



Ivaretagelse av oppgaver i forbindelse med samhandlingsreformen

Forvaltningsrevisjonsrapport
Karmøy kommune

Mai 2019

www.kpmg.no

Forord

Etter vedtak i kontrollutvalget i Karmøy kommune 31.10.18 har KPMG gjennomført en forvaltningsrevisjon rettet mot "ivaretagelse av oppgaver i forbindelse med samhandlingsreformen" i kommunen. Denne rapporten er svar på kontrollutvalgets bestilling.

Oppbygging av rapporten

Våre konklusjoner og anbefalinger fremgår av rapportens sammendrag. Kapittel 1 har en innledning til rapporten. Her blir formål, problemstillinger, revisjonskriterier og metode presentert. I kapittel 2-4 besvarer vi problemstillingene i forvaltningsrevisjonen. Her blir revisjonskriterier konkretisert, samt at fakta og vurderinger blir presentert. I kapittel 5 presenterer vi våre anbefalinger. I kapittel 6 er rådmannens uttale til rapporten tatt inn.

Vi vil takke kommunen for all den gode hjelpen vi har fått i arbeidet vårt med forvaltningsrevisjonen.

Sammendrag

Formålet med forvaltningsrevisjonen har vært å undersøke i hvilken grad kommunen ivaretar oppgavene som kommunen har fått tildelt i samband med samhandlingsreformen.

Under er våre konklusjoner og anbefalinger.

Problemstilling 1: I hvilken grad sikrer Karmøy kommune at brukerne av helsetjenestene får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud?

Våre undersøkelser viser at Karmøy kommune har 13 samarbeidsavtaler med Helse Fonna som skal sikre samarbeid og koordinering mellom kommunen og helseforetaket. Vi registrerer at respondentene i forvaltningsrevisjonen er samstemte i at samarbeidsavtalene legger et godt grunnlag for samarbeid og koordinering mellom kommunen og Helse Fonna.

Når det gjelder samarbeidet internt i kommunen for å sikre at brukerne av helsetjenestene får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud, viser våre undersøkelser at kommunen på etat-, tjeneste- og individnivå har en rekke samarbeidsplattformer og nettverkssamlinger som brukes for å koordinere tjenestene slik at brukerne får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Vi vurderer videre at kommunen har rutiner for samhandling på tvers av etater og tjenester.

Karmøy kommune har etter vår vurdering rutiner og prosedyrer for å sikre brukernes rettigheter til individuell plan og koordinator. Revisjonen vurderer at mal og rutiner for individuell plan, samt rutiner for oppnevning av koordinator er tiltak som skal bidra til at brukerne får oppnevnt koordinator og utarbeidet en individuell plan. Vår undersøkelse viser at kommunen har rutine for opplæring av koordinatører og en koordinatorhåndbok som viser hvordan koordinatorrollen skal utføres. På bakgrunn av intervjudata registrerer vi at flere koordinatører trolig ikke har fått opplæring i rollen som koordinator, og heller ikke fått tilsendt koordinatorhåndboken. Revisjonen stiller på bakgrunn av dette spørsmålsteget ved om Karmøy kommune etterlever egne rutiner for opplæring av nye koordinatører.

Når det gjelder brukerinvolvering, viser vår undersøkelse at bestillerkontoret sikrer brukerinvolvering i forkant av at et vedtak fattes ved å ha en dialog med brukeren om brukerens behov. Når vedtak er fattet er det tjenestene i kommunen som skal sikre brukerinvolvering. Vår undersøkelse viser at helse- og omsorgssektoren sikrer brukerinvolvering ved å gjennomføre inkomst/oppstartsamtaler, brukerråd, bruker og pårørende møter, og innhenting av brukerperspektiv.

Problemstilling 2: Ved pasientmottak til kommunen, fra sykehus, i hvilken grad har kommunen et tilfredsstillende system for mottak av utskrivningsklare pasienter fra sykehus?

Vår undersøkelse viser at samarbeidsavtalene mellom Karmøy kommune og Helse Fonna beskriver en rolle og ansvarsfordeling mellom sykehuset og kommunen i forhold til å ivareta utskrivningsklare pasienter.

I intervju er det flere respondenter som fremhever at ansatte på sykehuset uttrykker overfor pasienten hvilke kommunale helse- og omsorgstjenester pasienten har behov for når kommunen overtar behandlingsansvaret. I samarbeidsavtalen heter det at sykehuset skal bistå pasienten ved å informere om tjenestetilbudene i kommunen. Det er ifølge avtalen kommunen selv som skal bestemme hvilket kommunalt tjenestetilbud pasienten skal få når kommunen overtar behandlingsansvaret. Flere respondenter fremhever at feil utøvelse av denne veiledningsfunksjonen fra sykehusets side, kan føre til at pasienter er misfornøyd med hvilket kommunalt tjenestetilbud de får tilbud om når de blir skrevet ut av sykehuset. Dette kan føre til misnøye med kommunen og at brukeren klager på vedtaket.

Vår undersøkelse viser at samarbeidsavtalene stiller krav til at epikrise og annen informasjon skal følge pasienten ved utskrivning fra sykehuset. Flere respondenter påpeker at epikrise ikke alltid følger

pasienten når kommunen har overtatt behandlingsansvaret. Vi vurderer på bakgrunn av dette at det er et forbedringspotensial i samhandlingen mellom Helse Fonna og kommunen når det gjelder å formidle epikrise og annen nødvendig informasjon ved utskrivning fra sykehuset.

Undersøkelsen viser at når Karmøy kommune overtar pleieansvaret for pasienter som er utskrevet fra sykehuset er det bestillerkontoret som avgjør hvilket tjeneste og behandlingstilbud pasienten skal motta i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Denne vurderingen gjøres i samråd med de aktuelle tjenestene i kommunen. For pasienter som oppholder seg på mottaksavdelingen i kommunen etter utskrivning fra sykehuset, viser vår undersøkelse at formålet med oppholdet blant annet er at mottaksavdelingen skal vurdere pasienten og hvilket tjenestetilbud vedkommende har behov for når pasienten skal over i det ordinære helse- og omsorgstjenestetilbudet i kommunen.

Den overordnede samarbeidsavtalen mellom Helse Fonna og Karmøy kommune legger føringer for hvordan og når avvik skal registreres. Avvik på samhandlingen mellom Helse Fonna og Karmøy kommune skal registreres i papirformat og sendes i posten til den parten som har ansvaret for avviket. Flere respondenter i kommunen fremhever at avviksrutinene ikke følges fordi det er tidkrevende å fylle ut et avviksskjema og sende i post til helseforetaket. Vi vurderer at rutinene for avviksregistrering i kommunen ikke etterleves av helse- og omsorgstjenestene.

Vi vurderer at det er positivt at Karmøy kommune har utarbeidet en egen lokal rutine for avvikshåndtering i samhandlingen med Helse Fonna. Denne rutine avklarer hvordan avvik skal følges opp i kommunen, men vi vurderer at det er en svakhet med rutinene at den ikke beskriver hvem som kan registrere avvik på brudd på samarbeidsavtalene.

Problemstilling 3a: Hvilke forebyggende og rehabiliterende tiltak/tjenester tilbyr kommunen?

Karmøy kommune tilbyr en rekke forebyggende tjenester som har som formål å gi råd og veiledning til innbyggerne i kommunen uavhengig av om de er brukere av helse- og omsorgstjenestene eller ikke. Vår undersøkelse viser at kommunen tilbyr flere lavterskeltilbud primært knyttet til fysiske og sosiale miljøer, fysisk aktivitet, ernæring, skader og ulykker. Lavterskeltilbudene betegnes som frisklivstilbud, og organiseres av "friskliv og mestring". Lavterskeltilbudene gjøres kjent for innbyggerne i kommunen gjennom kommunens nettside, sosiale medier, aviser, radio og ved at fastlegene og tjenestene informerer sine pasienter og brukere om tilbudene.

Kommunens rehabiliteringstjenester er delt inn i kategoriene hverdagsrehabilitering og rehabiliteringsprosess. Hverdagsrehabilitering er målrettet trening i en begrenset periode, og dette tilbudet er rettet mot brukere av hjemmetjenesten som har et ønske om å bli i stand til å klare hverdagens gjøremål på egenhånd. Rehabiliteringsprosess er en vedtaksbasert tjeneste rettet mot personer som har opplevd omfattende funksjonsfall. Brukere med vedtak om rehabiliteringsprosess får et tilbud om opptrening i regi av fysio- og ergoterapitjenesten i kommunen. På Veia sykehjem er det to rehabiliteringsrom som brukes til dette formålet, men brukere av rehabiliteringsprosess kan også motta rehabiliterende behandling på andre institusjoner eller i hjemmet.

Problemstilling 3b: Hvilken kompetanse har kommunen i primærhelsetjenesten innen forebygging og rehabilitering?

Det er fysio- og ergoterapitjenesten som organiserer frisklivstilbudet i kommunen, mens tilbudene utøves av flere tjenesteområder. Rehabilitering er tverrfaglige tiltak og tilbud og ansvaret er delt mellom de involverte tjenester/etater innen helse- og omsorgsetaten og oppvekst- og kulturetaten. Vår undersøkelse viser at fysio- og ergoterapitjenesten i kommunen besitter kompetanse innenfor forebygging og rehabilitering. Videre viser vår undersøkelse at flere sykepleiere i helse- og omsorgstjenesten har videreutdanning/kompetanse innenfor rehabilitering. Vi vurderer at det er positivt at fysio- og ergoterapitjenesten i kommunen veileder helsepersonell i omsorgstjenesten slik at de kan utføre rehabiliterende behandling.

Vår undersøkelse viser at det er helsepersonell med kompetanse innen forebygging som har ansvaret for de øvrige forebyggende tjenestene i kommunen. Primærhelsetjenesten i Karmøy kommune innehar forebyggende kompetanse innenfor fysiske og sosiale miljøer, fysisk aktivitet, ernæring, skader og ulykker, tobakksbruk og alkohol- og annen rusmiddelbruk.

Vår anbefalinger er at Karmøy kommune prioriterer følgende:

1. Kommunen bør sikre at alle koordinatorene i kommunen får opplæring og informasjon om hvordan koordinatorrollen skal utføres.
2. Kommunen bør i samråd med Helse Fonna sikre at det er klarhet i sykehusets veiledningsfunksjon overfor pasienter som skal motta kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskrivning fra sykehuset.
3. Kommunen bør i samarbeid med Helse Fonna sikre at sykehuset sender epikrise, annen nødvendig informasjon og legemidler til kommunen ved utskrivning av pasienter.
4. Kommunen bør revidere sin lokale avviksrutine slik at den spesifiserer hvem som kan registrerer avvik på brudd på samarbeidsavtalen med Helse Fonna.
5. Kommunen bør i samråd med Helse Fonna sikre at avvik registreres i tråd med samarbeidsavtalen.

Innhold

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn og formål	1
1.2 Problemstillinger	1
1.3 Revisjonskriterier	2
1.4 Metode	3
2. Helhetlig og koordinert tjenestetilbud	4
2.1 Revisjonskriterier	4
2.2 Fakta	4
2.3 Vurderinger	10
3. Pasientmottak av utskrivningsklare pasienter fra sykehus	11
3.1 Revisjonskriterier	11
3.2 Fakta	11
3.3 Vurderinger	14
4. Forebygging og rehabilitering	16
4.1 Revisjonskriterier	16
4.2 Fakta	16
4.3 Vurderinger	21
5. Anbefalinger	22
6. Uttalelse fra rådmannen	23
Vedlegg 1 Tjenesteavtaler mellom Karmøy kommune og Helse Fonna	24
Vedlegg 2 Dokumentliste	38
Vedlegg 3 Revisjonskriterier	39

1. Innledning

1.1 Bakgrunn og formål

Kontroll- og kvalitetsutvalget i Karmøy kommune vedtok i møtet 31.10.18 i sak 37/18 å bestille forvaltningsrevisjon om "ivaretagelse av oppgaver i forbindelse med samhandlingsreformen" fra KPMG.

Formålet til forvaltningsrevisjonen vil være å undersøke i hvilken grad kommunen ivaretar oppgavene som kommunen har fått tildelt i samband med samhandlingsreformen.

Opplevelser av samarbeid med sentrale eksterne instanser vil hovedsakelig bli belyst fra kommunen sin innfallsvinkel. Eventuelle forbedringsområder vil bli identifisert og det vil utarbeides forslag til forbedringstiltak.

1.2 Problemstillinger

Forvaltningsrevisjonen gir svar på følgende problemstillinger:

1. **I hvilken grad sikrer Karmøy kommune at brukerne av helsetjenestene får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud? Herunder vil vi undersøke:**
 - a) Hvilke rutiner har kommunen for samarbeid og koordinering mellom tjenestene internt i kommunen og mellom kommunen, spesialisthelsetjenesten og fastlegene?
 - b) Hvordan fungerer samarbeidet mellom tjenestene internt i kommunen og mellom kommunen, spesialisthelsetjenesten og fastlegene?
 - c) Hvilke rutiner og prosedyrer har kommunen for å sikre brukerne sine rettigheter til individuell plan og koordinator?
 - d) Hvordan sørger kommunen for brukerinvolvering?

2. **Ved pasientmottak til kommunen, fra sykehus, i hvilken grad har kommunen et tilfredsstillende system for mottak av utskrivningsklare pasienter fra sykehus? Herunder vil vi undersøke:**
 - a) I hvilken grad er kommunens rutiner for mottak av pasienter tilfredsstillende?
 - i) Hvilke rutiner har kommunen for mottak av pasienter fra sykehus?
 - ii) Er det klarhet i roller og ansvar knyttet til å ivareta samarbeidsavtaler med Helse Vest om utskrivningsklare pasienter?
 - iii) Er det klarhet i roller og ansvar knyttet til å ivareta utskrivningsklare pasienter?
 - iv) Etterleves rutinene?
 - b) I hvilken grad mottar kommunen epikrise og annen nødvendig informasjon ved mottak av pasienter fra sykehus?

- i) Hvilke krav stilles til epikrise og dokumentasjon fra sykehusene?
- ii) Er det klarhet i roller og ansvar knyttet til at epikrise og annen sentral dokumentasjon blir formidlet fra sykehuset?
- iii) Etterleves kravene?
- c) Etter at kommunen har overtatt pleieansvaret, hvordan blir pasienten vurdert for videre behandling?
- d) For pasientforløp fra spesialisthelsetjenesten, i hvilken grad registreres avvik?
 - i) Har kommunen et avvikssystem?
 - ii) Hvem skal registrere avvik?
 - iii) Hvordan skal avvik følges opp?
 - iv) Blir rutineene for avvikshåndtering etterlevd?
- e) Hvordan fungerer samarbeidet med spesialisthelsetjenesten og fastlegene knyttet til utskrivningsklare pasienter?

3. Forebygging og rehabilitering

- a) Hvilke forebyggende og rehabiliterende tiltak/tjenester tilbyr kommunen?
 - i) Hvilke lavterskeltilbud tilbyr kommunen personer som trenger hjelp og støtte til endring av levevaner?
- b) Hvilken kompetanse har kommunen i primærhelsetjenesten innen forebygging og rehabilitering?

Eventuelle forbedringsområder vil bli identifisert og det vil utarbeides forslag til forbedringstiltak.

