



Forvaltningsrevisjon | Vindafjord kommune

Samhandlingsreforma

Juni 2017

«Samhandlingsreforma»

Juni 2017

Rapporten er utarbeidd for
Vindafjord kommune av Deloitte
AS.

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

Samandrag

Deloitte har i samsvar med bestilling frå kontrollutvalet i Vindafjord kommune 16. november 2016, i sak 21/16 gjennomført ein forvaltningsrevisjon av samhandlingsreforma i Vindafjord kommune.

Revisjonen har undersøkt om Vindafjord kommune har ei føremålstenleg oppfølging av samhandlingsreforma og om kommunen har etablert tenestetilbod i samsvar med samhandlingsreforma sine føresetnader. Spesielt har revisjonen undersøkt:

- i kva grad Vindafjord kommune har utarbeidd målsettingar for implementering av samhandlingsreforma, og på kva måte målsettingane blir følgt opp,
- i kva grad helse- og omsorgstenestene i Vindafjord kommune er organisert på ein føremålstenleg måte for å ivareta kommunen sine nye oppgåver som følgjer av samhandlingsreforma,
- om kommunen har etablert eit føremålstenleg system for samhandling mellom kommunen og helseføretaket om samhandlingsreforma, og endeleg,
- kva økonomiske konsekvensar samhandlingsreforma har fått for Vindafjord kommune?

Revisjonen har gjennomgått relevant dokumentasjon frå kommunen, samt tal frå kommunen og KOSTRA, og gjennomført intervju med til saman 10 personar.

Undersøkinga viser at Vindafjord kommune har eit tenestetilbod innanfor helse og omsorg som i all hovudsak gjer at kommunen er i stand til å ta imot utskrivingsklare pasientar og gje desse eit kommunalt tenestetilbod. Samstundes er det tilnærma fullt belegg ved sjukeheimane i kommunen, og undersøkinga viser at det er press på kapasiteten ved både institusjonane og heimetenestene. Fordelinga av plassar på institusjonane i kommunen inneber også at det er få korttidsplasser i høve til langtidsplasser, noko som medfører at kommunen har liten fleksibilitet i institusjonstilbodet. Dette kan utgjere ei sårbarheit ved auke i talet pasientar som blir utskrivne frå sjukehus med behov for eit kommunalt tilbod.

Vidare viser undersøkinga at kommunen ikkje jobbar tilstrekkeleg systematisk med førebygging innanfor helse- og omsorgstenestene. Kommunen har til dømes ikkje skriftlege målsettingar eller planar som tydeleg viser korleis og i kva grad ein skal jobbe med førebygging, og forpliktinga i samarbeidsavtala med helseføretaket er ikkje følgt opp i form av konkrete førebyggjande tiltak. Kommunen har også utfordringar knytt til å få nytta augeblikkeleg hjelp-plassane i Haugesund i samsvar med intensjonen i samhandlingsreforma om å førebygge sjukehusopphald.

Samarbeidet mellom helseføretaket og kommunen er regulert gjennom ei rekkje tenesteavtalar som ivaretek det formelle samarbeidet. Samstundes viser undersøkinga at trass i at det er oppretta system for samhandling og kommunikasjon mellom helseføretaket og kommunen, fungerer dette ikkje i alle tilfelle tilstrekkeleg godt i praksis, særleg med tanke på informasjon rundt utskriving av pasientar og handtering og oppfølging av avviksmeldingar.

Kommunen har eit gjentakande overforbruk i høve til budsjett i helse og omsorg. Undersøkinga viser at det er eit komplekst bilde der fleire faktorar samla bidreg til auka kostnader innan helse og omsorg, men årsaksforklaringane indikerer at fleire av dei uførutsette kostnadane kan knyttast til kommunen sitt auka ansvar som følgje av samhandlingsreforma.

Basert på det som kjem fram i undersøkinga vil revisjonen tilrå at Vindafjord kommune sett i verk følgjande tiltak:

1. Sikrar at planverk inneheld konkrete mål og tiltak som kan bidra til å meir systematikk i arbeidet med blant anna rehabilitering og førebygging innanfor helse- og omsorgstenestene i kommunen
2. Systematiserer arbeidet med kompetanseheving innanfor i helse og omsorg for å sikre at kommunen har tilstrekkeleg kompetanse til å møte nye utfordringar helse- og omsorgstenestene står ovanfor etter innføringa av samhandlingsreforma
3. Vurderer meir systematisk bruk av risikoanalyser for å avdekkje område med risiko for svikt i tenestetilbodet innan helse og omsorg
4. Gjer naudsynte avklaringar med tanke på bruk av augeblikkeleg hjelp-plasser for sikre at det lovpålagte tilbodet blir nytta i samsvar med intensjonane i samhandlingsreforma
5. Vurderer å gå i dialog med helseføretaket om korleis informasjonsutveksling i samband med utskrivning av pasientar kan forbetrast for å redusere risiko for svikt i tenestetilbodet og re-innlegging av pasientar
6. Sikrar at avvik knytt til samhandling blir meldt i kommunen og til helseføretaket, og følgt opp i samsvar med kapittel 9 i samhandlingsavtalen mellom helseføretaket og kommunen
7. Vurderer om kommunen i tilstrekkeleg grad sikrar at budsjetta innanfor helse og omsorg er realistiske, kva tiltak som eventuelt kan setjast i verk for i større grad å sikre realistiske budsjett, og gjennomgår eventuelle rutinar for å vurdere kostnadsreducerande tiltak knytt til tenestetilbodet i tilfelle der økonomiske prognosar viser risiko for overforbruk i høve til budsjett

Innhald

| | |
|---|----|
| Samandrag | 3 |
| 1. Innleiing | 8 |
| 2. Om tenesteområdet | 10 |
| 3. Målsettingar for implementering av samhandlingsreforma | 13 |
| 4. Organisering av helse- og omsorgstenestene | 17 |
| 5. Samhandling med helseføretak | 28 |
| 6. Økonomiske konsekvensar av samhandlingsreforma | 35 |
| 7. Konklusjon og tilrådingar | 39 |
| Vedlegg 1: Høyringsuttale | 41 |
| Vedlegg 2: Revisjonskriterium | 42 |
| Vedlegg 3: Sentrale dokument og litteratur | 47 |

Detaljert innholdsliste

| | |
|---|-----------|
| Samandrag | 3 |
| 1. Innleiing | 8 |
| 1.1 Bakgrunn | 8 |
| 1.2 Føremål og problemstillingar | 8 |
| 1.3 Avgrensing | 9 |
| 1.4 Metode | 9 |
| 1.5 Revisjonskriterium | 9 |
| 2. Om tenesteområdet | 10 |
| 2.1 Organisering | 10 |
| 2.2 Omfang av tenester i Vindafjord kommune | 11 |
| 3. Målsettingar for implementering av samhandlingsreforma | 13 |
| 3.1 Problemstilling | 13 |
| 3.2 Revisjonskriterium | 13 |
| 3.3 Målsettingar for implementering av samhandlingsreforma | 13 |
| 4. Organisering av helse- og omsorgstenestene | 17 |
| 4.1 Problemstilling | 17 |
| 4.2 Revisjonskriterium | 17 |
| 4.3 Førebyggjande tiltak for å redusere behovet for sjukehusinnlegging | 18 |
| 4.4 Kapasitet og kompetanse til å ta imot utskrivingsklare pasientar | 21 |
| 4.5 Utgifter til overliggardøgn | 25 |
| 4.6 Kommunale døgnplassar for augeblikkeleg hjelp | 26 |
| 5. Samhandling med helseføretak | 28 |
| 5.1 Problemstilling | 28 |
| 5.2 Revisjonskriterium | 28 |
| 5.3 Samarbeid med helseføretaket og system for god og sikker informasjonsutveksling | 29 |
| 5.4 Handtering av avvik knytt til informasjonsutveksling mellom kommune og sjukehus | 33 |
| 6. Økonomiske konsekvensar av samhandlingsreforma | 35 |
| 6.1 Problemstilling | 35 |
| 6.2 Revisjonskriterium | 35 |
| 6.3 Økonomiske konsekvensar av samhandlingsreforma som følgje av utgifter til sjukehusopphald | 35 |
| 6.4 Økonomiske konsekvensar av samhandlingsreforma som følgje av tilpassing av helse- og omsorgstilbodet | 36 |

| | |
|--|----|
| 7. Konklusjon og tilrådingar | 39 |
| Vedlegg 1: Høyringsuttale | 41 |
| Vedlegg 2: Revisjonskriterium | 42 |
| Vedlegg 3: Sentrale dokument og litteratur | 47 |

1. Innleiing

1.1 Bakgrunn

Deloitte har gjennomført ein forvaltningsrevisjon av samhandlingsreforma i Vindafjord kommune. Prosjektet blei bestilt av kontrollutvalet i Vindafjord kommune i sak 21/16, 16. november 2016.

1.2 Føremål og problemstillingar

Føremålet med prosjektet har vore å undersøke om Vindafjord kommune har ei føremålstenleg oppfølging av samhandlingsreforma og om kommunen har etablert tenestetilbod i samsvar med samhandlingsreforma sine føresetnader.

Med bakgrunn i føremålet blei det formulert følgjande problemstillingar:

1. I kva grad har Vindafjord kommune utarbeidd målsettingar for implementering av samhandlingsreforma, og på kva måte blir målsettingane følgt opp?
2. Er helse- og omsorgstenestene i Vindafjord kommune organisert på ein føremålstenleg måte for å ivareta kommunen sine nye oppgåver som følgjer av samhandlingsreforma?
Under dette vil vi undersøke:
 - a. Har kommunen tilstrekkelege førebyggjande tiltak for å bidra til å redusere behovet for sjukehusinnlegging?
 - b. Har kommunen tilstrekkeleg kapasitet og kompetanse til å ta imot utskrivingsklare pasientar?
 - c. I kva grad betalar kommunen for overliggerdøgn?
 - d. Er kommunale døgnplassar for augeblikkeleg hjelp oppretta, og i kva grad blir desse nytta dersom dei er oppretta?
3. Har Vindafjord kommune etablert eit føremålstenleg system for samhandling mellom kommunen og helseføretaket som sikrar tilstrekkeleg oppfølging av pasientar før, under og etter sjukehusopphald?
Under dette vil vi undersøke:
 - a. Har kommunen eit føremålstenleg samarbeid med helseføretaket?
 - b. Har kommunen etablert system for god og sikker informasjonsutveksling med sjukehuset?
 - c. Blir eventuelle avvik knytt til informasjonsutveksling mellom kommune og sjukehus registrert og følgt opp på ein systematisk måte?
4. Kva økonomiske konsekvensar har samhandlingsreforma fått for Vindafjord kommune?
Under dette vil vi undersøke:
 - a. Utgifter knytt til sjukehusopphald
 - b. Tilpassing av pleie- og omsorgstilbod

1.3 Avgrensing

Forvaltningsrevisjonen har vore fokusert på den delen av helse- og omsorgstenestene som per i dag er omfatta av samhandlingsreforma, dvs. tenestene som primært ytes til eldre og pleietrengande i kommunen og som blir omfatta av § 3-2, punkt 5 og punkt 6 bokstav a-d i helse- og omsorgstenestelova. Revisjonen har ikkje omfatta tenester knytt til rus og psykiatri.

1.4 Metode

Oppdraget er utført i samsvar med gjeldande standard for forvaltningsrevisjon (RSK 001). Oppdraget er gjennomført i tidsrommet november 2016 til april 2017.

1.4.1 Dokumentanalyse

Rettsreglar og kommunale vedtak har blitt gjennomgått og nytta som revisjonskriterium. Vidare har informasjon om kommunen og dokumentasjon på planar, rutinar, malar, praksis m.m. blitt samla inn og gjennomgått.

1.4.2 Intervju

Revisjonen har gjennomført intervju med utvalde personar som arbeider med oppgåver knytt til samhandlingsreforma i kommunen, under dette kommunalsjef for helse og omsorg, økonomisjef, einingsleiarar for kommunen sine to sjukeheimar, sakshandsamar ved tenestekontoret, to tilsette ved sjukeheimane og hovudverneombod innanfor helse og omsorg. I tillegg har det vore gjennomført telefonintervju med ansvarleg for helsetenesta i Sandeid fengsel og tilsynslegar ved dei to sjukeheimane.

Totalt er det gjennomført 10 intervju.

1.4.3 Statistikk

Revisjonen har nytta statistikk frå KOSTRA i arbeidet med revisjonen, under dette indikatorar som visar utvikling innanfor helse- og omsorgssektoren i kommunen. Revisjonen har også etterspurt og nytta oversikter kommunen sjølv har utarbeidd i samband med samhandlingsreforma.

1.4.4 Verifiseringsprosessar

Oppsummering av intervju er sendt til dei som er intervjuet for verifisering og det er informasjon frå dei verifiserte intervjureferata som er nytta i rapporten.

Datadelen av rapporten er sendt til rådmannen for verifisering, og faktafeil er retta opp i den endelege versjonen. Høyringsutkast av rapporten blei deretter sendt til rådmannen for uttale. Rådmannen sin høyringsuttale er lagt ved rapporten.

1.5 Revisjonskriterium

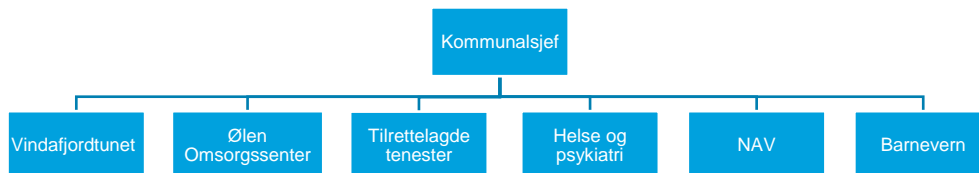
Revisjonskriteria er dei krav og forventningar som forvaltningsrevisjonsobjektet skal bli vurdert opp mot. Kriteria er utleia frå autoritative kjelder i samsvar med krava i gjeldande standard for forvaltningsrevisjon. I dette prosjektet er revisjonskriteria i hovudsak henta frå helse- og omsorgstenestelova. Kriteria er nærare presentert innleiingsvis under kvart tema, og i vedlegg 2 til rapporten.

2. Om tenesteområdet

2.1 Organisering

Helse og omsorg i Vindafjord kommune blir leia av ein kommunalsjef og omfattar seks einingar med kvar sine einingsleiarar.

Figur 1: Organisering av området helse- og sosialomsorg i Vindafjord kommune¹



Helse- og omsorgstenesta er inndelt i to geografiske område med utgangspunkt i dei to omsorgssentra, Vindafjordtunet og Ølen omsorgssenter. Det blir drive integrerte tenester, som inneber at ein del av personalet arbeider både i institusjon og i heimetenesta.

Kommunen har ein samla kapasitet på 81 institusjonsplassar ved Vindafjordtunet og Ølen omsorgssenter. Frå begge omsorgssentra blir det gjeve tenester til brukarar i institusjon, under dette korttid-, langtid- og avlastingsplassar, samt heimetenester til brukarar i eigen bustad. I tillegg har omsorgssentra ansvar for dagtilbod for eldre, kjøkkendrift som inkluderer utkøyring av middag til heimebuande, praktisk bistand (heimehjelp), kreftsjukepleiarar, palliativ pleie, hukommelsesteam, syn- og høyrselkontakt og ansvar for tryggleiksalarmar, demensomsorg og dagsenter for demente.

Vindafjordtunet har totalt 51 institusjonsplassar:

- 38 plassar til demensomsorg, av dette 1 på korttidsopphald
- 13 plassar på somatisk avdeling, av dette 2 korttidsplassar

I tillegg er 25 omsorgsbustader utan heildøgns bemanning tilknytt Vindafjordtunet.

Ølen omsorgssenter har totalt 30 institusjonsplassar:

- 6 korttidsplassar
- 24 langtidsplassar

¹ Vindafjord kommune, 2015. *Organisasjonsversikt. Einingsleiarar i Vindafjord kommune.*

I tillegg er 25 omsorgsbustader utan heildøgns bemanning tilknytt Ølen omsorgssenter.

Eininga tilrettelagde tenester omfattar omsorgsbustader med heildøgnsbemanning, Vindafjord aktivitet- og dagsenter, støttekontakt og avlastingstenester, organisering av brukarstyrt personlig assistanse (BPA).

Helse- og psykiatritenestene omfattar Fastlegeordninga, Interkommunal legevakt for Etne og Vindafjord, fysio- og ergoterapitenesta, helsestasjon og skulehelsetenesta, psykisk helseteneste, barne- og familierettleiarar, fengselshelsetenesta og omsorgsbustader med heildøgnsstenester for personar med psykiske lidingar.

