

Forvaltningsrevisjon | Bokn kommune  
Tilpassing til Samhandlingsreforma



Januar 2015

# Samandrag

På oppdrag frå kontrollutvalet i Bokn kommune har Deloitte gjennomført ein forvaltningsrevisjon av tilpassing til Samhandlingsreforma.

Revisjonskriteria som er lagt til grunn for revisjonen sine vurderingar går fram av kapittel 3, medan faktagrunnlaget blir presentert i kapittel 4. For ein meir utfyllande versjon av revisjonen sine vurderingar blir det vist til kapittel 5 i rapporten.

## Gjennomføring av forvaltningsrevisjonen

I denne forvaltningsrevisjonen har revisjonen undersøkt og vurdert korleis kommunen har tilpassa seg Samhandlingsreforma og konsekvensane den har hatt for tenestetilbodet i kommunen.

Revisjonen har gjennomgått dokumentasjon frå seksjon for helse, sosial og barnevern, og har gjennomført intervju med til saman tre personar. Dette inkluderer representantar frå seksjonen og pleie og omsorgstenesta.

## Gjennomgang av revisjonen sine vurderingar

***Problemstilling 1: I kva grad har Bokn kommune sett i verk tilstrekkeleg med tiltak for å ivareta kommunen sinenye oppgåver som følgje av Samhandlingsreforma?***

### Revisjonen si vurdering:

Bokn kommune har gjennom tenestetilbodet ved Sjukestova oppretta eit tilbod som bidrar til at ein del pasientar kan få oppfølging der, og dermed ikkje blir sendt til sjukehus. Kommunen har til no ikkje hatt behov for å opprette eigne tiltak for å sikre at dei kan ta mot utskrivingsklare pasientar, ettersom dei alltid har tatt imot dei som blir utskrivne frå sjukehuset. Basert på opplysningar om at Sjukestova per i dag har overbelegg, ingen reelle korttids plasser og høgt press i heimetenestene vil revisjonen understreke at kommunen bør arbeide vidare med å tilpasse kapasitet og tenestetilbod til følgjer av Samhandlingsreforma. I undersøkinga blir det peika på behovet for å vurdere å etablere omsorgsbustader eller liknande ettersom kommunen ikkje har dette tilbodet i dag.

Revisjonen registrerer vidare at Bokn kommune har god og relevant kompetanse til å møte nye utfordringar som følgjer med Samhandlingsreforma.

Samhandlingsreforma krev at kommunane skal etablere eit øyeblikkeleg hjelp-tilbod innan 1.1.2016. Tilbodet som kommunen har oppretta ved Sjukestova har i praksis denne funksjonen i dag. Revisjonen understrekar likevel at Bokn kommune må sikre at dei får etablert ein tilfredsstillande avtale med helseføretaket om dette i løpet av 2015. Undersøkinga viser at kommunen er i gang med dette arbeidet .

***Problemstilling 2: Har Bokn kommune etablert ei føremålstenleg samhandling med helseføretaket?***

### Revisjonen si vurdering:

Bokn kommune har inngått alle dei lovpålagte avtalane med helseføretaket, og avtalane er reviderte. Undersøkinga viser likevel at det generelt er ei oppfatning av at ein i for liten grad melder avvik knytt til overføring av pasientar mellom helseføretaket og kommunen, sjølv om dette er gjort i enkelte tilfeller i Bokn. Revisjonen meiner det kan vere føremålstenleg å ha ein gjennomgang med tilsette om kva som kan vere relevante hendingar eller situasjonar å melde. Elles finn revisjonen at det jamt over blir opplevd som at ein har tilfredsstillande kommunikasjon og informasjonsflyt mellom kommunen og helseføretaket.

# Innhald

<b>Samandrag</b> .....	<b>2</b>
<b>1. Innleiing</b> .....	<b>4</b>
1.1 Føremål og problemstillingar.....	4
1.2 Avgrensingar.....	4
<b>2. Metode</b> .....	<b>5</b>
2.1 Dokumentanalyse.....	5
2.2 Intervju.....	5
2.3 Verifiseringsprosessar.....	5
<b>3. Revisjonskriterium</b> .....	<b>6</b>
3.1 Samhandlingsreforma.....	6
3.1.1 Kommunal medfinansiering og betalingsansvar.....	6
3.1.2 Lovpålagte samarbeidsavtaler.....	7
3.1.3 Kommunale pleie- og omsorgstenester.....	7
3.1.4 Kommunalt tilbod om øyeblikkeleg hjelp.....	8
3.1.5 Tilskot til Kommunalt Akutt Døgntilbod (KAD).....	8
<b>4. Data</b> .....	<b>9</b>
4.1 Organisering av pleie og omsorgstenesta i Bokn kommune.....	9
4.1.1 Institusjonsplassar og omsorgsbustader.....	9
4.1.2 Heimetenester.....	10
4.1.3 Førebyggjande tiltak og dagsenter.....	12
4.1.4 Kommuneoverlege.....	12
4.2 Kompetanse i pleie- og omsorg.....	13
4.3 Kartlegging av innbyggjarar over 75 år.....	13
4.4 Tiltak som følgje av Samhandlingsreforma.....	14
4.4.1 Etablering av øyeblikkeleg hjelp-tilbod/ KØH-plasser.....	15
4.5 Samarbeid med helseføretaket.....	16
4.5.1 Kommunikasjon og informasjonsflyt.....	16
4.5.2 Samarbeidsfora.....	16
4.5.3 Samarbeidsavtalar.....	17
<b>5. Vurdering</b> .....	<b>18</b>
5.1 I kva grad har Bokn kommune sett i verk tilstrekkeleg med tiltak for å ivareta kommunen sine nye oppgåver som følgje av Samhandlingsreforma?.....	18
5.2 Har Bokn kommune etablert ei føremålstenleg samhandling med helseføretaket?.....	18
<b>Vedlegg 1: Høyringsuttale</b> .....	<b>19</b>
<b>Referansar</b> .....	<b>20</b>
Tabell 1: KOSTRA – Dekningsgrader institusjon.....	10
Tabell 2: KOSTRA - Dekningsgrader for mottakere av hjemmetjenester.....	11
Tabell 3: KOSTRA – Gjennomsnittlig antall tildelte timer per uke.....	11
Tabell 4: KOSTRA - Prosentdel årsverk i brukarretta tenester med fagutdanning.....	13
Tabell 5: Samanlikning av kostnader per innbyggjar (talgrunnlag frå Helsedirektoratet).....	14

# 1. Innleiing

Deloitte har med utgangspunkt i bestilling frå kontrollutvalet 22.05.14 gjennomført ein forvaltningsrevisjon av tilpassing til Samhandlingsreforma i Bokn kommune.

## 1.1 Føremål og problemstillingar

Føremålet med prosjektet har vore å undersøke korleis kommunen har tilpassa seg Samhandlingsreforma og konsekvensane den har hatt for tenestetilbodet i kommunen.

Med bakgrunn i føremålet er det formulert følgjande problemstillingar:

1. I kva grad har Bokn kommune sett i verk tilstrekkeleg med tiltak for å ivareta kommunen sinenye oppgåver som følgje av Samhandlingsreforma?
  - a. I kva grad har kommune iversatt tiltak for å redusere talet på pasientar innlagt på sjukehus, og for å ta i mot utskrivingsklare pasientar
  - b. Har kommunen oversikt over i kva grad har kommunen klart å redusere andelen pasientar innlagt på sjukehus?
  - c. I kva grad klarar kommunen å ta imot utskrivingsklare pasientar?
  - d. Har kommunen laga nødvendige planar for å sikre at tilbod om øyeblikkeleg hjelp i 2016?
2. Har Bokn kommune etablert ei føremålstenleg samhandling med helseføretak?
  - a. Har kommunen inngått lovpålagte avtalar med helseføretak?
  - b. Er kommunikasjon- og informasjonsflyt mellom kommunen og helseføretak tilfredsstillande?