1.3 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er de krav og normer som tilstand og/eller praksis i kommunen måles mot. Revisjonskriterier må være aktuelle, relevante og gyldige for kommunen. Kilder for å utlede revisjonskriterier har vært:

- ✓ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)
- ✓ Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven)
- ✓ Lov om folkehelsearbeid
- ✓ St.meld. nr. 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid
- ✓ Samhandlingsreformen – lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak – nasjonal veileder
- ✓ Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator
- ✓ Kommunelovens § 23 om administrasjonssjefens internkontroll
- ✓ Kommunale planer
- ✓ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Revisjonskriterier er nærmere gjort rede for i vedlegg 3.

1.4 Metode

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i samsvar med kravene i RSK001 Standard for forvaltningsrevisjon¹.

For å svare på problemstillingene er følgende teknikker brukt for å samle inn data:

- ✓ Dokumentinnsamling og -analyse
- ✓ Intervjuer

Til grunn for rapporten ligger en gjennomgang og analyse av sentrale dokumenter opp mot revisjonskriteriene. Liste over mottatt dokumentasjon er gjort rede for i vedlegg 1.

Det er gjennomført intervjuer med 10 personer fra kommunen:

- ✓ Kommunalsjef helse- og omsorg
- ✓ Omsorgssjef
- ✓ Helsesjef
- ✓ Leder mottaksavdelingen Norheim bo- og behandlingshjem
- ✓ Virksomhetsleder Norheim bo- og behandlingshjem
- ✓ Leder rehabiliteringsavdelingen Veia sykehjem
- ✓ Virksomhetsleder Veia sykehjem
- ✓ Leder bestillerkontoret
- ✓ Saksbehandler bestillerkontoret
- ✓ Koordinator

Intervjuer har vært en sentral informasjonskilde, og utvalget av personer var basert på forventet informasjonsverdi, erfaring og formelt ansvar i forhold til forvaltningsrevisjonens formål og problemstillinger. Formålet med intervjuene var å få utfyllende og supplerende informasjon til dokumentasjonen vi har mottatt fra kommunen. Data fra intervjuene er verifisert av respondentene, dvs. at respondentene har fått anledning til å lese igjennom referatene og gjøre eventuelle korrigeringer.

Datainnsamlingen ble avsluttet 28.03.19

Rapport er sendt rådmannen til uttalelse den 08.04.2019

¹ Utgitt av Norges Kommunerevisorforbund.

2. Helhetlig og koordinert tjenestetilbud

2.1 Revisjonskriterier

I kapittel 2 besvarer vi problemstilling 1: "I hvilken grad sikrer Karmøy kommune at brukerne av helsetjenestene får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud?".

Revisjonskriterier er utledet fra:

- ✓ Nasjonal veileder: Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak
- ✓ Helse- og omsorgstjenesteloven
- ✓ Pasient- og brukerrettighetsloven
- ✓ Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

For utdyping av revisjonskriteriene viser vi til vedlegg 3.

2.2 Fakta

2.2.1 Rutiner for samarbeid og koordinering

Samarbeid og koordinering mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten:

Samarbeidet og koordineringen mellom Karmøy kommune og spesialisthelsetjenesten er organisert gjennom flere samarbeidsavtaler.

Karmøy kommune har følgende samarbeidsavtaler² med Helse Fonna:

- ✓ Overordnet samarbeidsavtale
- ✓ Tjenesteavtale 1- Enighet om helse- og omsorgsoppgaver partene har ansvar for og tiltak partene skal utføre
- ✓ Tjenesteavtale 2 – Samarbeid om ansvars- og oppgavefordeling i tilknytning til innlegging, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helskaplig og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester
- ✓ Tjenesteavtale 3 – Ansvars- og oppgavefordeling ved innleggelse av pasienter som trenger somatisk tilbud om behandling og/eller vurdering i spesialisthelsetjenesten
- ✓ Tjenesteavtale 4 – Avtale om kommunen sitt øyeblikkelige hjelp døgntilbud
- ✓ Særavtale til tjenesteavtale 4 – avtale om kommunen sitt tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp
- ✓ Tjenesteavtale 5 – Ansvars- og oppgavefordeling ved opphold i, og utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten
- ✓ Tjenesteavtale 6 – Avtale om gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling
- ✓ Tjenesteavtale 7 – Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid

² Hva som inngår i de forskjellige tjenesteavtalene er beskrevet i vedlegg 1.

- ✓ Tjenesteavtale 8 – Avtale om svangerskap-, fødsels- og barselomsorgstjeneste for gravide og fødende
- ✓ Tjenesteavtale 9 – Samarbeid om IKT-løsninger lokalt
- ✓ Tjenesteavtale 10 – Samarbeid om folkehelse, forebygging og helsefremming
- ✓ Tjenesteavtale 11 – Samarbeid om vedtatte beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden
- ✓ Tjenesteavtale 12 – Om følgetjeneste i sykehus

Den overordnede samarbeidsavtalen mellom Karmøy kommune og Helse Fonna har som formål å konkretisere oppgave- og ansvarsfordeling mellom kommunen og helseforetaket i tillegg til å etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder. Avtalen skal bidra til at brukerne får et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester, samt styrke det forebyggende og helsefremmende arbeidet. Samarbeidsavtalen skal også gi overordnede regler om samarbeidsformer, generelle regler og fastsette en prosess for å vedta tjenesteavtaler mellom partene. Kommunestyret i Karmøy kommune har delegert myndighet til rådmannen knyttet til å vedlikeholde, revidere og videreutvikle samarbeidsavtalene.

Tjenesteavtalene gir detaljerte bestemmelser om blant annet konkrete pasientforløp, ansvars- og rollefordeling og finansiering. Flere respondenter peker på at tjenesteavtalene er så detaljerte at de i praksis fungerer som samarbeidsrutiner. Om det er motstrid mellom overordnet avtale og tjenesteavtaler skal den overordnede avtalen rå.

Karmøy kommunen og Helse Fonna har som intensjon at samarbeidet skal ha en løsningsorientert tilnærming og at beslutninger skal tas så nær brukeren som mulig. Samarbeidet tar utgangspunkt i at brukeren står i sentrum og er på felles helsearena enten pasienten er hos Helse Fonna eller kommunen. Partene har som mål at brukerne som følge av samhandlingen mellom partene skal oppleve faglig gode, samordnede og helskaplig tjenester. Tjenestene skal også bygge på LEON-prinsippet med et helskaplig kostnadsbilde samtidig som de er trygge. Avtalen setter også gjensidige forpliktelser knyttet til kompetanseutveksling og rettleiding.

Partene har opprettet flere utvalg som skal sørge for samhandling og koordinering mellom partene. Samhandlingsutvalget er et forum mellom Helse Fonna og kommunene som er en arena for dialog og forankring av felles strategiske vedtak og prosesser. Samhandlingsutvalget har til oppgave å følge opp samarbeidsavtalen og håndtere saker som gjelder samhandling om brukere. Utvalget skal også opprette samhandlingsnettverk og faglige nettverk i tillegg til å godkjenne rutiner og prosedyrer omkring samhandling om felles pasienter. Samhandlingsutvalget skal også fokusere på erfaringsutveksling og kompetanseoverføring. Utvalget består av fire representanter fra Helse Fonna, fire representanter fra kommunene og to brukerrepresentanter. Saker fremmes gjennom disse representantene. Utvalget kan fatte vedtak, og vedtaket skal eventuelt være enstemmige og partene plikter å etterleve vedtakene.

Topplederforumet er et overordnet strategisk utvalg mellom Helse Fonna og kommunene som har inngått samarbeidsavtale med helseforetaket. Avtalene styres, utvikles og følges opp gjennom topplederforumet. Samhandlingsutvalget har ansvar for å organisere forumet. Kommunene representeres her ved ordfører, rådmann og kommunalsjef for helse- og omsorg. Helseforetaket representeres ved styreleder og foretaksledelsen. Samtidig er medlemmene i samhandlingsutvalget med i forumet. Det er også brukerrepresentanter som oppnevnes av brukerutvalget i Helse Fonna. Høyskolen på Vestlandet, Fylkesmannen og KS har rett til å stille med en representant hver. I tillegg kan tillitsvalgte fra foretaket og kommunene stille med en representant hver.

Samtidig er det etablert områdemøter knyttet til sykehusene i Haugesund, Stord og Odda. Her deltar den øverste helsefaglige ledelsen i sykehusenes tilhørende kommuner, klinikkdirrektører og samhandlingssjef i foretaket. Formålet er å ivareta oppfølging av lovpålagte avtaler.

Det er også et tvisteløsningsorgan med seks medlemmer, to fra kommunene, to fra Helse Fonna og to brukerrepresentanter. Uenigheter knyttet til enkeltpasienter og praktisk håndtering av avtale om inn- og utskrivning av pasienter som trenger helsetjenester, skal som hovedregel løses gjennom dialog og forhandlinger mellom partene. Prinsipielt skal pasientrelaterte saker løses så nært pasient/bruker som

mulig. Oppnår de ikke enighet blir det opprettet en uenighetsprotokoll som blir sendt til et lokalt tvisteløsningsorgan for drøfting og rådgivning til løsning. Partene er enige om at reglene om taushetsplikt skal sikres når de utformer uenighetsprotokollen. Oppnår de ikke enighet om å følge anbefalingene skal saken sendes til nasjonalt tvisteløsningsorgan. I saker der partene ikke er enige om at uttale fra nasjonalt tvisteløsningsorgan skal være bindende, kan hver av partene bringe saken inn for de ordinære domstolene med Haugaland tingrett som verneeting.

I Helse Fonna-området er det i tillegg etablert en samarbeidsarena for utvikling av samarbeidstiltak. Denne arenaen kalles "Helsetorgmodellen". Kommunene i området, Helse Fonna og Høgskulen på Vestlandet deltar i samarbeidet. Høsten 2011 deltok kommunen i samarbeidsprosjekt omkring hverdagsrehabilitering, forebyggende tiltak for å forhindre eller redusere konsultasjoner og behandling i sykehus og etablering av lokalmedisinske sentre.³

Kommunen og Helse Fonna plikter å gjøre den overordna samarbeidsavtalen kjent for egne ansatte og brukere. Partene skal sette av nok ressurser til å kunne ta vare på pliktene sine etter avtalen. Partene plikter å holde hverandre informert og gi veiledning innenfor hverandres ansvarsområde. Rutiner for dette skal reguleres nærmere i underavtaler for hvert ansvarsområde.

I intervju trekker flere respondenter fram at samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten i utgangspunktet fungerer bra. Revisjonen vil beskrive utfordringer knyttet til mottak av pasienter fra sykehus, formidling av dokumentasjon og epikrise under problemstilling 2.

Samarbeid og koordinering mellom kommunen og fastlegene:

Karmøy kommune har ikke en overordnet rutine for samhandling mellom kommunale tjenester og fastlegene, men når og hvor fastlegene skal involveres står beskrevet i de konkrete rutinene for tjenestene og virksomhetene i kommunen. Fastlegene skal for eksempel involveres av bestillerkontoret i forkant av at et vedtak om tildeling av tjenester fattes, slik at saken er tilstrekkelig opplyst. Fastlegene er også en del av ansvarsgruppemøtene til pasienter med individuell plan, og rutinene på dette området beskriver hvordan og når fastlegene skal involveres. Videre opplyser kommunen at fastlegene generelt kan involveres ved behov, men at de i utgangspunktet ikke involveres i alle saker.

Fleire respondenter påpeker at samarbeidet mellom kommunen og fastlegene stort sett fungerer bra, men at kvaliteten på samarbeidet preges av individuelle forskjeller mellom fastlegene. I intervju blir det fremhevet at det gjennomføres samarbeidsmøter jevnlig mellom kommunen og representanter fra fastlegene som et ledd i å samhandle og koordinere mellom kommunen og fastlegene.

Kommunikasjon mellom kommunale tjenester og fastlegene skjer i dag elektronisk ved å sende e-meldinger. Fleire respondenter påpeker at elektronisk kommunikasjon har vært en viktig faktor i å forbedre samarbeidet mellom kommunen og fastlegene.

Fastlegene er en del av ansvarsgruppene til pasientene og inviteres til disse møtene. I intervju med flere respondenter påpekes det at det er sjeldent at fastlegene deltar på ansvarsgruppemøter til pasienter med vedtak om individuell plan og koordinator. Uavhengig av om fastlegen deltar på ansvarsgruppemøtet får de tilsendt referat fra møtet og er dermed informert om hva som ble gjennomgått. Fleire av respondentene har fremhevet at fastlegene ikke har vært fokusområde med tanke på informasjonsformidling om hva en koordinator og individuell plan er, og at dette kanskje kan være grunnen til at fastlegene ikke deltar på disse ansvarsgruppemøtene. Andre respondenter fremhever at fastlegene har et arbeidspress og en arbeidshverdag som gjør at de nedprioriterer disse ansvarsgruppemøtene.

Fleire respondenter i kommunen trekker også fram i intervju at fastlegene har en sentral rolle i å videreformidle kommunens lavterskeltilbud til sine pasienter. Fastlegene har fått tilsendt informasjon og brosjyrer om lavterskeltilbudene, men noen respondenter påpeker at fastlegene kan bli flinkere til å informere sine pasienter om lavterskeltilbud som pasienten kan ha en helsemessig gevinst av å delta på.

³ Sak om innføring av samhandlingsreformen

Samarbeid og koordinering internt i kommunen:

Helse- og omsorgssektoren i Karmøy kommune er delt inn i fire sektorer, sektor helse, sektor omsorg, sektor forvaltning helse og omsorg, og sektor utvikling og ressurser. Karmøy kommune er organisert etter en etatsmodell, og helse- og omsorgsetaten har innført linjeledelse.

Sektorlederne og helse- og omsorgssjefen møtes ukentlig til ledermøter hvor spørsmål som går på tvers i etaten kan tas opp og drøftes. Sektorlederne har også egne sektormøter hvor virksomhetslederne deltar. På disse møtene tas det opp spørsmål og temaer som går på samhandling på tvers i den aktuelle sektoren.

Videre deltar sektorsjefene for helse og omsorg på nettverkssamlinger med bestillerkontoret, og de som utfører tjenestene i sine respektive sektorer.

Sektorsjefen for omsorg har faste møter med leder på bestillerkontoret en gang i uken. Virksomhetsledere og avdelingsledere har møter med bestillerkontoret ved behov, og respondentene fremhever at tjenestene har fortløpende dialog med både bestillerkontoret og andre tjenester på telefon og e-post for å drøfte enkeltsaker.

Samhandling internt i kommunen for å sikre at brukerne får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud skjer i første omgang ved at bestillerkontoret fatter et vedtak om tildeling av tjenester. Karmøy kommune har en bestiller- utfører modell. Bestillerfunksjonen utføres av bestillerkontoret. Bestillerkontoret håndterer søknader og fatter vedtak om helse- og omsorgstjenester til alle innbyggerne i kommunen. Etter at vedtak er fattet skal tjenestene i virksomhetene utføre helse- og/eller omsorgstjenester i tråd med vedtaket.