Barnevernstenesta omfattar interkommunal barnevernsteneste for Etne og Vindafjord. NAV har ansvar for økonomisk sosialhjelp, flyktingetenesta og kvalifiseringsprogrammet.

I tillegg er kommuneoverlegen medisinskfagleg rådgjevar for helsetenesta, anna administrasjon og politiske organ i kommunen.

2.2 Omfang av tenester i Vindafjord kommune

Talet på brukarar av kommunale pleie- og omsorgstenester i tidsrommet 2013 til 2016 går fram av tabellen under.²

Tabell 1:Nøkkeltal tenesteyting og kvalitet, helse- og omsorgstenester i Vindafjord kommune

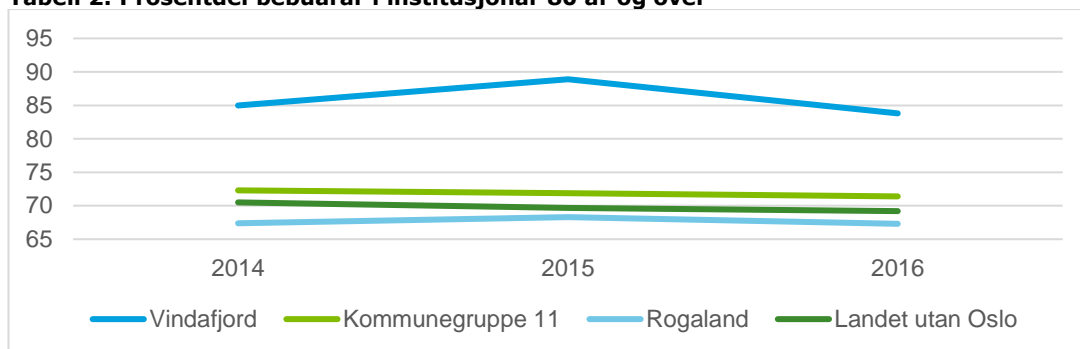
| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|--|------|------|------|------|
| Heimesjukepleie, tal brukarar | 350 | 408 | 337 | 390 |
| Praktisk bistand/heimehjelp, tal brukarar | 193 | 218 | 165 | 176 |
| Institusjonsopphald kort/langtid, tal brukarar | 257 | 277 | 249 | 261 |
| Avlasting institusjon, tal brukarar | | | | 49 |
| Tal utskrivingar frå sjukehus (med behov for oppfølging) | 383 | 331 | 267 | 324 |

Tal frå KOSTRA³ viser at Vindafjord kommune har høgare prosentdel av sine innbyggjarar over 80 år buande i institusjon enn gjennomsnittet i kommunegruppe 11, Rogaland og landsgjennomsnittet. Etter ein auke frå 85 prosent i 2014 til 88,9 prosent i 2015, er kommunen sin prosentdel innbyggjarar over 80 år busett i institusjon redusert til 83,8 prosent i 2016. I dei andre samanliknbare gruppene har det vore en ein svak reduksjon i andelen frå 2015 til 2016.

² Vindafjord kommune, 2017. Årsmelding 2016. Rammeområde helse og sosialomsorg (utkast, ikkje politisk handsama).

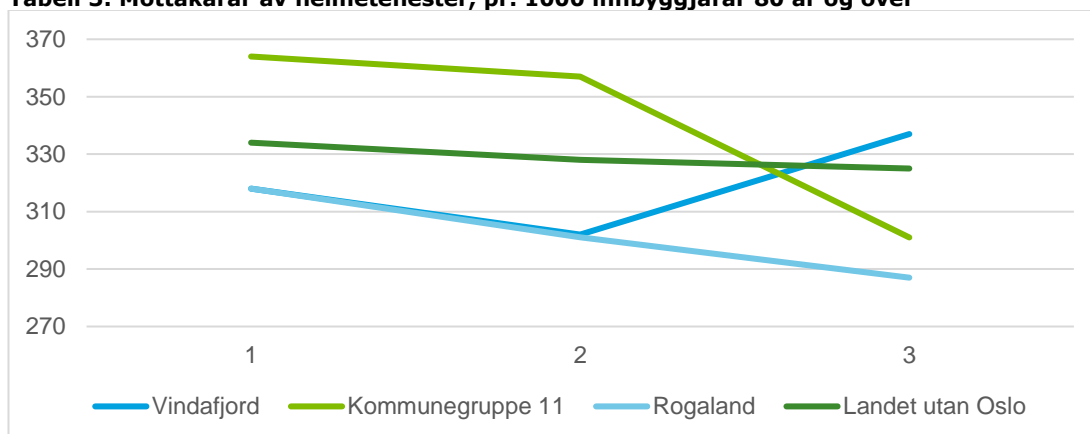
³ <http://www.ssb.no/offentlig-sektor/kommune-stat-rapportering/kostra-databasen>.

Tabell 2: Prosentdel bebuarar i institusjonar 80 år og over



Tal frå KOSTRA viser at Vindafjord kommune frå 2014 til 2015 hadde ein nedgang i mottakarar av heimetenester per 1000 innbyggjarar over 80 år frå 318 til 302 per 1000 innbyggjarar, og ein auke til 337 per 1000 i 2015. I dei andre samanliknbare gruppene har det vore ein reduksjon i heile treårsperioden. Vindafjord kommune ligg i 2016 høgare enn både landsgjennomsnittet og gjennomsnittet i kommunegruppa og fylket kva gjeld talet på mottakarar av heimeteneste.

Tabell 3: Mottakarar av heimetenester, pr. 1000 innbyggjarar 80 år og over



3. Målsettingar for implementering av samhandlingsreforma

3.1 Problemstilling

I dette kapitlet vil vi svare på følgjande hovudproblemstilling:

I kva grad har Vindafjord kommune utarbeidd målsettingar for implementering av samhandlingsreforma, og på kva måte blir målsettingane følgt opp?

3.2 Revisjonskriterium

Kommunar er pålagt å planlegge verksemda si. Det går fram av kommunelova § 5 at «kommunen skal utarbeide en samordnet plan for den kommunale virksomhet.» Kommunen sin plikt til å utarbeide planar, samt føremålet med slik planlegging, går også fram av plan- og bygningslova §§ 3-1, 3-2, 3-3 og 11-2 andre ledd.

Planlegginga skal fremje heilskap ved at sektorar, oppgåver og interesser på eit område blir sett i samanheng gjennom samordning og samarbeid om oppgåveløysning mellom sektormyndigheter og mellom statlege, regionale og kommunale organ, private organisasjonar og institusjonar, og allmenta, jf. plan- og bygningslova § 3-1.

3.3 Målsettingar for implementering av samhandlingsreforma

3.3.1 Datagrunnlag

Etablerte målsettingar

Overordna føringar knytt til helse- og omsorgstenester i Vindafjord kommune blir fastslått i samfunnsdelen til kommuneplanen for perioden 2017-2029.⁴ I planen er det sett som mål at flest mogleg skal bu i eigen bustad, samstundes som eit tilstrekkeleg tenestetilbod også må omfatte døgnbemanna omsorgsbustadar for eldre som eit reelt alternativ til varig plass i institusjon. Det er også sett som mål at kommunen skal legge til rette for bruk av velferdsteknologi, skape koordinerte og teambaserte helse- og omsorgstenester utifrå brukarane sitt behov i staden for ut ifrå diagnose eller profesjonar, samt at det skal leggest til rette for kvardagsrehabilitering i heimetenesta.

⁴ Vindafjord kommune, 2006. *Kommuneplan 2017-2029. Vindafjord kommune. Vedteke av kommunestyret 04.04.2017.*

Vindafjord kommune sin fireårige helse- og omsorgsplan har som føremål å skissere både langsiktige satsingsområde og meir konkrete tiltak innanfor helse og omsorg, og er meint å vere eit styringsdokument for tenesteapparatet i kommunen i perioden fram mot 2020.⁵

I planen blir det vist til at samhandlingsreforma sin intensjon er at kommunane skal førebygge meir, behandle tidlegare og arbeide meir i team. Det blir vidare slått fast at reforma inneber at Vindafjord kommune sitt helsefremjande og førebyggjande arbeid må styrkast, at folkehelsearbeidet skal vere heilskapleg og sektorovergripande og at det skal leggast vekt på habilitering og rehabilitering, brukarmedverknad, behandlingsforløp og forpliktande samarbeidsavtalar mellom kommunar og helseføretak. Vindafjord kommune skal derfor satse på kvardagsrehabilitering for å auke innsatsen tidleg i eit rehabiliteringsforløp.

Det blir i planen gitt uttrykk for at kommunen særleg skal jobbe med følgjande:

- Personar med behov for rehabilitering og habilitering skal oppleve å få heilskaplege og samordna tenester som dei sjølv har delteke i utforminga av
- Rehabilitering og habilitering skal vere utgangspunkt for all tenesteyting
- Å bruke kvardagsrehabilitering som arbeidsform
- Godt fagleg heildøgntilbod innan rehabilitering
- Brukarane skal oppleve at dei får hjelp når dei treng det, at tilbodet er individuelt tilpassa og at dei oppnår best mogleg funksjon og livskvalitet.

I intervju blir det trekt fram at kommunen sin helse- og omsorgsplan ikkje inneheld tydelege mål eller tiltak for implementering av samhandlingsreforma direkte, og korleis ein skal nå overordna målsettingar om auke i førebyggjande arbeid. Det blir samstundes vist til at kommunen sin økonomiplan og budsjett for 2017 i nokon grad inneheld meir konkrete målsettingar i det førebyggjande arbeid.

I kommunen sin økonomiplan for perioden 2017-2020⁶ blir det vist til målsettingar frå kommuneplanen for 2007-18 som inneber at pleie- og omsorgstenesta skal tilby tenester som er tilpassa den einskilde sitt behov for naudsynt helsehjelp og naudsynt hjelp i heimen, samt at kommunen skal tilby institusjonsplass ved akutte behov og elles leggje til rette slik at dei fleste kan bu i eigen bustad i alle livsfasar.

Budsjett for 2017 inneheld målsettingar og fokusområde for rammeområdet helse og sosialomsorg.⁷ Det blir i budsjett for 2017 trekt fram at fleire oppgåver blir overført kommunane, og i regelen er midlane til desse oppgåvene lagt til ramma som frie inntekter. I budsjettet for 2017 er det sett av ressursar på fellesområdet til å styrke inntak og vedtaksfunksjonen innan rammeområdet, gjennom ei omdisponering av ressursar frå Ølen omsorgssenter, tilrettelagde tenester og helse og psykiatri.

Strategiar og tiltak innanfor helse og omsorg som er nedfelt i økonomiplanen 2017-2020 omfattar:

- Gjennomgang av ressursbruk i høve til oppdrag i heimetenesta og utarbeiding av tenestestandardar
- Kvardagsrehabilitering som metode i heimetenesta
- Samle organisering av dagsentertenester for eldre

⁵ Vindafjord kommune, 2015. *Helse- og omsorgsplan for Vindafjord kommune 2015-2020 «Deltaking og meistring».*

⁶ Vindafjord kommune, 2016. *Budsjett 2017. Økonomiplan 2017–2020.* Vedtatt i kommunestyret 20. desember 2016

⁷ Vindafjord kommune, 2016. *Budsjett 2017. Økonomiplan 2017–2020.* Vedtatt i kommunestyret 20. desember 2016

- Vurdere omlegging frå sjukeheim til omsorgsbustadar med heildøgnsbemanning (2018-19)
- Vurdere etablering av 3-5 «skjerma» plassar i institusjon
- Styrking av omsorgssentra/vurdering av omlegging av tenestestrukturen
- Vurdere å etablere ØH-senger lokalt (2018)
- Evaluering av hukommelsesteamet

Utover dei generelle måla for sektoren, blir det påpeikt i intervju at det i stor grad er opp til kvar enkelt eining og avdeling korleis dei skal løyse sine oppgåver for å sikre at dei opererer i samsvar med samhandlingsreforma. Men det blir understreka frå fleire i intervju at det opplevast at det er tydeleg formidla frå leiinga at kommunen ta imot utskrivingsklare pasientar frå sjukehuset.

Tilpassinga til samhandlingsreforma blir også reflektert i kommunen sitt arbeid med oppfølging av ein rapport som er utarbeidd av Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO), som i 2015 gjorde ein gjennomgang av drifta innan rammeområdet helse og omsorg for Vindafjord kommune. Føremålet med gjennomgangen var å danne grunnlag for utvikling av tenestetilbodet, budsjett og langtidsplanar for åra framover.⁸ Det er utarbeidd ein handlingsplan i samband med denne rapporten, der oppgåver og ansvar er fordelt.⁹ Planen inneheld følgjande moment frå RO-rapporten, der det framkjem kven som er ansvarleg og frist for gjennomføring:

- Overføring av oppgåver, ansvar, budsjett og ressursar, samt intern og ekstern informasjon knytt til oppretting av tildelingskontor
- Vederlagsbetaling til tenestekontoret
- Ta i bruk teknologiske løysingar
- Etablering av driftsteam. Vurdering av endring av tenester som inneber å gå vekk frå integrerte tenester og korleis spisskompetanse kan nyttast betre.
- Utbygging av heildøgns teneste og vurdering av behovet/tal på institusjonsplassar

Det blir opplyst frå kommuneleiinga si side at innhaldet i planen kun er fullt ut gjennomført i eining for tilrettelagte tenester. Tenestekontoret er oppretta og er per april 2017 i ferd med å ta over alle dei planlagde funksjonane som skal ligge til kontoret. Arbeidet med dei andre punkta er planlagd starte opp våren 2017, og heile leiargruppa skal delta i arbeidet. Hovudfokus blir opplyst å vere på å gjere vurderingar av tiltaka i RO-rapporten ut frå korleis situasjonen i kommunen er i dag, og deretter ta stilling til kva som skal realiserast no.

I intervju blir det formidla at samstundes som det i liten grad er etablert konkrete målsettingar for korleis kommunen skal jobbe med å førebygge institusjonsopphald, vektlegg leiinga i kommunen førebygging av institusjonsopphald og at flest mogleg skal klare å bu heime, eventuelt med tenester frå kommunen. Dette blir omtala som ei felles forståing ein jobbar mot i kommunen, mellom anna gjennom å vektlegge aktiv oppfølging og (opp)trening i det daglige arbeidet innanfor helse og omsorg. På same måten er det ei felles forståing om at kvardagsrehabilitering er ei målsetting ein må jobbe aktivt med i kommunen. Dette arbeidet er no delvis kome i gang, mellom anna gjennom opprettinga av eit kvardagsrehabiliteringsteam, noko som i intervju blir framhalde som ein viktig del av arbeidet med samhandlingsreforma.

Oppfølging av målsettingar

Det blir opplyst i intervju at det ikkje blir utarbeidd systematiske rapportar eller liknande som viser korleis dei ulike einingane innanfor helse og omsorg drifrar tenester og løyser oppgåver spesifikt knytt til samhandlingsreforma. Frå sjukeheimsleiinga blir det gjeve

⁸ Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO), 2015. *Analyse og tilråding for framtidig helse- og omsorg i Vindafjord kommune. Rapport.*

⁹ Vindafjord kommune, 2017. *Oversikt oppgåver og ansvar 2017*

uttrykk for at ein opplever det som tilfeldig kva omsorgssentra blir målt på av ulike element knytt til samhandlingsreforma, og at det ikkje går føre seg ei systematisk måling av korleis einingane innan helse og omsorg løyer sine oppgåver.

Det blir heller ikkje rapportert konkret på økonomiske indikatorar knytt særskilt til samhandlingsreforma. Økonomisk rapportering blir gjort annankvar månad, og er tertialvis gjenstand for handsaming på politisk nivå. I intervju blir det opplyst at det ikkje har vore etterspurd rapportering frå rådmannsnivå eller politisk nivå knytt direkte opp mot samhandlingsreforma. Det blir utarbeidd noko statistikk frå kommunen si side, mellom anna over talet på pasientar kommunen tek imot frå sjukehuset. Denne oversikta går fram av kommunen si årsmelding, saman med andre nøkkeltal knytt til tenesteyting og kvalitet, under dette tal på brukarar som får tenestene heimesjukepleie, praktisk bistand/heimehjelp, institusjonsopphald (korttid og langtid) og avlastning i institusjon.¹⁰

3.3.2 Vurdering

Vindafjord kommune har i kommuneplan og helse- og omsorgsplan sett som mål at flest mogleg skal bu i eigen bustad, samstundes som eit tilstrekkeleg tenestetilbod også må omfatte døgnbemanna omsorgsbustadar for eldre som eit reelt alternativ til varig plass i institusjon. Det blir også peikt på område som skal vektleggast for at kommunen skal yte eit tenestetilbod som er i samsvar med samhandlingsreforma, mellom anna gjennom styrking av helsefremjande og førebyggjande arbeid, samt vektlegging av habilitering og rehabilitering, behandlingsforløp og forpliktande samarbeidsavtalar mellom kommune og helseføretak. Vindafjord kommune har likevel i liten grad utarbeidd planar eller strategiar med tydelege mål eller tiltak som viser korleis kommunen konkret skal arbeide med implementering av samhandlingsreforma, og korleis ein skal nå overordna målsettingar om auke i helsefremjande og førebyggjande arbeid. Det blir også i liten grad rapportert konkret på indikatorar knytt særskilt til samhandlingsreforma som gjer det mogeleg å følgje opp målsetjingar.