## 1.2 Avgrensingar

I prosjektet har det vore fokus på den delen av pleie- og omsorgstenestene som per i dag er omfatta av Samhandlingsreforma, dvs. tenestene til eldre og pleietrengande i kommunen og som blir omfatta av § 3-2, punkt 5 og punkt 6 bokstav a-d i helse- og omsorgstjenesteloven. Revisjonen har ikkje sett på tenester innanfor rus- og psykiatri, ettersom denne delen av Samhandlingsreforma enno ikkje er fullt implementert.

# 2. Metode

Oppdraget er utført i samsvar med gjeldande standard for forvaltningsrevisjon (RSK 001). Oppdraget er gjennomført i tidsrommet september til desember 2014.

## 2.1 Dokumentanalyse

Rettsreglar og kommunale vedtak er gjennomgått og brukt som revisjonskriterium. Vidare er informasjon frå kommunen om utgifter til medfinansiering, utskrivingsklare pasientar og samarbeid med helseføretaket sentral dokumentasjon. Innsamla dokumentasjon er vurdert opp mot revisjonskriteria.

## 2.2 Intervju

Revisjonen har gjennomført intervju med seksjonssjef for som arbeider med tilpassingar til Samhandlingsreforma i kommunen. Vi reknar med å gjere eit utval på 3 personar.

## 2.3 Verifiseringsprosessar

Oppsummering av intervju er sendt til intervjuobjekt for verifisering. Eit referat har vi ikkje mottatt tilbakemelding på. Det er informasjon frå det verifiserte referatet som vil bli nytta i rapporten. Rapportutkast vil bli sendt til rådmannen for verifisering og uttale. Rådmannen sine kommentar til rapporten er innarbeidde i den endelege versjonen.

# 3. Revisjonskriterium

Innsamla data er vurdert opp mot revisjonskriterium i form av stortingsmeldinga som skildrar føremålet med Samhandlingsreforma, samt reglar i lov om kommunale helse og omsorgstenester.

## 3.1 Samhandlingsreforma

Samhandlingsreforma trådte i kraft 1. januar 2012, og har som mål å bidra til at alle får rett behandling, til rett tid og på rett stad.<sup>1</sup> I St. meld. 47 «Samhandlingsreformen» tas det utgangspunkt i tre sentrale utfordringar innanfor helse- og omsorg:

1. Mangel på tilstrekkelig koordinerte tenester
2. For liten innsats på å avgrense og førebygge sjukdom
3. Demografisk utvikling som kan true samfunnet si økonomiske bereevne («eldrebølga»)

Samhandlingsreforma inneber auka innsats for det førebyggjande helsearbeidet, som skal bidra til mindre press på spesialiserte helsetenester. I tillegg er Samhandlingsreforma meint å bidra til at kommunane skal ha ansvar for mest mogleg av pleie- og omsorgstilbodet til innbyggerane, slik at spesialisthelsetenesta utelukkande skal drive dei spesialiserte tenestene. Reforma har som føremål å sikre betre samhandling mellom sjukehusa og kommunane om enkeltpasientar og pasientgrupper.

I samband med Samhandlingsreforma er intensjonen at kommunane skal opprette kommunale tilbod før, istadenfor og etter sjukehusopphald. Det ligg spesielt incentiv knytt til å redusere andelen «utskrivningsklare pasientar», behandling av medisinske pasientar ved somatiske sjukehus, og øyeblikkeleg hjelp innleggingar.

Blant dei mest sentrale verkemidla i Samhandlingsreforma er:<sup>2</sup>

- Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetenesta
- Kommunalt betalingsansvar for utskrivningsklare pasientar
- Auka innsats på folkehelsearbeid og førebygging i helse- og omsorgstenesta
- Lovpålagt samarbeidsavtale mellom kommunar og regionale helseføretak
- Ny kommunal plikt til å tilby døgnopphald til pasientar med behov for øyeblikkelig hjelp

### 3.1.1 Kommunal medfinansiering og betalingsansvar

Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunalt betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter trådte i kraft i 2012. Dei økonomiske virkemidla skal støtte måla om betre arbeidsfordeling mellom kommune og helseføretak, gode pasientforløp og kostnadseffektive løysingar.<sup>2</sup>

**Kommunal medfinansiering** inneber at kommunane betalar 20 % av rekninga når innbyggerane med "vanlege" medisinske diagnoser blir lagt inn på sjukehus. Hensikta er å gjere kommunane meir medviten om det å fremje helse, førebygge sjukdom og bygge opp lokale tilbod ved å la det

---

<sup>1</sup> Helse- og omsorgsdepartementet, [St.meld. nr. 47 \(2008-2009\)](#): Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid

<sup>2</sup> Kommuneproposisjonen 2012 – Prop. 115S

vere med på å betale for innleggingar. Kirurgisk behandling, nyfødde barn, fødsler og behandling med kostbare biologiske legemiddel blir ikkje omfatta av kommunal medfinansiering.<sup>3</sup>

**Kommunalt betalingsansvar for utskrivingsklare pasientar** inneber at kommunane overtar det finansielle ansvaret for utskrivingsklare pasientar på sjukehus frå første dag. Betalingssetten er sett til kroner 4 000 per døgnopphald. Målet er å hindre at utskrivingsklare pasientar blir liggande på sjukehus å vente fordi kommunen deira ikkje har eit tilbod til dei.

KS har peika på at det er fleire utfordringar i kommunane når det gjelder rutinar for å følgje opp krava i forskrifta, og har på bakgrunn av dette utarbeidd eit skjema for at kommunane kan registrere korleis utskrivingsprosessen fungerer mellom sjukehuset og kommunen. Føremålet med å fylle ut skjemaet for kvar pasient, er at dette kan bli eit faktagrunnlag om korleis samarbeidet fungerer, og skape grunnlag for forbetring. KS peikar også på at dette kan gje ei systematisk tilnærming i dialogen med sjukehuset om kva som fungerer og ikkje. Det blir anbefalt at skjemaet blir fylt ut elektronisk for kvar pasient.

### 3.1.2 Lovpålagte samarbeidsavtaler

Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 6-1 og 6-2 viser til kommunen si plikt til å inngå samarbeidsavtalar med det regionale helseføretaket, og skildrar krav til avtalane. Helse- og omsorgsdepartementet har også utarbeidd ein nasjonal rettleiar for samarbeidsavtalane. Avtalane kan inngåast åleine eller saman med andre kommunar. Føremålet er å skape eit meir heilskapleg tilbod om helse- og omsorgstenester for pasientane og brukarane. Samarbeidsavtalane skal konkretisere oppgave- og ansvarsfordelinga mellom kommunar og helseføretak, samt etablere gode rutinar for samarbeid på sentrale samhandlingsområder.<sup>44</sup>

Krav til innhald i avtalen går fram av § 6-2, og spesifiserer at avtalane som eit minimum skal innehalde ein semje om kva helse- og omsorgsoppgåver forvaltningsnivåa er pålagt ansvaret for. Avtalen skal bidra til ei felles oppfatning av kva tiltak partane til ei kvar tid skal utføre. Den skal også innehalde retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innlegging, utskrivning, habilitering, rehabilitering mv. for å sikre heilskaplege helse- og omsorgstenester til pasientar med behov for koordinerte tenester. Vidare er det krav at avtalen gjev retningslinjer for innlegging på sjukehus, skildrar kommunen sitt tilbod om døgnopphald for øyeblikkeleg hjelp og har retningslinjer for samarbeid om utskrivingsklare pasientar som ein meiner vil ha behov for kommunale tenester etter utskrivning frå institusjon. Elles skal avtalen blant anna også innehalde retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering.

