014) om samarbeidsavtalene blir etterlevd. Rapporten tok for seg et utvalg med kommuner med det mål å se på hvordan intensjonene og forpliktelsene i inngåtte samarbeidsavtaler etterleves.

Resultatet av undersøkelsen viser at samarbeidsavtalene er sett på som et egnet og nyttig verktøy for samhandling. De har bidratt til en tydeliggjøring av ansvar- og oppgavefordeling samt medført et

<sup>9</sup> Samhandling mellom kommuner og helseforetak, Erfaring fra Midt-Telemark. TF-rapport nr. 266. 2010

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

## 7.2 Revisjonskriterier for problemstilling 1

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

### 1. Kommunen skal ha en samarbeidsavtale med det regionale helseforetak som minimum skal inneholde følgende punkter:

- Enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre
- Retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskriving, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester
- Retningslinjer for innleggelse i sykehus
- Beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikk hjelp etter § 3-5 andre ledd
- Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskriving fra institusjon
- Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering
- Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid
- Samarbeid om jordmortjenester
- Samarbeid om IKT-løsninger lokalt
- Samarbeid om forbygning
- Samarbeid om omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden»

### 2. Avtalen bør ha bidratt til følgende:

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

- Videreutvikle bruker- og pasientmedvirkning slik at deres erfaringer med hvordan samhandlingen fungerer, tas i bruk på en systematisk måte.
- 3. Erfaring fra pasienter og brukere skal ha blitt hørt i forbindelse med utarbeidelsen av avtalene.**

## 7.3 Innhentet data

### 7.3.1 Samarbeidsavtale

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

Gjennom fylkesstyrene i KS i Hedmark og Oppland ble det, etter initiativ fra kommunene, vedtatt å opprette en felles forhandlingsgruppe. Gruppen skulle utarbeide forslag til felles avtaletekst mellom hver kommune og SI<sup>10</sup>. Brukerutvalget til SI skulle ivareta brukerrepresentasjonen under forhandlingene og møte i forhandlingsmøtene.

Resultatet av forhandlingene ble en avtale som i stor grad bygget på allerede eksisterende avtaler og veilederen for 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 blir satt til 31.1.2013. Revideringsgruppa hadde samme sammensetting som de som utarbeidet den originale avtalen. Gruppa mottok innspill fra overordnet samarbeidsutvalg som hadde gjennomført evalueringer i form av:

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

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

---

<sup>10</sup> 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.

Den nåværende avtalen trådte i kraft 1.3.2015 og er satt til å vare frem til 1.3.2019. Den opprinnelige forhandlingsgruppen var i denne runden byttet ut<sup>11</sup> og det ble i forkant av evalueringsarbeidet gjennomført en prosess der alle kommuner ble invitert til å delta. KS ledet evalueringsprosessen som ble gjennomført på følgende måte:

1. Informasjon om evalueringsprosessen ble sendt ut i juni 2014
2. Questback ble sendt ut i slutten av august
3. Workshop der representanter fra fagmiljøene både fra kommunesektoren og SI deltok, ble arrangert 22. oktober
4. Behandling i RU<sup>12</sup> Oppland 20.11.14, RU Hedmark 21.11.14 og i KS-styret 28.11.14

Resultatene fra evalueringsprosessen viste at questbacken gav lav svarprosent, kun 16 % av kommunene svarte med SI hadde en svarprosent på 66 %. Workshopen ble ansett som vellykket der gruppene hadde gode dialoger som ledet frem til konstruktive innspill til det videre revideringsarbeidet. Resultatene fra questbacken og innspillene fra workshopen ble brukt i to forhandlingsmøter mellom partene.<sup>13</sup>

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

- Avtalen består nå av ett dokument der tjenesteavtaler og samhandlingsrutiner er inkludert. Det medfører behov for en underskrift fra kommunen og en fra SI per avtale.
- Samfunnspanelet er tatt ut av samhandlingsstrukturen. Dette forumet ble i utgangspunktet opprettet i forbindelse med SI sitt omstruktureringsarbeid, og tidligere direktør ønsket et forum med ordførere fra vertskommunene. Dette er nå ivare tatt av andre møteplasser.
- Kvalitetsutvalget er lagt inn som en del av de geografiske utvalg sine oppgaver.
- Forslag til nye rutiner og endring av eksisterende rutiner foreslås behandlet i OSU<sup>14</sup>, før rådmann/administrerende direktør godkjenner.
- Tidligere tjenesteavtale nr. 3 og tjenesteavtale nr.5, er i denne utgaven slått sammen til en felles tjenesteavtale som heter «Ansvar og oppgaver for innleggelse i og utskrivelse fra SI».
- Tjenesteavtale nr. 2 har endret tittel til «Koordinerte tjenester»
- Tjenesteavtale nr. 6 og nr.7 er slått sammen til en felles tjenesteavtale «Samarbeid om utdanning og forskning». I forhold til kompetanseutveksling er det åpnet for at partene kan delta på hverandres opplæringsarenaer som internundervisning og kurs.
- Tjenesteavtalene kommer med nye nummer. Antallet er redusert fra 12 til 10.

<sup>11</sup> Gruppen besto nå av rådmann Omar Dajani, Nord-Aurdal kommune (leder), avdelingsleder Harald Landheim, Lillehammer kommune, Roy Heine Oslen, Elverum kommune, Åse Ingeborg Borgos, kommunelege, fastlege og praksiskonsulent Tynset kommune og Liv Kaartorp, KS Hedmark og Oppland som sekretær, rådgiver og koordinator for arbeidet.

<sup>12</sup> RU = Rådmannsutvalgene

<sup>13</sup> Fra SI stilte Morten Lang-Ree, Grethe Fossum, Marthe Flugstad, Per Rasmussen brukerutvalget, Liv Haugli hovedtillitsvalgt og Hans Kristian Hellum jurist. Fra kommunesektoren møtte forhandlingsutvalget.

<sup>14</sup> OSU= Overordnet samarbeidsutvalg

### 7.3.2 Nåværende avtale

Den nåværende avtalen består av 10 tjenesteavtaler og 9 skriftlige rutiner i tillegg til en innledning.