Tilpassing til samhandlingsreforma krev samordning av kommunale tenester og samhandling med helseføretaket. Revisjonen meiner derfor det er ein føremon for å kunne jobbe systematisk med førebyggjande arbeid innanfor helse og omsorg at kommunen etablerer tydelege mål for dette arbeidet, konkretiserer korleis kommunen vil nå desse måla gjennom konkrete planar og tiltak, og følger opp korleis ein jobbar for å nå måla. Større grad av konkretisering av mål og tiltak vil sikre at ein har ein tydeleg strategi for å nå måla kommunen har sett, og kan bidra til betre samordning av tenestene. Dette kan igjen bidra til ei meir systematisk implementering av samhandlingsreforma, og vere eit ledd i arbeidet med å sikre at administrasjonen blir drive i samsvar med lover og reglar og er gjenstand for betryggjande kontroll, jf. kommunelova § 23 nr. 2.

¹⁰ Vindafjord kommune, 2017. *Årsmelding 2016. Rammeområde helse og sosialomsorg* (utkast, ikkje politisk handsama)

4. Organisering av helse- og omsorgstenestene

4.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgjande hovudproblemstilling:

Er helse- og omsorgstenestene i Vindafjord kommune organisert på ein føremålstenleg måte for å ivareta kommunen sine nye oppgåver som følgjer av samhandlingsreforma?

Under dette vil vi undersøke:

- Har kommunen tilstrekkelege førebyggjande tiltak for å bidra til å redusere behovet for sjukehusinnlegging?
- Har kommunen tilstrekkeleg kapasitet og kompetanse til å ta imot utskrivingsklare pasientar?
- I kva grad betalar kommunen for overliggardøgn?
- Er kommunale døgnplassar for augeblikkeleg hjelp oppretta, og i kva grad blir desse nytta dersom dei er oppretta?

4.2 Revisjonskriterium

Kommunens ansvar for helse- og omsorgstenester

Kommunen skal ifølgje helse- og omsorgstjenestelova § 3-1 sørge for at personar som oppheld seg i kommunen blir tilbydd naudsynte helse- og omsorgstenester. Dette omfattar eit ansvar for å tilby alt frå helsefremjande og førebyggjande tenester til plass på institusjon/ sjukeheim, jf. § 3-2.

Vidare går det fram av regelverket at helse- og omsorgstenester som blir tilbudd eller ytt etter denne lova skal vere forsvarlege.

Samhandlingsreforma

Samhandlingsreforma tredde i kraft 1. januar 2012 og har som mål å bidra til at alle får rett behandling, til rett tid og på rett stad.¹¹

I forbindelse med samhandlingsreforma er intensjonen at kommunane skal opprette kommunale tilbod før, i staden for og etter sjukehusopphald. Det ligg spesielt incentiv knytt til å redusere talet utskrivingsklare pasientar, behandling av medisinske pasientar ved somatiske sjukehus, og augeblikkeleg hjelp innleggingar.

Blant dei mest sentrale verkemidla i samhandlingsreforma er:¹²

¹¹ Helse- og omsorgsdepartementet, St.meld. nr. 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid

¹²Tidlegare var også kommunal medfinansiering av spesialisthelsetenesta eit sentralt verkemiddel.

- Kommunalt betalingsansvar for utskrivingsklare pasientar
- Auka innsats på folkehelsearbeid og førebygging i den kommunale helse- og omsorgstenesta
- Lovpålagd samarbeidsavtale mellom kommunar og regionale helseføretak
- Ny kommunal plikt til å tilby døgnopphald til pasientar med behov for augeblikkeleg hjelp¹³

Kommunalt betalingsansvar

Kommunalt betalingsansvar for utskrivingsklare pasientar inneber at kommunane overtek det finansielle ansvaret for utskrivingsklare pasientar på sjukehus frå første dag. Målet er å hindre at utskrivingsklare pasientar blir liggjande på sjukehus og vente fordi kommunen ikkje har et tilbod til dei.

Kommunalt tilbod om augeblikkeleg hjelp

Samhandlingsreforma har som mål å byggje ut tenester der folk bur, og difor blei det frå og med 1. januar 2016 stilt krav i helse- og omsorgstenestelova § 3-5 tredje ledd om at kommunane skal tilby døgnopphald for augeblikkeleg hjelp. Plikta skal i første omgang omfatte somatiske pasientar, men vil frå 1. januar 2017 også gjelde for pasientar med psykiske helse- og rusmiddelproblem.¹⁴

Internkontroll

Administrasjonssjefen sitt overordna ansvar for internkontrollen i ein kommune går fram av kommunelova § 23 nr. 2, ved at «administrasjonssjefen skal sørge for at administrasjonen drives i samsvar med lover, forskrifter og overordnede instruksjer, og at den er gjenstand for betryggende kontroll».

Sjå vedlegg 2 for meir utfyllande revisjonskriterium.

4.3 Førebyggjande tiltak for å redusere behovet for sjukehusinnlegging

4.3.1 Datagrunnlag

I intervju blir det peikt på at eit viktig element når det gjeld førebyggjande arbeid består i at kommunen må informere innbyggjarane om kva forventingar kommunen har til kva den enkelte sjølv skal meistre i framtida. Dette må gjerast for å unngå for høge forventningar til dei kommunale tenestene.

Fleire trekkjer i intervju fram at behovet for meir vektlegging av førebyggjande arbeid innan helse og omsorg, samt auka fokus på rehabilitering og førebygging av sjukdom, blir opplevd som ei av dei viktigaste følgjene av samhandlingsreforma. Fleire gir også uttrykk for at det er naudsynt med ei bevisstgjering omkring dette i dei kommunale tenestene. Fleire av dei intervjua opplever samtidig at det sidan innføringa av reforma er i ferd med å vakse fram større medvit om at kommunen i større grad må vektleggje førebyggjande arbeid for å redusere talet brukarar som bur i institusjon og pasientar innlagt på sjukehus.

Samstundes blir det også understreka at det er naudsynt å jobbe meir målretta med slik førebygging, og at reforma inneber behov for konkrete tiltak og endra tilnærming i arbeidet innanfor helse og omsorg. Kommunen har i liten grad gjort slike tilpassingar når det gjeld spesifikke tiltak knytt til oppgåver relatert til samhandlingsreforma, og det blir formidla at verken sjukeheimane eller heimetenestene har skriftlege prosedyrar eller retningslinjer som vektlegg korleis, og i kva omfang, tenestene skal jobbe systematisk med førebyggingsarbeid. Mellom anna blir det trekt fram som ei svakheit at kommunen ikkje nyttar moglegheitene som ligg i bruk av velferdsteknologi i særleg grad.

¹³ Kommuneproposisjonen 2012 – Prop. 115S

¹⁴ Helsedirektoratet, 2016. *Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold*. Veiledningsmaterieill.

Tenestekontor

Som eit ledd i å styrke helse- og omsorgstenestene i kommunen har det blitt oppretta eit eige tenestekontor i kommunen frå 1.1.2017. I intervju blir det forklart at tenestekontoret har ansvaret for tildeling av tenester og institusjonsplassar til alle søkjarar, inkludert pasientar som kjem ut frå sjukehuset.

I intervju blir det peika på at opprettinga av tenestekontoret har gitt ei meir nøytral og rettferdig fordeling av nye brukarar til dei ulike institusjonane, og at kommunen i større grad har system for kontroll med korleis kommunale helse- og omsorgstenester blir tildelt. I intervju blir det vidare peika på at tenestekontoret fokuserer på førebyggjande arbeid i samband med heimebesøk, der ein kartlegg kva tilpassingsbehov potensielle brukarar har i eigen bustad.

Kvardagsrehabilitering

Det blir forklart at kommunen, som eit ledd i å få til meir systematikk knytt til førebygging, det siste halvanna året har arbeidd med eit prosjekt knytt til kvardagsrehabilitering. Prosjektet inneber at kommunen har oppretta eit kvardagsrehabiliteringsteam som skal hjelpe brukarar med å trene seg opp til å i større grad å klare seg sjølv i kvardagen. Prosjektet fungerer slik at fysio- og ergoterapeut vurderer og kartlegg brukarar, før tenestekontoret fattar vedtak om til dømes trening i heimen med fysio- og ergoterapeut.

Kvardagsrehabiliteringsteamet består av ergoterapeut i 20 prosent stilling og fysioterapeut i 20 prosent stilling. I tillegg er det meininga det skal vere ein sjukepleiar på teamet, men det blir opplyst i intervju at det ikkje er løyvd ressursar til sjukepleiar. Desse oppgåvene må derfor utførast i tillegg til andre arbeidsoppgåver for sjukepleiarar. Rehabiliteringsteamet er foreløpig organisert som eit prosjekt, og det blir opplyst at det er eining for helse- og psykiatri som har eit hovudansvaret for drifta av teamet.

I intervju blir det opplyst at erfaringane frå prosjektet så langt er positive, men enkelte trekkjer fram at prosjektet har fått knapt med midlar, og det har vore lite ressursar og kapasitet til å følgje det opp. Ein av føremonane med kvardagsrehabiliteringsteamet og denne typen førebygging som blir nemnt i intervju, er at kommunen kan få mogelegheit til å la vere å starte opp, trappe ned eller avslutte heimetenester for pasientar som klarar seg sjølve. Det blir i kommunens budsjett for 2017 framhalde at det er for tidleg å seie noko konkret om framtidig organisering av teamet, og at det er eit mål for kommunen at ein i løpet av 2017 gjere ei evaluering av erfaringane så langt og avgjere korleis dette arbeidet skal fortsette framover.¹⁵

Ølen omsorgssenter og Vindafjordtunet

Det blir forklart i intervju at dei to sjukeheimane i kommunen vektlegg førebygging og rehabilitering i det daglege arbeidet. Kommunen har oppretta aktivitetsavdelingar ved både Ølen og Vindafjordtunet omsorgssenter, der mottakarar av heimetenester kan kome for å drive med ulike aktivitetar. I intervju blir det opplyst at tilsette i kommunen opplever at dette kan bidra til å motverke behov for plass i institusjon.

I intervju blir det trekt fram at ein opplever skilnadar i tilnærming til førebygging mellom dei to sjukeheiminstitusjonane i kommunen. Den eine sjukeheimen opplever å sjå resultat av arbeidet med å sikre effektive pasientforløp i større grad enn den andre sjukeheimen, der ein fortsatt opplever at det er behov for meir bevisstgjerjing av både tilsette og brukarar med tanke på rehabilitering.

¹⁵ Vindafjord kommune, 2016. *Budsjett 2017. Økonomiplan 2017–2020*. Vedtatt i kommunestyret 20. desember 2016

Det blir i intervju etterlyst større grad av samarbeid og samkøyring i oppgaveløysinga ved dei to sjukeheimane, og det blir forklart at dårleg samhandling mellom institusjonane medfører ein risiko for at bebuarar ved den eine institusjonen ikkje får mogelegheit til trene seg opp og bruke eigne evner og ressursar i like stor grad som bebuarar ved den andre sjukeheimen. Det blir mellom anna peikt på at manglande samarbeid har vore eit hinder for å dele gode løysingar mellom institusjonane, og at det i nokre tilfelle har ført til at effektive løysingar blir halde internt i staden for at dei blir nytta i fellesskap.

Risikoanalysar

Risikoanalysar knytt til kommunen sitt tenestetilbodet innan helse og omsorg blir i liten grad nytta systematisk, og det blir i intervju trekt fram at kommunen i større grad burde jobbe systematisk med å gjennomføre risiko- og sårbarheitsanalysar for å avdekke kor det er størst risiko for svikt i tenestene som er berørt av samhandlingsreforma. Det har ikkje blitt gjennomført analysar knytt til kva høve som kan påverke måloppnåing knytt til samhandlingsreforma, som til dømes risiko for manglande kompetanse, for at ein ikkje klarar å etablere augeblikkeleg hjelp i samsvar med planar eller for at tilsette ikkje endrar praksis i samsvar med mål om større vektlegging av førebyggings- og rehabiliteringsarbeid.

Gjennomgangen av drifta innan rammeområdet helse og omsorg, som blei gjort i 2015 med bistand frå Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO) blir i intervju trekt fram som eit utgangspunkt for arbeidet med å kartlegge eventuelle risikoområde i tenestetilbodet. Føremålet med gjennomgangen var å danne grunnlag for utvikling av tenestetilbodet, budsjett og langtidsplanar for åra framover, og i intervju bli det opplyst at kommunen arbeider aktivt med følgje opp funn i rapporten som er utarbeidd av RO og knyte desse opp mot konsekvensar av samhandlingsreforma for kommunen sitt tenestetilbod.

4.3.2 Vurdering

Undersøkinga viser at kommunen sitt ansvar for førebyggjande arbeid, ut over etablering av eit kvardagsrehabiliteringsteam, ikkje i særleg grad er følgt opp med konkrete førebyggjande tiltak. Kommunen arbeider i dag ikkje tilstrekkeleg systematisk med førebyggjande arbeid ved sjukeheimane og i heimetenestene, og kommunen har i liten grad utarbeida konkrete mål eller planar knytt til førebygging. Revisjonen meiner at kommunen ikkje i tilstrekkeleg grad følger opp intensjonane i samhandlingsreforma når det gjeld systematisk førebyggjande arbeid innanfor helse- og omsorgstenestene. Kommunen bør derfor systematisere arbeidet med førebyggjande tiltak, særleg innanfor opptrening og rehabilitering, for å sikre at dei bidreg til å førebygge sjukehus- og institusjonsopphald i samsvar med intensjonane bak samhandlingsreforma.

Undersøkinga viser vidare at det er ulikt korleis og i kva grad sjukeheimane jobbar med førebygging og rehabilitering. Revisjonen meiner det er viktig at kommunen arbeider for å sikre meir erfaringsdeling og felles innsats knytt til førebyggjande arbeid, slik at ein unngår at det utviklar seg ulik praksis og store forskjellar i tilnærming og prioritering av dette arbeidet i tenesteeiningane. Manglande samordning av dette arbeidet medfører ein risiko for at tilbodet til innbyggjarane blir ulikt avhengig av kva tenesteeining som er ansvarleg for å gi tenestene.

Det går fram at kommunen i liten grad nyttar risikoanalyser systematisk for å avdekke område med fare for svikt eller manglar i tenestene. Systematiske risikoanalyser vil etter revisjonen si vurdering utgjere eit godt grunnlag for prioritering av ytterlegare tiltak mellom anna i det førebyggjande arbeidet innanfor helse og omsorg. Risikoanalyser er også ein sentral del av eit heilskapleg internkontrollsystem, og vil styrke arbeidet med å sikre at administrasjonen blir drive i samsvar med lover og reglar og er gjenstand for betryggjande kontroll, jf. kommunelova § 23 nr. 2. Revisjonen meiner difor at Vindafjord kommune med fordel kan systematisere bruken av risikoanalyser innanfor helse- og omsorgstenestene, slik at kommunen får betre oversikt over kor det er risiko for svikt eller manglar i tenestene, og kor det er behov for å setje i verk tiltak.

4.4 Kapasitet og kompetanse til å ta imot utskrivingsklare pasientar

4.4.1 Datagrunnlag

Kapasitet

I intervju blir det opplyst at tenestekontoret fører statistikk over månadleg belegg ved institusjonar innanfor pleie- og omsorgstenestene, og rapporterer tala direkte til kommunalsjef. Gjennomsnittsbelegget ved institusjonane i 2016 var på 94,6 prosent.

Talet på institusjonsplassar er fordelt på 30 institusjonsplassar ved Ølen omsorgssenter og 51 institusjonsplassar ved Vindafjordtunet. Ved Ølen omsorgssenter var det per desember 2016 seks korttidsplassar og 24 langtidsplassar. Vindafjordtunet hadde 38 plassar (med ein plass for korttidsopphald), og somatisk avdeling hadde 13 plassar. To av plassane ved Vindafjordtunet var per desember 2016 korttidsplassar. Kva gjeld omsorgsbustadar utan heildøgns bemanning, er det 25 bustadar i tilknytning til Vindafjordtunet og 25 bustadar knytt til Ølen omsorgssenter.