### 3.1.3 Kommunale pleie- og omsorgstenester

For å vurdere om kommunane sitt tilbod om pleie- og omsorgstenester er heilskapleg er BEON-prinsippet vanlig å nytte. BEON-prinsippet vil sei at tenestene skal tildelast og utførast på «Beste Effektive Omsorgs Nivå» (BEON). Prinsippet bygger på at kommunen bør tilby ei trinnvis opptrapping av pleie- og omsorg for den enkelte, slik at flest mogeleg kan bu heime så lenge som mogeleg, samtidig som kommunen yt tenester så effektivt som mogeleg.

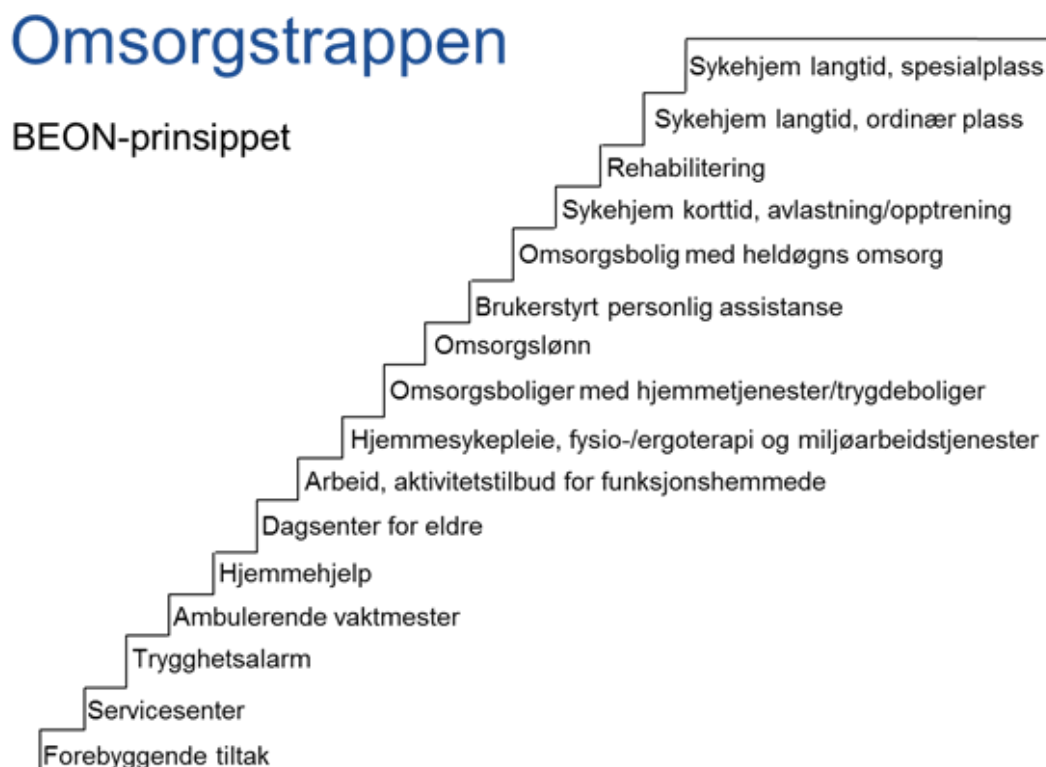
BEON-prinsippet omfattar både førebyggjande arbeid, heimetenester og institusjonsbruk. BEON-prinsippet samsvarar i stor grad med intensjonen i Samhandlingsreforma, om å bygge ut helsetilbod nærare der folk bur, og auke fokuset på førebyggjande helsearbeid.

---

<sup>3</sup> Regjeringen.no: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/samhandlingsreformen/om-samhandlingsreformen/kommunal-medfinansiering.html?id=650122>

<sup>4</sup> Nasjonal veileder for lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseføretak.

Omsorgstrappa i BEON-prinsippet er illustrert i figuren under.



### 3.1.4 Kommunalt tilbud om øyeblikkeleg hjelp

Samhandlingsreforma har som mål å bygge ut tenester der folk bur, og derfor blir det frå og med 2016 også stilt krav om at kommunane skal tilby døgnopphald for øyeblikkeleg hjelp.<sup>5</sup> Dette er ei oppgaveoverføring frå spesialisthelsetenesta til kommunane. Det vil i første omgang vere aktuelt at plikta omfattar somatiske pasientar. Etter kvart blir det vurdert i kvar grad rusbehandling og psykisk helsevern også skal blir omfatta av denne plikta.

Tilbudet skal byggast opp i fireårsperioden 2012-2015. Utgiftene skal fullfinansierast gjennom overføring av midlar frå dei regionale helseføretaka sine basisløyvingar. I oppbyggingsfasen vil kommunane få midlane etter kvart som tilboda blir etablert. Utrekningane har tatt utgangspunkt i historisk forbruk av øyeblikkeleg hjelp-plasser, og midlane er fordelt etter same fordelingsnøkkel som er brukt til utskrivingsklare pasientar og kommunal medfinansiering.<sup>6</sup>

### 3.1.5 Tilskot til Kommunalt Akutt Døgntilbud (KAD)

Helsedirektoratet finansierer halvparten av midlane som øymerka tilskot til kommunen, dersom kommunen har inngått ein samarbeidsavtale med helseføretaket om KAD-tilbud. (Dette er omtala som KØH-tilbud i dokumenta frå Bokn kommune, og vil derfor bli nytta vidare i rapporten). Kommunen må søkje direktoratet om dette tilskotet. Helsedirektoratet krev at avtalen inneheld forpliktande og konkrete planar om etablering av tilbudet i det året det blir søkt midlar for. Den andre halvparten av midlane blir overført frå helseføretaket frå det tidspunktet for oppstart som er fastsett i samarbeidsavtalen.

<sup>5</sup> Slike tilbud blir også omtala som «Kommunalt Akutt Døgntilbud», KAD, eller «Kommunal Øyeblikkelig hjelp tilbud» (KØH).

<sup>6</sup> Helsedirektoratet: <http://helsedirektoratet.no/finansiering/okonomiske-virkemidler-i-samhandlingsreformen/oyeblikkelig-hjelp-dogntilbud/Sider/dogntilbud-for-oyeblikkelig-hjelp-i-kommunen-.aspx>

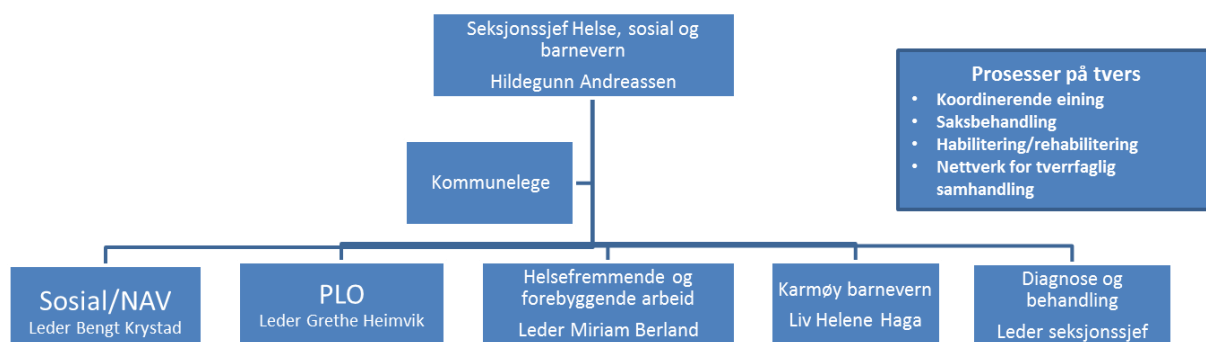


# 4. Data

## 4.1 Organisering av pleie og omsorgstenesta i Bokn kommune

I Bokn kommune er pleie og omsorgstenestene organisert i ei eining, under seksjonssjefen for Helse, sosial og barnevern. Pleie og omsorg er integrerte tenester slik at det er dei same tilsette som arbeider ved Bokn Sjukestove (sjukeheimen) som ytt heimetenester, i form av både praktisk bistand og heimesjukepleie.