For å sikre at brukerne får vedtak om riktig tjeneste- og behandlingsnivå gjennomfører bestillerkontoret samtaler med tjenestene for å sikre at saken er tilstrekkelig opplyst i forkant av at vedtaket fattes. For brukere som allerede mottar tjenester fra kommunen gjennomfører bestillerkontoret samarbeidsmøter med tjenestene for å drøfte om det er behov for å endre behandlings- og/eller tjenestetilbud til disse brukerne.

Flere av respondentene trekker fram i intervju at samarbeidet mellom bestillerkontoret og tjenestene i utgangspunktet fungerer bra, og at det er klarhet i rollefordelingen i bestiller-utfører modellen. Det trekkes også fram som positivt at det gjennomføres samarbeidsmøter på individ og systemnivå mellom bestillerkontoret og tjenestene, samt at det er god kommunikasjon på telefon og e-post mellom ansatte i tjenestene. Noen respondenter savner at saksbehandlerne på bestillerkontoret er mer ute i tjenestene og møter pasientene for å sikre seg et helhetlig bilde av pasientens behandlingsbehov.

Pasienter som er brukere av to eller flere helsetjenester, og som har behov for helhetlige og koordinerte tjenester har rett til koordinator og individuellplan. I modell for koordinerende enhet (KE) kommer det frem at KE skal koordinere helhetlige tjenester i Karmøy kommune. KE sine ansvarsoppgaver er:

- ✓ Vurdere og saksbehandle saker omkring helhetlig rehabilitering, deriblant individuell plan
- ✓ Ha oversikt over kontaktpersoner (personlige koordinatører) og eksisterende individuelle planer
- ✓ Kvalitetssikre arbeid med individuelle planer
- ✓ Medvirke til opplæring og veiledning av personlige koordinatører
- ✓ Bidra til tverrfaglig og tverretattlig samarbeid samt samarbeid med Helse Fonna
- ✓ Oversikt over rehabiliteringstilbudet

Koordinerende enhet er delt inn i tre nivåer. Nivå 1 er bestillerkontoret som mottar søknad om koordinator og individuellplan. I saker hvor det er behov for tverrfaglig/tverretattlig samarbeid sendes saken videre til den tverrfaglige mottaksgruppen. Denne mottaksgruppen har en kontaktperson som utgjør nivå 2. Kontaktpersonen har en sekretærrolle for mottaksgruppen, med videre ansvar for fordeling av koordinatorsaker. Selve mottaksgruppen utgjør nivå 3 og håndterer de mest komplekse

og omfattende sakene. Faste medlemmer i mottaksgruppen er leder PPT, rådgiver i oppvekst- og kulturetaten, virksomhetsleder ved fysio- og ergoterapitjenesten, virksomhetsleder ved aktivitet og avlastning og virksomhetsleder ved bestillerkontoret. Ved behov kan andre virksomhetsledere eller tjenester inviteres til disse møtene. Mottaksgruppens oppgave er å være pådriver for planlegging og utvikling av rehabilitering, være et senter for erfaringsdeling og å melde om udekkede behov til etatslederne i kommunen. Mottaksgruppen møtes ca. to ganger i halvåret.

For å sikre at brukere med behov for helhetlig og koordinerte tjenester mottar dette gjennomføres det ansvarsgruppemøter med de aktuelle tjenestene, brukeren, fastlege og andre inviterte. Formålet med disse ansvarsgruppene er å sikre at tjenestetilbudet som ytes til brukeren er koordinert, og for å sikre en rød tråd i oppfølgingen av brukeren. Det er brukerens koordinator som kaller inn til møtet, skriver referat og er ordstyrer. I intervju blir det fremholdt at disse ansvarsgruppemøtene er nyttig for å sikre helhetlig oppfølging av brukerens behov.

2.2.2 Rutiner og prosedyrer for individuell plan og koordinator

Alle som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester skal få utarbeidet en individuell plan om de ønsker det. Bruker/pasient har rett til å medvirke i arbeidet, og tjenesteapparatet skal legge til rette for det. Individuell plan er et samarbeidsdokument. Hensikten er at en individuell plan skal bidra til å gi brukeren/pasienten større forutsigbarhet, avklare ansvarsforhold og sikre samordning slik at tjenestene personen mottar fremstår som helhetlig og i tråd med brukers/pasientens målsettinger. Planen skal sikre koordinering og samarbeid mellom tjenesteyter, bruker og eventuelt pårørende. En koordinator er en kontaktperson i kommunen som kan bistå med å finne fram i systemet. Koordinator har hovedansvaret for å følge opp arbeidet med individuell plan. Brukere av helse- og omsorgstjenester i kommunen kan få tildelt koordinator selv om vedkommende bruker ikke har vedtak om individuell plan. I tjenesteavtale 2 mellom Karmøy kommune og Helse Fonna står det også beskrevet hvordan partene skal samarbeide om å utarbeide individuell plan til pasienter og brukere som mottar tjenester fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Revisjonens undersøkelse viser at Karmøy kommune har en rutine for tildeling av koordinator og utarbeidelse av individuell plan. I rutinene heter det at alle saksbehandlere på bestillerkontoret saksutreder saker hvor det er behov for personlig koordinator og individuell plan. Etter at vedtak om koordinator og/eller individuell plan er fattet sender saksbehandler e-post til kontaktperson KE med løpenummer på bruker som har fått tildelt koordinator og/eller individuell plan. Vedtaket skal så registreres i fagsystemet PROFIL. Rutinedokumentet beskriver ikke i klartekst hvem som har ansvar for å registrere vedtaket i fagsystemet. Etter at vedtaket er fattet og kontaktperson KE er informert, er det kontaktperson KE som har ansvar for å fremskaffe en koordinator. I rutinedokumentet heter det at kontaktperson KE skal vurdere hvilken virksomhet som kan være aktuell som koordinator. Kontaktperson KE sender så en e-post til virksomheten via virksomhetsleder for å etterspørre om virksomheten/virksomhetsleder kan utpeke en koordinator. I rutinene heter det at en bestreber at bruker får en koordinator i den virksomheten en mottar tjenester.

Hvordan virksomhetslederne skal gå fram for å finne koordinator er ikke beskrevet i rutinedokumentet. Men i intervju fremheves det at koordinator velges på bakgrunn av erfaring og egnethet. Bruker selv kan også fremme ønske om hvem vedkommende ønsker som sin koordinator, og virksomhetsleder prøver å etterkomme dette ønsket hvis det er mulig.

Når kontaktperson KE får en tilbakemelding fra virksomheten om hvem som skal være koordinator, sender kontaktperson KE en e-post til den aktuelle koordinatoren og informerer om at koordinator skal kontakte bruker for videre samarbeid. I rutinen heter det at kontaktperson KE i denne e-posten også skal informere den oppnevnte koordinatoren om koordinatorhåndboken og aktuell opplæring. Koordinatorhåndboken beskriver hva som skal inngå i individuellplan og hvordan koordinator skal gå fram for å skrive planen, for å sikre at brukere med vedtak om individuell plan får utarbeidet en slik plan. Kommunen har også en standard mal for individuell plan som skal brukes av koordinatorene.

I intervju med flere respondenter i kommunen fremstår det som uklart hvem som har ansvar for å formidle koordinatorhåndboken til nyoppnevnte koordinatorene. Flere respondenter mener det er

virksomhetslederne som skal informere om koordinatørhåndboken, og flere respondenter fremhever også at koordinatører ikke har fått informasjon om at det finnes en koordinatørhåndbok.

2.2.3 Brukerinvolvering

Brukerinvolvering i Karmøy kommune starter ved tildelingsprosessen på bestillerkontoret. I forkant av at et vedtak fattes skal bestillerkontoret sikre at de har tilstrekkelig informasjon og opplysninger om pasienten slik at de kan fatte et vedtak om riktig behandlingsnivå. For å innhente informasjon og opplysninger om pasientens behandlingsbehov tar saksbehandler blant annet kontakt med pasienten og deres pårørende. Kontakt mellom bestillerkontoret og brukeren skjer gjerne over telefon eller e-post. I intervju ble det fremhevet at bestillerkontoret ikke prioriterer å dra på hjemmebesøk til pasienten. Hjemmebesøk gjennomføres av og til hvis saksbehandler skal behandle søknad om tjenester til brukere som tidligere ikke har mottatt tjenester fra kommunen. Flere respondenter påpeker at det er et ønske at bestillerkontoret oftere gjennomfører hjemmebesøk eller besøk hos pasienter på institusjoner for å sikre et mer helhetlig bilde av pasientens behandlingsbehov. Til tross for dette mener flere respondenter at bestillerkontoret treffer riktige vedtak, og bestillerkontoret selv registrerer alle hjemmebesøk de gjennomfører som et ledd i forbedringsarbeidet på dette området.

Etter at bestillerkontoret har fattet vedtak om tjenester er det opp til den aktuelle tjenesten å sikre brukerinvolvering. På alle sykehjemsavdelingene i kommunen gjennomføres det en inkomstsamtale med pasient og pårørende for å kartlegge brukerens mål for oppholdet, ønsker, funksjonsnivå, medisinske forhold, hvem som er nærmeste pårørende m.m. Det er brukerens primærsykepleier som gjennomfører samtalen, og samtalen tar utgangspunkt i en mal som viser hvilke temaer som skal adresseres i inkomstsamtalen. På langtidsavdelingene i kommunen deltar også avdelingsleder på disse inkomstsamtalene. I hjemmetjenesten gjennomføres også slike samtaler, men her refereres de til som oppstartsamtaler.

Alle sykehjem med langtidsplasser har en brukerrådsrepresentant. Denne brukeren deltar i et felles brukerråd på sykehjemmet. Brukerrådet er et rådgivende organ som skal være med på å utvikle kvaliteten på tjenesten. Intervjudata viser at flere respondenter mener brukerrådet er et viktig organ for å sikre kvalitativt like tjenester på institusjonene i kommunen.

Innenfor omsorgssektoren skal det gjennomføres bruker- og pårørendemøter en gang i året. I disse møtene får tjenesten tilbakemelding fra bruker og pårørende om hvordan de opplever tjenestetilbudet og hva som eventuelt kan forbedres.

Innenfor rus og psykisk helse benytter kommunen et eget verktøy for brukerinvolvering. I dette verktøyet kan brukerne av tjenestetilbudet gi tilbakemeldinger på sitt tjenestetilbud direkte i verktøyet. Rus- og psykiatrisektoren arrangerer også brukermøter på tjenestenivå hvor deltakerne drøfter hvordan tjenestetilbudet kan forbedres.

I notatet "Framtidens omsorgstjenester i Karmøy kommune" fra 2011 ble det utarbeidet en tiltaksplan for utforming av kommunens omsorgstjenester frem mot år 2020. Brukerne var involvert i dette arbeidet gjennom brukerrepresentanter fra eldrerådet og rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne. Også tillitsvalgte og medarbeidere i helse- og omsorgstjenestene var representert i dette arbeidet. Notatet påpeker at tjenestene som planlegges i fremtiden bør ha en mer aktiv profil der en legger til rette for brukermedvirkning og deltakelse fra pårørende i brukernes tjenestetilbud. Dette ses i sammenheng med nye brukergrupper og pårørende som forventer økt grad av medvirkning og påvirkning i tjenestene som ytes.

Brukerrepresentanter har også vært involvert i arbeidet med å lage samarbeidsavtaler mellom Helse Fonna og kommunene i Helse Fonna sitt opptaksområde. To brukerrepresentanter deltok i forhandlingsutvalget. Det sitter også brukerrepresentanter i samarbeidsutvalgene mellom Helse Fonna og kommunene. Både samhandlingsutvalget, topplerforumet og tvisteløsningsorganet har to brukerrepresentanter. Disse blir utnevnt av brukerutvalget i Helse Fonna. Det blir også poengtert i samarbeidsavtalen mellom Helse Fonna og Karmøy kommune at helse- og omsorgstjenestene skal bygge på brukermedvirkning. I tillegg skal beslutninger tas så nær brukeren som mulig og ha som utgangspunkt at brukeren skal stå i sentrum.

2.3 Vurderinger

Samhandling og koordinering mellom tjenester:

Vår undersøkelse viser at Karmøy kommune har inngått 13 samarbeidsavtaler med Helse Fonna som vi vurderer fungerer som samarbeidsrutiner for å sikre at brukerne får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud i overgangen mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten. Vi registrere at kommunen i utgangspunktet synes samarbeidsrutinene med spesialisthelsetjenesten legger et godt grunnlag for samarbeidet. Konkrete utfordringer knyttet til etterlevelse av samarbeidsavtalene, pasientmottak og formidling av dokumentasjon mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten blir belyst under problemstilling 2 i denne rapporten.

Vi registrerer at flere respondenter mener samarbeidet med fastlegene fungerer bra, men kvaliteten på samarbeidet kan være personavhengig fra fastlegenes side. Våre undersøkelser viser at kommunen ikke har en overordnet samhandlingsrutine med fastlegene, men der det er aktuelt å involvere fastlegene dekkes dette i rutinebeskrivelsene ute i tjenestene. Vi vurderer på bakgrunn av intervjudata at kommunen har et godt samarbeid med fastlegene, men at kvaliteten på samarbeidet kan være personavhengig fra fastlegene sin side.

Vår undersøkelse viser at helse- og omsorgssektoren har flere samarbeidsmøter på overordnet- og etatsnivå for å sikre samhandling på tvers i sektoren og i etatene. Vi vurderer at møtearenaene som blir beskrevet i rapporten legger et godt grunnlag for samarbeid på tvers av tjenestene i kommunen på etat, tjeneste- og individnivå. Vi vurderer videre at Karmøy kommune sikrer at brukere av tjenester i kommunen får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud ved at koordinerende enhet og koordinator særlig har et ansvar for å følge opp brukere med behov for koordinerte tjenester.

Koordinator og individuell plan:

Vår undersøkelse viser at Karmøy kommune har rutiner og retningslinjer for å utarbeide individuell plan og for å tildele koordinator til brukere som har krav på dette. Vi vurderer også at kommunen har rutiner og retningslinjer for utarbeiding av individuell plan til pasienter som mottar tjenester fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Vår undersøkelse viser at koordinerende enhet har det overordnede ansvaret for opplæring og veiledning av nye koordinatører. Vi vurderer at koordinerende enhet har rutiner for opplæring av koordinatører, og at koordinatorhåndboken i kommunen er et nyttig hjelpemiddel for nye koordinatører. Vi registrerer at noen respondenter mener at flere koordinatører i kommunen ikke har fått opplæring i rollen som koordinator, og heller ikke fått tilsendt koordinatorhåndboken. Revisjonen stiller spørsmålstegn ved om opplæring og formidling av koordinatorhåndboken til nye koordinatører praktiseres i tråd med kommunens egne rutiner. Hvis koordinatorene ikke får tilstrekkelig opplæring, er det etter revisjonens vurdering risiko for at brukere av helse- og omsorgstjenestene i kommunen ikke får helhetlig oppfølging i tråd med intensjonen for bruk av koordinator.

Brukermedvirkning:

Vår undersøkelse viser at Karmøy kommune sikrer brukermedvirkning ved tildeling av tjenester ved at saksbehandler på bestillerkontoret tar kontakt med bruker og eventuelt pårørende for å kartlegge brukerens funksjonsnivå og behov for tjenester. Når brukeren får et vedtak om tjenester er det opp til tjenesten å sikre brukermedvirkning i tjenestetilbudet. Vår undersøkelse viser at dette gjøres på flere måter i helse- og omsorgssektoren, blant annet ved å gjennomføre inkomst/oppstartsamtaler, brukerråd, bruker og pårørende møter, og innhenting av brukerperspektiv. Vår overordnede vurdering er at kommunen sikrer at brukerne er involvert i utformingen av sitt tjenestetilbud.