Det kjem fram i intervju at alle plassane ved sjukeheimane i kommunen per mars 2017 er fylt opp, og stor etterspurnad etter institusjonsplassar i Vindafjord medfører at kapasiteten er tilnærma fullt ut nytta. Det blir forklart at sjølv om det hender i enkelte tilfelle at pågangen er så stor at potensielle brukarar må vente på plass, er det ikkje slik at det til ei kvar tid er pasientar som ventar på plass. Det er heller ikkje oppretta ventelister for plass på institusjon. Samtidig blir det opplyst at kommunen arbeider med å utarbeide rutinar for bruk av ventelister for å sikre at ein har oversikt over kor mange som til ei kvar tid ventar på plass ved institusjon.

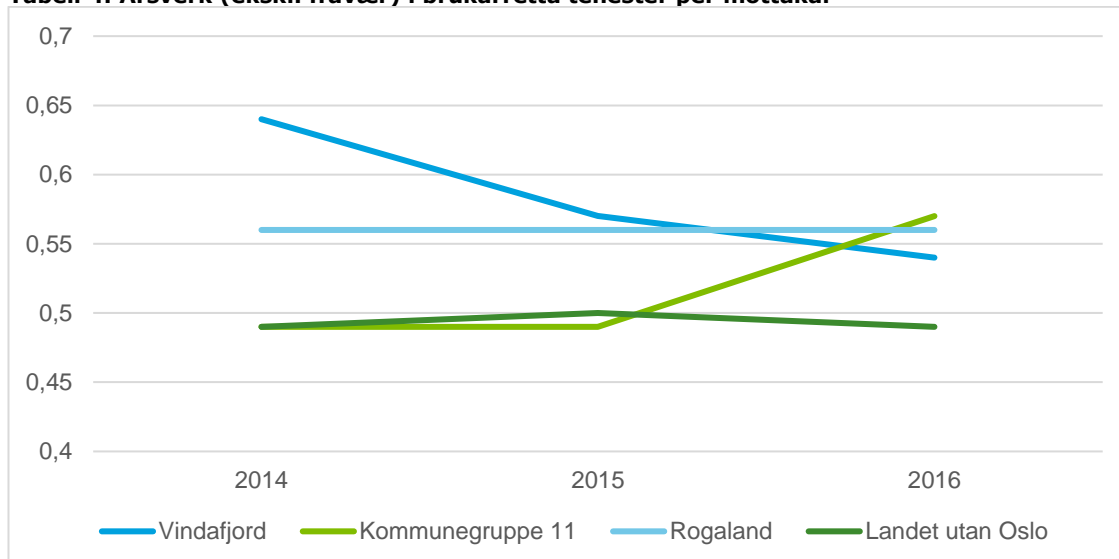
Det er brei einigheit blant dei intervjua om at kommunen i stor grad klarar å ta imot utskrivingsklare pasientar frå sjukehuset, noko som kjem til uttrykk gjennom at kommunen har låge utgifter til overliggardøgn. Kommunen sine utgifter knytt til sjukehusopphald blir nærare omtala i kapittel 6.

Grunnbemanninga innanfor helse- og omsorgstenester i kommunen blir av fleire skildra som for låg, og det blir trekt fram at dei tilsette strekker seg langt for at kommunen skal klare å ta i mot alle utskrivingsklare pasientar. Det blir opplyst i intervju at fordelinga av plassar på institusjonane i kommunen inneber at det er for få korttidsplasser i høve til langtidsplasser, noko som medfører at kommunen har liten fleksibilitet med tanke på å kunne ta imot pasientar frå sjukehuset. Det blir vist til at kommunen opplever at talet på pasientar som blir skriva ut frå sjukehuset varierer frå veke til veke, og det er derfor naudsynt å ha noko rom for fleksibilitet med tanke på kor mange pasientar ein kan ta imot til ei kvar tid. utfordringar knytt til dette har i følgje opplysningar i intervju mellom anna blitt synleggjort i kommunen sine utgifter til overliggardøgn på sjukehus ved at desse utgiftene gjekk opp i november og desember 2016. Dette skuldast at kommunen ikkje hadde kapasitet til å ta i mot alle pasientar frå sjukehus som hadde behov for korttidsplass.

I intervju blir det trekt fram ein opplever auka arbeidsmengde og kapasitetspress i heimetenestene. Samstundes blir det opplyst at ein opplever at dei tilsette strekker seg langt for at kommunen skal klare å yte heimetenester til pasientar som blir skriva ut frå sjukehus. Dette medfører at arbeidstempoet for å klare dette til tider opplevast som svært høgt, noko som gir slitasje og som påverkar sjukefråværet. Det blir fortalt at høgt arbeidstempo til tider også kan påverke kvaliteten på dei tenestene som blir levert, fordi dei tilsette ikkje har kapasitet til å utføre alle oppgåver så godt som ein gjerne skulle ha gjort.

Av tal frå KOSTRA går det fram at forholdet mellom årsverk i brukarretta tenester og tenestemottakarar er lågare i Vindafjord kommune enn gjennomsnittet i fylket og kommunegruppa, men høgare enn landsgjennomsnittet. Årsverk per mottakar i kommunen er redusert frå 0,64 i 2014 og 0,57 i 2015 til 0,54 årsverk per mottakar i 2016.

Tabell 4: Årsverk (ekskl. fråvær) i brukarretta tenester per mottakar



Enkelte har i intervju gjeve uttrykk for at kommunen si opptrapping eller utviding av tenestetilbodet sidan innføring av samhandlingsreforma ikkje har vore tilstrekkeleg til at kommunen klarer å følgje opp verdigheitsgarantien i institusjonar. Det blir forklart at dette mellom anna heng saman med auka behov for 1-1 bemanning i demensomsorga.

Kompetanse

I tillegg til at kapasiteten innan både institusjons- og heimetenester blir omtala som pressa, blir det også trekt fram at nye utfordringar for kommunen knytt til samhandlingsreforma har gjort det utfordrande å levere alle naudsynte tenester på ein god nok måte. Dette gjeld mellom anna auka kompleksitet i helsetilstanden til pasientar som blir skrivne ut frå sjukehus tidlegare enn før. I samband med dette blir organiseringa av helse- og omsorgstenester i integrerte tenester framheva som lite føremålstenleg. Det blir av fleire forklart at ein opplever at kommunen ville vore tent med gå bort frå organiseringa der heimetenestene og institusjonstenestene er integrert, noko som blir grunnleggjende med at ved å skilje tenestene kan tilsette i større grad få mogelegheit til å utvikle spisskompetanse og erfaring innanfor eitt fagområde.

I fleire av dei inngåtte tenesteavtalene mellom kommunen og helseføretaket blir kompetanseheving og vidareutdanning trekt fram som eit ansvar både kommunane og spesialisthelsetenesta har. Tenesteavtale 7 har mellom anna som føremål å leggje til rette for tiltak for å styrkje samarbeid om utdanning, praksis og læretid for helse- og omsorgspersonell, og klargjere oppgåve- og ansvarsfordeling mellom kommune og helseføretak i samband med dette.¹⁶

Av tenesteavtala går det fram at begge partar har som ei viktig oppgåve å rekruttere, behalde og utvikle medarbeidarar. Det blir mellom anna peika på at for å kunne møte behovet for heilskaplege og samansette tenester i helse- og omsorgstenesta, er det naudsynt å samarbeide med utdanningsinstitusjonane. Samhandlingskompetanse må også

¹⁶ Vindafjord kommune og Helse Fonna, 2014. *Tenesteavtale 7. Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid*

byggjast gjennom grunnutdanningane og gjennom etter- og vidareutdanningane. Begge partane skal i høve tenesteavtalen også delta i eit felles arbeid med å avklare utdanningsbehov i kommune- og spesialisthelsetenesta på kort og lang sikt. Det bør utviklast strategiske kompetanseplanar, som kan nyttast i samarbeidet med utdanningsinstitusjonane for å dimensjonere og utvikle relevante utdanningstilbod i regionen.

I intervju blir det peika på at innføringa av samhandlingsreforma krev ein annan type kompetanse blant tilsette i helse- og omsorgstenestene enn tidligare, grunna at brukarane har meir komplekse sjukdommar og helseproblem. I intervju blir det opplyst at kommunen i all hovudsak har tilstrekkeleg kompetanse til å ta imot pasientar som kjem ut frå sjukehuset, og dei tilsette har god kompetanse knytt til arbeid innanfor helse og omsorg. Kommunen samarbeider godt med sjukehuset når det kjem til oppfølging av pasientar med spesielle sjukdomsbilete, og får god opplæring i situasjonar der dette er naudsynt.

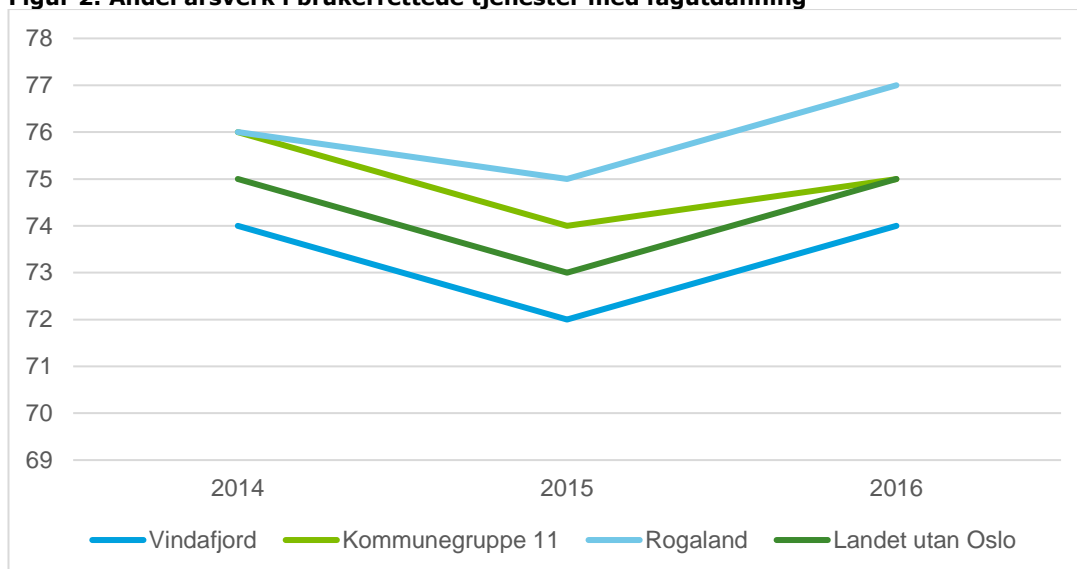
Det blir opplyst at det er oppretta kompetanseplanar innan helse og omsorg, og desse planane ligg til grunn for årlege søknadar om innovasjons- og kompetansetilskot frå fylkesmannen. Samstundes blir det i intervju uttrykt usikkerheit knytt til kor vidt kompetanseplanar som er utarbeidd i einingane, og er sendt inn til kommunen sentralt, blir nytta til systematisk arbeid med kompetanseheving. Det er heller ikkje vanleg at ein på tvers av einingane saman går gjennom kva ein treng av kompetanse i framtida.

I intervju blir det opplyst at per mars 2017 er fleire tilsette i gang med vidareutdanning på ulike fagområde, og det blir lagt til rette for at tilsette skal kunne ta vidareutdanning gjennom at kommunen gjev tilskot til studiestøtte. Vurderingar knytt til kor mykje ein kan gje er knytt til tilgjengelige midlar i budsjettet. Behov for, og ønskje om, vidare- og etterutdanning og konkrete kurs blir til dømes teke opp i personalmøte, men dersom ein ønskjer vidareutdanning og kompetanseheving blir det i stor grad opp til kvar enkelt tilsett å be om dette. Kompetanseheving blir frå fleire hald trekt fram som eit område kommunen framover bør vektleggje i større grad i samband med tilpassing til samhandlingsreforma.

Det kjem fram i intervju at kommunen har utfordringar når det gjeld å rekruttere og behalde fagpersonell, særleg gjeld dette sjukepleiarar som skal jobbe nattevakter. Fleire av dei intervjuja sett problem knytt til rekruttering til helse- og omsorgssektoren i kommunen i samheng med mellom anna at Vindafjord kommune ligg lågt på lønningstatistikk for sjukepleiarar. Det blir opplyst at fleire opplever at dette medfører at kommunen mistar fagpersonar som ikkje opplev at dei får lønn i samsvar med formell kompetanse eller utdanning, til dømes spesialsjukepleiarar.

Tall frå KOSTRA viser at andelen årsverk i brukarretta tenester med fagutdanning innanfor helse- og omsorgssektoren i Vindafjord kommune er lågare enn både landsgjennomsnittet og gjennomsnittet i fylket og kommunegruppe 11. Det har vore en auke i prosentdelen årsverk med fagutdanning i kommunen frå 2015 til 2016, frå 72 prosent til 74 prosent. Også dei andre samanliknbare gruppene har opplevd ein auke i prosentdelen årsverk med fagutdanning innanfor helse- og omsorgssektoren.

Figur 2: Andel årsverk i brukerrettede tjenester med fagutdanning



Det blir opplyst at det er ei utfordring at ein i helse- og omsorgssektoren i kommunen har mange deltidsstillinger, og at ein del vikariat står ubesett. Det blir i den samanheng opplyst at kommunen no tek del i KS-satsinga «Nytt blikk» for å prøve å få til fleire store stillingar.

4.4.2 Vurdering

Undersøkinga viser at kommunen i stor grad klarer å ta imot pasientar som blir skrivne ut frå sjukehuset med behov for plass på institusjon. Samstundes har kommunen få korttids plassar i forhold til langtidsplassar, noko som gir manglande fleksibilitet og skapar utfordringar knytt til å ta imot pasientar i det kommunale tenesteapparatet dersom mange utskrivningar skjer samtidig. I heimesjukepleien opplever ein auka oppdragsmengde og pressa kapasitet, noko som fører til at dei tilsette må halde eit høgt arbeidstempo for å ta unna alle arbeidsoppgåvene.

Revisjonen meiner det er positivt at kommunen i stor grad lukkast med å ivareta dei lovpålagde oppgåvene sine, og at det ikkje er kontinuerlege ventelister innanfor helse og omsorg i kommunen. Samtidig vil revisjonen peike på at pressa kapasitet bidreg til at desse tenestene i mindre grad kan jobbe systematisk med rehabilitering og førebygging enn det de sjølv kunne ønske, og slik det også framkjem av intensjonane bak samhandlingsreforma at tenestene bør.

Når det gjeld kompetanse innanfor helse og omsorg, viser undersøkinga at leiarar innanfor tenestene meiner at kompetansen hos tilsette i all hovudsak er god, og tilstrekkeleg til å ivareta behova til pasientar som blir skrivne ut frå sjukehus. Tilsette som ønsker det får mogelegheit til å delta på ulike kompetansehevande tiltak, men mykje skjer på initiativ frå tilsette sjølv og kompetanseplanar blir ikkje nytta systematisk.

Revisjonen meiner likevel arbeidet med å sikre at kommunen til ei kvar tid har tilstrekkeleg kompetanse til å ivareta lovpålagde tenester burde vore betre systematisert. Kommunen bør leggje til rette for systematisk bruk av kompetanseplanar for planlegging og vidareutvikling av kompetanse, både for den enkelte tilsette og for tenestene innan helse og omsorg som heilskap. Dette vil vere viktig for å sikre tilstrekkeleg kompetanse for å ivareta dei oppgåver som følgjer av samhandlingsreforma og forpliktingar kommunen har teke på seg gjennom samhandlingsavtalar med helseføretaket.

4.5 Utgifter til overliggardøgn

4.5.1 Datagrunnlag

Tal frå Vindafjord kommune viser at det i 2016 blei registrert 36 overliggardøgn på sjukehuset. Dette var ein auke frå 2015, då det blei fakturert for 16 overliggardøgn. Revisjonen har etterspurt oversikt over det samla talet innleggingar på sjukehus, og fått opplyst at kommunen ikkje har oversikt over talet innleggingar frå kommunen gjennom året. Dette skuldast at innleggingar på sjukehus skjer frå legekantor og legevakt både i og utanfor kommunen. Det blir også opplyst at journalsystema på legekantora har heller ikkje funksjonalitet for å hente ut denne typen statistikk.

I fleire intervju blir det understreka at kommunen i all hovudsak er i stand til å ta imot utskrivingsklare pasientar og gje dei eit tenestetilbod, anten ved sjukeheimane eller gjennom heimesjukepleie.

Det kjem fram i intervju at i enkelte tilfelle, dersom mange utskrivningar skjer samtidig, kan det oppstå utfordringar knytt til å ta imot pasientar i det kommunale tenesteapparatet. I den samanheng blir det i intervju etterlyst betre fleksibilitet i kommunen sitt tenestetilbod, til dømes gjennom oppretting av fleire korttidsplassar og tett kontakt med sjukehuset for å sikre at det blir gjort forsvarlege vurderingar rundt kva pasientar som kan takast imot til ei kvar tid.