Figur 1: Organisasjonskart



### 4.1.1 Institusjonsplassar og omsorgsbustader

Sjukeheimen har totalt 13 plasser (når den siste ombygginga står ferdig), der ein av plassane er ein midlertidig plass. Innanfor dette tilbodet skal det gjevast både tilbod om langtidsopphald, korttidsopphald og akutt tilbod om øyeblikkeleg hjelp (KØH). Tilbodet blir samla sett omtala som Sjukestova. Det blir i intervju opplyst at det stort sett heile året 2014 var 100 % belegg på sjukestova. Per 05.12.14 var det også to personer på overbelegg, som nytta den midlertidige sengepllassen.

I tilknytning til Sjukestova er det 15 omsorgsbustader/ kommunale bustader for eldre, psykisk og fysisk utviklingshemma. Ein av omsorgsbustadene blir nytta som avlastningsbustad. Avlastningsbustaden og bebuarar i to av dei andre omsorgsbustadene får oppfølging frå Bu- og aktivitet i kommunen. Resten av bebuarane i omsorgsbustadene mottar tenester i form av heimebasert omsorg på timebasis. Denne tenesta blir ytt av dei same tilsette som arbeider i sjukestova.

KOSTRA-tal viser at Bokn kommune har prosentvis litt fleire av sine innbyggjarar over 80 år buande i institusjon (sjukeheim), samanlikna med kommunegruppa, andre kommunar i fylket og landet. Det går også fram av intervju at det er venta ein auke i denne befolkningsgruppa i kommunen. Det går vidare fram av tala at over 90 % bebuarane ved sjukheimen i 2013 var over 80 år.

**Tabell 1: KOSTRA – Dekningsgrader institusjon**

	Bokn <sup>7</sup> 2013	Komm.gr. 5 2013	Rogaland 2013	Landet 2013
Andel beboere i institusjon av antall plasser (belegg)	88,7	-	95,3	98
Andel beboere 80 år og over i institusjoner	90,9	77,8	68,3	71
Andel beboere på institusjon under 67 år	-	4,7	14,2	11,1
Andel innbyggere 80 år og over som er beboere på institusjon	18,5	17,4	13,6	13,8
Andel plasser i institusjon og heldøgnsbemannet bolig i prosent av befolkningen 80 år og over	26	34	30	29
Andel beboere i bolig med heldøgnsbemanning	6,7	7,3	5,3	5,5
Plasser i institusjon i prosent av mottakere av pleie- og omsorgstjenester	20	-	18,9	18,4
Plasser i institusjon i prosent av innbyggere 80 år og over	20,4	24,5	19	18,8

Det blir opplyst at kommunen ikkje har heildøgn bemanna bustader for eldre, sjølv om det i KOSTRA går fram at der er 6,7 % bebuarar i bustad med heildøgn bemanning. Det blir opplyst at dette kan vere ein feil i samband med registreringa.

Det blir i intervju peika på at det vil bli behov for å gje fleire tilbod i omsorgsbustad framover. Dette blir grunngjeve med at fleire eldre blir demente og treng tilrettelagte butilbod for å kunne meistre liv i eigen bustad lengst mogeleg. Kommunen har ikkje tilbod om heildøgnbemanna omsorgsbustad til denne brukargruppa. Desse får derfor i stor grad tilbod om sjukeheimplass. Det er hausten 2014 utarbeidd ein bustadsosial handlingsplan, der eit av hovudtiltaka administrasjonen foreslår er å byggje bemanna omsorgsbustader med fellesareal. Det blir opplyst at Husbanken har gunstige tilskotsordningar som kommunen kan søkje på for å finansiere ei slik utbygging. Administrasjonen vil anbefale å legge opp til 7-8 omsorgsbustader med heildøgnbemanning.

#### 4.1.2 Heimetenester

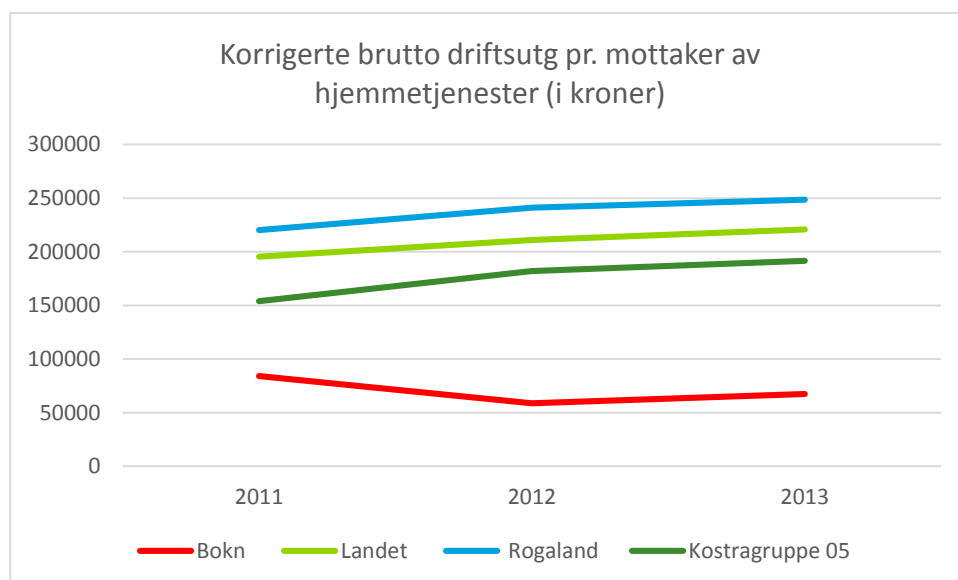
Det blir opplyst at Bokn i løpet av 2014 har hatt 29 ulike brukarar med ein eller fleire typar heimetenester frå kommunen. Per 11.12.14 var det 27 personer som fekk ein eller fleire typar heimetenester. I følgje KOSTRA-tal ligg Bokn kommune høgt i talet på mottakarar av heimetenester for dei gruppene som er under 80 år, samanlikna med kommunegruppe, andre kommunar i fylket og landsgjennomsnittet. Når det gjeld dei som er over 80 år har kommunen lågare bruk av heimetenester for denne gruppa enn kommunane i kommunegruppa, men ligg ganske jamt med andre kommunar i fylket og landsgjennomsnittet. Dette kan ha samband med at ein større del av dei over 80 år bur på sjukeheimen.

<sup>7</sup> For Bokn kommune er det ikke publisert tall for «Andel innbyggere 67-79 år som er beboere på institusjon»

**Tabell 2: KOSTRA - Dekningsgrader for mottakere av hjemmetjenester**

	Bokn 2013	Komm.gr. 5 2013	Rogaland 2013	Landet 2013
Mottakere av hjemmetjenester, pr. 1000 innb. 0-66 år	22	24	16	19
Mottakere av hjemmetjenester, pr. 1000 innb. 67-79 år	105	90	66	71
Mottakere av hjemmetjenester, pr. 1000 innb. 80 år og over	333	373	322	336

Det går fram også av KOSTRA-tala at Bokn kommune har vesentleg lågare driftsutgifter per mottakar av heimetenester enn andre. Dette kan ha samanheng med at kommunen har integrerte tenester der dei same arbeider i heimetenestene og ved sjukeheimen.

**Figur 2: Korrigerte brutto driftsutg pr. mottaker av hjemmetjenester (i kroner)**

Timetalet som blir tildelt dei som mottar heimetenester er i Bokn kommune også noko under det som i gjennomsnitt blir brukt elles i landet, i fylket og kommunegruppa.