3. Pasientmottak av utskrivningsklare pasienter fra sykehus

3.1 Revisjonskriterier

I kapittel tre besvarer vi problemstilling 2: "Ved pasientmottak til kommunen, fra sykehus, i hvilken grad har kommunen et tilfredsstillende system for mottak av utskrivningsklare pasienter fra sykehus?".

Revisjonskriterier er utledet fra:

- ✓ Kommunelovens § 23 om administrasjonssjefens internkontroll
- ✓ God praksis for internkontroll, hvor vi bygger på KS sin veileder "Rådmannens internkontroll, 2013"
- ✓ Nasjonal veileder: Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak
- ✓ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

For utdyping av revisjonskriteriene viser vi til vedlegg 3.

3.2 Fakta

3.2.1 Kommunens rutiner for mottak og behandling av pasienter overført fra sykehuset

Rutine for mottak av pasienter fra sykehus:

Mottak av pasienter fra sykehus reguleres av tjenesteavtale 5 som er inngått mellom Karmøy kommune og Helse Fonna. Tjenesteavtale 5 regulerer i detalj ansvarsområdet til helseforetaket og kommunen, og er ifølge respondentene å betrakte som en samarbeidsrutine.

I tjenesteavtalen heter det at hvis en pasient som er innlagt på sykehuset har behov for tjenester fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten, skal sykehuset kontakte kommunen innen 24 timer etter innleggelse. Hvis pasienten i utgangspunktet ikke har behov for tjenester fra kommunen ved utskrivelse, men dette endrer seg i løpet av sykehusoppholdet gjelder varslingsfristen på 24 timer fra og med det blir klart at pasienten har behov for tjenester fra kommunen. Kommunen skal forberede og sette i verk nødvendige tiltak for å kunne ta imot pasienten når Helse Fonna har varslet om at pasienten har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester.

Sykehuset har ifølge tjenesteavtale 5 en sentral rolle i den videre planleggingen av hvilke kommunale helse- og omsorgstjenester pasienten har behov når for pasienten skrives ut fra sykehuset. Det er helseforetaket som blant annet skal hjelpe pasienten med søknad om kommunale tjenester, og informere pasienten om hvilke hjelpebehov det kan søkes bistand om i kommunen. Ifølge tjenesteavtalen plikter kommunen å behandle søknader og fatte vedtak om tjenester fra pasienter som er innlagt i spesialisthelsetjenesten fortløpende. I tjenesteavtalen heter det at det er kommunen som skal vurdere og bestemme hvilket tiltak og i hvilket omfang av tjenester pasienten skal få tilbud om. I intervju påpeker flere respondenter i kommunen at denne delen av tjenesteavtalen ikke alltid følges av sykehuset. Intervjudata viser at sykehuset ved flere anledninger har kommunisert overfor pasienten og deres pårørende hvilke tjenestebehov og oppfølging de har behov for av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette kan være problematisk når/hvis bestillerkontoret vurderer og fatter vedtak om

et lavere behandlingsnivå eller omfang av tjenester enn det sykehuset uttrykte overfor pasienten og deres pårørende. Respondentene påpeker at det ikke er klarheter i selve tjenesteavtalen på dette området, men at sykehuset ikke alltid praktiserer sin veiledningsfunksjon i tråd med tjenesteavtalen.

Når sykehuset sender utskrivningsmelding til bestillerkontoret i kommunen beskriver sykehuset funksjonsnivået til pasienten. Saksbehandlerne på bestillerkontoret fatter så, på bakgrunn av denne funksjonsbeskrivelsen av pasienten og eventuelt annen informasjon fra brukeren selv eller tjenestene i kommunen, et vedtak om behandlingsnivå og behandlingstilbud. Kommunen skal etter å ha fått varsel om utskrivningsklar pasient gi tilbakemelding i standard dokument (telefaks/elektronisk melding) til Helse Fonna straks, og senest innen to timer, etter å ha fått melding om utskrivningsklar pasient om kommunen kan ta imot pasienten. Hvis det er ikke er ledig kapasitet på mottaksavdelingen i kommunen, eller andre aktuelle kommunale tjenestetilbud, informeres sykehuset om dette, og det resulterer i at den utskrivningsklare pasienten må ligge på overliggerdøgn på sykehuset i påvente av ledig plass på for eksempel mottaksavdelingen eller kort- eller langtidsplass på institusjon.

Ved utskrivning fra sykehuset heter det i tjenesteavtalen at sykehuset skal sende med pasienten resept på nye medikament som er startet opp under oppholdet på sykehuset, samt sende med medikament og nødvendig utstyr til og med første yrkedag etter utskrivning. Flere respondenter i tjenestene i Karmøy kommune påpeker at det har oppstått avvik ved at sykehuset ikke har sendt med medikamenter med pasienten ved utskrivning. Dette kan, ifølge respondentene, være et alvorlig problem hvis medikamentet pasienten trenger er et medikament sykehjemmet for eksempel ikke har i sitt legemiddellager. Ifølge respondentene er dette et av områdene det skrives flest avvik på i forhold til samarbeidet mellom kommunen og sykehuset om utskrivningsklare pasienter.

Når det gjelder fastlegenes rolle knyttet til pasienter utskrevet fra sykehuset blir det fremholdt i intervju at de har en begrenset rolle fordi det er sykehjemslegene på Norheim og andre institusjoner som håndterer denne pasientgruppen. Utover dette får fastlegene på lik linje med de kommunale helse- og omsorgstjenestene tilsendt epikrise fra sykehuset i tråd med samarbeidsavtalene med Helse Fonna.

Mottaksavdelingen på Norheim Bu- og behandlingssenter:

Karmøy kommune har en mottaksavdeling med 9 sengeplasser på Norheim bu- og behandlingssenter. Revisjonen får opplyst i intervju at mottaksavdelingen skal utvide kapasiteten til 12 sengeplasser fra og med 4. mars 2019. Denne mottaksavdelingen mottar pasienter direkte fra sykehuset for vurdering, opptrening og behandling for en kortere periode. Målsetningen under oppholdet er å kartlegge hvilket tjenestetilbud pasienten har behov for i kommunen. På bakgrunn av observasjoner og vurderinger som gjøres på mottaksavdelingen kan bestillerkontoret vurdere hvilke kommunale helse- og/eller omsorgstjenester pasienten skal motta når pasienten skal flyttes fra mottaksavdelingen over i et annet kommunalt tjenestetilbud.

Tilbudet på mottaksavdelingen på Norheim bu- og behandlingssenter er forbeholdt pasienter som har et sykdomsbilde som tilsier at de ikke kan motta forsvarlig behandling fra andre kommunale tjenester. Det er altså ikke alle pasienter som er inntatt mottaksavdelingen etter at de blir skrevet ut fra sykehuset. Utgangspunktet er at bestillerkontoret gjør en vurdering på hvilke behandling og tjenestetilbud pasienten skal motta i kommunen, gjerne i samråd med den aktuelle tjenesten i kommunen, og deretter tildeler tjenester.

Kompetanse på mottaksavdelingen på Norheim Bu- og behandlingssenter:

I ansattoversikten for mottaksavdelingen på Norheim Bu- og behandlingssenter fremgår det at avdelingen har 9,5 årsverk med sykepleiere, 1,87 årsverk med hjelpepleiere, 2,4 årsverk med fagarbeidere og 1 årsverk med assistenter. Avdelingen har også en rekke vikarer med timelønn og to studenter. Videre er det to leger som er tilknyttet Norheim bu- og behandlingssenter, hvor den ene er tilknyttet øyeblikkelig hjelp tilbudet i tillegg til de lindrende sengene og den andre er tilknyttet hele sykehjemmet, deriblant mottaksavdelingen. Revisjonen får opplyst av kommunen at legene er tilgjengelig på tvers av avdelingene for å utnytte kapasiteten best mulig.

I kompetansestrategien for Norheim bu- og behandlingssenter heter det at sykehjemmet prioriterer videreutdanninger for sykepleiere innen avansert klinisk sykepleie, sår, diabetes og KOLS. For fagarbeidere prioriterer sykehjemmet videreutdanning innenfor palliasjon og ernæring. Det er også

ifølge kompetanseplanen et mål å øke kompetansen til assistenter, slik at assistentene skal være i stand til å observere forandring hos pasienten, og at alle assistenter på Norheim bu- og behandlingssenter skal være i gang med helsefaglig utdanning. Sykehjemmet pålegger også samtlige ansatte å gjennomføre HLR og oppfriskningskurs i legemiddelhåndtering i løpet av året.

I intervju fremhever flere aktuelle respondenter at mottaksavdelingen på Norheim bu- og behandlingssenter har riktig og tilstrekkelig kompetanse.

3.2.2 Mottak av informasjon fra sykehuset ved mottak av pasienter

I tjenesteavtale 5 heter det at helseforetaket og kommunen skal benytte elektronisk kommunikasjon der dette er innført. Kommunikasjon mellom helseforetaket og Karmøy kommunen foregår i dag via E-melding. Karmøy kommune har videre en detaljert rutine vedrørende hvordan saksbehandler på bestillerkontoret skal håndtere mottak av E-melding fra helseforetaket.

Ved utskriving av pasient fra sykehuset skal sykehuset sende utskrivningsmelding til kommunen. Denne utskrivningsmeldingen skal, ifølge rutiner for e-melding, inneholde tilstrekkelig informasjon om pasienten slik at kommunen kan bruke informasjonen til å følge opp pasienten med rett behandling når kommunen overtar behandlingsansvaret. Denne utskrivningsrapporten skal inneholde en funksjonsbeskrivelse av pasienten og oppdatert legemiddelinformasjon. Det er sykepleier på sengepost som har ansvar for å sende utskrivningsrapporten, og utskrivende lege skal sørge for at legemiddelinformasjonen er oppdatert ved utskriving.

Når Karmøy kommune mottar utskrivningsmelding fra sykehuset skal kommunen innen to timer gi en tilbakemelding om hvilke tjenestetilbud pasienten vil få i kommunen. Bestillerkontoret fatter så vedtak om tildeling av tjenester blant annet på bakgrunn av denne funksjonsnivåbeskrivelsen. Respondentene vi har intervjuet fremhever at kommunen stiller krav om at beskrivelsen av funksjonsnivået til pasienten må være så konkret og detaljert som mulig slik at bestillerkontoret kan fatte riktig vedtak om tildeling av tjenester. Hvis bestillerkontoret ikke får tilstrekkelig med opplysninger i utskrivningsmeldingen skal saksbehandler kontakte helseforetaket for å få ytterligere informasjon om pasienten. Flere respondenter i kommunen mener at utskrivningsmeldingene fra sykehuset er i det vesentlige detaljert nok til å fatte riktig vedtak, men ved behov for ytterligere informasjon tar saksbehandler på bestillerkontoret kontakt med sykehuset.

Ved utskriving av pasient fra sykehuset, skal den kommunal instansen som har ansvar for videre behandling av pasienten få tilsendt epikrise og relevante fagrapporter, slik som medikamentliste fra sykehuset. Utgangspunktet i tjenesteavtalen er at denne informasjonen skal følge pasienten slik at kommunen har det i hende når de overtar behandlingsansvaret for pasienten. Sykehuset skal også sende med resept på nye medikamenter som er startet opp under oppholdet. Denne dokumentasjonen sendes elektronisk til kommunen.

Epikrise er en standard rapport som er en skriftlig redegjørelse av årsak, utvikling og behandling av sykdom hos pasienten, utarbeidet etter at undersøkelse og behandling er ferdig fra sykehusets side. Respondentene i kommunen fremhever at de kommunale instansene ikke stiller konkrete krav til epikrisen annet enn at den inneholder standard informasjon som en epikrise skal inneholde. Respondentene i kommunen påpeker at epikrisene de mottar fra sykehuset i hovedsak er i tråd med form og innholds kravene til en epikrise, men mangler i epikrisene forekommer.

Samtlige respondenter i kommunen fremhever videre at epikrise ikke alltid følger pasienten ved mottak av pasient fra helseforetaket i tråd med tjenesteavtale 5. Det opplyses om at det er et problem at epikrise ikke alltid følger pasienten, og at kommunen ved flere anledninger må purre på sykehuset for å få den tilsendt.

3.2.3 Avvikshåndtering

Avvik fra overordnet samarbeidsavtale med Helse Fonna:

Det er den overordnede samarbeidsavtalen mellom Karmøy kommune og Helse Fonna som regulerer hvordan avvik skal registreres hvis det oppstår avvik i samhandlingen mellom aktørene. Utgangspunktet i avtalen er at avvik fra samarbeidsavtalen eller de ulike tjenesteavtalene skal meldes og sendes til den andre parten. Avvikene skal registreres og følges opp i avvikssystemet til virksomheten der avviket oppstår. Parten som melder avviket skal ifølge samarbeidsavtalen få tilbakemelding på hvordan avviket er behandlet.

Karmøy kommune har en egen rutine på melding om avvik til helseforetaket. I rutinen heter det at skjemaet "melding om avvik tjenesteavtaler" skal fylles ut for hånd og kvalitetssikres av virksomhetslederen som så sender skjemaet i posten til helseforetaket. Rutinen definerer ikke hvem som kan føre avvik, men i intervju blir det fremhevet at det er lege, sykepleier, virksomhetsleder og bestillerkontoret som fører avvik på tjenesteavtalene med helseforetaket. Helsefagarbeidere har ikke adgang til å registrere avvik på dette området. I intervju blir det fremhevet at dagens ordning hvor avvikene skal registreres i et skjema og sendes i post til helseforetaket har ført til at ansatte ikke prioriterer å føre avvik fordi det tar for lang tid. Flere respondenter i forskjellige tjenester fremhever at de kun registrerer alvorlige avvik som kan gå på liv og helse, men andre avvik fra tjenesteavtalene registreres ikke.

I Karmøy kommunes rutine heter det videre at en kopi av avviksskjemaet skal sendes til helse- og omsorgsetaten i kommunen slik at avvikene registreres og samles for å kunne hentes frem ved behov for evaluering eller lignende. Flere respondenter oppgir at avviksskjemaene som fylles ut blir samlet i permer, og at de ikke registreres elektronisk. Flere respondenter fremhever også at avviksregistrering i dag ikke fører til kontinuerlig forbedring i samarbeidet mellom helseforetaket fordi avvikene ikke registreres elektronisk og det derfor er vanskelig å lage statistikker som viser problem/forbedringsområder.

Kommunen opplyser at avvik i samhandlingen mellom helseforetaket og kommunen ikke har blitt registrert i kommunens avvikssystem. Men fra og med 1.januar 2019 har kommunen tatt i bruk et nytt avvikssystem og planen er at alle avvik nå skal registreres både elektronisk i kommunens avvikssystem samtidig som avviket føres skriftlig og sendes per post i tråd med den overordnede samarbeidsavtalen med helseforetaket.