Det blir i intervju med tilsynslegar peika på at kommunen opplever nokre tilfelle av re-innleggingar av pasientar som har blitt overført til kommunen frå sjukehuset. Kommunen har ikkje utarbeidd egne oversikter som viser i kva omfang pasientar blir skrivne ut for tidleg og må leggjast inn att på sjukehus grunna helsetilstanden. Det blir opplyst i intervju med tilsynslegar at deira inntrykk er at så langt i 2017 har det vore få slike tilfelle.

Ei av årsakene tilsynslegar oppgjev til at pasientar må leggast inn att på sjukehus, er uavklarte diagnosar ved utskrivning. Pasientar med samansette helseproblem får ofte løyst berre eitt av fleire helseproblem før dei blir utskrivne frå sjukehus, og er dermed ikkje heilt ferdig behandla når dei kjem inn på sjukeheimen i kommunen. I ein del tilfelle opplever kommunen derfor at pasientar må sendast tilbake til sjukehuset for vidare behandling der. Tilsynslegar meiner at ei avklaring av pasienten sin tilstand bør gjerast før dei blir skrivne ut frå sjukehuset, men det skjer ikkje alltid.

Det blir opplyst at frå kommunen si side blir det vektlagt å melde avvik dersom vurderinga sjukehuset har gjort av helsetilstanden til utskrivingsklare pasientar ikkje stemmer med kommunen si oppfatning. Det blir framheva som viktig å sørgje for at slike avvik blir meldt, fordi dialog med sjukehuset om mottak av pasientar er sentralt for å unngå at pasientar blir liggande på sjukehuset etter at dei er vurdert å vere utskrivingsklare eller at dei blir skrivne ut for tidleg. System for registrering og melding av avvik blir nærare omtalt i kapittel 5.4.

4.5.2 Vurdering

Undersøkinga viser at kommunen i liten grad betalar for overliggardøgn ved sjukehuset, men det har samstundes skjedd ei dobling i utgifter til overliggardøgn frå 2015 til 2016. Kommunen klarer i all hovudsak å gje eit kommunalt tilbod til utskrivingsklare pasientar. Revisjonen meiner dette er positivt, men vil påpeike at ettersom både institusjonane og heimetenestene allereie opplever utfordringar med tanke på press på kapasitet, jf. avsnitt 4.4, kan situasjonen vere sårbar dersom det skjer ei utvikling som inneber eit høgare press på kommunen sine tenester for å ta imot pasientar.

Revisjonen vil også påpeike at ein auke i overliggardøgn på slutten av 2016 indikerer at kommunen har utfordringar knytt til fleksibilitet når det gjeld å ta imot pasientar frå sjukehus, og at dette utgjer ein risiko for at kommunen ikkje klarer å oppfylle forpliktingane sine knytt til å etterleve samhandlingsreforma.

4.6 Kommunale døgnplassar for augeblikkeleg hjelp

4.6.1 Datagrunnlag

I tenesteavtale 4 mellom Vindafjord kommune og Helse Fonna HF går det fram at kommunen forpliktar seg til å etablere døgnopphald for augeblikkeleg hjelp frå 1.1.2016.¹⁷ I opplysningar frå kommunen kjem det fram at kommunen har inngått ein vertskommuneavtale med Haugesund om leie av augeblikkeleg hjelp-senger. Avtalen inneber at Vindafjord kjøper 1,6 plassar som er lokalisert i Haugesund.¹⁸

I intervju blir det opplyst at den totale bruken av kommunale døgnplassar for akutt hjelp i 2016 utgjorde 12 innleggingar og 22 liggedøgn frå Vindafjord kommune. Kommunen opplyser at for 2016 var det budsjettert med 2 093 000 kroner til augeblikkeleg hjelp, som blei betalt til Haugesund kommune som vertskommune for plassane.¹⁹ Av økonomirapport frå 2016 går det fram at det totale beløpet som blei nytta på døgnplassar for augeblikkeleg hjelp var på 2 285 808 kroner.²⁰

I intervju kjem det fram at kommunen sitt augeblikkeleg hjelp-tilbod blir handtert av fastlegar og legevakta, som sender pasientar til desse plassane dersom det er behov for det. I intervju med tilsynslegar blir det opplyst at henvising av pasientar til augeblikkeleg hjelp-plassar i all hovudsak går føre seg på same måte som henvising av pasientar til sjukehus med ordinær henvising. Kommunikasjonen mellom legar og eininga der augeblikkeleg hjelp-sengene er lokalisert skjer hovudsakeleg via telefon, og når pasientar blir sendt til dette tilbodet, legg legen ved eit skriv med instruksar om behandling til personalet i Haugesund.

Fleire har i intervju gjeve uttrykk for at kommunen sitt augeblikkeleg hjelp-tilbod i liten grad blir nytta. Årsakene som blir oppgjeve for dette, omfattar mellom anna at det er eit krav at pasientane må ha ei avklart diagnose for å kunne leggjast inn. Tilsynslegar forklarar i intervju at dei opplever få tilfelle der pasientane tilfredsstillar kravet om ei avklart diagnose som blir stilt for innlegging på augeblikkeleg hjelp-plass. Det er i mange høve nettopp utgreiing og avklaring av diagnose som er naudsynt. Det blir gjeve uttrykk for at legar opplever det i mange høve ville vore medisinsk uforsvarleg å sende pasientar til desse plassane, ettersom avklaring av pasientar skal skje på sjukehus.

Ein annan årsak som blir trekt fram som forklaring på at augeblikkeleg hjelp-plassane ikkje fungerer tilfredsstillande er at avstanden frå sjukehuset medfører mykje reising for ein pasient. Ein pasient som blir lagt inn på ein slik plass i Haugesund vil deretter bli flytta anten heim eller til ein sjukeheim, og deretter kan pasienten gjerne bli lagt inn på sjukehus, dersom tilstanden fortsatt ikkje er avklart. I nokre tilfelle opplever derfor legane at det er meir forsvarleg å legge inn pasienten på sjukehuset.

Ettersom augeblikkeleg hjelp-plassane blir nytta i liten grad, går det på revisjonstidspunktet føre seg ei evaluering av dette tenestetilbodet. Ein ser mellom anna på om avstanden mellom Vindafjord og tilbodet i Haugesund kan vere ein medverkande årsak til at plassane blir lite nytta, og om kommunen bør opprette augeblikkeleg hjelp-plassar i kommunen i staden. Det blir også sett nærare på andre endringar i augeblikkeleg hjelp-tilbodet som kan vere aktuelt, til dømes knytt til auka innsats retta mot informasjon, kompetanse og samarbeid med kommunen sitt tenesteapparat.

¹⁷ Vindafjord kommune og Helse Fonna HF, 2013. *Tenesteavtale 4 mellom Vindafjord kommune og Helse Fonna HF. Avtale om kommunen sitt tilbod om døgnopphald for augeblikkeleg hjelp.*

¹⁸ Vindafjord kommune, 2016.

¹⁹ Vindafjord kommune, 2016. Budsjetterte og regnskapsførte utgifter til medfinansiering av behandling i spesialisthelsetenesta. Notat oversendt i samband med fovaltningrevisjonen.

²⁰ Vindafjord kommune, 2017.

4.6.2 Vurdering

Undersøkinga viser at kommunen gjennom tenesteavtale med helseføretaket og eit vertskommunesamarbeid med Haugesund kommune har oppretta augeblikkeleg hjelp-plassar i samsvar med krav i helse- og omsorgstenestelova § 3-5. Samtidig går det fram av undersøkinga at kommunen har utfordringar knytt til å nytte plassane i samsvar med intensjonen i samhandlingsreforma. Plassane har vore lite i bruk i 2016.

Ettersom kommunen i all hovudsak er i stand til å ta imot utskrivingsklare pasientar frå sjukehuset, medfører den manglande bruken av kommunens augeblikkeleg hjelp-plasser etter revisjonens vurdering ikkje ein umiddelbar risiko for at kommunen ikkje klarer å overhalde samhandlingsreforma sine intensjonar om å førebygge sjukehusopphald. Revisjonen vil trekke fram som positivt at kommunen har sett i gong ei evaluering av tilbodet og bruken av det, og meiner det er viktig at kommunen gjer naudsynnte avklaringar rundt bruken av plassane for å sikre at dette lovpålagte tilbodet kan nyttast i samsvar med intensjonen i samhandlingsreforma.

5. Samhandling med helseføretak

5.1 Problemstilling

I dette kapitlet vil vi svare på følgjande hovudproblemstilling:

Har Vindafjord kommune etablert eit føremålstenleg system for samhandling mellom kommunen og helseføretaket som sikrar tilstrekkeleg oppfølging av pasientar før, under og etter sjukehusopphald?

Under dette vil vi undersøke:

- Har kommunen eit føremålstenleg samarbeid med helseføretaket?
- Har kommunen etablert system for god og sikker informasjonsutveksling med sjukehuset?
- Blir eventuelle avvik knytt til informasjonsutveksling mellom kommune og sjukehus registrert og følgt opp på ein systematisk måte?

5.2 Revisjonskriterium

Plikt til samarbeid

Av helse- og omsorgstenestelova følgjer det at kommunen har plikt til å leggje til rette for samhandling mellom ulike deltenester internt i kommunen og med andre tenesteytarar der dette er naudsynt for å tilby tenester omfatta av lova (§ 3-4). Vidare står det i § 4-1 første ledd at kommunen skal leggje til rette tenestene slik at «den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud.»

Kommunestyret har plikt til å inngå samarbeidsavtale med det regionale helseføretaket i helseregionen (§ 6-1 første ledd), og samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasientar og brukarar får et heilskapleg tilbod om helse- og omsorgstenester (§ 6-1 andre ledd).

Krav til avtalane går fram av helse- og omsorgstenestelova § 6-2, der det blir spesifisert at avtalane som eit minimum skal avklare 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 retningsliner 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 eit krav at avtalen gir retningsliner for innlegging i sjukehus, skildrar kommunen sitt tilbod om døgnopphald for augeblikkeleg hjelp og gir retningsliner for samarbeid om utskrivingsklare pasientar som ein antek har behov for kommunale tenester etter utskrivning frå institusjon.

Sjå vedlegg 2 for meir utfyllande revisjonskriterium.

5.3 Samarbeid med helseføretaket og system for god og sikker informasjonsutveksling

5.3.1 Datagrunnlag

Samarbeidsavtale, tenesteavtaler og samarbeidsorgan

Revisjonen har motteke samarbeidsavtalen som er inngått mellom Vindafjord kommune og Helse Fonna. Samarbeidsavtalen tydeleggjer kva samarbeidsformer som skal styre samhandlinga mellom kommunen og helseføretaket som gjeld uavhengig av tenesteområde.²¹ I tillegg har kommunen inngått 11 tenesteavtaler (tenesteavtale 1-11) med Helse Fonna.²² Avtaleverket er utforma slik at det er oppretta ein tenesteavtale for kvart punkt i helse- og omsorgstenestelovas § 6-2 knytt til samarbeidsavtaler mellom kommunar og helseføretak.

Av avtalen går det mellom anna fram at føremålet med avtalen er å konkretisere oppgåve- og ansvarsfordeling mellom kommunen og helseføretaket, og å etablere gode samarbeidsrutinar på sentrale samhandlingsområde. Avtalen skal vidare bidra til at pasientar og brukarar får eit heilskapleg tilbod om helse- og omsorgstenester, og styrke førebyggjande og helsefremjande arbeid. Meir detaljerte reglar skal gjevast i tenesteavtaler som vedlegg til samarbeidsavtalen, mellom anna skal det her framgå meir om konkrete pasientforløp, ansvars- og rollefordeling, partane sitt ansvar for informasjon og rettleiing, finansiering, organisering mm.

I intervju blir det formidla eit inntrykk av at avtaleverket som er oppretta opplevast som dekkande for samarbeidsbehovet mellom kommunen og helseføretaket. Det blir opplyst at tilsette frå både helseføretaket og kommunane er involvert i arbeidet med å revidere samarbeidsavtalane med Helse Fonna, og at dette blir gjort kvart år eller annakvart år. Helse Fonna har alltid dei oppdaterte avtalane ute på nettsida si. Samarbeidsavtalane som ligg på nettsida til Helse Fonna er signert i mai 2014.²³

I tillegg til avtaleverket, blir det vist til at det er oppretta samhandlingsutval for samarbeid mellom kommunane og helseføretaket. Samhandlingsutvalet består av representantar frå Helse Fonna, Høgskolen Stord/Haugesund og kommunane i området. Det blir opplyst at kommunane sjølve peiker ut fire personar med ulik kompetanse og geografisk lokalisering til å representere all kommunane i området i samarbeidsutvalet.

Oppgåvene til samarbeidsutvalet omfattar mellom anna oppfølging av skriftlege avtalar, oppdatering og vedlikehald av avtaleverket. I intervju blir det opplyst at samhandlingsutvalet også tek føre seg andre tilhøve som vedkjem både kommunane og helseføretaket. Mellom anna har ein hatt den manglande bruken av kommunale plassar for augeblikkeleg hjelp oppe til drøfting i samarbeidsutvalet, i samband med at Helse Fonna har etterlyst at plassane blir nytta i større grad. Helseføretaket skal ha gjeve uttrykk for at ein oppfatar at pasientar som desse plassane er tiltenkt blir lagt inn på sjukehuset i staden, og at kommunane ikkje ivaretek det ansvaret dei har for å nytte plassane.

Det blir forklart at det er oppretta ein FoU-organisasjon (FOSAM) som driv forskning og utvikling innanfor områda avtalane mellom helseføretaket og kommunen dekker. Det blir opplyst i intervju at dette organet sikrar eit strukturert fagleg og administrativt samarbeid mellom kommunane og helseføretaket over tid.

²¹ Vindafjord kommune og helse Fonna, 2014. *Overordna samarbeidsavtale mellom Vindafjord kommune og Helse Fonna*.

²² Helse Fonna. <https://helse-fonna.no/samhandling/samhandlingsavtaler>

²³ Helse Fonna. <https://helse-fonna.no/samhandling/samhandlingsavtaler>

Samhandling med helseføretaket er og tema på strategisk toppleiarforum der kommunen deltek saman med HelseFonna, alle kommunane på Haugalandet og Høgskulen Stord/Haugesund to gongar i året. Det overordna samarbeidet mellom kommunen og helseføretaket blir frå kommuneleiinga si side oppfatta å jamt over fungere tilfredsstillande. Det blir samstundes peika på i intervju at frå kommuneleiinga si side ser ein at kommunen med føremon kunne sett av meir tid og ressursar for å følgje opp avtaleverket med helseføretaket.

Samhandling og informasjonsutveksling rundt innleggingar og utskrivingar

For å sikre forsvarleg informasjonsutveksling mellom ulike forvaltningsnivå og behandlarar, redusere risikoen for uheldige hendingar og sikre god samhandling mellom kommune og helseføretak, er det etablert ei rekke tenesteavtalar under den felles samarbeidsavtalen mellom kommunen og helseføretaket. Tenesteavtale 3²⁴ tek føre seg ansvar og oppgåvefordeling i tilknytning til innlegging av pasientar, medan tenesteavtale 5²⁵ omhandlar ansvars- og oppgåvefordeling knytt til utskriving av pasientar frå helseføretaket.

I tenesteavtale nummer 3 kjem det fram at kommunen ved innleggande lege skal gje munnleg beskjed om innlegging av pasient i akuttmottak, eventuelt drøfte med lege ved sjukehuset dersom det er uklart om det er behov for innlegging og etter drøftinga avgjere om det er naudsynt med innlegging.²⁶ Kommunen har også ansvar for å utarbeide eit innleggingssskriv, der det mellom anna skal gjerast greie for problemstillingane som krev innlegging, kva medikament pasienten nyttar, sjukehistorie og andre relevante medisinske opplysningar. Helseføretaket skal følgje opp og greie ut funn som blir gjort og som ikkje kan gjerast av helse- og omsorgstenesta i kommunen.

Det har i intervju ikkje blitt gjeve uttrykk for at ein frå kommunen si side opplever vesentlege utfordringar knytt til samarbeid og kommunikasjon med helseføretaket kva gjeld innlegging av pasientar. Ansvarsdelinga knytt til samhandlingstelefon og handtering av e-meldingar mellom sakshandsamarar og avdelingane ved sjukeheimane i ulike tidsrom opplevast også å fungere tilfredsstillande. Samstundes har tilsynslegar gjeve uttrykk for at dei opplever at kommunikasjonen mellom kommunen og helseføretaket ikkje alltid fungerer optimalt. Innlegging på sjukehus av pasientar skjer etter vurdering av ein overlege på sjukehuset, og sjølv om dette sikrar ei kvalitativ god vurdering, blir det peika på at ettersom det kan vere vanskeleg og tidkrevjande å få tak i ein tilgjengeleg overlege er det risiko for at pasientar i nokre tilfelle må vente lenger enn naudsynt på innlegging i sjukehus.