Innledningen presenterer hovedtrekk ved avtalen som hvem som er avtaleparter, hva som er formålet, kort om samarbeidsutvalg og avtalens varighet. Videre følger så de 10 tjenesteavtalene som er følgende:

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

De 9 rutinene som er tilknyttet avtalen utdyper til dels hvordan ansvaret og oppgavene som er fastsatt i tjenesteavtalene skal fordeles og hvem som har ansvaret for hva. De 9 rutinene er følgende:

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

### 7.3.3 Kommunikasjonsrutiner og kommunens syn

I tillegg til de rutinene som følger med samarbeidsavtalen har kommunen en egen rutine rettet mot oppfølgingen av meldinger som heter «Oppfølging av sendte og mottatte meldinger i pleie- og omsorgstjenesten». Rutinen beskriver hvordan innkommende meldinger skal behandles slik at det foregår i samsvar med samhandlingsformen og tilsvarende tjenesteavtaler og rutiner. Kontakt med sykehuset skal hovedsakelig foregå gjennom PLO, og det er innarbeidet 3 faste daglig klokkeslett der innkommende meldinger skal sjekkes. Om noe er uklart så er et fremdeles rom for å benytte telefon.

Kommunen oppgir under intervju at de i hovedsak er fornøyd med samarbeidet med sykehuset Kongsvinger som de i hovedsak forholder seg til. Samarbeidsavtalene ligger til grunn, nå i hovedsak som passive og innarbeidede rammer. Det var mer fokus på avtalene i starten av samhandlingsreformens sin virkeperiode. Nå er det de rutiner som ligger som vedlegg til avtalene

som er relevante. Det var tidligere et problem med at det ofte ikke fulgte epikrise med utskrevet pasient, men dette har blitt bedre nå.

På den negative siden har tidligere vært en tendens til at sykehuset for fort har lovet pasientene plass på sykehjem/korttidsplass i kommunen når de er ferdig behandlet. PWC leverte 5. januar 2017 en rapport<sup>15</sup> om hvordan kommunen burde innrette sin helse og omsorgssektor frem mot 2030. I rapporten gjøres samme funn når det kommer til samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Det trekkes frem utfordringer innen samarbeidet mellom tildelingskontoret, der det fra kommunens side oppleves som utfordrende at spesialisthelsetjenesten definerer tjenestetilbudet som kommunen skal tilby når pasientene kommer tilbake til kommunen. Dette skaper slik kommunen ser det forventning om et tjenestetilbud hos pasienten/ pårørende som kommunen ikke kan innfri. Kommunen tok tidligere ukritisk imot alle, noe som førte til stort overbelegg på sykehjemmet. Kommunen foretar nå egne vurderinger av pasientens tilstand på sykehuset. Dette gjøres når sykehuset melder at de har en utskrivningsklar pasient som trenger korttidsplass på sykehjem. Problemstillingen er fra kommunens side tatt opp i de aktuelle samarbeidsfora, og vi har fått opplyst at det har skjedd en bedring den siste tiden.

#### 7.3.4 Samarbeids forum

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

Geografisk samarbeidsutvalg (GSU) består av representanter for lokalsykehuset og kommunene som geografisk tilhører det sykehuset. Det vil si at kommunene Nord-Odal, Sør-Odal, Grue, Eidskog og Kongsvinger tilhører GSU med Sykehuset Kongsvinger, mens Våler og Åsnes er i GSU Elverum-Hamar. GSU har ansvar for å ha gode rutiner for samarbeid og informasjonsutveksling mellom SI og de tilhørende kommunene. Utvalget skal benyttes for å sette dagsorden i forhold til kvalitetskrav i samhandlingen på systemnivå. Målsettingen er å heve kvaliteten og å forbygge systemsvikt. Eventuelle avvik fra samarbeidsavtalene skal behandles her. I GSU møter kommunalsjefer for kommunene, en representant for brukerutvalget, en representant for fastlegene og representanter for sykehuset Kongsvinger og SI.

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

<sup>15</sup> Grue kommune. Dimensjonering av helse- og omsorgssektoren mot 2030



### 7.3.5 Informasjon fra sykehuset

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

Det ble gjennomført intervju med spesialrådgiver for samhandling på Kongsvinger sykehus. Kongsvinger sykehus opplever at de har et tett samarbeid med alle kommunene i nærområdet. Samarbeidet foregår både gjennom den etablerte samarbeidsstrukturen med OSU, GSU og klinisk samarbeidsutvalg, men også gjennom ad hoc basert kommunikasjon.

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

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

Sykehuset prøver å være forsiktige med å «love» hva slags kommunale tjenester en pasient kan forvente seg når vedkommende er ferdigbehandlet på sykehuset. Dette glipper nok innimellom når det kommer til rett til sykehjemsplass<sup>16</sup>. Når det gjelder reinnleggelser har vi fått opplyst at sykehuset har en god trend, og at de har færrest reinnleggelser av sykehusene i SI.

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

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

## 7.4 Revisors vurdering

Som vi ser av samarbeidsavtalen, inneholder den **de punkter som er skissert i underpunktene under revisjonskriterie nummer 1**. Kriteriet er med dette oppfylt.

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**.

<sup>16</sup> Fra kommunen har vi fått opplyst at dette, for deres vedkommende, vanligvis kan knyttes til lovnad om korttids plass

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.**

Revisjonskriterie nummer 2 omhandler hva avtalene bør ha bidratt til. Avtalene skulle:

- 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.

I og med at avtalene ikke er i aktiv bruk, men ligger som passive grunnsteiner i samarbeidet er det utfordrende å kunne komme med klare konklusjoner. Det kan tyde på at avtalene har **klargjort ansvars- og oppgavefordelingen på administrativt og tjenesteytende nivå ved utforming og iverksetting av samhandlingstiltak.** Spesielt samhandlingen gjennom elektroniske meldinger blir trukket frem som svært positivt. Utover dette er det en del uformell samhandling, via telefon og ved besøk på sykehuset. Selv om avtalen skisserer bruk av gjensidig hospitering, er dette noe som brukes i svært liten grad.