Når kommunen mottar svar fra helseforetaket om hvordan avviket er behandlet skal svaret formidles til den aktuelle virksomheten som har meldt avviket. Flere respondenter oppgir i intervju at helseforetaket sjeldent svarer på avviksmeldingene, og hvis de svarer så får kommunen tilsendt et standard svar som sier at helseforetaket har tatt avviket til etterretning og jobber med kontinuerlig forbedring.

I Karmøy kommunes prosedyre for avvikshåndtering relatert til tjenesteavtalen står det klart beskrevet hvordan kommunen skal håndtere disse avvikene. Det er ifølge prosedyren virksomhetsleder sitt ansvar å svare på avviket, og svaret skal inneholde årsaken til avviket og hvilke tiltak som er iverksatt i etterkant. Intervjudata viser at helseforetaket sjeldent/aldri har registrert avvik på tjenesteavtalen, men hvis kommunen mottar et avvik fra helseforetaket er det klart hvordan det skal behandles, hvem som har ansvar for å gi en tilbakemelding til helseforetaket og hva tilbakemeldingen skal inneholde.

3.3 Vurderinger

Vår undersøkelse viser at den overordnede samarbeidsavtalen og tjenesteavtalene med Helse Fonna er så detaljert at de i praksis fungerer som en rutine for mottak av pasienter. Vi vurderer at roller og ansvar i Karmøy kommune er godt etablert i forhold til å motta og behandle pasienter som blir skrevet ut fra sykehus.

Ifølge tjenesteavtalen mellom Helse Fonna er det klart beskrevet at helseforetaket skal bistå pasienten med å informere om tjenestetilbudene i kommunen, samt å hjelpe pasienten med å fylle ut søknaden om tjenester. Vår undersøkelse viser at helseforetaket ved flere anledninger har uttrykt overfor

pasienten og deres pårørende hvilket tjenestebehov pasienten har når kommunen overtar behandlingsansvaret. Det er ifølge tjenesteavtalen kommunens oppgave å vurdere og avgjøre hvilket tjeneste- og behandlingsbehov pasienten har i kommunen. På dette punktet vurderer vi at helseforetaket ikke praktiserer tjenesteavtalen slik roller og ansvar er beskrevet. Vi registrer på bakgrunn av intervjudata at dette kan føre til situasjoner hvor pasienter ikke er fornøyde med behandlingsnivå og behandlingstilbudet kommunen tilbyr, fordi sykehuset har forespeilet overfor pasienten og deres pårørende et annet tjeneste- og behandlingsbehov.

Vår undersøkelse viser at rutinedokumenter for e-melding beskriver hvem som har ansvar for å oversende epikrise og annen dokumentasjon fra sykehuset til kommunen. Vi vurderer at det er positivt at Karmøy kommune stiller krav til at funksjonsbeskrivelsen bestillerkontoret skal motta fra sykehuset inneholder en spesifikk funksjonsbeskrivelse av pasienten, slik at bestillerkontoret kan fatte riktig vedtak om tildeling av tjenester. Vi registrerer at bestillerkontoret i det vesentlige opplever å motta gode funksjonsbeskrivelser fra sykehuset, og at saksbehandlerne har gode rutiner på å kontakte Helse Fonna hvis de har behov for mer informasjon om pasienten.

Når det gjelder epikrise viser vår undersøkelse at kommunen ikke stiller strenge krav til innholdet i denne utover at den har innholdsmessige krav i tråd med lovkrav, og at den følger pasienten slik beskrevet i tjenesteavtalen med Helse Fonna. På bakgrunn av intervjudata registrerer vi at epikrise, annen informasjon og legemidler ikke alltid følger pasienten ved utskrivning fra sykehuset, og vi vurderer derfor at tjenesteavtalen på dette punktet ikke alltid etterleves.

Vår undersøkelse viser at Karmøy kommune ikke registrerer alle avvik på tjenesteavtalen med Helse Fonna. Vi vurderer at rutinen for avvikshåndtering mellom kommunen og helseforetaket ikke etterleves av Karmøy kommune, og dette skyldes at ansatte i tjenestene synes prosessen for avviksføring er for tidkrevende. Videre vurderer vi at det er positivt at Karmøy kommune nå skal registrere alle avvik elektronisk, og at dette er et tiltak som kan bidra til arbeidet med kontinuerlig forbedring.

Vår undersøkelse viser at Karmøy kommune har utarbeidet en egen rutine for avvikshåndtering ved avvik på tjenesteavtalene, men vi vurderer at det er en svakhet med rutinen at den ikke beskriver hvem i kommunen som kan føre avvik på tjenesteavtalene med Helse Fonna. Vi vurderer videre at kommunen har en god rutine på hvordan avvik som mottas fra helseforetaket skal håndteres, og at denne rutinene er gjort kjent for virksomhetslederne i kommunen.

Når det gjelder kompetansen på mottaksavdelingen på Norheim bu- og behandlingssenter viser vår undersøkelse at mottaksavdelingen på Norheim bu- og behandlingssenter har god sykepleierdekning, og vi registrerer at flere respondenter fremhever at avdelingen har riktig og tilstrekkelig kompetanse.

4. Forebygging og rehabilitering

4.1 Revisjonskriterier

I kapittel 4 besvarer vi problemstilling 3a: " Hvilke forebyggende og rehabiliterende tiltak/tjenester tilbyr kommunen?" og 3b " Hvilken kompetanse har kommunen i primærhelsetjenesten innen forebygging og rehabilitering?".

Revisjonskriteriene er utledet fra:

- ✓ Helse- og omsorgstjenesteloven
- ✓ Lov om folkehelsearbeid

I helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 heter det at "kommunen skal ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer". Videre heter det i andre setning at "dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning".

Når revisjonen vurderer hvilke forebyggende tjenester kommunen tilbyr tar vi utgangspunkt i Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3, og vurderer hvilke tjenester kommunen har som yter opplysning, råd og veiledning. Revisjonen vil således ikke vurdere hvilke konkrete forebyggende tjenester helse- og omsorgsvirksomhetene i kommunen yter i form av for eksempel riktig medisinerer eller bruk av velferdsteknologi. Denne tolkningen av begrepet "forebyggende" tjenester finner vi støtte for i lovbestemmelsen, selv om helsepersonell gjerne tolker begrepet forebyggende vidt til også å omfatte blant annet forebyggende behandling.

For utdyping av revisjonskriteriene viser vi til vedlegg 3.

4.2 Fakta

4.2.1 Forebyggende tiltak/tjenester i kommunen

For å fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer tilbyr Karmøy kommune forebyggende tiltak/tjenester til innbyggere som har økt risiko for sykdom, allerede har en diagnose eller personer som ønsker å endre sine levevaner. Tilbudet er tilpasset ulike aldersgrupper og ulike sykdomsrelaterede utfordringer.

Hukommelsesteam:

Hukommelsesteamet i Karmøy kommune bistår med kartlegging av mulig begynnende demens, og kan gi råd og veiledning til enkeltpersoner og pårørende. Hukommelsesteamet består av tre sykepleiere (geriatrisk) og en ergoterapeut ansatt i Karmøy kommune. Teamet samarbeider med fastleger, hjemmetjenesten, bestillerkontoret og annet helsepersonell i kommunen. Hukommelsesteamet bidrar der det er mistanke om begynnende demens, og har hovedfokus på personer over 65 år, og deres pårørende.

Teamet kan bistå med:

- Utredning for å kartlegge om problemet skyldes demens. Kartleggingen som gjøres er ofte ledd i en videre utredning. Det er derfor viktig at det er samarbeid med fastlegen hele veien.

- Gi råd og veiledning
- Gi oversikt over tjenestetilbudet fra pleie- og omsorgstjenesten
- Tilrettelegge i daglig aktiviteter (inkludert hjelpemidler)
- Oppfølging

Ruskonsulenter og SLT:

På mottak og oppfølgingscenteret i Kopervik er det konsulenter som yter råd og veiledning til personer i kommunen som sliter med rus og psykisk helse. Tilbudet er rettet mot personer over 18 år, og tilbudet er gratis. Målgruppen for tjenesten er personer som er bekymret for eget rusbruk og personer som trenger hjelp og veiledning til å håndtere rusproblematikk og behandling for sitt rusmisbruk. Denne tjenesten yter råd og veiledning og henviser til tverrfaglig spesialisert behandling (TSB).

Rus forebygging mot barn og unge er organisert i et tverrfaglig samarbeid mellom politi og Karmøy kommune ved bruk av SLT-modellen. SLT-modellen er en samordningsmodell for forebyggende tiltak mot rus og kriminalitet. Målet med dette arbeidet er at barn og unge skal få riktig hjelp til riktig tid, av et hjelpeapparat som samarbeider på tvers av etater og faggrupper i kommunen. Karmøy kommune har formalisert SLT-samarbeidet gjennom politirådet og en arbeidsgruppe. Kommunen har også en SLT-koordinator som håndterer forespørsler fra barn og unge og eventuelt deres foresatte.

Skolehelsetjeneste og helsestasjonstilbudet:

Skolehelsetjenesten i Karmøy kommune har som mål å fremme barns helse og trivsel, samt forebygge sykdom og skade. Skolehelsetjenesten er tilstede på alle barne- ungdom- og videregående skolene i kommunen. Skolehelsetjenesten har en særlig rolle i å oppdage psykiske plager og/eller lidelser, og begynnende skjevutvikling hos barn og unge. Barn og unge kan bli fulgt opp av skolehelsetjenesten, eller eventuelt bli henvist til andre fagtjenester i kommunen og/eller spesialisthelsetjenesten.

Kommunen har et helsestasjonstilbudet til barn i alderen 0-5 år, og skolehelsetjeneste til barn og ungdom i alderen 6-20 år (utgangen av videregående skole). Helsestasjon til barn i alderen 0-5 år kontakter alle mødre som har født et barn for å avtale hjemmebesøk og videre oppfølging.

Det er både lege, psykolog, jordmor og helsesykepleiere tilknyttet helsestasjons og skolehelsetjenesten. Helsestasjonen driver også med regelmessige konsultasjoner og helsestasjonen som følger et standardisert program med 14 konsultasjoner. Familier kan også kontakte helsestasjonen for råd og veiledning utover disse faste konsultasjonene og det kan tilbys foreldreveiledning og oppfølging i forhold til psykisk helse.

Helsestasjon for ungdom, 13-20 år, finnes på Norheim og Åkra helsestasjon. Tilbudet er drop-in basert, og gratis for barn og unge i Karmøy kommune. Personer som oppsøker dette tilbudet kan snakke med helsesykepleier, lege og/eller psykolog om sin livssituasjon, livsstil, vold, overgrep, fysisk helse, kjønnssykdommer, HPV vaksinerings mm.

Helsestasjons og skolehelsetjenesten tilbyr også svangerskapsomsorg og oppfølging etter fødsel ved jordmor.

Lavterskeltilbud til personer som ønsker å endre levevaner:

Karmøy kommune har et frisklivstilbud til personer som ønsker å endre sine levevaner. Frisklivstilbudet har som hensikt å fremme helse og forebygge sykdommer. Tilbudet er særlig rettet mot personer som har økt risiko for sykdom, allerede har en sykdom eller personer som har et ønske om å endre levevaner.

Før en person kan delta på et frisklivstilbud gjennomfører kommunen en frisklivssamtale med den enkelte for å kartlegge om personen har behov for et frisklivstilbud og om vedkommende fysisk kan delta på tilbudet. Etter at samtalen er gjennomført kan personen bli anbefalt/henvist til et frisklivstilbud

i kommunen. I intervju fremhever kommunen at personer som ikke får et tilbud i regi av friskliv og mestring kan bli henvist til andre tjenester i kommunen.

Frisklivstilbudet til Karmøy består av følgende:

- **Frisklivstrening** er et gruppebasert tilbud der deltakerne får informasjon om og opplæring i hvordan man kan bli mer aktiv i hverdagen, og hvilke helsegevinster en aktiv hverdag kan ha. Kurset består av både teori og praksis, både innendørs og utendørs. Tilbudet har en varighet på 12 uker og det er to samlinger hver uke.
- **Bra Mat** er et kurs som fokuserer på ernæring og å øke motivasjon for å oppnå et varig sunnere kosthold. Kurset er gruppebasert og gir praktiske råd om kosthold i hverdagen, samt erfaringsdeling mellom deltakerne. Kurset består av fem samlinger i løpet av 12 uker.
- **Tobakksfri** er et tilbud til personer som ønsker å slutte med røyk eller snus. Kurset er gruppebasert og fokuserer på å opprettholde tobakksfrihet og motivasjon. Kurset består av seks samlinger i løpet av syv uker. I de første samlingene er det fokus på forberede deltakeren på å slutte med tobakk.
- **Rask psykisk helsehjelp** gir tilbud til personer over 18 år med behov for korttidsbehandling for nylig oppstått angst, depresjon av mild til moderat grad eller stress og belastningsplager. Behandlingstilbudet er hovedsakelig basert på kognitiv terapi. Kjernen i kognitiv terapi er støtte i å mestre livsproblemer og å endre uhensiktsmessige tankemønstre og/eller atferd. Det er også fokus på å øke evnen til å håndtere vanskelige følelser. Det gis ulike tilbud som veiledet selvhjelp, mestringkurs i depresjon angst og stress, mestringkurs i håndtering av vedvarende utmattelse, rask psykisk helsehjelp og kurs i mestring av panikkangst.
- **Mestringstreff** er et nyopprettet kurs som tilbys fra våren 2019. Kurset er diagnoseuavhengig, men retter seg mot voksne som lever med kronisk sykdom, nedsatt funksjonsevne og/eller lettere psykiske belastninger. Formålet med kurset er å styrke deltakerens tro på egen mestring og ressurser slik at de klarer å mestre og håndtere sin livssituasjon.
- **KOLS-kurs** er rettet mot personer med diagnosen KOLS. Målet med kurset er å øke livskvaliteten, aktivitetsnivået og helsestatusen til deltakerne. Det er kvalifiserte helsepersonell som gjennomfører kurset, og kurset består av både teoretisk og praktisk del. Kurset varer i åtte uker med en samling hver uke.
- **Balansegruppa Sterk og stødig** er et gruppetreningstilbud rettet mot personer med nedsatt balanse eller behov for å få bedre balanse. Kurset har som formål at deltakerne skal bli trygge på egne bein. En fysioterapeut gjennomfører en individuell kartlegging av hver enkelt deltaker slik at deltakerne får tilpassede øvelser de kan gjennomføre i gruppetreningen. Deltakerne får tilbud om gruppetrening i en periode på tre måneder. Treningen gjennomføres på Veia sykehjem og ledes av en fysioterapeut.

Formidling av lavterskeltilbudene til innbyggerne i kommunen:

I intervju med flere respondenter fremheves det at Karmøy kommune formidler sine lavterskeltilbud til innbyggerne i kommune via kommunens nettsider, sosiale medier, aviser, radio og via fastlegene og tjenestene i kommunen. Kommunen informerer også om sine lavterskeltilbud ved å holde innlegg i eldrerådet og på diverse andre samlinger i regi av for eksempel private foreninger.

Nettsiden til Karmøy kommune har nylig blitt oppdatert, og flere respondenter fremhever at dette ble gjort for å gjøre nettsiden mer brukervennlig for innbyggerne i kommunen. Frisklivskoordinatoren deltok i dette arbeidet for å sikre at kommunens lavterskeltilbud ble formidlet utad på en god og oversiktlig måte.