I tenesteavtale nummer 5 kjem det fram at helseføretaket har ansvar for innan 24 timar etter innlegging å vurdere om pasienten har behov for kommunale helse- og omsorgstenester etter utskriving, og varsle kommunen skriftleg om dette. Ved utskriving av ein pasient, har helseføretaket plikt til å varsle aktuell eining i kommunen skriftleg, og utskriving skal skje så tidleg på dagen som mogeleg, og seinast slik at pasienten kan takast imot innan klokka 20.30. Ved utskriving skal epikrise og relevante fagrapportar følgje pasienten, og i tillegg skal epikrise sendast elektronisk til fastlege eller instansen med ansvar for oppfølging. Kommunen skal etter å ha motteke varsel om utskrivingssklar pasient gje tilbakemelding seinast innan to timar om kommunen kan ta imot pasienten.

²⁴ Vindafjord kommune og Helse Fonna, 2013. *Tenesteavtale 3. Samarbeid om ansvar og oppgåvefordeling i tilknytning til innlegging av pasientar som treng tilbod om behandling og/eller vurdering i spesialisthelsetenesta.*

²⁵ Vindafjord kommune og Helse Fonna, 2013. *Tenesteavtale 5. Ansvars- og oppgåvefordeling ved opphald i, og utskriving av pasientar frå spesialisthelsetenesta*

²⁶ Vindafjord kommune og Helse Fonna, 2013. *Tenesteavtale 3. Samarbeid om ansvar og oppgåvefordeling i tilknytning til innlegging av pasientar som treng tilbod om behandling og/eller vurdering i spesialisthelsetenesta.*

Ei kommunal rutine for mottak av tidlegvarslingar klargjer at sakshandsamarar ved tildelingskontoret er kontaktpunkt overfor sjukehuset både for handsaming av e-meldingar og via ein samhandlingstelefonen måndag til fredag innanfor arbeidstid.²⁷ Dette inneber at dei skal ta imot meldingar om tidlegvarsling og utskriving, sakshandsame søknadar om kommunale tenester for pasientar som skrivast ut frå sjukehuset, gje sjukehuset melding om tidspunkt for mottaking i kommunen, samt gje naudsynnte meldingar og gjere avtaler med avdelingar og einingar i kommunen.

Dersom helseføretaket må kontakte kommunen i samband med varslingar om pasientar på kveld, natt, i helger og høgtider skal dette skje via samhandlingstelefonen, som då blir bemanna av tilsette ved Ølen omsorgssenter. I spesielle tilfelle skal sakshandsamarane ta kontakt med tilsynslege eller fastlege for å avgjere om det er fagleg forsvarleg å ta imot pasienten. For plass på institusjon blir det halde fortløpande inntaksmøte på kvardagar, og mottekne tidlegvarslingar og varslingar om utskrivingsklar pasient blir handtert i den einskilde eining når dei får melding frå sakshandsamarane. Dersom tildeling av tenester utløyser bruk for ekstra resursar, skal einingsleiar kontaktast for avklaring.

I intervju blir det opplyst at dei kommunale rutinane for å ta imot utskrivingsklare pasientar fungerer tilfredsstillande, både når det gjeld oppfølging av beskjedar som kjem inn via samhandlingstelefonen og handtering og oppfølging av e-meldingar frå legar. Fleire gjev uttrykk for at samarbeidet med sjukehuset om utskriving av pasientar i hovudsak fungerer godt. Samstundes hender det likevel at det oppstår utfordringar i samarbeidet, særleg knytt til å få gode nok diagnosar og tilstandsskildringar for pasientar som blir skrivne ut frå sjukehuset. I nokre tilfelle opplever tilsynslegar og andre tilsette ved sjukeheimane i kommunen at pasientar blir utskrivne utan epikrise og oppdatert medikamentoversikt, samt at det er varierende kvalitet på epikrisene frå sjukehus. Også frå fengselshelsetenesta si side blir det opplyst at det er varierende kvalitet på epikrisene for dei innsette, og ein etterlyser at innsette som har vore på sjukehus i større grad får sendt med aktuelle medisinar når dei blir skrivne ut frå sjukehuset.

Det hender at samhandling med helseføretaket opplevast utfordrande med tanke på å ha lik forståing av kor vidt pasientar er friske nok til å skrivast ut og overførast til kommunen. Det blir forklart i intervju at det hender at epikriser og funksjonsskildringar tilseier at pasienten ikkje er utskrivingsklar ut frå tenesteavtala, til dømes ved at ikkje alle medisinske problemstillingar er avklart. Dette medfører i følge fleire av dei som er intervjuet at overføring av pasientar frå sjukehus til kommune ikkje alltid fungerer så godt som ein kunne ønskje. Det blir i intervju peika på at kommunen opplever ein del re-innleggingar av pasientar som har blitt overført til kommunen frå sjukehuset, og på denne bakgrunn blir det etterlyst betre dialog og samhandling mellom sjukehuset og kommunen for å redusere talet re-innleggingar.

Kommunikasjon

Kommunen kommuniserer med sjukehuset både elektronisk via e-meldingar og på telefon. Det blir i intervju forklart at kommunikasjonen i hovudsak føregår elektronisk via e-meldingar, og i tillegg er det etablert ein samhandlingstelefon som fungerer som ei reserveløysing dersom det er problem med e-meldingssystemet. Kommunen får også tilsendt epikriser elektronisk.

Det er oppretta eit flytskjema for e-meldingar mellom sjukehus og kommune.²⁸ Skjemaet synleggjer kva som skal meldast frå sjukehuset og kommunen si side og kven som er ansvarleg for dette, både ved innlegging, under opphald, i forkant av og ved utskrivningstidspunkt. Flytskjemaet er supplert med ei kommunal rutine for mottak av

²⁷ Vindafjord kommune, udatert. *Sakshandsaming mottak av tidlegvarsling*

²⁸ Vindafjord kommune, udatert. *Framgangsmåte mottak av elektroniske meldingar i avdelinga.*

elektroniske meldingar som skal legge til rette for rask og kontinuerleg skriftleg (elektronisk) kommunikasjon mellom lege, kommunal helse- og omsorgsteneste og helseføretak. Av rutinen går det mellom anna fram at post skal sjekkast kvar time i sakshandsamingssystemet PLO, og det er fastsett frist for å følgje opp meldingar og svarfrist for helse og omsorg på meldingar frå eksterne, til dømes lege og sjukehus.

I intervju blir det opplyst at systema for elektronisk kommunikasjon mellom kommunen og helseføretaket i all hovudsak opplevast som velfungerande. Det er oppretta ein samhandlingstelefon, og sjølv om det ikkje er oppretta ein fast kontaktperson ved sjukehuset, blir det oppgjeve i e-melding frå sjukehuset kven som er ansvarlig sjukepleiar, slik at tilsette i kommunen kan ringe til avdelinga pasienten kom frå. Tilsette ved sjukeheimane opplever ifølgje opplysningar i intervju stort sett å bli møtt med velvilje når dei tek kontakt med sjukehuset per telefon. Også tilsynslegar kommuniserer telefonisk med sjukehuset i tillegg til elektronisk kommunikasjon dersom det er behov for raske avklaringar.

Trass i at kommunikasjonen i all hovudsak opplevast som tilfredsstillande, blir det påpeikt svakheiter knytt til kommunikasjon mellom sjukehuset og kommunen. Eit moment som gjer at kommunikasjon ikkje opplevast å fungere optimalt er at det kan ta fleire dagar før utskrivande lege ved sjukehuset sender epikrise for ein pasient som blir skriva ut og som får vidare oppfølging på sjukeheim i kommunen. I tilfelle der ein må vente lenge på epikrise, kan tilsynslege eller andre ved sjukeheimen ta kontakt med sjukehuset per telefon, men det kan vere vanskeleg og tidkrevjande å få tak i legen som har skriva ut pasienten.

Det blir også peika på forbettingspotensial når det gjeld kommunikasjonen mellom fengselshelsetenesta og helseføretak. Det går fram av intervju at kommunikasjonen mellom fengsel og helseføretak i hovudsak går føre seg via telefon. Løysingar for e-kommunikasjon fungerer ikkje så godt som dei burde, og blir derfor i liten grad nytta. Fengselet har ikkje faste kontaktpersonar ved sjukehuset, og det kan vere utfordrande å opprette kontakt med rett person i alle situasjonar. Det blir også trekt fram behov for betre tilbakemeldingar frå helseføretak på korleis innsette skal følgast opp vidare i fengselshelsetenesta etter at dei er skrivne ut.

5.3.2 Vurdering

Undersøkinga viser at det er lagt til rette for samhandling mellom kommunen og helseføretaket gjennom felles samarbeidsavtale og tilhøyrande tenesteavtalar. Dei 11 tenesteavtalane reflekterer krava som er stilt til samarbeidsavtalar mellom kommunar og helseføretak i helse- og omsorgstenesteloven § 6-2. Dei etablerte avtalane, samhandlingsarenaane og kommunikasjonsflyten framstår for revisjonen som i all hovudsak føremålstenlege for å bidra til å sikre tilstrekkeleg oppfølging av pasientar før, under og etter sjukehusopphald i samsvar med intensjonane i samhandlingsreforma.

Det er oppretta system og rutinar for elektronisk kommunikasjon i form av e-meldingar, samt ein samhandlingstelefon. Sjølv om kommunikasjon med sjukehuset i hovudsak framstår som velfungerande, opplever enkelte at det kan oppstå forseinkingar knytt til motta epikrisar frå sjukehuset, samt at det kan vere varierende kvalitet på epikriser og annan informasjon frå sjukehuset i samband med utskriving frå sjukehuset. Det kan også oppstå medisinskfagleg usemje knytt til kor vidt pasientar er utskrivingsklare. Revisjonen meiner dette kan medføre auka risiko for svikt i tenestetilbodet ved utskriving og auka sannsyn for re-innlegging av pasientar, og meiner på den bakgrunn at kommunen bør vurdere å gå i dialog med sjukehuset om korleis informasjonsutveksling, særleg knytt til utskriving, kan systematiserast og forbetrast.

5.4 Handtering av avvik knytt til informasjonsutveksling mellom kommune og sjukehus

5.4.1 Datagrunnlag

Det går fram av kommunen sin overordna samarbeidsavtale med helseføretaket at alle avvik frå samarbeidsavtalen og tilhøyrande tenesteavtalar skal meldast.²⁹ Avvik skal meldast i verksemdene sine egne avvikssystem, og dersom dei inneber brot på avtalane skal dei også meldast til den andre parten, som fører avviket i sitt system og handsamar det vidare der. Partane skal også gje kvarandre melding om korleis avviket er handsama.

Kommunen har etablert eit system for å melde avvik knytt til samhandling og informasjonsutveksling mellom kommunen og helseføretaket. Det blir forklart i intervju at avvik knytt til samhandling, til dømes feil knytt til overføring av utskrivingsklare pasientar, først blir ført inn i det elektroniske systemet CosDoc, før avviksmeldingane deretter blir skrivne ut og sendt til ein kontaktperson i kommunen, som sender dei vidare i kopi per post til Helse Fonna. Avvik som er behandla i helseføretaket, blir motteke skriftleg per post frå helseføretaket.

I følgje opplysningar frå kommunen blei det registrert 13 avvik som er sendt Helse Fonna Haugesund sjukehus i 2015, medan det i 2016 blei registrert og sendt 11 avvik.³⁰

I intervju blir det av fleire forklart at kommunen sitt avvikssystem ikkje fungerer tilfredsstillande. Det at det er høg terskel blant tilsette for å bruke eit tungvint avvikssystem blir også trekt fram som ein årsak til at det blir meldt få avvik knytt til samhandling. Det er manglande integrasjon mellom kommunen sine ulike fagsystem, og fleire av dei intervjua opplever at eit system for melding av avvik som inneber elektronisk registrering før ein må skrive ut og sende avviksmeldingar per post er tungvint og upraktisk.

Det blir opplyst i intervju at ved avviksmeldingar knytt til samhandling må det fyllast ut kva punkt i samhandlingsavtalane med helseføretaket det konkrete avviket gjeld. I følgje intervju forvanskar dette avviksrapporteringa, fordi dei tilsette ved sjukeheimane ikkje har lett tilgang til avtaleverket i arbeidskvardagen. Det blir også forklart av enkelte at sjølv om ein opplever at kulturen blant tilsette for å melde avvik er god, blir det ofte ikkje meldt avvik knytt direkte til samhandling på grunn av at ein i ein situasjon med pressa kapasitet vel å prioritere andre arbeidsoppgåver.

Frå leiinga i kommunen si side blir det forklart at ein ønsker at tilsette skal rapportere avvik i alle situasjonar der sjukehuset og kommunen si vurdering av pasientar si tilstand ikkje samsvarer. Leiinga meiner dette vil vere ein god måte å kommunisere til sjukehuset at kommunen ikkje alltid er samd i vurderinga av kor vidt ein pasient er utskrivingsklar. Det blir opplyst at ein internt i kommunen jobbar med forbetring av avvikssystemet, mellom anna med tanke på betre integrasjon mellom ulike fagsystem. Alle kommunane på Haugalandet jobbar og kontinuerleg med forbetningsarbeid i samarbeidet med helseføretaket og høgskulen. Dette samarbeidet er regulert i samarbeidsavtalane, og her inngår mellom anna arbeid med forbetringar innan avviksrapportering og -system.

Når det gjeld oppfølging av avvik kommunen melder til helseføretaket, går det fram av intervju at ein frå kommunen si side har inntrykk av at desse blir følgt opp av føretaket. Samstundes blir det gjeve uttrykk for at det kan ta lang tid før kommunen får tilbakemelding og informasjon om kva tiltak som eventuelt er blitt sett i verk.

²⁹ Vindafjord kommune og Helse Fonna, 2014. *Overordna samarbeidsavtale mellom Vindafjord kommune og Helse Fonna*

³⁰ Vindafjord kommune, 2017. Opplysningar i samband med forvaltningsrevisjon tilsendt per e-post.

5.4.2 Vurdering

Det er etablert system for å melde avvik knytt til samhandling mellom kommunen og helseføretaket. Samtidig går det fram i undersøkinga at avviksmeldingssystemet opplevast som tungvint å bruke av dei tilsette, mellom anna grunna manglande integrering mellom fagsystem. Mangelfull rapportering av avvik kan etter revisjonen si vurdering auke risikoen for at avvik knytt til informasjonsutveksling eller uønskete samhandlingshendingar ikkje blir fanga opp og følgt opp. Dette kan også bidra til at ein eventuell mangelfull praksis varar ved og at forbetningsarbeid ikkje blir sett i verk.

Revisjonen vil understreke at kommunen bør sikre at det blir meldt avvik knytt til samhandling mellom kommunen og helseføretaket når dette førekjem, og at det blir lagt til rette for avvikshandtering i samsvar med kapittel 9 i samhandlingsavtalen mellom helseføretaket og kommunen. Ei systematisk handtering og oppfølging av avvik, både interne avvik og avvik som er handsama i helseføretaket, vil etter revisjonen si meining vere viktig i det kontinuerlige forbetningsarbeidet mellom helseføretaket og kommunen.

6. Økonomiske konsekvensar av samhandlingsreforma

6.1 Problemstilling

I dette kapitlet vil vi svare på følgjande hovudproblemstilling:

Kva økonomiske konsekvensar har samhandlingsreforma fått for Vindafjord kommune?

Under dette vil vi undersøke:

- Utgifter knytt til sjukehusopphald
- Tilpassing av helse- og omsorgstilbod

6.2 Revisjonskriterium

Samhandlingsreforma

I samband med samhandlingsreforma er intensjonen at kommunane skal opprette kommunale tilbod før, i staden for og etter sjukehusopphald. Det ligg spesielt insentiv knytt til å redusere andelen «utskrivingsklare pasientar», behandling av medisinske pasientar ved somatiske sjukehus, og augeblikkeleg hjelp-innleggingar.

Blant dei mest sentrale verkemidla i samhandlingsreforma er:

- Kommunalt betalingsansvar for utskrivingsklare pasientar
- Økt 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 augeblikkeleg hjelp

Kommunalt betalingsansvar

Kommunalt betalingsansvar for utskrivingsklare pasientar inneber at kommunane overtar det finansielle ansvaret for utskrivingsklare pasientar på sjukehus frå første dag. Målet er å hindre at utskrivingsklare pasientar blir liggande på sjukehus og vente fordi kommunen ikkje har eit tilbod til dei.

Sjå vedlegg 2 for meir utfyllande revisjonskriterium.