**Tabell 3: KOSTRA – Gjennomsnittlig antall tildelte timer per uke**

	Bokn 2013	Komm.gr. 5 2013	Rogaland 2013	Landet 2013
Gjennomsnittlig antall tildelte timer pr uke, praktisk bistand	5	7,7	8,6	8,3
Gjennomsnittlig antall tildelte timer pr uke, hjemmesykepleie	1,6	4,6	6,2	4,6
Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken. Brukere utenfor institusjon	6,5	8,8	11,4	10,1

Det blir i intervju opplyst at heimesjukepleia opplever å ha høgt press. Det blir også peika på at sjukestova no er fylt opp med bebuarar over 80 år som treng langtidsplass, ettersom ein ikkje har tilbod om bemanna omsorgsbustad for demente/ personer med kognitiv svikt. Dette medfører at dei plassane som var meint å fungere som korttidsplasser i realiteten blir nytta som langtidsplasser. Det blir understreka at overbelegg på sjukeheimen og høgt press i heimetenestene kan om kort tid gjere at Bokn ikkje vil klare å ta imot utskrivingsklare pasientar, samt at det blir behov for å oppbemanne for å både kunne handtere overbelegg på sjukestova og aukande tal på heimebuande som treng tenester. Dette opplever kommunen er følgjer av at pasientar blir skrivne ut av sjukehus tidlegare og må ha meir og meir spesialisert oppfølging i heimen.

Ved å bygge opp omsorgsbustader kan ein heller kombinere bustad med aktivitet og dagtilbod for menneske med kognitiv svikt. Det blir peika på at dersom det hadde oppstått større behov hjå ein eller fleire innbyggjarar i kommunen, når kommunen har full Sjukestove og mange ute i heimane mottar tenester, ville det blitt behov for å bemanne opp tenestene. Det blir opplyst at kommunen har ein avtale med vikarbyrå dersom det er akutt behov for ekstra bemanning. Dei kan dekke inn bemanningsbehova som oppstår på kort sikt, men vil måtte auke bemanninga om situasjonen vedvarer.

Det blir opplevd som ein reell risiko at det kan bli behov for å auke bemanning på pleie- og omsorgstenestene i Bokn, ettersom ein har ei aukande gruppe innbyggjarar over 67 år som er sjuke, samstundes som dei kan bu heime. Det blir også vist til i intervju at mange ikkje vil inn på institusjon tidleg. Dette gjer at kommunen i større grad må levere tenester i heimane. Ettersom også demens er eit aukande problem kan det føre til større trykk på institusjonen, og derfor vil personar med somatiske lidingar måtte vere lengre heime.

I intervju blir det opplyst at kommunen framover treng å legge til rette for at institusjonsplassar fungerer som reelle korttidsplassar, samt å utvikle dei andre omsorgsnivåa i omsorgstrappa. Det blir peika på at det er viktig at Bokn arbeider med korleis dei skal bygge opp tenestetilbodet frå det nivået der folk bur i eigen bustad, til det stadiet når dei treng bemanna omsorgsbustad og/ eller institusjonsplass. Det blir peika på i intervju at befolkningsprofilen er prega av ein eldre befolkning, og det er viktig at Bokn derfor sørger for eit godt førebyggjande tilbod.

#### **4.1.3 Førebyggjande tiltak og dagsenter**

Kommunen har eit tilbod ved dagsenter til eldre i kommunen, der dei har starta eit eige tiltak for brukarar med kognitiv svikt. Dagtilbod til menneske med kognitiv svikt er etablert med tilbod ein dag i veka i 2014, og dette blir i 2015 auka til to dagar i veka. Det blir i intervju understreka at det framover er viktig å motivere aktuelle brukarar, slik at tilbodet faktisk fungerer avlastande for pårørande. Kommunen kjenner til fleire som kan ha nytte av tilbodet, samstundes som det er eit tilbod som også avlastar Sjukestova. Det blir vidare kommentert at eit godt utforma dagtilbod avlastar pårørande, aukar livskvaliteten til dei det gjeld og kan forseinke behov for høgare omsorgsnivå.

Andre førebyggjande tiltak som kommunen har hatt for eldre er mellom anna den kulturelle spaserstokken, som bidrar til å aktivisere eldre som bur heime. I tillegg har kommunen starta eldretrim.

#### **4.1.4 Kommuneoverlege**

Kommunen har ein kommuneoverlege tilsett i full stilling, som samstundes er fastlege med om lag 600 av innbyggjarane i Bokn kommune på si liste. Kommuneoverlegen er også tilsynslege, helsestasjonslege og smittevernlege i kommunen. Han fungerer også som daglegevakt på vegne av Bokn kommune. Det blir i intervju vist at dette medfører at kommuneoverlegen har rimeleg god oversikt over helsetilstanden for ein stor del av innbyggjarane i kommunen. Det blir peika på at med ein fast tilsett lege i kommunen medverkar til at det blir lettare å fange opp personar med behov for pleie- og omsorgstenester, og følgje med på utviklinga i helsetilstanden til innbyggjarane.

## 4.2 Kompetanse i pleie- og omsorg

Det blir i intervju opplyst at kommunen ikkje har opplevd mangel på relevant og nødvendig kompetanse i samband med innføringa av Samhandlingsreforma. Mange kommunar ser eit auka behov for sjukepleierkompetanse, men i Bokn blir det opplyst at kommunen har naudsynt kompetanse på dette området. Det blir vist til at ein har klart å rekruttere personell med rett fagkompetanse til pleie- og omsorgstenestene mellom anna fordi dei blir tilsette får relativt sentrale roller og ein del ansvar innanfor sitt fagfelt. I tillegg blir det peika på at små forhold medfører eit naturleg tverrfagleg samarbeid. KOSTRA-tala viser at kommunen ligg vesentleg høgare enn landsgjennomsnittet, kommunegruppa og andre kommunar i fylket, når det gjeld prosentdelen årsverk i brukarretta teneter med fagutdanning.

Tabell 4: KOSTRA - Prosentdel årsverk i brukarretta tenester med fagutdanning

	Bokn 2013	Komm.gr. 5 2013	Rogaland 2013	Landet 2013
Andel årsverk i brukarrettede tenester m/ fagutdanning	93	75	76	74
Andel årsverk i brukarrettede tenester m/ fagutdanning fra videregående skole	62	44	39	41
Andel årsverk i brukarrettede tenester m/ fagutdanning fra høyskole/universitet	32	31	37	34

Det blir opplyst at kommunen har 100 % dekning på sjukepleiarar der det er behov, og har alltid sjukepleiar på vakt. Det er i tillegg alltid to sjukepleiarar på dag. Ved overbelegg dei hente inn ekstra bemanning sjølv om det fører til ekstra kostander. I intervju blir det vidare peika på at det i tillegg er få ufaglærte i pleie og omsorg. Det hender at tilsette må ha noko opplæring, kurs og hospitering ved sjukehuset for å lære seg bruk av spesielle prosedyrar eller utstyr, men det blir opplyst at dette fungerer bra.

## 4.3 Kartlegging av innbyggjarar over 75 år

Bokn kommune deltok i 2010-2012 i eit prosjekt med Helse Fonna HF og Høgskolen Stord/Haugesund for å kartlegge helse og fungering hjå eldre innbyggjarar. Prosjektet «Helseteam for eldre» har kartlagt alle innbyggjarar over 75 år, men det føremålet å få oversikt kommande pleie- og omsorgsbehov blant den eldre befolkninga i kommunen. Kartlegginga blei utført at sjukepleiar, og hadde fokus både på fysisk helsetilstand og kognitiv fungering. Kartlegginga avdekket at det er mange som bur i heimar med lange avstandar til kommunen sitt tenestetilbod, og i hus som er lite tilrettelagt dersom helsa endrar seg. Det viste seg i denne kartlegginga at det er behov for at kommunen blir meir aktive for å bidra til at fleire kan gjere endringar i heimane sin slik at dei er betre tilrettelagt for å kunne bu lengst mogeleg heime, og kan klare seg med minst moglege bistand frå kommunen. Kartlegginga viste at mange kan bli avhengige av institusjonsplass dersom det ikkje blir lagt betre til rette i heimane deira.