Flere respondenter påpeker at kommunen formidler sine lavterskeltilbud via sosiale medier, herunder primært Facebook. Facebook-grupper brukes også til å holde kontakt med eksisterende brukere, samt nå ut til personer som kanskje kan ha nytte av frisklivstilbudet i kommunen. Respondentene i denne forvaltningsrevisjonen påpeker at kommunen også har annonsert lavterskeltilbudene i aviser og på lokalradioen, men at dette er informasjonskanaler som ble hyppigere brukt tidligere. Flere respondenter ser utfordringen med at eldre innbyggere i kommunen kanskje ikke er aktiv på sosiale medier eller internett, men fremhever at det gjerne er deres pårørende som da undersøker hvilket lavterskeltilbud kommunen tilbyr. Videre viser intervjudata at kommunen prøver å nå ut til alle sine innbyggere ved at fastlegene i kommunen aktivt skal informere sine pasienter om lavterskeltilbudene i kommunen som pasienten kan ha nytte av. Fastlegene i kommunen har blitt tilsendt informasjon og brosjyrer om lavterskeltilbudene slik at de skal være i stand til å informere om dette tilbudet til sine pasienter.

4.2.2 Rehabiliterende tiltak/tjenester i kommunen

Hverdagsrehabilitering:

Det laveste nivået av rehabiliterendetjenester som kommunen tilbyr omtales som hverdagsrehabilitering. Hverdagsrehabilitering er en omsorgstjeneste med målrettet trening i en tidsavgrenset periode. Dette er et tilbud rettet mot brukere av hjemmetjenesten som har et ønske om å bli i stand til å klare hverdagens gjøremål på egenhånd. Utgangspunktet for hverdagsrehabilitering er brukerens egne forutsetninger og ønskede mål for rehabiliteringen. En fysioterapeut og ergoterapeut i samråd med hjemmetjenesten vurderer funksjonsnivået til brukeren og utreder hvilken trening, tilrettelegging og hjelpemidler brukeren har behov for å nå sine mål. I intervju fremheves det at det i all hovedsak er helsepersonell i hjemmetjenesten som gjennomfører hverdagsrehabiliteringen, men med støtte og veiledning fra fysio- og ergoterapeuter.

Rehabiliteringsprosess:

Det høyeste nivået av rehabiliteringstjenester som ytes i Karmøy kommune omtales som rehabiliteringsprosess. Dette er en tjeneste som brukere må søke om, og bestillerkontoret fatter vedtak om rehabiliteringsprosess basert på behov. Rehabiliteringsprosess er en tjeneste egnet for blant annet trafikkskadede eller andre personer som har opplevd et omfattende funksjonsfall. Brukere av denne tjenesten får tverrfaglige tilbud av aktuelle tjenesteområder. Dette kan være blant annet opptrening av fysio- og ergoterapitjenesten i samråd med personale på sykehjemmet/hjemmetjenesten, hjelp til tilrettelegging av hjemmet ved NAV; ergoterapeut og boligkontor i kommunen og logopedoppfølging fra oppvekst og kulturetaten. Karmøy kommune har to pasientrom på Veia sykehjem som er spesielt tilrettelagt for rehabiliteringsopphold, men i utgangspunktet kan fysio- og ergoterapitjenesten følge opp pasienter på alle korttidsavdelingene i kommunen og hjemme hos brukeren.

For pasienter som bor hjemme eller som skal flytte hjem etter et institusjons- eller sykehjemsopphold, kan kommunens innsatsteam være et aktuelt tilbud. Innsatsteamet er et tverrfaglig team bestående av ergoterapeut, fysioterapeut og rehabiliteringskontakten i hjemmetjenesten. Innsatsteamet gjennomfører en kartleggingsuke hvor teamet ser på pasientens funksjons- og situasjon. Hvis brukeren oppfyller kriteriene igangsettes en intensiv rehabiliteringsperiode på fire uker.

I intervju opplyser flere respondenter at fysio- og ergoterapi tjenesten også driver med opplæring av ansatte på institusjonene i kommunen, slik at personalet på sykehjemmene er i stand til å utføre selve behandlingen.

4.2.3 Kompetanse innen forebygging og rehabilitering

Det er fysio- og ergoterapitjenesten som organiserer frisklivstilbudet i kommunen, mens tilbudene utøves av flere tjenesteområder. Rehabilitering er tverrfaglige tiltak og tilbud og ansvaret er delt mellom de involverte tjenester/etater innen helse- og omsorgsetaten og oppvekst- og kulturetaten.

I notatet "Tiltaksplan for framtidens omsorgstjenester i Karmøy kommune" kommer det frem at en stor andel ansatte i helse- og omsorgstjenestene har spesialisert seg innen ulike retninger, som for eksempel rehabilitering. Notatet tegner et solid bilde av grunnkompetansen i omsorgstjenesten. Det fremgår at fysioterapeuter, ergoterapeuter og miljøarbeidere med kompetanse på mestring er i for liten grad involvert i tjenestetilbudet grunnet manglende kapasitet. I vurderingen av kompetansebehovet frem mot 2020 påpekes det at utviklingen av framtidens tjenestetilbud innen helse og omsorg krever en vesentlig styrking av lege-, fysio-, og ergoterapeutressursene i kommunen. Det kreves også en reorganisering av rehabiliteringskompetansen innen andre faggrupper og en styrkning av forebyggingskompetanse innen lindrende behandling. Fokuset på forebygging viser seg i at forebygging er et av åtte hovedgrep i "Tiltaksplan for framtidens omsorgstjenester i Karmøy kommune - 2020". Målet er at tjenestene skal motivere brukerne til å mestre ut fra sine egne forutsetninger.

Fokuset på forebygging viser også i "Helse og omsorgsplan plan for heldøgnsomsorg i Karmøy kommune 2016-2026". Kommunen setter seg her som mål at de skal opprettholde og utvikle forebyggende og kompensierende tiltak og tjenester slik at innbyggerne skal få leve selvstendige liv med god livskvalitet og trygghet.

Fysio- og ergoterapitjenesten i kommunen har utarbeidet en kompetanseplan for 2017-2018. Kompetanseplanen inneholder en kompetanseoversikt som viser at fysio- og ergoterapitjenesten har totalt 9,5 årsverk med fysioterapeuter og spesialfysioterapeuter, og totalt 5,5 årsverk med ergoterapeuter og spesialergoterapeuter. Videre heter det i kompetanseoversikten at fysio- og ergoterapitjenesten har et kompetansemål om å opprettholde spesialkompetanse innen rehabilitering.

Intervjudata viser at fysio- og ergoterapeutene i Karmøy kommune har en sentral rolle i å veilede og drive kompetansehevende arbeid i omsorgstjenestene i kommunen. Terapeutene veileder sykepleiere og fagarbeidere i hjemme- og institusjonstjenestene i kommunen, slik at denne gruppen ansatte er i stand til å følge opp sine pasienter med hverdagsrehabilitering. Denne kompetansen er ikke dokumentert som formalkompetanse, men flere respondenter fremhever at flere ansatte i omsorgsvirksomhetene i kommunen har realkompetanse innenfor rehabilitering som følge av veiledning fra fysio- og ergoterapitjenesten.

Flere av sykepleierne i omsorgstjenestene har også videreutdanning innenfor rehabilitering. I kompetanseplanen/oversikten til Veia Sykehjem fremgår det at seks sykepleiere har formell videreutdanning innenfor rehabilitering. Ingen helsefagarbeidere på Veia sykehjem har ifølge kompetanseoversikten videreutdanning innenfor rehabilitering, men i kompetansestrategien til sykehjemmet heter det at videreutdanning innenfor rehabilitering for fagarbeidere er et av fire prioriterte områder for kompetanseheving. I kompetansestrategien heter det videre at ansatte som søker videreutdanning på disse områdene blir prioritert framfor andre.

I kompetanseplanen fremgår det at ansatte i fysio- og ergoterapitjenesten som jobber med lavterskeltilbud innenfor friskliv og mestring bør ha kompetanse innenfor helsepedagogikk, motiverende intervju, tobakksfri, ernæring/kosthold, fysisk aktivitet og gruppetrening og KOLS. En kursoversikt revisjonen har fått tilsendt viser at en rekke terapeuter har gjennomført kurs innenfor overnevnte kompetanseområder i perioden 2016 -2018.

Hvilke kompetanse ansatte i de øvrige forebyggende tjenestene har er beskrevet under de forskjellige tjenestene i kapittel 4.2.1.

4.3 Vurderinger

Vår undersøkelse viser at Karmøy kommune tilbyr en rekke forebyggende tjenester som har som formål å gi råd og veiledning til innbyggerne i Karmøy kommune. Vi vurderer at det er helsepersonell med kompetanse innenfor forebyggende tjenester som har ansvaret for disse tjenestetilbudene i kommunen.

Videre har kommunen en rekke lavterskeltilbud og kompetanse innenfor fysiske og sosiale miljøer, fysisk aktivitet, ernæring, skader og ulykker, tobakksbruk og alkohol- og annen rusmiddelbruk. Vi vurderer at det er positivt at kommunen gjennomfører en kartleggingssamtale med personer som ønsker å benytte seg av lavterskeltilbudet, fordi slike samtaler kan avdekke om personen eventuelt har behov for en mer omfattende vedtaksbaserte tjenester.

Vi registrerer at kommunen selv vurderer at utviklingen av fremtidens tjenestetilbud innen helse og omsorg blant annen krever en vesentlig styrking av fysio- og ergoterapiressursene i kommunen. Vi vurderer på bakgrunn av dette at det er positivt at fysio- og ergoterapitjenesten har en veiledende rolle og deler sin kompetanse med ansatte i hjemme- og institusjonstjenestene i kommunen. Vi vurderer også at det er positivt at både fysio- og ergoterapitjenesten og omsorgsvirksomhetene vi har undersøkt har fokus på å øke og vedlikeholde rehabiliteringskompetansen i sine respektive kompetansestrategier.

5. Anbefalinger

KPMG vil her komme med anbefalinger på områder der det i forvaltningsrevisjonen er funnet avvik eller forbedringsområder.

Vår anbefalinger er at Karmøy kommune prioriterer følgende:

1. Kommunen bør sikre at alle koordinatorene i kommunen får opplæring og informasjon om hvordan koordinatorrollen skal utføres
2. Kommunen bør i samarbeid med Helse Fonna sikre at det er klarhet i sykehusets veiledningsfunksjon overfor pasienter som skal motta kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskrivning fra sykehuset.
3. Kommunen bør i samarbeid med Helse Fonna sikre at sykehuset sender epikrise, annen nødvendig informasjon og legemidler til kommunen ved utskrivning av pasienter.
4. Kommunen bør revidere sin lokale avviksrutine slik at den spesifiserer hvem som kan registrerer avvik på brudd på samarbeidsavtalen med Helse Fonna.
5. Kommunen bør i samråd med Helse Fonna sikre at avvik registreres i tråd med samarbeidsavtalen.

6. Uttalelse fra rådmannen

Rådmannen støtter anbefalingene som fremkommer i KPMGs forvaltningsrapport som omhandler kommunens ivaretagelse av oppgaver i forbindelse med samhandlingsreformen.

Rådmannen er fornøyd med at KPMG finner at kommunens innbyggere får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud gjennom koordinerende enhet og koordinatorene. Videre noterer rådmannen seg at KPMG vurderer det slik at kommunen sikrer at innbyggere som har behov for tjenester er involvert i sitt tjenestetilbud.

Rådmannen leser også rapporten slik at en i forvaltningsrevisjonen ikke har avdekket noen forhold som tilsier at en vil komme med noen anbefalinger knyttet opp mot forebygging og rehabilitering.

I forhold til rapportens fem anbefalinger har administrasjonen allerede startet et arbeid. I forhold til anbefaling 1 og 5 er en i gang med å evaluere/utarbeide rutiner.

Samhandlingsreformen omhandler både kommunen og spesialisthelsetjenesten. Dette er en dimensjon som gjør implementeringen mer krevende enn om reformen kun omhandler en av samhandlingsaktørene. Som en del av oppfølgingen av samhandlingsavtalene har administrasjonen møter med Helse Fonna, og i disse møtene er det naturlig å jobbe videre med anbefalingen 2,3 og 5.

Vedlegg 1 Tjenesteavtaler mellom Karmøy kommune og Helse Fonna

Tjenesteavtale 1

Tjenesteavtale 1 har som formål å avklare helseforetaket og kommunen sitt ansvar knyttet til spesifikke helse- og omsorgsoppgaver. Avtalen plasserer ansvar og regulerer oppgaver og tiltak som kommunen og helseforetaket skal eller kan samarbeide om. Det presiseres at avtalen er en underavtale til den overordnede samarbeidsavtalen og at sistnevnte har forrang om avtalene er i motstrid.

Helse Fonna skal sørge for at personer med fast bu- eller oppholdssted innenfor helseforetaket sitt dekningsområde skal få tilbud om tilfredsstillende og forsvarlige spesialisthelsetjenester i og utenfor institusjon. Dette kan være sykehustjenester, psykisk helsevern eller medisinske laboratorietjenester. Helse Fonna har videre en rettledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten som gjeld i generelle spørsmål og i forhold til hver enkelt pasient. Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen får tilbud om nødvendige helse- og omsorgstjenester. Ansvarer omfatter alle og pasient- og brukergrupper. Kommunen og helseforetaket er forpliktet til å gi pasienten en forsvarlig behandling når partene har ansvar for pasienten og i overføringen mellom partene.

Partene sitt ansvar er regulert av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og lov om spesialisthelsetjenester. Samtidig skjer det stadig en overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten som følge av teknologisk utvikling og/eller kompetanseutvikling. Avtalen gir spesialisthelsetjenesten her et særlig ansvar for opplæring og tilrettelegging før slike tjenester overføres til kommunene. Avtalen gir også en ansvarsfordeling mellom partene for tilbudet innen somatikk, psykisk helsevern og rus. Det vises også til et behov for å gjøre avtaler mellom partene som avklarer ansvarsforholdet, dokumentasjonen partene skal sende til hverandre og økonomi og takstbruk innen telemedisin.

Avvik fra avtalen skal håndteres slik det er vedtatt i den overordnede samarbeidsavtalen. Dette skal sikre evaluering og læring med tanke på forbedring av avvikssystemet og kvalitetsutvikling. Partene forplikter seg til å implementere nødvendige rutiner i egen organisasjon for å følge opp avvikssystemet. Uenighet og tvister mellom partene skal løses slik det er vedtatt i den overordnede samarbeidsavtalen.

Tjenesteavtale 2

Tjenesteavtale 2 har som formål blant annet å:

- Avklare helseforetaket og kommunen sitt ansvar for lærings- og mestringstilbud for å bidra til å forebygge og mestre sykdom
- Avklare helseforetaket og kommunen sitt ansvar for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning og habilitering/rehabilitering for pasienter som har behov for helskaplig og koordinerte tjenester
- Sikre pasientene sammenhengende og koordinerte habiliterings- og rehabiliteringstjenester av god kvalitet
- Medvirke til bedre ressursutnytting i helse- og omsorgssektoren ved å sørge for at helsetilbudet blir gitt på riktig nivå

- Sikre at helsepersonellet i helseforetaket og kommunen vurderer om pasienten har rehabiliteringspotensial som en del av planleggingen av helse- og omsorgstjenester til pasienten.
- Sikre pasientens rett til medvirkning og involvering i habilitering/rehabilitering
- Sikre gode pasientforløp og rett nivå på tilbudet
- Sikre en effektiv, korrekt og sikker informasjonsflyt mellom og innenfor tjenestenivåa
- Redusere risikoen for uheldige hendelser

Avtalen dekker alle helse- og omsorgstjenester, og omtaler også om hvordan partene skal samarbeide når regelverk knyttet til tvang blir brukt.