Revisor vurderer det til at kommunen forsøker å **sikre behandling på lavest effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet).** De ansatte i kommunen oppfatter at det blant innbyggerne i kommunen, er en oppfatning av at syke og gamle folk, skal på sykehjem. Dette kan være en indikasjon på at flere enn nødvendig søker seg til sykehjem, eller at kommunene ikke godt nok har lyktes med å kommunisere til innbyggerne hva hjemmebaserte tjenester faktisk kan bistå med. Det er dog i kommunen et fokus på et skifte fra et pleie- til et mestringperspektiv, så de jobber med at flere skal klare seg i hjemmene sine. Kommunen har gående et prosjekt med hverdagshabilitering, der brukere blir tilbudt

opptrening i hjemmet. Det arbeides nå med å utarbeide nye tildelingskriterier slik at det skal kunne komme klarere frem hva som ligger til grunn ved vedtak om / avslag på en pleieplass.

Revisor vurderer at kommunen har **utviklet tiltak som sikrer god koordinering og gode pasient- og brukerforløp, og som følger faglige retningslinjer og veiledere**, samt **utvikle tiltak som sikrer god kvalitet og pasientsikkerhet**. Tildelingskontoret er med på å sikre at pasientene i kommunen får riktig behandling på riktig nivå. Sykehjemmet er i tillegg med i prosjektet «Gode pasientforløp».

Revisor har ikke under intervjuene fått inntrykk av at det er en stor grad av misnøye med **likeverdighet mellom avtalepartene**. På spørsmålet om avtalen fører til **utvikling av en god samhandlingskultur**, så kan det virke slik, siden det under intervjuer både kommer frem at kommunen i hovedsak er fornøyd med samarbeidet og de er bevisst på at det finnes avtaler som ligger til grunn.

For å få et inntrykk av hvordan brukervedvirkning på systemnivå ivaretas har revisjonen snakket med Eldrerådet (se innhentet informasjon fra møtet med dem under delkapittel [10.3.5](#)), og de blir til dels tatt med på råd i saker som angår dem. Ofte kommer sakspapirer for sent til at de rekker å behandle aktuelle saker før de skal opp i kommunestyre. De blir dog informert om tilstanden til kommunens helse og omsorgstjenester gjennom ordfører eller kommunalsjef. Revisor vil da ikke gå så langt som å si at kommunen har **videreutviklet bruker- og pasientmedvirkning slik at deres erfaringer med hvordan samhandlingen fungerer, tas i bruk på en systematisk måte**. Men det blir sporadisk gjort så revisor konkluderer med at kriteriet er delvis oppfylt.

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

#### 7.4.1 Anbefalinger

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

I den andre enden av skalaen har kommunen opplevd at sykehuset gjentatte ganger, etter kommunens syn, «lovet» bort kommunale tjenester til pasienter, uten at kommunen nødvendigvis er enig i prioriteringene. Kommunen bør fortsette med å adresse denne problemstillingen ovenfor sykehuset, både direkte med de aktuelle avdelinger og overordnet gjennom samarbeidsforumene. Kommunen bør også benytte seg av muligheten for hospitering, dersom kommunen ønsker dette. Hospitering kan bidra til å skape felles forståelse av arbeidssituasjonene.

## 8 Problemstilling 2, grep tatt i kommunene

### Problemstilling 2

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

### 8.1 Bakgrunnsinformasjon

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

I stortingsmeldingen 47 (2008-2009) sitt sammendrag er det fremhevet tre utfordringer som reformen skal løse. Utfordring nummer 1 er «pasientens behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok- fragmenterte tjenester». Utfordringen er at mange pasienter og brukere har behov for koordinerte tjenester over kort eller lang tid, fra forskjellige tilbydere innen det norske helsesystemet. Problemet ligger i at det ikke har eksistert systemer som er rettet inn mot helheten. Det har eksistert et gap mellom hva spesialisthelsetjenesten og hva kommunehelsetjenesten har sett som sine mål. Brukeren er avhengig av at begge tjenester samarbeider om koordinering for å sikre en best mulig behandling.

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

### 8.2 Revisjonskriterier for problemstilling 2

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

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

- 2. Pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerende tjenester skal ha tilbud om individuell plan**
- 3. Kommunen skal tilby en koordinator for pasienter med langvarige og koordinerende tjenester.**
- 4. Kommunen skal ha en koordinerende enhet.**
- 5. Kommunen bør ha rutiner for å systematisere arbeidet mellom fastlegene, de kommunale tjenester og SI.**

## 8.3 Innhentede data

### 8.3.1 IKØ, Interkommunal øyeblikkelig hjelp

Samhandlingsreformen innebar blant annet at kommunene etter helse- og omsorgslovens § 3-5 var pliktig til å tilby døgnopphold med øyeblikkelig hjelp. 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. Forut for en innleggelse skal alle pasienter være tilsett av en lege som har vurdert at tilstanden kan ivaretas med den kompetanse som IKØ kan stille til rådighet. Aktuelle pasientgrupper er blant annet:

- Pasienter med akutt forverrelse av kroniske tilstander.
- Pasienter til observasjon og utredning med uavklarte tilstander som mage-brystsmerter eller andre tilstander der det ikke vurderes nødvendig med sykehusinnleggelse.
- Pasienter med kjent, kronisk smerteproblematikk, samt palliativ og terminal omsorg med behov for medikamentjustering.
- Pasienter med behov for observasjon og behandling som kan utføres i kommunal avdeling, av typen infeksjoner, dehydrering, redusert helsetilstand o.l.

Kommunene Eidskog, Nord-Odal, Sør-Odal, Grue, Kongsvinger og Nes gikk sammen i et vertskommunesamarbeid, organisert etter kommunelovens § 28-1b, administrativt vertskommunesamarbeid. Fra 1.1.2017 har Nes trukket seg ut av samarbeidet. IKØ er lokalisert i 7. etasje på Kongsvinger Sykehus. De leier lokaler fra sykehuset, i tillegg til at de har en rekke andre avtaler med levering av tjenester fra sykehuset, som kjøkken, vaskeri og laboratorium. IKØ har også avtaler om ukentlige visitter av lege fra sykehuset, som gir råd og veiledning om pasienter, eventuelt også vurderer om pasienten bør legges inn på sykehuset. IKØ kan i tillegg få konsultasjon fra spesialister innen forskjellige fagområder fra sykehuset. Det blir da fakturert for medgått tid, noe som gir IKØ en relativt rimelig beredskap. Bemanningen består av lege og sykepleiere. Det er ansatt to leger, en fast i 80 % og en vikar i 20 % stilling. Det er videre en teamleder og 17 fast ansatte sykepleiere i ulike stillingsbrøker. Det er 9 sengeplasser på avdelingen.