Bokn kommune skal sjølv starte med førebyggjande heimebesøk i 2014. Det er sett av ei 10 % stilling til denne tenesta, som skal utførast av sjukepleiar i kommunen. Kommunen har også tatt initiativ til å invitere FOUSAM og Helse Fonna med i eit prosjekt med to føremål. Det første er å utvikle og organisere førebyggjande heimebesøk slik at det kan vidareførast etter prosjektperioden. Det andre er å bidra til at effekten av tiltaket blir undersøkt. Det blir vist til at dette er svært forskningsmessig interessant ettersom Bokn tidlegare har kartlagt befolkninga over 75 år ein gong, og vil gjere det på nytt i 2015. Det blir vist til at Bokn på den måten oppfyller eit av krava i Samhandlingsreforma, som gjeld å bidra til forskning og utvikling både i eigen kommune, men også nasjonalt og internasjonalt.

#### 4.4 Tiltak som følgje av Samhandlingsreforma

Det blir peika på at Bokn kommune i perioden 2012 – 2014 sette i verk ei rekke tiltak for å gjere pleie- og omsorgssektoren meir robust og dynamisk for å kunne ivareta krava som følgje av Samhandlingsreforma. Særleg blir det trekt fram at det er innført eit styrka operativt leiarnivå, men einingsleiar for pleie- og omsorg. Det bli vidare vist til at ein er arbeid med å få på plass internkontroll og nødvendige system og rutinar, ei rekke kompetanseutviklingstiltak er også sette i verk for at dei tilsette skal vere i stand til å utføre jobben sin på ein forsvarleg måte. I tillegg er det jobba ein med kultur og haldningar, rapportering og organisasjonsstruktur. Samla har dette styrka kommunen både internt, men det blir også uttrykt at dette har frigjort kapasitet i overordna leiargruppe til å kunne møte den auka regionale aktiviteten som følgje av Samhandlingsreforma.

Det blir i intervju vist til at Bokn kommune i liten grad innført nye tenester som følgje av Samhandlingsreforma. Grunnen til det er at Bokn kommune lenge har hatt eit tilbod ved Sjukestova, som er meir omfattande enn ein rein sjukeheim. Ved sjukestova tar kommunen imot akutt sjuke med behov for tilsyn og omsorg utover det som kan gjerast ved ein tradisjonell sjukeheim. Dei som er intervju viser til at dette i prinsippet gjer at kommunen har hatt eit KØH-tilbod i praksis, og har handla i tråd med intensjonane i Samhandlingsreforma før den tredje i kraft.

Bokn kommune har heller ikkje hatt utgifter til overliggedøgn ved sjukehuset, og ligg ann til å ikkje å bruke meir enn dei medfinansieringsmidlane dei fekk overført for 2014. Likevel ser kommunen at bruken av medfinansieringsmidlane svingar ein god del frå år til år, ettersom små endringar kan få store utslag i ein så liten kommune. I intervju blir det vist til at berre ved at situasjonen til ein eller to personar i kommunen endrar seg, slik at dei får behov for meir omfattande hjelp, kan gje store utslag på økonomien. Det blir i intervju vist til at grunne til at kommunen ikkje har hatt utgifter til overliggedøgn heng saman med at sjukestova gjennom mange år allereie har fungert i samsvar med intensjonen i Samhandlingsreforma. Det blir også trekt fram at Bokn alltid har hatt fokus på å høg kompetanse hjå dei tilsette, og at det systematisk har vore lagt til rette for vidareutdanning for tilsette.

Tal frå Helsedirektoratet viser at Bokn kommune i 2012 og 2014 har hatt lågare gjennomsnittskostander enn andre kommunar, men at det i 2013 var ein høgare kostnad enn andre. Likevel var gjennomsnittskostnaden lågare enn andre kommunar med mindre enn 2000 innbyggjarar.

Tabell 5: Samanlikning av kostnader per innbyggjar (talgrunnlag frå Helsedirektoratet)

Kostnad per innbyggjar – samanlikning		2014 <sup>8</sup>	2013	2012
Gjennomsnittskostnad innbyggjar Bokn	per 731 kr		1 170 kr	814 kr
<b>Sammenligning med gj.snitt for andre kommuner/ regioner</b>				
Hele landet	894 kr	-18,2 %	1052 kr +11,2 %	1 035 kr -21,3 %
Helseregion Vest	824 kr	-11,2 %	1009 kr +15,9 %	974 kr -16,5 %
Rogaland	774 kr	-5,6 %	901 kr +29,8 %	875 kr -7,0 %
Under 2000 innbyggere	1058 kr	-30,9 %	1232 kr -5,1 %	1186 kr -31,4 %

\* Prosenttallet viser forskjell i utgifter mellom Bokn kommune og aktuelle kommuner/regioner. - angir at Bokn kommune ligger lavere enn sammenlignet enhet, mens + angir at Bokn kommune ligger høyere enn sammenlignet enhet.

<sup>8</sup> Tallene for 2014 gjelder for perioden januar til og med oktober, og er ikke et snitt for hele året som de andre tallene.

Bokn kommune fekk 1.290.000 kr til å dekke sin del av medfinansieringa. Det blir opplyst i intervju at 2012 var eit år Bokn hadde lite innleggingar i sjukehus, og derfor betalte kommunen om lag 700.000 kr. i medfinansiering. I 2013 betalte Bokn om lag 1.000.000 kr for medfinansiering, og det blir opplyst at det for 2014 ser det ut til at dei vil ende på om lag 850.000 kr. Bokn har fram til no ikkje hatt større utgifter enn det som er gitt i overføringar frå staten. Frå 2015 vil kommunen få 200 000 kr mindre i rammeoverføring enn i 2012.

Det blir i intervju også peika på at når det gjeld spørsmålet om kommunen har klart å redusere andelen pasientar innlagt på sjukehus, veit ein ikkje dette med sikkerheit basert på statistikken. Dette svingar en del frå år til år, og variasjonen mellom 2012 og 2013 må forståast i lys av at ein har små utval i ein liten kommune. Likevel kjenner kommunen til at det det er enkelttilfelle der Sjukestova har hatt evne til å ta imot personar for korte opphald/ observasjon, som elles ville blitt sendt på sjukehuset. Det blir peika på det dette ikkje er så lett å sjå igjen i statistikk over innleggingar, ettersom utvalet er så lite.

I intervju blir det vist at sjølv om Bokn kommune alltid har klart å ta imot utskrivningsklare pasientar frå sjukehus, og har hatt lågare utgifter til medfinansiering enn samanliknbare kommunar, har auken i den eldre befolkninga dei siste 2 – 3 siste åra kombinert med Samhandlingsreforma ført til at kapasiteten pleie- og omsorgstenestene er blitt fylt heilt opp. Det blir vidare peika på at mangel på bemanna bustader som er tilpassa demente og avgrensa aktivitets og avlastningstilbod til heimebuande føre til at det vil bli auka press på pleie- og omsorgstenestene framover.

#### **4.4.1 Etablering av øyeblikkeleg hjelp-tilbod/ KØH-plasser**

Bokn kommune har sidan september 2012 tatt imot pasientar til opphald for kortvarige medisinske intervensjonar ved Sjukestova. Det blir opplyst i intervju at dette tilbodet er blitt nytta av pasientar som utan dette tilbodet ville ha blitt lagt inn på sjukehuset, men det er ikkje ført ein oversikt over kor mange pasientar som har nytta tilbodet kvart år ettersom det ikkje formelt er KØH-plass. Tilbodet er organisert slik at ei ledig seng på Sjukestova kan gjerast disponibel på dagen.