6.3 Økonomiske konsekvensar av samhandlingsreforma som følgje av utgifter til sjukehusopphald

6.3.1 Datagrunnlag

Tal frå kommunen viser, som presentert i tabell 6 under, at det i 2016 blei registrert 36 overliggardøgn på sjukehuset, med totale kostnadar på 157 932 kroner. Dette var ein auke frå 2015, då det blei fakturert for 16 overliggardøgn, med totale kostnadar på 70 192 kroner.

Tabell 5: Utgifter knytt til sjukehusopphald for Vindafjord kommune i 2015 og 2016

| År | Tal på overliggardøgn | Kostnadar |
|------|-----------------------|-----------|
| 2016 | 36 | 157 932,- |
| 2015 | 16 | 70 192,- |

I intervju går det fram at ein frå kommuneleiinga si side reknar talet på overliggardøgn dei siste åra som lågt, og at dette viser at ein klarar å ta imot dei aller fleste utskrivingsklare pasientane og gje dei eit tilbod i kommunen.

Enkelte har i intervju stilt spørsmål ved om kommunen strekker seg for langt for å nå målet om å ta imot så mange utskrivingsklare pasientar som mogeleg, ved at dette bidrar til ein pressa bemanningssituasjon. Med tanke på økonomiske konsekvensar for kommunen, blir det peika på at i nokre tilfelle ville det vere meir føremålstenleg om kommunen hadde late pasientar ligge på sjukehuset i nokre døgn etter at pasienten er meld utskrivingsklar, grunna at den auka belastninga på personalet kan medføre behov for innleige av ekstra personell. Det blir opplyst at det i samband med økonomioppfølgingsmøte er kommunisert til tenestene i kommunen at ein bør gjere slike vurderingar av konsekvensar ved å ta imot utskrivingsklare pasientar umiddelbart. Samstundes blir det forklart at ein frå kommunen si side i all hovudsak vektlegg tyngst å ta i mot alle utskrivingsklare pasientar i det ein får varsel frå sjukhuset.

Som omtala i avsnitt 4.4 er det nokon grad uføreseieleg kor mange pasientar som blir skrivne ut frå sjukehuset, sidan dette varierer frå veke til veke. Dette resulterte mellom anna i at kommunen sine utgifter til overliggardøgn på sjukehus gjekk opp i november og desember 2016, fordi kommunen ikkje hadde kapasitet til å ta i mot alle pasientar frå sjukehus som hadde behov for korttids plass.

6.3.2 Vurdering

Undersøkinga viser at Vindafjord kommune i liten grad betaler for overliggardøgn ved sjukehuset. Revisjonen vil likevel presisere at talet utskrivingsklare pasientar varierer, og det har vore ein auke i kommunen sine utgifter knytt til overliggardøgn frå 2015 til 2016. Situasjonen kan dermed vere sårbar dersom det skjer ei utvikling der mottak av pasientar inneber eit høgare press på kommunen sine tenester (sjå også avsnitt 4.5). Kommunen bør derfor sikre tett oppfølging av utgifter til sjukehusopphald, for å kunne halde oversikt og gjere eventuelle tilpassingar av tenesteapparatet innan helse og omsorg i samsvar med føringane som ligg i samhandlingsreforma.

6.4 Økonomiske konsekvensar av samhandlingsreforma som følgje av tilpassing av helse- og omsorgstilbodet

6.4.1 Datagrunnlag

Helse- og omsorgseiningane i kommunen rapporterer til økonomisjefen på økonomisk status annankvar månad, og denne er gjenstand for politisk handsaming tertialvis. I intervju blir det opplyst at det ikkje blir rapportert på eigne økonomiske indikatorar knytt til samhandlingsreforma. Det har heller ikkje vore etterspurd rapportering frå rådmannsnivå eller politisk nivå knytt direkte opp mot samhandlingsreforma. Tilhøve knytt til tenesteproduksjon blir rapportert frå einingsleiarane til kommunalsjef.

I intervju blir det opplyst at det ikkje har blitt gjort vesentlege endringar i budsjettering til helse- og omsorgssektoren etter innføringa av samhandlingsreforma. Det har skjedd ei generell styrking av einingane som har ansvar for omsorgssentra, men ikkje noko styrking som reflekterer ei endring i tenestetilbod.

Som det kjem fram i avsnitt 4.6 har kommunen oppretta kommunale døgnplassar for augeblikkeleg hjelp. Den totale kostnaden for døgnplassar for augeblikkeleg hjelp utgjorde i 2016 2 285 808 kroner.

Kommunen sin rekneskap for 2015 syner at Vindafjordtunet hadde eit overforbruk i høve til budsjettet på 1 829 529 kroner (103,6% forbruk)³¹, og eit overforbruk på 970 000 kroner i 2016³². Ølen Omsorgssenter hadde eit overforbruk på 1 488 574 kroner (103,3% forbruk) i 2015³³ og eit overforbruk på 920 000 kroner i 2016.³⁴ Tabell 7 viser utviklinga i forholdet mellom budsjett og rekneskap for dei to institusjonane.

Tabell 6: Økonomisk resultat i pleie- og omsorgsinstitusjonar 2012-2016

| Pleie- og omsorgseining | Avvik 2012 | Avvik 2013 | Avvik 2014 | Avvik 2015 | Avvik 2016 |
|-------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Vindafjordtunet | 25 016 | -168 005 | 432 063 | -1 829 529 | -970 000 |
| Ølen Omsorgssenter | -3 199 781 | -1 962 633 | -655 531 | -1 488 574 | -920 000 |

Av årsmelding for 2015³⁵ kjem det fram at årsaka til overforbruket ved Ølen omsorgssenter i 2015 knyter seg til rekrutteringsutfordringar som medførte bruk av vikarbyrå og innleige av ekstrabemannning grunna brukarbehov. I tillegg er auka ressurskrevjande medisinsk behandling i tenesta, auka utgifter til kjøp av tenester, auka driftsutgifter i fellesfunksjonar og lågare inntekter frå opphald på institusjon oppgitt som årsak til overforbruket. Årsakene til meirforbruket ved Vindafjordtunet dette året skuldast behov for ekstra bemanning knytt til utagerande/ressurskrevjande brukarar og meir hjelpetrengande brukarar i institusjonar.

Overforbruket ved Ølen omsorgssenter i 2016 var relatert til lønnsutgifter knytt til fråvær av ulik årsak, særleg til natte- og helgevakter, lønnsutgifter til ekstra innleie for oppdrag i nattpatruljen og Sandeid Fengsel, utgifter til medisinar, medisinsk utstyr og forbruksvarer, matvarer til institusjon og heimetenesta, køyring hjelpemiddel og køyring til dagsenter for eldre (Øyane Asvo), samt innkjøp/drift av IT-programvare og ei inngått avtale om pålagt kontroll av elektromedisinsk utstyr.³⁶

Avviket for 2016 ved Vindafjordtunet var knytt til høgt arbeidspress i heimetenestene og omsorgsbustadane. Periodar med ein- til ein- bemanning i demensomsorga låg til grunn for innleige av ekstra personale. Talet på institusjonsplassar blei redusert med seks plassar, med eit mål om å redusere bruk av ekstravakt og overtid, og gje rom for å styrke kvardagsrehabilitering. Det blir vist til at dei sparte ressursane blei nytta i heimetenesta

³¹ Vindafjord kommune, 2016. *Rekneskap 2015*.

³² Vindafjord kommune, 2017. *Årsmelding 2016. Rammeområde helse og sosialomsorg (utkast, ikkje politisk handsama)*

³³ Vindafjord kommune, 2016. *Rekneskap 2015*.

³⁴ Vindafjord kommune, 2017. *Årsmelding 2016. Rammeområde helse og sosialomsorg (utkast, ikkje politisk handsama)*.

³⁵ Vindafjord kommune, 2016. *Årsmelding 2015*.

³⁶ Vindafjord kommune, 2017. *Årsmelding 2016. Rammeområde helse og sosialomsorg (utkast, ikkje politisk handsama)*

for å dekkja inn auke i behovet der. Færre institusjonsplassar vil gi eit forventta tap av inntekter, men full verknad slår ikkje inn før i 2017.³⁷

Det blir også trekt fram i intervju at det er eit økonomiske overforbruk i pleie- og omsorgseiningane i kommunen. Overforbruket på institusjonane i kommunen blir i intervju forklart å mellom anna henge mellom anna saman med auka kompleksitet i helseutfordringane hos pasientar som no blir skrivne ut frå sjukehus tidlegare enn før. Dette krev meir kompetanse hos personalet, samt meir avansert og kostbar medisiner. Det blir også peika på at innføringa av samhandlingsreforma har hatt påverknad på overforbruk gjennom at det er større behov for ein til ein-oppfølging av pleietrengande, samt at det er behov for meir kostbar medisinhandtering og avansert utstyr, t.d. smertepumper.

Av andre økonomiske konsekvensar av samhandlingsreforma, blir det i intervju trekt fram at kommunen som følge av den auka pasientpågangen og det presset dette har medført for personalet, har vore nøydd å leie inn ekstra personale til å løyse ein del av kommunen sine lovpålagde oppgåver. Dette har medført meirkostnadar for kommunen.

6.4.2 Vurdering

Undersøkinga viser at kommunen ut over ei generell styrking av einingane som har ansvar for omsorgssentra, oppretting av eit kvardagsrehabiliteringsteam og innføring av plassar til augeblikkeleg hjelp ikkje har gjort konkrete tilpassingar av helse- og omsorgstilbodet etter innføringa av samhandlingsreforma. Det er registrert eit overforbruk ved pleie- og omsorgseiningane, som for begge einingane er redusert noko frå 2015 til 2016. Overforbruket blir knytt til mellom anna auka behov for bemanning, kompetanse og dyrare behandlingstilbodet som ein følgje av meir komplekse helseproblem hos brukarar som blir tidlegare utskrivne frå sjukehus.

Revisjonen registrerer at det både ved Vindafjordtunet og ved Ølen omsorgssenter har vore eit overforbruk i høve til budsjett dei fleste åra frå 2012 og fram til i dag. Det har ikkje vore ein del av denne revisjonen å undersøkje verken budsjetteringsprosessane eller økonomistyringa innanfor helse og omsorg. Revisjonen meiner likevel at det gjentakande overforbruket i høve til budsjett indikerer at det kan vere eit behov for at kommunen går gjennom eventuelle rutinar for å vurdere kostnadsreduserande tiltak knytt til tenestetilbodet i tilfelle der økonomiske prognosar viser risiko for overforbruk i høve til budsjett. I den samanheng bør kommunen mellom anna vurdere om ein i tilstrekkeleg grad sikrar at budsjetta innanfor helse og omsorg er realistiske, samt kva tiltak som eventuelt kan setjast i verk for i større grad å sikre realistiske budsjett.

Kommunen sitt budsjett og regnskap skil ikkje ut midlar som spesifikt skal nyttast på nye eller andre oppgåver som følger av samhandlingsreforma. Det er derfor ikkje mogeleg å seie spesifikt i kva grad endringar i tenestetilbodet og måten å jobbe på som følgje av samhandlingsreforma har økonomiske konsekvensar.

Vidare føreligg det ikkje berekningar av eller rapportering knytt til kor mykje av meirforbruket som direkte skuldast forhold knytt til samhandlingsreforma, og det er eit komplekst bilde der fleire faktorar samla bidreg til auka kostnadar. Imidlertid går det tydelig fram av årsaksforklaringane at fleire av de uførutsette kostnadane det blir vist til kan knyttast til kommunen sitt auka ansvar som følgje av samhandlingsreforma.

³⁷ Vindafjord kommune, 2017. *Årsmelding 2016. Rammeområde helse og sosialomsorg (utkast, ikkje politisk handsama)*

7. Konklusjon og tilrådingar

Undersøkinga viser at Vindafjord kommune har eit tenestetilbod innanfor helse og omsorg som i all hovudsak gjer at kommunen er i stand til å ta imot utskrivingsklare pasientar og gje desse eit kommunalt tenestetilbod. Samstundes er det tilnærma fullt belegg ved sjukeheimane i kommunen, og undersøkinga viser at det er press på kapasiteten ved både institusjonane og heimetenestene. Fordelinga av plassar på institusjonane i kommunen inneber også at det er få korttidsplasser i høve til langtidsplasser, noko som medfører at kommunen har liten fleksibilitet i institusjonstilbodet. Dette kan utgjere ei sårbarheit ved auke i talet pasientar som blir utskrivne frå sjukehus med behov for eit kommunalt tilbod.

Vidare viser undersøkinga at kommunen ikkje jobbar tilstrekkeleg systematisk med førebygging innanfor helse- og omsorgstenestene. Kommunen har til dømes ikkje skriftlege målsettingar eller planar som tydeleg viser korleis og i kva grad ein skal jobbe med førebygging, og forpliktinga i samarbeidsavtala med helseføretaket er ikkje følgt opp i form av konkrete førebyggjande tiltak. Kommunen har også utfordringar knytt til å få nytta augeblikkeleg hjelp-plassane i Haugesund i samsvar med intensjonen i samhandlingsreforma om å førebygge sjukehusopphald.

Samarbeidet mellom helseføretaket og kommunen er regulert gjennom ei rekkje tenesteavtalar som ivaretek det formelle samarbeidet. Samstundes viser undersøkinga at trass i at det er oppretta system for samhandling og kommunikasjon mellom helseføretaket og kommunen, fungerer dette ikkje i alle tilfelle tilstrekkeleg godt i praksis, særleg med tanke på informasjon rundt utskriving av pasientar og handtering og oppfølging av avviksmeldingar.

Kommunen har eit gjentakande overforbruk i høve til budsjett i helse og omsorg. Undersøkinga viser at det er eit komplekst bilde der fleire faktorar samla bidreg til auka kostnadar innan helse og omsorg, men årsaksforklaringane indikerer at fleire av dei uførutsette kostnadane kan knyttast til kommunen sitt auka ansvar som følgje av samhandlingsreforma.

Basert på det som kjem fram i undersøkinga vil revisjonen tilrå at Vindafjord kommune sett i verk følgjande tiltak:

1. Sikrar at planverk inneheld konkrete mål og tiltak som kan bidra til å meir systematikk i arbeidet med blant anna rehabilitering og førebygging innanfor helse- og omsorgstenestene i kommunen
2. Systematiserer arbeidet med kompetanseheving innanfor i helse og omsorg for å sikre at kommunen har tilstrekkeleg kompetanse til å møte nye utfordringar helse- og omsorgstenestene står ovanfor etter innføringa av samhandlingsreforma
3. Vurderer meir systematisk bruk av risikoanalyser for å avdekkje område med risiko for svikt i tenestetilbodet innan helse og omsorg
4. Gjer naudsynte avklaringar med tanke på bruk av augeblikkeleg hjelp-plasser for sikre at det lovpålagte tilbodet blir nytta i samsvar med intensjonane i samhandlingsreforma

5. Vurderer å gå i dialog med helseføretaket om korleis informasjonsutveksling i samband med utskriving av pasientar kan forbe­trast for å redusere risiko for svikt i tenestetilbodet og re-innlegging av pasientar
6. Sikrar at avvik knytt til samhandling blir meldt i kommunen og til helseføretaket, og følgt opp i samsvar med kapittel 9 i samhandlingsavtalen mellom helseføretaket og kommunen
7. Vurderer om kommunen i tilstrekkeleg grad sikrar at budsjetta innanfor helse og omsorg er realistiske, kva tiltak som eventuelt kan setjast i verk for i større grad å sikre realistiske budsjett, og gjennomgår eventuelle rutinar for å vurdere kostnadsre­duserande tiltak knytt til tenestetilbodet i tilfelle der økonomiske prognosar viser risiko for overforbruk i høve til budsjett

Vedlegg 1: Høyringsuttale

Revisjonen mottok 27. juni 2017 følgjande tilbakemelding frå Vindafjord kommune ved Aslaug Tangeraas, kommunalsjef for helse og omsorg:

Tilbakemelding på høyringsutkastet til forvaltningsrevisjonsrapporten.

Sender denne formelle tilbakemeldinga frå Vindafjord kommune, på vegne av rådmannen.

Har få kommentarer til rapporten. Den stemmer i all hovedsak med kommunen sin oppfatning av situasjonen.

Kap. 5.3.1 øverst på side 28 står det at "samhandling med helseforetaket er tema på strategisk topplederforum internt i kommunen to gonger i året". Det er feil. Strategisk toppleiarforum er ikkje internt i kommunen. Det er mellom HelseFonna, alle kommunane på Haugalandet og Høgskulen Stord/Haugesund.

Kap. 5.4.1 , avsnitt 6, siste setning "Alle kommunane på Haugalandet osv" . Dette er ikkje eit prosjekt, men eit kontinuerleg forbedringsarbeid i samarbeidet mellom helseføretaket, kommunane og høgskulen. Regulert i samarbeidsavtalane.