Sykehuset Kongsvinger er fornøyd med hvordan ordningen fungerer, og de ser nytten av å stille med lege til faste visitter og spesialister ved behov. Dette kan føre til at det er færre pasienter som blir innlagt på sykehuset. For sykehuset er utfordringen til dels å få kommunisert ut at avdelingen ikke er en del av sykehuset, og at de med det ikke selv kan legge inn pasienter. Det er kun fastlegene og legevakten som har denne myndigheten.

Grue kommune disponerer 0,89 plasser. Kommunen benytter seg ikke fullt ut av tilbudet. De anslår at de benytter seg av om lag 50 % av kapasiteten, eller mellom 0 og 2 pasienter i måneden. Fra september 2016 til 27.april 2017 har kommunen hatt 18 brukere innlagt på IKØ. Det er i hovedsak pasienter fra hjemmebaserte tjenester som benytter IKØ plassene. Kommunen har opplevd at pasienter som er forsøkt lagt inn blir avvist da de ikke faller innenfor den definerte målgruppen. Det er videre kommunens fastleger som foretar innleggelser, og det kan hende at de kan velge det «trygge» og vanlige ved å sende pasienter til en normal sykehusinnleggelse. Kommunen opplever videre at IKØ, som for sykehuset for øvrig har en tendens til å utskrive pasienter med anbefaling om korttidsplass.

Legevakten er også lokalisert ved Kongsvinger sykehus, og med de samme eierne som for øyeblikkelig hjelp plassene. Kommunens fastleger er med i legevaktordningen på samme måte som fastlegene i de øvrige samarbeidskommunene.

### 8.3.2 Grep tatt i kommunen

I intervjuene vi foretok i kommunen, virker det som om kommunen i det store og det hele føler at de nå har tatt grep som gir kommunen **kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten**. Dette gjelder både grep tatt internt i kommunen og også grep tatt opp mot sykehuset. Grep mot sykehuset er som beskrevet under kapittel 7.3.3 arbeid med å skape en felles forståelse om hva hjemmebaserte tjenester Grue kan bidra med. Grep internt er bygging av 8 nye sykehjemsplasser<sup>17</sup>. Også tildelingskontorets egne vurderingsbesøk på sykehuset kan bidra til at kommunen får økt kapasitet til å ta imot pasienter, gjennom en bedre fordeling av pasientene på hele kommunens tilbudsspekter. Statistikken i neste delkapittel viser et noe annet bilde. Det er noen reinnleggelser, av ulike årsaker. Noen ganger er det uavklarte ting ved pasienten og andre ganger skjer det komplikasjoner. Kommunen har også lurt på om det i enkelte tilfeller er slik at pasienter blir skrevet ut for tidlig. Prosjektet «gode pasientforløp» som kommunen er med i, skal på sikt få ned antallet reinnleggelser.

For at kommunen skulle ha mulighet til å gi brukerne et godt og tilpasset tilbud, har de måttet foreta en kompetanseheving. Kommunen oppgir under intervjuene at de arbeider aktivt med å øke kompetansen til de ansatte. De har søkt om kompetansemidler fra fylkesmannen og det er ansatte som nå tar videreutdanning. Kommunen abonnerer også på IT- baserte opplæringsplattformer som de ansatte inne hjemmebaserte har som målsetting om å ta 2 kurs av, i måneden.

Hospitering blir som nevnt under behandling av problemstilling nummer 1, ikke benyttet i stort omfang. Hjemmebaserte tjenester bruker sykehuset når de trenger opplæring på nye tekniske hjelpemidler. Kommunen ser at det kan være en nytteverdi å bruke hospitering. Kommunen har tidligere ikke hatt problemer med å få tak i kvalifisert arbeidskraft, men opplever nå at det er tyngre.

Ved at kommunen har rutiner for blant annet utskrivning av pasient fra sykehuset til hjemmet, opprettelse av ny elektronisk melding i Profil, overvåking av elektroniske meldinger og oppfølging av avvik på meldinger og om innkomne elektroniske meldinger, kan man si at **kommunen har opprettet systemer som sikrer samhandling**. På spørsmål om **tilbudet er tilpasset den enkeltes behov**, så er det i utgangspunktet **individuell plan**, og eventuell andre brukerspesifikke tiltaksplaner samt bruk av **koordinator**, som er aktuelt. Se avsnittet under.

<sup>17</sup> 4 korttids og 4 langtidsplasser

**Koordinerende enhet** i kommunen er Tildelingskontoret. Enheten har 4,6 årsverk, derav 2 saksbehandlere for korttids og langtidsplasser og 1 saksbehandler juss, psykiatri og utviklingshemninger. Leder har hatt fokus på bedre utnytting og opprettelse av flere korttidsplasser etter at vedkommende begynte i jobben. Antall korttidsplasser har økt fra 4 til 12, derav 2 som er faste rullerings/avlastningsplasser. Enheten har ansvaret for tildeling av tjenester og arbeider nå med å utarbeide nye tildelingskriterier som skal tydeliggjøre hva som vektlegges ved tildeling av kommunale tjenester.