Tilsynslegen har det medisinskfaglege ansvaret for øyeblikkeleg hjelp-tilbodet, og avdelingssjukepleiar har det pleiefaglege ansvaret, medan det organisatoriske ansvaret ligg til helsesjefen i Bokn. Tilsynslegen har ansvaret for medisinsk oppfølging frå kl. 08.00 om morgonen til kl. 22.00 om kvelden heile veka. Tilsynslegen er også til stades frå kl. 08.00 til kl. 15.30 på kvardagar. Mellom kl. 22.00 og kl. 08.00 og i helgane må Sjukestova nytte legevakta for oppfølging av pasientane.

Tilbodet som Bokn kommune har laga ved Sjukestova er ikkje godkjente som KØH-plasser av Helse Fonna HF, og kommunen har heller ikkje søkt om midlar hjå Helsedirektoratet for å få dekkja kostnadene til dette tilbodet. Helse Fonna HF har i si vurdering av tilbodet i Bokn peika på at ordninga er sårbar og personavhengig ettersom kommunen i stor grad bygger tilbodet på ein person (kommuneoverlegen). Det blir i intervju vist til at kommunen har ein vikaravtale for kommuneoverlegen som kan nyttast ved behov. I intervju blir det vist til at Helse Fonna sine merknader handlar mest om systemsårbarheit, heller enn faktisk sårbarheit i praksis. Det Bokn kommune manglar no er ein formell avtale med legevakta om å stille opp ved behov for tilsyn på kveld /natt og helg. Akutthjelp skal legevakta i Tysvær yte uansett.

Administrasjonen opplyser at Bokn kommune har vore i dialog med Haugesund, som har fått førespurnad frå Karmøy om at dei kan samarbeide om ei slik legeordning for sine KØH-plassar. Haugesund anslår at ei slik ordning vil koste mellom 700.000 og 1.000.000 kr å drifte avhengig av kor mange oppmøtestader legen skal ha for å følge opp pasientane i KØH-sengene. Dersom Bokn skal være med på denne ordninga vil dei kunne få ein kostnadar på mellom 100.000 – 200.000 kr. Det blir likevel presisert at det til no ikkje har vore formelle samtalar med andre kommunar rundt kjøp av tenester for å etablere dette tilbodet.

Det bli i intervju vist at Bokn kommune bør avvente utgreiingane frå Haugesund og Karmøy om løysing av KØH-tilbodet, før Bokn avgjer korleis KØH-tilbodet skal organiserast. Det pågår også

nasjonale vurderingar av korleis kommunane skal løyse denne oppgåva som prosjektgruppa vil vente på før dei anbefaler ei løysing for kommunane. I intervju blir det også opplyst at det må settast opp avtale om tilsyn for KØH-plasser på natt/helg, og gjerast ei avtale om blodprøvetaking for at kommunen skal kunne tilby egne KØH-plasser.

Det blir i intervju vist til at intensjonen i Samhandlingsreforma har vore at ein ønskje at folk skal få oppfølging og behandling nær der dei bur. Det blir derfor peika på at det kan bli opplevd som eit paradoks at reforma medfører at nye sentraliserte tilbod blir bygd opp, nærmast som eit lite sjukehus rett utanfor Haugesund sjukehus.

## 4.5 Samarbeid med helseføretaket

### 4.5.1 Kommunikasjon og informasjonsflyt

Kommunen får meldingar om utskrivingsklare pasientar via e-melding til vakthavande sjukepleiar ved Sjukestova. Dei som er intervjuet opplever at samhandlinga med helseføretaket fungerer for Bokn kommune. Det blir opplyst at ein hentar inn frå helseføretaket den informasjonen ein treng ved overføring av pasientane. Det blir vidare vist til at informasjon og kommunikasjon mellom kommunen og føretaket via e-meldingar og IKT-løysingar er noko ein har samarbeidd om å få til. Som nemnt over har Bokn kommune ikkje hatt utgifter til overlige døgn ved sjukehuset.

Det blir opplyst i intervju at det er meldt avvik frå Bokn kommune til helseføretaket som gjeld overføring av pasientar. Det blir opplyst at slike hendingar er unntak, men at det då blir meldt avvik til seksjonsleiar som tar dette vidare til helseføretaket. Slike avvik kan handle om pasientar som er utskriven frå sjukehuset til heimen, og der kommunen ikkje har fått melding om at vedkommande treng hjelp for å klare seg heime.

I intervju blir det peika på at dersom ein hadde hatt tal på re-innleggingar kunne ein kanskje ha målt om sjukehuset skriv folk ut tidlegare no enn før, men at det ikkje er gode måletall fordi årsaka til re-innleggingar kan vere knytt til generell svak helse og/ eller komplekse sjukedomsbilete hjå eldre pasientar. I intervju blir det vist til at ein ikkje opplever for tidleg utskrivning av pasientar eller manglande kommunikasjon omkring overføring av pasientar som ei vesentleg utfordring. Bokn kommune har alltid klart å ta imot dei som blir utskriven frå sjukehus, og dei opplyser i intervju at dei alltid jobbar for å finne god løysingar for kvar enkelt pasient.

### 4.5.2 Samarbeidsfora

Regionalt er det laga eit samhandlingsutval som har vore med å utvikle tenesteavtalane mellom føretaket og kommunane. Fire frå kommunen og fire frå føretaket har vore med i dette utvalet. Kommunane har også gått saman for å ha koordinator i 50 % stilling.

Kommunen og helseføretaket byter om på å leie utvalet kvart 2. år. Samhandlingsutvalet rapporterer om kva dei arbeider med til kommunane. Det som blir meldt av avvik på overføring av pasientar blir også tatt opp i utvalet.

Det er etablert områdemøter 2-3 gonger i året for kommunane, der kommunale tenesteytarar og leiarar knytt til Haugesund sjukehus deltar. Der tar ein også opp meldingar om avvik som må gåast gjennom. Det er tatt opp i dette fora at det blir meldt for lite avvik, og at det ikkje er reell rapporteringsmengde.

Rådmannsutvalet har også etablert eit leiarnettverk for helse og omsorg i kommunane for å sikre eit samarbeid på tvers av kommunar. I tillegg arbeider kommunane i nettverk og arbeidsgrupper for læring og meistring, rus og psykiatri, analysegruppe (statistikk) og geriatri.

I intervju blir det peika på at samhandlinga har skapt meir debatt mellom kommunane, og ført til at ein har jobba meir saman. Det viser seg også at ein må snakke meir saman på tvers av kommunane og at ein no drøfter meir på tvers om ulike løysingar innanfor pleie- og omsorg enn før.



### 4.5.3 Samarbeidsavtaler

Bokn kommune har inngått følgjande avtaler med helseføretaket:

- |                   |  |
|-------------------|--|
| Tenesteavtale 1:  | Semje om helse- og omsorgsoppgåver partane har ansvar for og tiltak partane skal utføre.   |
| Tenesteavtale 2:  | Samarbeid om ansvar og oppgåvefordeling i tilknytning til innlegging, utskriving, habilitering, rehabilitering og lærings- og meistringstilbod for å sikre heilskapelege og samanhengane helse- og omsorgstenester til pasientar med behov for langvarige og koordinerte tenester. |
| Tenesteavtale 3:  | Samarbeid om ansvar og oppgåvefordeling i tilknytning til innlegging av pasientar som treng tilbod om behandling og/eller vurdering i spesialisthelsetenesta.  |
| Tenesteavtale 4:  | Avtale om kommunen sitt tilbod om døgnopphald for øyeblikkeleg hjelp. <sup>9</sup>   |
| Tenesteavtale 5:  | Ansvar og oppgåvefordeling ved opphald i, og utskriving av pasientar frå spesialisthelsetenesta.   |
| Tenesteavtale 6:  | Avtale om gjenstridig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling.   |
| Tenesteavtale 7:  | Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid.   |
| Tenesteavtale 8:  | Avtale om svangerskaps-, fødsels-, og barselomsorgsteneste for gravide og fødande.   |
| Tenesteavtale 9:  | Samarbeid om IKT-løysingar lokalt.   |
| Tenesteavtale 10: | Samarbeid om helsefremmande og førebyggjande arbeid.   |
| Tenesteavtale 11: | Samarbeid om vedtekne beredskapsplanar og planar for den akuttmedisinske kjeda.  |

I intervju blir det kommentert at sjølv om avtalane er komme på plass, blir det ikkje opplevd som at det har hatt vesentlig innverknad for samhandlinga. Det som er viktig for Bokn kommune er å få på plass ein avtale om KØH-plassar. Det blir på den andre sida kommentert at reforma har gitt kommunen eit rammeverk for å på plass det dei treng av samarbeidsrelasjonar med helseføretaket.