Tjenesteavtalen dekker samhandlingen og endringene av oppgave- og ansvarsfordeling innen lærings- og mestringstilbud i perioden 2012-2016 mellom helseforetak og kommune som følge av samhandlingsreformen. Avtalen understreker at dette krever overføring og utveksling av kompetanse over tid innen fag, metode og helsepedagogikk. Det legges også vekt på at overføring og utvikling av lærings- og mestringstilbud må skje gradvis for å oppnå gode tjenester.

Samhandlingsutvalget har ansvar for å utarbeide en handlingsplan for å utvikle lærings- og mestringstilbud og plan for gradvis overføring av tjenester som kommunene skal overta. Partene skal hvert år lage en plan for kurs- og kompetanseutvikling. Partene skal også samhandle om kompetansebygging og kompetanseoverføring. Partene skal også gi pasienten forsvarlig behandling og opplæring når de har ansvar for pasienten og i overføringen mellom helseforetak og kommune. Partene har videre ansvar for at gjøre seg kjent med og være kjente med aktuelle lærings- og mestringstilbud både i foretaket og kommunen. Det skal etableres rutiner for tilvising mellom tjenestenivå der det er påkrevd. Helseforetaket har ansvar for at pasienter og pårørende får tilbud om opplæring. Helseforetaket skal også rettlede kommunehelsetjenesten. Helseforetaket skal videre ha en koordinator som deltar i faglig samarbeid og faglige nettverk. Kommunen har ansvar for at personer som oppholder seg i kommunen mottar et lærings- og mestringstilbud. Det kommunale lærings- og mestringstilbudet skal videre sikre tetter oppfølging av pasienter i de store diagnosegruppene, eksempelvis KOLS, depresjon og rus. Kommunen skal ha en kontaktperson for lærings- og mestringstilbud som skal jobbe for å utvikle kommunens tilbud på området i samsvar med tjenesteavtalen. Kommunen skal videre ha en kontaktperson som har oversikt over fagkompetanse, brukerkompetanse og behovet i kommunen. Kontaktpersonen skal delta i fagnettverk som samhandlingsutvalget har oppnevnt.

Tjenesteavtalen dekker også ansvarsfordeling i pasientløpet innen rehabilitering. Ved inn- og utskrivning av pasienter med rehabiliteringsbehov skal felles retningslinjer i tjenesteavtale 3 og 5 følges. Helseforetaket har ansvar for blant annet å gjøre funksjonsvurderinger og sende melding om rehabiliteringsbehov til koordinerende enhet i kommunen. Ved utskrivning skal foretaket varsle kommunen så snart som mulig og ferdigstille epikrise, fagrapporter og rekvisisjon som følger pasienten ved videre rehabilitering. Ved langvarig rehabilitering i spesialisthelsetjenesten skal det oppnevnes koordinator i spesialisthelsetjenesten. Foretaket skal også samhandle med koordinator i kommunen, søke pasient til spesialisert rehabilitering, kartlegge, skaffe og gi opplæring i bruk av tekniske hjelpemiddel og opprette kontakt med NAV. Kommunen har ansvar for å gi nødvendig informasjon til spesialisthelsetjenesten når pasienter blir innlagt på sykehus. Kommunen skal videre ha en koordinator skal sikre samordning og informasjonsflyt til spesialisthelsetjenesten slik at jobber mest mulig effektivt. Kommunen skal ha et system for mottak av melding om behov for rehabilitering hos KE. Kommunen skal da starte planlegging av rehabiliteringsprosessen, vurdere behovet for rehabilitering og skaffe nødvendige hjelpemiddel. Kommunen forplikter seg til å delta på nettverksmøter med helseforetaket og bidra til god informasjonsutveksling med helseforetaket.

Tjenesteavtalen går også inn på ansvarsfordelingen innen habilitering. Partene skal oppnevne koordinator som tar for seg samarbeidet mellom foretaket og kommunen. Partene skal samarbeide om individuell plan når det er påkrevd. Bruker skal oppleve tjenestene som et sammenhengende og helskaplig tjenestetilbud. Kommunen skal vurdere brukeren sin rettighet til helse og omsorgstjenester, gjøre vedtak og sette tjenestene i gang. Kommunen skal også vurdere behovet for helskaplig og

koordinerte tjenester og individuell plan og sette i verk samarbeidstiltak. Kommunen skal videre utarbeide ved behov individuell plan og koordinator. Kommunen skal også tilby nødvendig, kartlegging, utgreiing og oppfølging før tilvising til helseforetaket. Kommunen skal ha en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering med oversikt og plan for habiliteringstjenestene. Helseforetaket har ansvar for å ha oversikt over habiliteringstilbudet i helseforetaket. Helseforetaket skal vurdere pasienten sin rett til helsehjelp og sørge for spesialiserte undersøkinger og diagnostiseringer. Helseforetaket skal også rettlede fagpersonell i kommunen og bidra til kompetanseoppbygging i kommunen. Helseforetaket skal også samarbeide med andre etater når det er nødvendig for pasientens tilbud og sørge for koordinering i spesialisthelsetjenesten når pasienten har behov for flere spesialisthelsetjenester. Helseforetaket skal videre vurdere pasientens behov for helskaplig og koordinerte tjenester og individuell plan og sette i gang i samarbeidstiltak med kommunen. Kommunale instanser vil få epikrise om pasienten samtykker til dette.

Tjenesteavtalen består også av en ansvarsfordeling for å sikre koordinering mellom partene. Helseforetaket skal blant annet ha oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstilbudet og de koordinerende enhetene i helseregionen. Helseforetaket skal også drifte kontaktnettverk og møteplass for de koordinerende enhetene og samarbeidspartnere i foretaksområdet. Kommunen skal ha en koordinerende enhet med oversikt over rehabiliteringstilbudet. Kommunen skal også koordinere intern samhandling i kommunen og peke på manglende samordning i enkeltsaker og initiere prosesser som kan bedre koordineringen.

Tjenesteavtalen greier også ut om ansvarsområder knyttet til bruk av tvang, ambulante team og kompetanseutvikling. Om det er formålstjenlig kan helsepersonell ha møte via videokonferanse og utføre helsehjelp via telemedisin. Dette skal brukes der en kan effektivisere tidsbruken og få møte av god kvalitet. Avvik fra avtalen skal håndteres slik det er vedtatt i den overordnede samarbeidsavtalen.

Tjenesteavtale 3

Formålet med tjenesteavtale 3 er å:

- Avklare helseforetaket og kommunen sitt ansvar for hele pasientløpet slik at pasienter og pårørende skal oppleve en best mulig sammenhengende helsetjeneste
- Sørge for et godt og løsningsrettet samarbeid omkring innleggelse av pasienter
- Sikre effektiv, korrekt og sikker informasjonsflyt mellom og innenfor ulike behandlings- og omsorgsnivå
- Sørge for at helsehjelp blir utført på beste effektive omsorgsnivå (BEON-prinsippet).

Ved tilvising til innleggelse i helseforetaket definerer tjenesteavtalen kommunen og foretaket sitt ansvar. Kommunen har ansvar for blant annet at innleggende lege skal undersøke pasienten og sende henvisning/innleggelsesskriv, som sendes med pasienten. Lege skal vurdere behov for tilrettelagd transport og hastegrad. Ved behov for øyeblikkelig hjelp skal legen også melde innlegging til akuttmottaket i foretaket. Lege skal videre drøfte med lege i foretaket når det er usikkert om det er behov for innleggelse. Informasjonsskriv skal blant annet inneholde informasjon om problemstillingene som krever innlegging, sykehistorie og oppdatert medikamentliste. Meldingen skal inneholde tilstrekkelige opplysninger slik at sykehuset kan prioritere tilvisningen etter gjeldende prioriteringsveiledere og krav. Foretaket skal varsle innleggende lege om pasienter som ikke skrives inn og kommunen om pasienten har kommunale tjenester.

Avvik fra avtalen skal håndteres slik det er vedtatt i den overordnede samarbeidsavtalen.

Tjenesteavtale 4

Tjenesteavtale 4 er opprettet i forbindelse med plikten kommunen har fått gjennom samhandlingsreformen, gjeldende fra 2016, til å gi tilbud om døgnopphold til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp. Avtalen spesifiserer hva denne plikten omhandler. Plikten gjelder ifølge avtalen bare de pasientene som kommunen kan greie ut, behandle og yte omsorg til. Plikten innebærer en plikt til å yte hjelp som ikke er planlagt, men som er nødvendig for pasienten i et avgrenset tidsrom. Kommunen

må vurdere hvert enkelt pasientforløp og se til at tjenesten er forsvarlig. Om det er tvil bør ansvarlig lege konferere med spesialisthelsetjenesten.

Målet med tjenesteavtalen er å gi pasientene tilbud om verdige og forsvarlige tjenester før og i stede for opphold i spesialisthelsetjenesten. Videre er målet å redusere behov for øyeblikkelig hjelp-innleggelser og døgnopphold i spesialisthelsetjenesten. Det er også et mål å skape kostnadseffektive løsninger som gir pasientene et like godt eller bedre tilbud enn de får i spesialisthelsetjenesten.

Avtalen regulerer videre ansvarsfordelingen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Kommunen har ansvar for et forsvarlig øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Tjenestetilbudet skal være tilgjengelig hele døgnet og skal gjelde for alle personer som oppholder seg i kommunen. Pasienten skal få legetilsyn med kort responstid og få en mellombels diagnose med innleggelse. Ved utskrivning skal fastlege, innleggende lege og aktuell kommunal instans få epikrise og oppdatert medikamentliste. Det skal videre etableres klare kriterier for innleggelse i det kommunale tilbudet som innleggende lege og annet helsepersonell er godt kjent med. Helseforetaket kan ikke redusere sitt tilbud før tilsvarende tilbud er etablert i kommunen. Helseforetaket skal gi prøver som blir sendt til laboratoriet og undersøkelser på sykehuset nødvendig prioritet slik at en kan sikre et beste effektive omsorgsnivå. Partene skal også samarbeide om kompetansehevende tiltak og sammen utarbeide standardiserte oppfølgingsplaner og behandlingsrutiner for definerte pasientgrupper. Personalet ved tjenestetilbudet skal ha mulighet til å kontakte vakthavende helsepersonell i spesialisthelsetjenesten på døgnbasis.

Avtalen angir også hvilke pasientgrupper som kan være aktuelle for tjenestetilbudet. For det første kan stabile pasienter med avklart diagnose være aktuelle. Dette forutsetter at pasienten har akutt sykdom eller en forverret kronisk sykdom som kan behandles etter vanlige allmenmedisinske metoder med liten risiko for akutt forverring. En annen aktuell pasientgruppe er stabile pasienter med uavklart diagnose som trenger observasjon og utredning men som ikke blir vurdert til å være alvorlig syk. Samtidig kan pasienter med uavklarte tilstander som treng observasjon og utgreiing og som ikke må legges inn i spesialisthelsetjenesten være aktuelle. En tredje aktuell gruppe kan være visse pasienter med psykisk helse- eller rusmiddelproblematikk. Det kan være pasienter med lettere og moderate psykiske helseproblemer, pasienter med avklart tilstand med tilbakefall eller pasienter med behov for observasjon og oppfølging. Her spesifiserer avtalen også hvilke pasienter med psykisk helseproblematikk som ikke er aktuelle for tilbudet, deriblant der tvang er nødvendig, pasienter med voldsproblematikk og avrusing. Det anbefales ved tvil om pasienten bør legges inn å konferere med spesialisthelsetjenesten.

Partene har etter krav i tjenesteavtalen inngått en særavtale til tjenesteavtale 4 om forpliktende og konkrete planer for tilbudet. Formålet er å beskrive kommunen sitt tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp samt å presisere spesialisthelsetjenesten forpliktelser til kompetanseoverføring og krav til veiledning. Avtalen beskriver lokaliseringen og organiseringen av tilbudet, Karmøy kommune og Helse Fonna sitt ansvar, elektronisk samhandling og måloppnåelse og evaluering

Avvik fra avtalen skal håndteres slik det er vedtatt i den overordnede samarbeidsavtalen.

Tjenesteavtale 5

Tjenesteavtale 5 omfatter samarbeid og ansvars- og oppgavefordeling ved opphold i og utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten som en regner med har behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon. Formålet er å:

- Konkretisere oppgave- og ansvarsfordeling mellom kommunen og helseforetaket gjennom hele pasientløpet, samt å etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområde. Avtalen skal medvirke til et helskaplig helse- og omsorgstjenestetilbud
- Sørge for et godt og løsningsfokuset samarbeid om pasienter med forventet behov for kommunale tjenester etter utskrivning
- Sikre effektiv, korrekt og sikker flyt av informasjon både mellom og innafor behandlings- og omsorgsnivå

- Redusere risikoen for uheldige hendelser

Avtalen definerer en utskrivningsklar pasient. Pasienten er utskrivningsklar når lege i spesialisthelsetjenesten vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten. Avgjørelsen baseres på en individuell helsefaglig vurdering. Den bør være tverrfaglig ved behov for sammensette og koordinerte tjenester. Ved slike vurderinger skal følgende ha vært vurdert og dokumentert i pasientjournalen:

- Problemstillinger ved innleggelse og bekreftelse på at disse er avklarte
- Om noe ikke er avklart skal dette gjøres rede for
- Det skal være et klart standpunkt til diagnose samt videre plan for oppfølging av pasient
- Pasientens funksjonsnivå, endring i funksjonsnivå og forventet framtidig utvikling skal være vurdert

Avtalen setter krav til kommunikasjon mellom partene og med pasient og pårørende. Partene skal etablere gode rutiner med fastsette kontaktpunkt som skal kvalitetssikre kommunikasjon i forbindelse med innleggelse og utskriving. Partene er ansvarlig for kommunikasjonen med pasient og pårørende så lenge pasienten er under den enkelte part sitt ansvar.

Avtalen regulerer hvordan prosessen med mottaksklare og utskrivningsklare pasienter foregår. Ved innlegging skal kommunen innen somatisk og psykisk helsevern/rus så snart som mulig og innen 24 timer etter innleggelse få skriftlig varsel om pasienten kan ha behov for hjelpebehov etter utskriving. Ved varsel plikter kommunen seg til å kontakte helseforetaket om informasjon om pasienten. Ved planlegging av kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskriving fra sykehus skal helseforetaket hjelpe pasienten ved søknad om kommunale tjenester. Helseforetaket skal også vurdere behovet for nettverksmøte mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Foretaket skal også informere kommunen om behov for rehabilitering slik at kommunen kan starte dette opp raskt etter mottak av pasienten. Kommunen har ansvar for å behandle søknader fra pasienten og fatte vedtak. Kommunen skal også førebu seg, legge til rette for og sette i gang tiltak for å ta imot pasienten. Kommunen skal oppnevne koordinator og lede arbeidet med utarbeidelse av individuell plan ved behov.