Tildelingskontoret foretar som nevnt vurderingsbesøk på sykehuset, for å få en riktigere plassering av pasienten når han/hun skal få et tilbud i kommunen. Tildelingskontoret har som målsetting at vedtak om tjenester ikke skal fattes over hodet på brukerne. De strekker seg da etter å gi brukeren medvirkning i eget behandlingsopplegg og det nakkes med brukerne før det blir fattet vedtak om korttidsplass. Tildelingskontoret ser behovet for å gi god informasjon til brukerne om hva hjemmebaserte tjenester kan bidra med. De mener at det henger igjen en gammel tro på at det er sykehjem som, uansett behov, er den beste plassen å være på når man blir gammel. Når en bruker har blitt tildelt nye hjemmebaserte tjenester foretar tildelingskontoret et hjemmebesøk etter 2-3 dager for å se om vedkommende har de riktige tjenestene. Dokumentasjonssystemet profil blir også benyttet. Når pasienten kommer fra sykehuset til egen bolig er det lagt inn hjemmebesøk fra saksbehandler innen 2 uker. Beboere som har hatt korttidsplass får tilbud om en avsluttings samtale, der videre behov for tjenester avtales med bruker/pårørende.

**Pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerende tjenester skal ha tilbud om individuell plan.** Individuell plan blir utarbeidet av tildelingskontoret og det er de som også stiller med koordinator. På det tidspunkt rapportens datamateriale ble innsamlet var det omtrent 11 i kommunen som hadde IP. Både hjemmebaserte tjenester og sykehjemmet lager tiltaksplaner/pleieplaner for den enkelte bruker. Brukeren er også tildelt en primærkontakt som har ansvaret for oppfølgingen av planene og kontakt med pårørende. For beboere på korttidsplasser er det tildelingskontoret som i felleskap er primærkontakt.

Det er ikke **rutiner for å systematisere arbeidet mellom fastlegene, de kommunale tjenester og SI.** Det er planer om å gjennomføre et fellesmøte med alle kommunens fastleger, når de nye tildelingskriteriene er ferdig. Det er et ønske om å ha et sterkere samarbeid mellom fastlegene og tildelingskontoret, blant annet om mulighetene PLO gir.

Kommunen er med i en arbeidsgruppe/læringsnettverk i regi av KS som kalles *Gode pasientforløp*. I dette nettverket deltar ansatte i helse- og omsorg i kommunen og kommunen, for nettopp aktivt å jobbe med å forbedre og utvikle gode pasientforløp.

### 8.3.3 Statistikk

#### *Fagutdanning*

Samhandlingsreformen har ført med seg et økt krav til kompetanse blant de ansatte som følge av mer krevende brukere/pasienter, noen som muligens gjenspeiles i statistikken. Kvalitetsindikatoren andel avtalte årsverk av personell med fagutdanning, kan gi indikasjoner på om det har foregått en utvikling i kommunen. Indikatoren er tredelt, der det fremkommer informasjon på andel med

fagutdanning totalt, andel med fagutdanning høgskole og andel med fagutdanning videregående skole. Tidsperioden er fra 2010, det vil si før reformen og frem til 2014, så det kan ha skjedd endringer etter den tid som ikke er blitt publisert enda.

Som vi ser så har det vært en svak nedgang i antall ansatte med fagkompetanse totalt og en tilsvarende svak økning i andelen med fagutdanning høyskole, mens fagutdanning på videregående skole nivå har gått litt ned.

### Andel avtalte årsverk av personell med fagutdanning

	2011	2012	2013	2014
<b>Andel med fagutdanning totalt</b>	75	75	73	73
<b>Andel med fagutdanning høyskole</b>	29	32	31	31
<b>Andel med fagutdanning videregående skole</b>	46	43	42	42

Tabell 2 Andel avtalte årsverk, i prosent<sup>18</sup>

### Reinnleggelser

Andelen pasienter som opplever en reinnleggelse på sykehus innen 30 dager etter utskriving, kan gi en indikasjon på om de muligens var skrevet ut for tidlig, eller at kommunen ikke var dyktige nok i sitt stell. Antall reinnleggelser har gått noe ned fra 2014 til 2016, som kan indikere enten at sykehuset er flinkere til å vurdere om pasienten er klar for kommunehelsetjenesten, eller at kommunen har blitt flinkere til å behandle pasienten i kommunen. Det er store svingninger mellom årene, så det er utfordrerne å kunne konkludere om det finnes en jevn trend. Kommunen er overasket over den siste tids økning og stiller et spørsmål om pasienten virkelig var klar for utskrivelse.

	2014	2015	2016
<b>Reinnleggelser i %</b>	30,8	9,5	14,9

Tabell 1<sup>19</sup>

	2014	2015	2016
<b>Reinnleggelser i % av landsgjennomsnitt</b>	156,2	48,5	74,8

Tabell 2<sup>20</sup>

	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Reinnleggelser absolute tall</b>	0	0	16	7	10

Tabell 5<sup>21</sup>

<sup>18</sup> Helsenorge.no

<sup>19</sup> SAMDATA kommune

<sup>20</sup> SAMDATA kommune



### Utskrivningsklare pasienter

Utskrivningsklare pasienter med overliggerdøgn<sup>22</sup> kan gi en indikasjon på hvordan kommunen har organisert sine tjenester til å være rustet til å raskere ta imot pasientene fra sykehuset. Vi ser at antall overliggerdøgn har økt betraktelig de siste årene. Antall utskrivningsklare pasienter for landet totalt, sank fra 2011 til 2012 og har vært nærmest stabilt fra 2012. Dette kan indikere at Grue kommune ikke har de tilbudene de trenger i kommunen for å ta vare på pasienter som kommer fra sykehus eller at **kommunen ikke har kapasitet til å ta i mot utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten**. Kommunen er klar over at de har hatt utforinger innen å ta imot pasienter, og har derfor bygget ut 8 nye sykehjemsplasser. Kommunen og Sykehuset Kongsvinger mener at dette har hjulpet, og vi har fått opplyst fra kommunen at man ikke har hatt overliggerdøgn etter at disse sykehjemsplassene ble tatt i bruk høsten 2016.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Antall pasienter med overliggerdøgn</b>	10	8	9	16	30	33

Tabell 6 Per 1000 innbyggere<sup>23</sup>

## 8.4 Revisors vurdering

Når det kommer til det første revisjonskriteriet, om **kommunen har tilpasset virksomheten slik at tjenestens innhold og omfang er i stand til å følge opp de krav som stilles i loven**, ser der ut til at kommunen oppfylder de to første underpunktene, at **kommunen skal kunne tilby heldøgns medisinsk nødhjelp** og at **kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp**. Dette gjøres gjennom felles legevaktordning og samarbeide om IKØ lokalisert på Kongsvinger sykehus.