Mvh Aslaug Tangeraas

Vedlegg 2:

Revisjonskriterium

Kommunen sitt ansvar for helse- og omsorgstenester

Samhandlingsreforma, som blei iverksett 1. januar 2012, medførte endringar i sentrale lovverk som regulerer kommunen sin tenesteproduksjon, og det blei innført ny Helse- og omsorgstenestelov og Folkehelselov.

Det kommunale ansvaret for helse- og omsorgstenester er nedfelt i helse- og omsorgstenestelova og det går frem følgjande om føremålet med lova (§ 1-1):

Lovens formål er særleg 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.

Kommunen skal ifølgje helse- og omsorgstenestelova § 3-1 sørge for at personar i kommunen blir tilbudd nødvendige helse- og omsorgstenester. Dette omfattar eit ansvar for å tilby alt frå helsefremjande og førebyggjande tenester til plass på institusjon/ sjukeheim, jf. § 3-2:

3-2. Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester

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

1. Helsefremmende og forebyggjande tenester, herunder:
 - a. helsetjeneste i skoler og
 - b. helsestasjonstjeneste
2. Svangerskaps- og barselomsorgstjenester
3. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjonar, herunder:
 - a. legevakt,
 - b. heldøgns medisinsk akuttberedskap og medisinsk nødmeldetjeneste
4. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning
5. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering
6. Andre helse- og omsorgstjenester, herunder:
 - a. helsetjenester i hjemmet,
 - b. personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt,
 - c. plass i institusjon, herunder sykehjem og
 - d. avlastningstiltak.

Helse- og omsorgstenestelova § 3-2 a omhandlar kommunen sitt ansvar for tilbod om opphald i sjukeheim eller tilsvarende bustad særskilt tilrettelagd for heildøgns tenester. Av føresegna sitt første og andre ledd framkjem:

«Kommunen skal tilby opphald i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tenester dersom dette etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

Kommunen skal gi forskrift med kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tenester. Forskriften skal også omfatte pasienter og brukere som vil være best tjent med langtidsopphold, men hvor kommunen vurderer at vedkommende med forsvarlig hjelp kan bo hjemme i påvente av langtidsopphold. Forskriften skal vidare regulere hvordan kommunen skal følge opp pasienter eller brukere som venter på langtidsopphold.»

Vidare går det fram at helse- og omsorgstenester som blir tilbudd eller ytt etter denne lova skal vere forsvarlege. I § 4-1 om «Forvarlighet» går det fram at:

Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at:

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

I kommentarar til reglane om rett til naudsynt helsehjelp går det fram at «Nødvendige helse- og omsorgstjenester må ses i sammenheng med kravet om forsvarlige tenester (...).»³⁸

Kommunen kan bestemme på kva måte helsehjelpa skal gis, men hjelpa må uansett vere forsvarleg ut frå ei medisinsk og sjukepleiefagleg vurdering. Dette betyr at ein til dømes ikkje kan krevje ein plass på ein sjukeheim dersom naudsynt og forsvarleg helsehjelp etter ei helsefagleg vurdering kan gis i heimen eller i omsorgsbustad.

Helsetilsynet slår fast at dersom det blir vurdert at det er naudsynt med sjukeheimplass for å oppfylle kravet om naudsynt helsehjelp, kan vedkommande ikkje bli stilt på venteliste for å få plass. Ein har krav på å få plassen straks etter at vedtaket er fatta, og dersom kommunen ikkje har slik plass tilgjengeleg i eige sjukeheim, må det skaffast plass i privat sjukeheim til vanleg kommunal pris.³⁹

Kommunal planlegging

Kommunar er pålagt å planlegge verksemda si. Det går fram av kommunelova § 5 at «kommunen skal utarbeide en samordnet plan for den kommunale virksomhet.» Kommunen sin plikt til, og føremål med å utarbeide planar går også fram av plan- og bygningslova §§ 3-1, 3-2, 3-3 og 11-2, andre ledd.

³⁸ Helse- og omsorgsdepartementet, 2015. *Rundskriv. Rett til heldøgns helse- og omsorgstjenester.*

³⁹ Helsetilsynet, 2016. Rett til plass i institusjon, herunder sykehjem. Henta frå

<https://www.helsetilsynet.no/no/Rettigheter-klagemuligheter/Helse-og-omsorgstjenester-og-helsepersonell/Rett-til-sykehjem/>

Planlegginga skal fremje heilhet ved at sektorar, oppgåver og interesser på eit område blir sett i samanheng gjennom samordning og samarbeid om oppgåveløysning mellom sektormyndigheter og mellom statlege, regionale og kommunale organ, private organisasjonar og institusjonar, og allmenta, jf. plan- og bygningslova § 3-1.

Økonomiplan, årsbudsjett, årsregnskap og rapportering

Kommunen sitt overordna ansvar for arbeid med økonomiplan og årsbudsjett, samt regnskap og rapportering, går fram av kapittel 8 i kommunelova, *Økonomiplan, årsbudsjett, årsregnskap og rapportering*.

I lova sin § 44 går det fram at kommunestyret minst ein gong i året skal vedta ein rullerande økonomiplan som minst omfattar dei fire neste budsjettåra. Økonomiplanen skal omfatte heile kommunen si verksemd, og gje ei realistisk oversikt over sannsynlege inntekter, forventa utgifter og prioriterte oppgåver i planperioden. Av § 45 i lova går det fram at kommunestyret innan utgangen av kvart år skal vedta budsjett for komande kalenderår, på grunnlag av innstilling frå formannskapet.

Samhandlingsreforma

Samhandlingsreforma trådde i kraft 1. januar 2012 og har som mål å bidra til at alle får rett behandling, til rett tid og på rett stad. I St. meld. 47 (2008-2009) «Samhandlingsreformen» tas det utgangspunkt i tre sentrale utfordringar innanfor helse- og omsorg.

1. Mangel på tilstrekkelig koordinerte tenester
2. For liten innsats på å forhindre og førebygge sjukdom
3. Demografisk utvikling som kan true samfunnets økonomiske bæreevne («eldrebølge»)

Samhandlingsreforma inneber auka innsats for det førebyggjande helsearbeidet, som skal bidra til mindre press på etterspurnaden etter spesialiserte helsetenester. I tillegg er samhandlingsreforma meint å bidra til at kommunane skal ha ansvar for mest mogleg av pleie- og omsorgstilbodet til innbyggjarane, slik at spesialisthelsetenesta berre 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, i staden for og etter sjukehusopphald. Det ligg spesielt incentiv knytt til å redusere talet «utskrivingsklare pasientar», behandling av medisinske pasientar ved somatiske sjukehus, og augeblikkeleg hjelp innleggingar.

Blant dei mest sentrale verkemidla i samhandlingsreforma er:

- Kommunalt betalingsansvar for utskrivingsklare pasientar
- Økt 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 augeblikkeleg hjelp

Kommunalt betalingsansvar

Kommunalt betalingsansvar for utskrivingsklare pasientar inneber at kommunane overtar det finansielle ansvaret for utskrivingsklare pasientar på sjukehus frå første dag. Målet er å hindre at utskrivingsklare pasientar blir liggande på sjukehus og vente fordi kommunen deira ikkje har eit tilbod til dei.

Samarbeidsavtaler

Helse- og omsorgstenestelova §§ 6-1 og 6-2 viser til kommunen sin plikt til å inngå samarbeidsavtaler med det regionale helseføretaket, og skildrar krav til avtalane. Helse- og omsorgsdepartementet har også utarbeidd ein nasjonal rettleiar for samarbeidsavtalane.

Avtalene kan bli underteikna aleine eller saman med andre kommunar. Føremålet med samarbeidsavtalane er å skape eit meir heilskapleg tilbod av helse- og omsorgstenester for pasientane og brukarane. Samarbeidsavtalane skal konkretisere oppgåve- og ansvarsfordelinga mellom kommunar og helseføretak, samt etablere gode rutinar for samarbeid på sentrale samhandlingsområde.

Kommunalt tilbod om augeblikkeleg hjelp

Samhandlingsreforma har som mål å bygge ut tenester der folk bur, og derfor blei det frå og med 2016 også stilt krav om at kommunane skal tilby døgnopphald for augeblikkeleg hjelp. Dette er ein oppgåveoverføring frå spesialisthelsetenesta til kommunane. Plikta omfattar i første omgang somatiske pasientar. Utgiftene skal fullfinansierast gjennom overføring av midlar frå dei regionale helseføretaka sine basisbevillingar. Berekninga av midlar har tatt utgangspunkt i historisk forbruk av augeblikkeleg hjelp-plassar, og midlane er fordelt etter same fordelingsnøkkel som er brukt til utskrivingsklare pasientar og kommunal medfinansiering.

Auka innsats på folkehelsearbeid og førebygging

Eit viktig element i samhandlingsreforma er å utvikle kommunerolla, slik at kommunane i større grad enn tidligare kan nå måla om førebygging og tidleg innsats for å hindre at sjukdom utviklar seg. Det skal løne seg for kommunane å satse på førebygging, slik at innbyggjarne i mindre grad treng spesialisthelsetenester.⁴⁰ Samhandlingsreforma har som mål «å benytte og videreutvikle dokumenterte tiltak som reduserer, og til dels motvirker, risiko for funksjonstap med bortfall fra skole og yrkesliv, og som påvirker individets egenmestring og reduserer risikoen for sykdomsutvikling».³ Auka fokus på førebygging skal finansierast med auka midlar gjennom kommunane sine frie inntekter til førebyggjande helsetenester.⁴¹

Plikt til samarbeid

Av helse- og omsorgstjenestelova følgjer det at kommunen har plikt til å leggje til rette for samhandling mellom ulike deltenester internt i kommunen og med andre tenesteytarar der dette er naudsynt for å tilby tenester omfatta av lova (§ 3-4). Vidare står det i § 4-1, 1. ledd at kommunen skal leggje til rette tenestene slik at «den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud.»

Kommunestyret har plikt til å inngå samarbeidsavtale med det regionale helseføretaket i helseregionen (§ 6-1, 1. ledd), og samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasientar og brukarar får et heilskapleg tilbod om helse- og omsorgstenester (§ 6-1, 2. ledd).

Krav til avtalene framkjem i helse- og omsorgstjenestelova § 6-2, der det blir spesifisert at avtalane som eit minimum skal innehalde ei einigheit 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 retningsliner for samarbeid i tilknytning til innlegging, utskrivning, habilitering, rehabilitering mv. for å sikre heilskapelege helse- og omsorgstenester til pasientar med behov for koordinerte tenester. Vidare er det eit krav at avtalen gir retningsliner for innlegging i sjukehus, beskriv kommunen sitt tilbod om døgnopphald for augeblikkeleg hjelp og gir retningsliner for samarbeid om utskrivingsklare pasientar som ein antek har behov for kommunale tenester etter utskrivning frå institusjon.

⁴⁰ Stortingsmelding 47 - Samhandlingsreformen

⁴¹ St.prp. nr. 1 (2009 – 2010) og Stortingsmelding 47 – Samhandlingsreformen, pkt. 3.3.3.

Internkontroll

Administrasjonssjefens overordnede ansvar for internkontrollen i en kommune går frem av kommuneloven § 23 nr. 2. Det fremgår av loven at «administrasjonssjefen skal sørge for at administrasjonen drives i samsvar med lover, forskrifter og overordnede instruksjoner, og at den er gjenstand for betryggende kontroll». I forarbeida til kommunalova er det utdypa kva som ligg i ansvaret for betryggande kontroll:

«(...). Siktemålet er å tydeliggjøre at administrasjonssjefen har et ansvar for å føre kontroll med virksomheten.

Selv om administrasjonssjefen etter kommuneloven i dag ikke eksplisitt er pålagt å etablere internkontroll, må ansvaret for slik kontroll regnes som en nødvendig del av administrasjonssjefens ledelsesansvar.

Det er i tråd med allment aksepterte ledelsesprinsipper at en leder av en virksomhet etablerer rutiner og systemer som bl.a. skal bidra til å sikre at organisasjonen når de mål som er satt, og at formuesforvaltningen er ordnet på forsvarlig måte.»⁴²

⁴² Ot.prp. nr. 70 (2002-2003), Kommuner og fylkeskommuner m.m. (kommunal revisjon).

Vedlegg 3: Sentrale dokument og litteratur

Lov og forskrift

- Helse- og omsorgsdepartementet, 2011. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven). LOV-2011-06-24-30.
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 1993. Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven). LOV-1992-09-25-107.
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2008. Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven). LOV-2008-06-27-71.
- Helse- og omsorgsdepartementet, 2011. Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). LOV-2011-06-24-29.

Stortingsmeldingar og annan dokumentasjon

- Helse- og omsorgsdepartementet, St.meld. nr. 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.
- Kommunal- og regionaldepartementet, 2003. Ot.prp. nr. 70 (2002-2003), Om lov om endringer i lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner m.m. (kommunal revisjon).
- Kommuneproposisjonen 2012 – Prop. 115S

Dokument motteke frå Vindafjord kommune

- Vindafjord kommune, 2007. *Kommuneplan 2007-2018. Samfunnsdel.*
- Vindafjord kommune, 2015. *Helse- og omsorgsplan for Vindafjord kommune 2015-2020 «Deltaking og meistring».*
- Vindafjord kommune, 2015. *Organisasjonsoversikt. Einingsleiarar i Vindafjord kommune.*
- Vindafjord kommune, 2016. *Budsjett 2017. Økonomiplan 2017–2020.* Vedtatt i kommunestyret 20. desember 2016
- Ressurscenter for omstilling i kommunene (RO), 2015. Analyse og tilråding for framtidig helse- og omsorg i Vindafjord kommune. Rapport.
- Vindafjord kommune, 2017. *Oversikt oppgåver og ansvar 2017*
- Vindafjord kommune, 2016. *Rekneskap 2015.*

- Vindafjord kommune, 2017. *Årsmelding 2016. Rammeområde helse og sosialomsorg* (utkast, ikkje politisk handsama)
- Vindafjord kommune, 2016. *Årsmelding 2015.*
- Vindafjord kommune, udatert. *Sakshandsaming mottak av tidlegvarsling*
- Vindafjord kommune, udatert. *Framgangsmåte mottak av elektroniske meldinger i avdelinga.*
- Vindafjord kommune og Helse Fonna, 2014. *Tenesteavtale 7. Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid*
- Vindafjord kommune og Helse Fonna HF, 2013. *Tenesteavtale 4 mellom Vindafjord kommune og Helse Fonna HF. Avtale om kommunen sitt tilbod om døgnopphald for augeblikkeleg hjelp.*
- Vindafjord kommune og helse Fonna, 2014. *Overordna samarbeidsavtale mellom Vindafjord kommune og Helse Fonna.*
- Vindafjord kommune, 2016. *Budsjetterte og regnskapsførte utgifter til medfinansiering av behandling i spesialisthelsetenesta.* Notat oversendt i samband med fovaltningsrevisjonen.
- Vindafjord kommune, 2017. Opplysningar i samband med forvaltningsrevisjon. E-post.
- Vindafjord kommune og Helse Fonna, 2015. *Tenesteavtale for innlegging i sjukehus (avtale nr. 3),*
- Vindafjord kommune og Helse Fonna, 2015. *Tenesteavtale for tilbod om døgnopphold for augeblikkeleg hjelp (avtale nr. 4),*
- Vindafjord kommune og Helse Fonna, 2015. *Tenesteavtale for samarbeid om utskrivingsklare pasientar (avtale nr. 5),*
- Vindafjord kommune og Helse Fonna, 2015. *Tenesteavtale for samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid (avtale nr. 7)*
- Vindafjord kommune og Helse Fonna, 2013. *Tenesteavtale 3. Samarbeid om ansvar og oppgåvefordeling i tilknytning til innlegging av pasientar som treng tilbod om behandling og/eller vurdering i spesialisthelsetenesta.*
- Vindafjord kommune og Helse Fonna, 2013. *Tenesteavtale 5. Ansvars- og oppgåvefordeling ved opphald i, og utskrivning av pasientar frå spesialisthelsetenesta*

Nettsider

- Helsetilsynet. Helsetilsynet, 2016. [Rett til plass i institusjon, herunder sykehjem.](https://www.helsetilsynet.no/no/Rettigheter-klagemuligheter/Helse-og-omsorgstjenester-og-helsepersonell/Rett-til-sykehjem/)
- Helse Fonna. <https://helse-fonna.no/samhandling/samhandlingsavtaler>
- KOSTRA. [http://www.ssb.no/offentlig-sektor/kommune-stat-rapportering/kostra-databasen.](http://www.ssb.no/offentlig-sektor/kommune-stat-rapportering/kostra-databasen)

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

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