Avtalane blei reviderte i 2013 og reviderte versjonar av avtalane blei godkjente i kommunestyret 17.06.2014, i sak 005/14. Det går fram av saksframlegget at partane si erfaring med avtalane er at både alle kommunane og helseføretaket i 2014/2015 i større grad enn tidlegare må syte for etterleving av avtalane. Føremålet med det er at ein ved neste evaluering har eit betre grunnlag for å gjere naudsynte endringar.

---

<sup>9</sup> Denne avtalen gjeld ikkje ei avtale om godkjenning av ordninga ved Sjukestova i Bokn, men er ei avtale om at kommunen skal etablere KØH-tilbod og at føretaket ikkje utbetaler støtte til tiltaket før kommunen har fått stønad til ordninga frå direktoratet.

# 5. Vurdering

## 5.1 I kva grad har Bokn kommune sett i verk tilstrekkeleg med tiltak for å ivareta kommunen sine nye oppgåver som følgje av Samhandlingsreforma?

Bokn kommune har gjennom sitt tilbod om øyeblikkeleg hjelp ved Sjukestova lagt til rette for at ein kan behandle ein del pasientar som elles ville bli sendt på sjukehuset. I undersøkinga kjem det fram at det er vanskeleg å få eksakt oversikt over i kva grad kommunen har klart å redusere andelen pasientar innlagt på sjukehus utover dei som har blitt behandla ved Sjukestova sitt utvida tilbod. Det går fram av tala frå Helsedirektoratet at Bokn kommune i 2013 hadde ei midlertidig auke i forbruket av medfinansieringsmidlar, noko som er knytt til ein auke i bruk av spesialisthelsetenester. Som det blir peika på i intervju er det ikkje mogleg å konkludere på grunnlag av eit lite utval over kort tid, men revisjonen meiner likevel det er grunn til å tru at akutttilbodet ved Sjukestova kan vere ein medverkande årsak til at kommunen ikkje har nytta alle overførte medfinansieringsmidlar.

Kommunen har til no ikkje hatt behov for å opprette eigne tiltak for å sikre at dei kan ta mot utskrivingsklare pasientar, ettersom dei alltid har tatt imot dei som blir utskrivne frå sjukehuset. Dette er etter revisjonen si vurdering positivt, særleg sett i lys av at Bokn kommune er ein liten kommune som kunne vore meir sårbare på dette området. Basert på opplysningar om at Sjukestova per i dag har overbelegg, ingen reelle korttids plasser og høgt press i heimetenestene vil revisjonen understreke at kommunen bør arbeide vidare med å tilpasse kapasitet og tenestetilbod til følgjer av Samhandlingsreforma. I denne samanhengen er det viktig å sikre at kommunen har eit tilfredsstillande tilbod på riktig nivå i omsorgstrappa. Mellom anna har det i undersøkinga blitt peikt på behovet for å vurdere om det kan være føremålstenleg å etablere omsorgsbustader eller liknande ettersom kommunen ikkje har dette tilbodet i dag.

Basert på at det i KOSTRA-tal kan sjå ut som at Bokn kommune har bebuarar i heildøgn bemanna bustad, vil revisjonen anbefale kommunen å undersøke kva som medfører denne feilinformasjonen.

Revisjonen registrerer at Bokn kommune har god og relevant kompetanse til å møte nye utfordringar som følgjer med Samhandlingsreforma.

Ettersom kravet i Samhandlingsreforma om etablering av øyeblikkeleg hjelp-tilbod skal vere på plass innan 1.1.2016, vil revisjonen understreke at Bokn kommune må sikre at dei får etablert ein tilfredsstillande avtale med helseføretaket om dette i løpet av 2015. Revisjonen merkar seg at kommunen er i gang med dette arbeidet i samarbeid med nabokommunar.

## 5.2 Har Bokn kommune etablert ei føremålstenleg samhandling med helseføretaket?

Undersøkinga viser at kommunen har inngått lovpålagte avtalar med helseføretaket, og at desse avtalane er reviderte. Det kjem samtidig fram at det er en generell oppfatning at det i for liten grad blir meldt avvik knytt til overføring av pasientar mellom helseføretaket og kommunen. Revisjonen registrerer at det er sendt avviksmeldingar frå Bokn kommune i dei tilfella det er blitt vurdert som aktuelt. Likevel kan det vere føremålstenleg å ha ein gjennomgang med tilsette om kva som kan vere relevante hendingar eller situasjonar å melde, slik at ein sikrar at alle aktuelle tilhøve blir registrert. Dette kan føre til eit meir målretta arbeid med forbetringar og å revidere avtalane.

Elles finn revisjonen at det jamt over blir opplevd som at ein har tilfredsstillande kommunikasjon og informasjonsflyt mellom kommunen og helseføretaket, og at Samhandlingsreforma har medført meir samarbeid mellom kommunen, andre kommunar og helseføretaket.

# Vedlegg 1: Høyringsuttale

Rådmann i Bokn opplyser i e-post datert 7.1.15 at det er gjort endringar i leiinga i Bokn kommune i samband med at tidlegare seksjonssjef for helse, sosial og barnevern slutta i kommunen.

Rådmann opplyser at:

«Ingunn Toft som var seksjonssjef for kultur, barnehage og skole har fra 1. januar også fått ansvar for pleie-og omsorg og helse. Rådmannen har overtatt de øvrige områdene [seksjonssjef helse, sosial og barnevern] hadde ansvar for som var NAV, sosial og barnevern. Ingunn Toft sin stillingsbenevnelse er fra samme tidsrom endret til Kommunalsjef. Stillingen til Økonomisjef er fra samme tidspunkt også endret til Kommunalsjef med ansvarsområdene økonomi, administrative funksjoner, IKT og personal. Toppledergruppa i Bokn kommune består etter dette fra 1. januar 2015 av Rådmann og 2 kommunalsjefer.»

Utover dette har ikkje rådmann vidare kommentarar til rapporten.

# Referansar

- Helse- og omsorgsdepartementet, St.meld. nr. 47 (2008-2009): «Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid»
- Helse- og omsorgsdepartementet: Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. FOR-2011-11-18-1115.
- Helse- og omsorgsdepartementet: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). LOV-2011-06-24-30.
- Kommuneproposisjonen 2012 – Prop. 115S
- KS: «Nasjonal veileder for lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak»

## Nettsider:

- KOSTRA-databasen (<http://www.ssb.no/offentlig-sektor/kommune-stat-rapportering/kostra-databasen>)
- Regjeringen.no: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/samhandlingsreformen/om-samhandlingsreformen/kommunal-medfinansiering.html?id=650122>
- Helsedirektoratet: <http://helsedirektoratet.no/finansiering/okonomiske-virkemidler-i-samhandlingsreformen/oyeblikkelig-hjelp-dogntilbud/Sider/dogntilbud-for-oyeblikkelig-hjelp-i-kommunen-.aspx>

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

Deloitte provides audit, tax, consulting, and financial advisory services to public and private clients spanning multiple industries. With a globally connected network of member firms in more than 150 countries, Deloitte brings world-class capabilities and deep local expertise to help clients succeed wherever they operate. Deloitte's approximately 200,000 professionals are committed to becoming the standard of excellence.

© 2015 Deloitte AS