Under det tredje underpunktet, om **kommunens har kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten**, så har dette vært en større utfordring for kommunen. Både kommunen og sykehuset Kongsvinger mente, da datainnsamling til forvaltningsrevisjonen ble gjennomført vinteren 2017, at tilstanden var på vei til å bli bedre, og at bygging av 8 nye sykehjemsplasser ville hjelpe. I forbindelse med verifiseringsmøte høsten 2017 har vi fått opplyst at kommunen ikke har hatt pasienter med overliggerdøgn etter at disse plassene ble opprettet høsten 2016. Revisor anser således kriteriet som oppfylt.

Revisjonskriterie nummer 2 om at **Pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerende tjenester skal ha en individuell plan**, nummer 3 **kommunen skal tilby en koordinator for pasienter med langvarige og koordinerende tjenester** og nummer 4 **Kommunen skal ha en koordinerende**

<sup>21</sup> SAMDATA Kommune

<sup>22</sup> Overliggerdøgn er den tiden pasienten blir liggende på sykehuset etter at den er definert som utskrivningsklar. Tallene presentert her gjelder personer med én eller flere dager som utskrivningsklar, så det sier ingenting om hvor lenge pasienten har ligget over på sykehuset.

<sup>23</sup> SAMDATA - kommune

**enhet** henger i stor grad sammen. Etter hva revisor har blitt informert om utarbeider kommunen individuell plan til de som har behov for det. Det blir også utarbeidet tiltaksplaner/pleieplaner for alle pasienter/brukere. Tildelingskontoret er tillagt funksjonen som **koordinerende enhet**. De ansatte i kommunen mener at enheten fungerer bra og er dyktige til å ta fatt i samarbeidet med sykehuset og internt i kommunen. Rollen som **Koordinator** er også underlagt tildelingsenheten, så pasienten/brukeren har en kontaktperson i kommunen å forholde seg til. Revisor vurderer med dette de tre kriteriene som oppfylt.

Når det kommer til at **kommunen bør ha rutiner for å systematisere arbeidet mellom fastlegene, de kommunale tjenester og SI**, så finner ikke revisjonen at det finnes spesielle rutiner for dette. Kommunen har imidlertid planer for økt samarbeid med fastlegene i tiden som kommer. Fastlegene er viktige aktører i arbeidet med å sikre gode pasientforløp, og vi mener det er viktig med dialog og samarbeid. Opp mot den enkelte pasient, men også på systemnivå. Kriteriet kan ikke anses fullt ut oppfylt.

#### 8.4.1 Anbefalinger

Stortingsmeldingen understreker at alle aktører og enheter innen helse- og omsorgstjenesten må ha en kultur og forståelse for at deres tjenester er en del av et større pasientforløp. De må skape en felles forståelse og mål om hva som er gode pasientforløp. Selv om dette arbeidet går på tvers av kommuner og sykehus, er det viktig at kommunen starter dette arbeidet hos seg selv først.

Det virker som om kommunen har tilpasset virksomheten slik at tjenestens innhold og omfang er i stand til å følge opp de krav som stilles i loven; kommunen tilbyr heldøgns medisinsk nødhjelp og sørger for tilbud om døgnopphold for pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Tilbudet kan brukes i større grad så revisor anbefaler kommunen å undersøke hva som skal til for at kapasiteten brukes fullt ut. Informasjon og kunnskap om ordningen er viktig for at den skal benyttes.

Det virker som Tildelingskontoret som koordinerende enhet er en velfungerende enhet, som bidrar til et godt samarbeid på tvers av enheter i kommunen.

Kommunen har tidligere hatt til dels store problemer med å ta imot utskrivningsklare pasienter. Å betale sykehuset for utskrivningsklare pasienter vil i lengden bli dyrt for kommunen og skaper også ressursproblemer for sykehuset. Revisor regner med at kommunen vil fortsette å arbeide for å ha et lavt antall overliggerdøgn.

Revisor anbefaler til slutt at kommunen kan vurdere å systematisere og formalisere samarbeidet med fastlegene i kommunen for å få gode pasientforløp til å fungere optimalt.

## 9 Problemstilling 3, brukeroppfatning

### **Problemstilling 3:**

Hvordan opplever helsetjenestens brukere effektene av samhandlingsformen?

### 9.1 Bakgrunnsinformasjon

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

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

#### 9.1.1 Relevant forskning

Forskningsrådets rapport «Evaluering av samhandlingsformen»<sup>24</sup>, ser blant annet på hva som er gjort innen et helhetlig pasientforløp. Resultatet som fremkommer i rapporten er at det for en del pasienter har blitt et mer oppstykket hjem-sykehus-hjem forløp. Blant annet har interkommunale døgntilbud ført til at pasientene kan få et mer oppstykket forløp med mellomopphold før og etter sykehusinnleggelse. De økonomiske insentivene har bidratt til å korte ned sykehusoppholdet ved at kommunene må betale for eventuelle overliggerdøgn etter at pasienten er vurdert som utskrivningsklar. Dette kan føre til at en eventuell kontinuitet i behandling og rehabilitering blir brutt opp. En hver forflytting krever også full dokumentasjon (epikrise og henvisninger), noe som øker faren for feil.

Rapporten konkluderer med at det har vært en beskjeden grad av brukermedvirkning i prosessene rundt implementeringen av reformen. Effektene av reformen på dette feltet ser ut til å være at en del pasienter har fått et mer oppstykket forløp.

### 9.2 Revisjonskriterier for problemstilling 3

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

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

<sup>24</sup> Sluttrapporten fra styringsgruppen for forskningsbasert følge evaluering av samhandlingsformen (EVASAM)

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

## 9.3 Innhentet data

### 9.3.1 Pasient og brukerombudet

For å få et inntrykk av brukernes perspektiv har vi tatt kontakt med pasient- og 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 gav 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 tema samarbeid mellom helseforetak og kommuner er de av den oppfatning at det i hovedsak fungerer bra. Det oppleves dog et stadig behov for å revidere rutiner for konkret samhandling slik at pasienter og brukere sikres forsvarlig oppfølging i overgangene. Det har inntruffet alvorlige svikt i kommunikasjonen og ansvarsforståelsen i overgangen mellom sykehusopphold og de kommunale helsetjenestene.

Når det kommer til helhetlige tjenester erfarer de at det er mangler i mange kommuner på koordinering og samarbeid mellom fastleger og andre deler av kommunens tjenester og spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder særlig manglede bruk av individuell plan. De opplever i dialogen med pasienter, brukere og helsepersonell at det er manglende kunnskap og forståelse for IP og holdninger som tyder på at arbeidet med IP oppleves som en ekstra byrde/merarbeid og ikke et hensiktsmessig verktøy.

Angående klager og direkte henvendelser så er det få som er direkte knyttet til samhandlingsformen. De har ikke holdepunkter for å si at brukerne/pasientene har fått bedre eller dårligere tjenester som følge av denne. De har ikke registrert endring i antall mottatte henvendelser/klager som følge av reformen. Det oppleves generelt at det er mangler i hvordan pasienter, brukere eller brukerorganisasjoner aktivt involveres i utarbeidelse av rutiner og systemer, herunder omstillinger innen helse- og omsorg i kommunene.

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

### 9.3.2 Brukerundersøkelser

Grue kommune har ikke gjennomført noen brukerundersøkelser i den siste tidsperioden som kunne vært aktuelt å bruke i rapporten.

### 9.3.3 Eldrerådet

Eldrerådet i Grue kommune består av 5 medlemmer, der kun lederen har sittet i lenger enn en periode. Eldrerådet skal bli hørt i saker som angår dem, og blir holdt informert om tilstanden til kommunens helsetjenester gjennom redegjørelser fra enten ordfører eller kommunalsjef for helse- og omsorg. Rådet opplever at de ikke alltid blir tilsend sakspapirer til aktuelle saker tidsnok til å kunne foreta en behandling før de aktuelle saker skal opp i kommunestyret.

Rådet får få henvendelser fra kommunens eldre, så de har da et mangelfullt grunnlag for å kunne si noe sikkert om hvordan samhandlingsreformen eventuelt har påvirket kommunen. Eldrerådet mener at det nå er rolig rundt reformen. De tror ikke at manglende tilbakemeldinger og klager fra kommunens eldre betyr at alt er rosenrødt i kommunen. Det er nok heller et resultat av at befolkningen ikke vil sette sine klager ned på papiret og ta arbeidet med en formell klagegang.

### 9.3.4 Data fra kommunen

Ett av revisjonskriteriene er at **pasient/bruker bør oppleve å være inkludert av kommunen i eget opplegg**. Som nevnt under kapittel 8.3.2 foretar tildelerenheten hjemmebesøk og tilbyr avslutningssamtaler etter korttidsopphold på sykehjem. De forsøker også å tilpasse tilbudet til brukernes preferanser, eksempelvis gjennom å bli enig om en utskrivningsdato fra sykehjemmet som er senere enn det er medisinsk grunnlag for. Sykehjemmet tilbyr inkomstsamtale med nye brukere, der behov og ønsker blir tatt opp. Sykehjemmet har også informasjonsmøter og hyggekvelder for pårørende, som skal bidra til å skape et bedre miljø og bedre informasjonsflyt.

Pasienten skal i følge revisjonskriteriene **oppleve forløpet og kommunikasjonen med helsevesenet som mer helhetlig enn før reformen**. Som nevnt under behandlingen av problemstilling 1, er kommunen misfornøyd med at sykehuset lover bort behandlingstilbud som kommunene ikke anser at det er behov for. Dette fører med seg unødvendig forvirring for pasientene. Under intervjuene kom det frem at kommunen mener at pasientene nå merker lite til de endringer som samhandlingsreformen bragte med seg, og at eventuelle endringer kom i de første årene etter at reformen trådte i kraft

Ett av revisjonskriteriene er at **kommunen bør sikre at det gis informasjon om hvordan en pasient/bruker kan klage på et vedtak om helsetjenester**. Det blir informert om klageadgang i vedtaksbrevene. Det er generelt få formelle klager. HDO har hatt en formell klage som gikk til fylkesmannen. Deler av hva fylkesmannen gav tilbakemelding på gikk på mangler i forhold til vurderinger av samtykkekompetanse. Det er derimot flere, spesielt pårørende som tar direkte kontakt gjennom mail eller telefon. Dette er i hovedsak velkomment for kommunen, da de får en mulig til å se hva som ikke fungerer, og så eventuelt sette i verk opprettende tiltak.

## 9.4 Revisors vurdering

Revisjonskriterie nummer 1 omhandler om **pasient/bruker blir inkludert av kommunen i eget opplegg**. Revisor vurderer at dette blir gjort i kommunen, spesielt gjennom hvordan tildelingskontoret arbeider.

Revisjonskriterie nummer 2 går på om **pasienten/brukeren opplever forløpet og kommunikasjonen med helsevesenet som mer helhetlig enn før reformen**, noe det er metodisk vanskelig å finne svar på. Manglede brukerundersøkelser og få konkrete tilbakemeldinger til for eksempel eldrerådet gjør at det er lite data å trekke konklusjoner fra. Kommunikasjonsproblemet med sykehuset om behandlingstilbud i kommunen, er adressert og blir jobbet med. Revisor vil med dette ikke konkludere på om kriteriet er oppfylt. Det vil imidlertid være viktig at kommunen også innhenter data om hvordan brukerne oppfatter de tjenestene de får.

Revisjonskriterie nummer 3 sier at **kommunen bør sikre at det gis informasjon om hvordan en pasient/bruker kan klage på et vedtak om helsetjenester**. Det blir informert om klageadgang i vedtaksbrevene og kriteriet er med det oppfylt.

### 9.4.1 Anbefalinger

Det virker som om kommunens brukermedvirkning er i fokus i Grue kommune og at det jobbes godt på dette feltet. Revisor anbefaler kommunen å gjennomføre jevnlige brukerundersøkelser for å kunne fange opp eventuelle problemområder, og bruke kunnskap herfra til å videreutvikle kommunens tjenestetilbud.

## 10 Konklusjon

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

I det stor og det hele, synes det som at samarbeidet med sykehuset fungerer godt. For kommunen har det vært et problem at sykehuset har «lovet» bort kommunale tjenester. Dette er et problem som både kommunen og sykehuset er klar over, og som har blitt luftet i aktuelle samarbeidsfora.

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. Grue har slitt med å ta imot utskrivningsklare pasienter, men har nå tatt grep for å løse dette. Tildelerenheten ser ut til å fungere bra og arbeider aktivt med å høre på hva brukeren ønsker, samtidig som kommunen ønsker at flere skal bo lenger hjemme med hjelp av hjemmebaserte tjenester.

Det virker som om kommunens brukere er fornøyd med tilbudet de får, det er få klager og elderrådet har ikke inntrykk av at det er store problemer med tjenestene. Det er mulig at brukerne opplevde størst endringer da reformen trådte i kraft, men at det nå har gått seg til.

## 11 Anbefalinger

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

- Kommunen må fortsette å adressere problemet med unødvendige lovnader om kommunale tjenester fra sykehuset
- Kommunen kan vurdere å starte med hospitering på sykehuset. Hospitering kan bidra til å skape felles forståelse av arbeidssituasjonene.
- Kommunen bør gjennomføre jevnlig brukerundersøkelser, for å forsikre seg at pasientene/brukerne i kommune blir hørt.
- Kommunen kan vurdere tiltak for hvordan de bedre kan benytte seg av IKØ plassene som de betaler for
- Kommunen kan vurdere å systematisere og formalisere samarbeidet med fastlegene i kommunen for å få gode pasientforløp til å fungere optimalt

## 12 Rådmannens høringsuttalelse

Rådmannen er generelt godt fornøyd med konklusjonene i rapporten. I det store og det hele fungerer samarbeidet i forhold til samhandlingsreformen godt, og det er lite klager på tjenestene Grue kommune tilbyr. Når det gjelder revisors vurdering under punkt 8.4, vedrørende rutiner for arbeidet mellom fastlegene, tar vi dette til etterretning. Rådmannen er enig i denne vurderingen, og vi tar sikte på å få etablert et mer strukturert samarbeid med fastlegene fremover.

Med vennlig hilsen



Geir Kvisten  
Rådmann

Tel: 62 94 20 05  
Mob: 991 66 366  
[Velkommen til Grue!](#)



## 13 Referanser/litteratur

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

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

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

Forskrift om kontrollutvalg i kommuner og fylkeskommuner

Grue kommune, *Folkehelseprofil 2016*

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

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

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

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

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

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

## Vedlegg A: Utledning av revisjonskriterier

### Om revisjonskriterier

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

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

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

Det er utledet revisjonskriterier fra følgende kilder:

- 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 utskrivning for pasienter med behov som strekker seg ut over ordinære rutiner for inn- og utskrivning 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, utskrivning, 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 forskingsprosjekter
- System for rapportering, formidling og implementering av forskingsresultater og ny kunnskap.
- Hvordan utdanningsbehovet i kommunen og i spesialisthelsetjenesten kan sees i sammenheng, herunder særlig følge og sikre behovet for samhandling vektlegges i utdanning.

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

I tilknytning til krav 8 er det følgende anbefalinger:

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

I tilknytning til krav 9 er det følgende anbefalinger:

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

I tilknytning til krav 10 er det følgende anbefalinger:

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

I tilknytning til krav 11 er det følgende anbefalinger:

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

### Formål ved avtalen

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

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

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

Helsedirektoratet har laget en veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator<sup>25</sup>. I veilederen blir den koordinerende enheten trukket frem i samhandlingsstrukturen mellom helseforetak og kommune, der det anbefales at samarbeidsrutiner mellom de koordinerende

---

<sup>25</sup> Sist oppdatert 23.2.2017

enhetene bør nedfelles i samarbeidsavtalene. Det anbefales videre et det er de koordinerende enhetene bør utvikle rutiner og møteplasser for samhandling, informasjon og kompetanseutvikling.

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

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

- a. Enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre
- b. 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
- c. Retningslinjer for innleggelse i sykehus
- d. Beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikk hjelp etter § 3-5 andre ledd
- e. Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskriving fra institusjon
- f. Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering
- g. Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid
- h. Samarbeid om jordmortjenester
- i. Samarbeid om IKT-løsninger lokalt
- j. Samarbeid om forebygging
- k. Samarbeid om omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden»

**2. Avtalen bør ha bidratt til følgende:**

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



- e. Sikre likeverdighet mellom avtalepartene og utvikling av en god samhandlingskultur.
- f. Videreutvikle bruker- og pasientmedvirkning slik at deres erfaringer med hvordan samhandlingen fungerer, tas i bruk på en systematisk måte.

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

#### **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](#) inntreer 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 koordinatører. 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, betalingssetser 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 følgende:

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

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

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

### Konkrete revisjonskriterier

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

- 1. Kommunen skal tilpasse virksomheten slik at tjenesten innhold og omfang er i stand til å følge opp de krav som stilles i loven herunder:**
  - Kommunen skal kunne tilby heldøgns medisinsk nødhjelp
  - Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp.
  - Kommunens skal ha kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten
- 2. Pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerende tjenester skal ha tilbud om individuell plan**
- 3. Kommunen skal tilby en koordinator for pasienter med langvarige og koordinerende tjenester.**
- 4. Kommunen skal ha en koordinerende enhet.**

## 5. 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 klagereregler<sup>26</sup>. Fylkesmannen er nå klageinstans og regionalt tilsynsorgan<sup>27</sup>. Dette er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2. Ordlyden i loven er følgende:

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

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

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

<sup>26</sup> Samhandlingsreformen - informasjon om ikraftsetting av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/samhandlingsreformen---informasjon-om-ik/id667798/>

<sup>27</sup> Informasjon om sentrale endringer i spesialisthelsetjenestelovgivningen i forbindelse med ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og ny folkehelselov: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/informasjon-om-sentrale-endringer-i-spes/id661775/>

Revisjonskriteriene er sendt til Rådmannen for uttalelse 23. mars 2017. Det er mottatt tilbakemelding på at kriteriene slik de foreligger anses som relevante og at kommunen kan måles opp imot disse.