Avtalen innehar også retningslinjer for utskriving og mottak av pasient. Helseforetaket skal varsle kommunen. Utskriving skal skje så tidlig på dagen som mulig. Pasienten skal tas imot av kommunen senest 20.30. Ved endret utskrivningsplan, som endring i tidspunkt eller hjelpebehov skal kommunen informeres snarlig. Ved utskriving skal epikrise og relevante fagrapporter følge pasienten. I tillegg skal epikrise sendes til fastlege eller instans som har ansvar for oppfølgingen av pasienten. Helseforetaket kan ikke sende skrivelser ut pasienten før kommunen har et kommunalt tilbud klart til pasienten. Kommunen skal melde tilbake om mottatt varsel om utskrivningsklar pasient straks og senest innen to timer. Varsel kan tas imot hele døgnet for kjente pasienter med uendret hjelpebehov. Ved økt/nytt hjelpebehov kan varselet tas imot innen 14.30.

Avvik fra avtalen skal håndteres slik det er vedtatt i den overordnede samarbeidsavtalen.

Tjenesteavtale 6

Tjenesteavtale 6 omfatter rutiner for kunnskapsoverføring, dialog og informasjonsutveksling mellom kommunen og Helse Fonna. Spesialisthelsetjenesten har en lovpålagt veiledningsplikt overfor kommunene.

Denne tjenesteavtalen har som formål å bidra til god samhandling om tjenester, utvikling av tjenestene og koordinerte pasientforløp. Dette skal skje gjennom felles retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og god dialog mellom partene. Avtalen gjelder informasjonsutveksling og kunnskapsoverføring mellom kommuner og helseforetak knyttet til pasientgrupper som har behov for helsetjenester i både primær- og spesialisthelsetjenesten. Avtalen sitt virkeområde er generelt og dekker alle helse- og omsorgstjenestene.

Partene skal nytte følgende fora og arenaer, som er regulert i overordna samarbeidsavtale, for kompetanseheving, kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling:

- Topplederforum
- Samhandlingsutvalget
- FOU-enheten for samhandling
- Faglige nettverk
- Partene skal sørge for fungerende faglige forum for leger i lokalsykehusområdene for å sikre tilfredsstillende informasjonsflyt og informasjonsutveksling
- Ambulerende team og tjenester skal benyttes til kompetanseheving og kunnskapsoverføring på område der det er mulig og tjenlig.

Kommunen har som mål å utvikle elektronisk meldingsutveksling mellom legekontor og helseforetak, mellom legekontor og kommunale pleie- og omsorgstjenester og mellom pleie- og omsorgstjenester i kommunen og helseforetaket, samt interkommunalt meldingsløft. Når felles arbeid med organisatorisk og teknisk tilrettelegging er gjennomført, skal all slik meldingsutveksling skje elektronisk. Partene skal sørge for at dette blir fulgt opp i den virksomheten partene har ansvar for.

Telemedisinske løsninger skal videreutvikles for å legge til rette for kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling i samband med diagnostisering, behandling og kompetanseheving.

Tjenesteavtale 7

Tjenesteavtalen skal legge til rette for at det blir utviklet felles tiltak for å styrke kunnskap og kompetanseoppbygging hos helse- og omsorgspersonell, og forskning og innovasjon som støtter under intensjonene i samhandlingsreformen. Avtalen skal som et minimum omfatte samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid.

Tjenesteavtalen har som formål å legge til rette for felles tiltak for å styrke samarbeidet om utdanning, praksis og læretid for helse- og omsorgspersonell, og for forskning og utvikling/innovasjon som støtter under intensjonene i samhandlingsreformen. Samarbeid om forskning og utvikling skal bidra til bedre tjenester for brukere/pasienter.

Avtalen sitt virkeområde vil gjelde alle pasienter- og brukergrupper som er felles for partene. Avtalen skal bidra til å klargjøre kommunene og helseforetaket sitt ansvar og oppgaver innen utdanning, praksis og læretid, forskning, samt utvikling og innovasjon.

Kommunen skal medvirke til og legge til rette for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og gjennom dette forbedre kvalitet og fremme kunnskapsbasert praksis, samt bestemme omfanget av forskningsaktiviteten i kommunen, men det må være i tråd med lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Helse Fonna skal bidra til å støtte opp om kommunen sine forskningsbehov, blant annet bidra til å bygge opp forskningskunnskapen i kommunen, samt utvikle videre egen forskningsinnsats.

Karmøy kommune og Helse Fonna har felles ansvar for innovasjon, forskning og utvikling:

- Begge parter har ansvar for å opprette, utvikle, videreutvikle og evaluere nye og eksisterende samhandlingstiltak, som for eksempel kvalitetsutviklingsprosjekt og felles forskningsprosjekt,
- Partene skal legge til rette for å rapportere og formidle ny kunnskap og nye forskningsresultat

- Innenfor aktuelle tema skal partene bidra til kunnskapsbasert praksis og til at forskning blir implementert og tatt i bruk
- Det skal arrangeres felles konferanser med aktører fra kommunal helse- og omsorgstjenester, foretak og utdanningsinstitusjoner, med fokus på samhandling og kvalitetsutvikling
- Samhandlingsutvalget ved FOU-enheten skal utarbeide oversikt over arenaer for kunnskapsoverføring. Nye tiltak som gjelder samhandling mellom Helse Fonna og flere kommuner, skal rapporteres til samhandlingsutvalget
- Praksisutviklingsprosjekt der høyskolen og praksis deltagelse, må videreføres. Prosjekt der samhandling blir vektlagt skal ha høy prioritet

Karmøy kommune og Helse Fonna har felles ansvar for utdanning:

- Begge parter har en viktig oppgave med å rekruttere, beholde og utvikle medarbeidere. For å kunne møte behovet for helskaplig og sammensatte tjenester i helse- og omsorgstjenesten, er det nødvendig å samarbeide med utdanningsinstitusjonene. Samhandlingskompetansen må også bygges gjennom grunnutdanningen, og gjennom etter- og videreutdanningene. Partene vil legge til rette for slik kompetanseutvikling i praksisdelen av utdanningene, og i samarbeid med utdanningsinstitusjonene om innholdet i utdanningene. Tilbud om felles etter- og videreutdanning må utvikles innenfor tema som har relevans for begge parter.
- Partene vil delta i et felles arbeid med å avklare utdanningsbehovet i kommunen og spesialisthelsetjenesten på kort og lang sikt. Det bør utvikles strategiske kompetanseplaner, som kan nyttes i samarbeidet med utdanningsinstitusjonene for å dimensjonere og utvikle relevante utdanningstilbud i regionen.
- Partene vil samarbeide om intern opplæring som er aktuell for å bedre samhandlingen mellom partene.

Tjenesteavtale 8

Tjenesteavtalen skal sikre at gravide og barselkvinner i kommunen får en sammenhengende tjeneste som er forsvarlig og av god kvalitet i alle ledd. Avtalen har som formål å avklare hvilke helse- og omsorgsoppgaver partene har ansvar for, og hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre. Tjenesten skal kjennetegnes av god koordinering mellom de ulike nivåene.

Denne avtalen omhandler i hovedsak samarbeid om svanger skaps- og barselomsorg. For de kommunene der det er krav til følgetjeneste for gravide, skal det inngås egen særavtale som omhandler dette.

Kommunen sitt ansvar:

- Følge opp gravide i samsvar med nasjonale føringer
- Definere friske gravide og gravide med risiko for komplikasjoner
- Tilvise risikogravide til spesialisthelsetjenesten
- Sikre at den gravide får muntlig og skriftlig informasjon om tjenestetilbudet på den første kontrollen i svangerskapet
- Sørge for at foretaket har oppdatert adresselister over ansatte jordmødre, helsesøstre og helsestasjoner i kommunen.

- Legge til rette for at alle jordmødre i kommunen kan hospitere to dager annethvert år på sykehus. Dette inngår som en del av kommunejordmortjenesten.
- Å legge til rette for at de jordmødrene som tar del i følgetjenesten for gravide, får ei utvida hospiteringsordning. Jordmor i kommunen avtaler med fødeavdelingen et egnet tidspunkt for hospitering, og en tar sikte på individuell tilpassing når det gjelder hospiteringssted.

Helse Fonna sitt ansvar:

- Følge opp risikogravide
- Utarbeideseleksjonskriterium for oppfølging på spesialistnivå, og kontinuerlig kommunisere rutineendringer til kommunehelsetjenesten.
- Arrangere årlige fagdager for leger, jordmødrer, barnepleiere og helsesøstre, der undervisningsjordmor i foretaket i samarbeid med andre faggrupper har ansvar for et slikt initiativ.
- Legge til rette for at informasjon om fagdager går direkte fra foretaket til leder av helsestasjon og jordmortjenesten i kommunen.
- Sørge for å opprettholde godkjenning som mor- og barnevennlig sykehus
- Legge til rette for hospiteringsordningene
- Arrangere et årlig perinatalmøte⁴ for jordmødrer, helsesøstre, fødselsleger, fastleger og barneleger i samarbeid med perinatalkomiteen i Helse Vest-området.

Karmøy kommune og Helse Fonna sitt felles ansvar for oppfølging av gravide med risikofaktorer skal skje gjennom et godt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Dette innebærer:

- Det skal legges til rette for møte mellom fødeenheten og helsestasjonene to ganger i året. Her bør helsesøster, jordmor og fastlege være representert.
- Kommunen og foretaket plikter å ta i bruk elektronisk meldingssystem for melding om fødsel når det foreligger.
- Informasjon om svangerskaps-, fødsels-, og barselomsorg skal være kjent for den gravide. Dette skal sikres både gjennom helseforetaket sine nettsider og tilsvarende i den kommunale nettsiden samt ved skriftlig informasjon.
- Foretaket og kommunen har i fellesskap ansvar for kompetanseheving. Dette skal organiseres ved dialogmøte, emnekurs, hospiteringsordning og perinatalkomitedag.

Kommunen sitt ansvar ved barselomsorg:

- Legge til rette for at jordmor, helsesøster og fastlege kan ta ansvar for oppfølging i barseltiden.
- Sørge for jordmortjenester til barselkvinner ved tidlig utreise fra sykehus.
- Sørge for at jordmor i kommunen har kompetanse i å ta nyfødtscreening av barnet, kompetanse i oppfølging av gulsott og til å kunne gi tilbud om tidlig hjemmebesøk.

⁴ Med begrepet perinatal menes svangerskapstiden etter 22. uke, samt barnets syv første levedøgn.

- Legge til rette for tidlig kontroll av jordmor som kan observere barselkvinne både fysisk og psykisk
- BCG-vaksinering av nyfødte, der en eller begge foreldrene kommer fra land med høy forekomst av tuberkulose
- Legge plan for at alle helsestasjoner er ammekyndige helsestasjoner

Helse Fonna sitt ansvar ved barselomsorg:

- Gi god barselomsorg og oppfølging så lenge mor og barn er på sykehuset, og når det er behov for spesialisthelsetjenester i barseltiden.
- Utføre testing av hørsel på alle nyfødte før utskrivning fra sykehus eller poliklinisk ved tidlig hjemreise.
- Gi opplæring til jordmor i kommunen i screening av nyfødde.
- Gi tidlig varsel til helsestasjon ved utskrivning med oppdatert kontaktinformasjon for å hindre tidsspill i kontakt med familien.
- Kontakte helsestasjon når det er familier som har behov for økt oppmerksomhet.

Kommunen og Helse Fonna har felles ansvar for en trygg overgang fra sykehus til hjem. Partene skal legge til rette for god kommunikasjon mellom føde-/barselavdeling og helsestasjon slik at de kan utveksle informasjon om gravide og familier som trenger ekstra oppfølging.

Tjenesteavtale 9

Tjenesteavtalen skal sikre samarbeid om IKT-løsninger og utvikling av IKT-system lokalt er svært viktig for å få til god samhandling. Enkel og rask tilgang til pålitelig pasientinformasjon kan sikres ved å ta i bruk standardiserte elektroniske meldinger mellom partene. Partene skal legge til rette for, og følge opp at informasjonsutvekslingen foregår elektronisk over norsk helsenett.

Informasjonsutveksling skal omfatte alle relevante parter, inkludert fastleger, fysioterapi, ergoterapi, pleie- og omsorgstjenester, kommunale øyeblikkelig hjelp døgnplasser, habilitering og rehabilitering, private spesialister og apotek.

Kommunen og Helse Fonna skal legge til rette for sikker og effektiv elektronisk samhandling mellom spesialisthelsetjenester og helse- og omsorgstjenester i kommunen. Avtalepartene er enige om at følgende kriterium er nødvendig for et godt samarbeid:

- Samhandling som understøtter helskaplig behandlings- og omsorgskjeder
- Tett dialog og regelmessige møte
- Kontinuerlig drøfting av om det er mulig å implementere elektronisk samhandling
- Forankring på høyt ledernivå – både i kommunen og i foretaket
- Forankring og involvering også på fagnivå, og blant linjeledere på mellomnivå
- Forankring på IKT-nivå
- Gjensidig kompetanseutveksling mellom ansatte i foretaket og kommunen

Tjenesteavtalen bygger på at partene vil utvikle et forpliktende samarbeid om tiltak og oppgaver slik at vi kan få et best mulig helsetilbud innenfor overordret rammeavtale og tilgjengelige ressurser som regionalt helseforetak, foretak og kommunen har.

Avtalen omfatter samarbeid om IKT-løsninger lokalt mellom Helse Fonna og kommunene og gjelder innenfor område somatikk og psykiatri/rus.

Samhandlingsutvalget oppretter og gir mandat til et bredt og funksjonelt sammensatt IKT fagnettverk, klinikere og IKT-personell både fra Helse Fonna og kommunen, og representanter fra fastlegene. Nettverket er knyttet opp mot felles FOU-enhet for samhandling, FOUSAM. Samhandlingsutvalget skal gjennom dette fagnettverket være pådriverer for å gjennomføre meldingsløftet, jmfør fremdriftsplan i meldingsløftet i Helse Vest.

Helse Fonna og kommunen skal gi nødvendig opplæring i IKT-løsninger i egen organisasjon for å sikre kvalitet i leveransene. Partene skal etablere rutiner som sikrer sending og mottak av meldinger, utveksling av basisinformasjon, at avvik blir oppdaget, og at tiltak blir satt i verk. Partene skal etablere brukerstøtte innen egen virksomhet, og kontaktinformasjon for denne skal være kjent for avtalepartene. Sikre drift om framtidig implementeringer av nye typer meldinger etter hvert som de er klare.

Tjenesteavtalen setter krav om at avtalepartene har internt kvalitetssystem som sikrer behandling av informasjon før sending og etter mottak. Det interne kvalitetssystemet skal inneholde rutiner for å skrive, ta imot og behandle avvik. Partene plikter å ha forsvarlig responstid for feilsøking og feilretting i IKT-systemet som har konsekvens for den andre parten. Kommunen og Helse Fonna skal ha rutiner for varsling og håndtering av nedetid.

Kommunen og Helse Fonna plikter å benytte godkjent versjon av kommunikasjonsprogramvare for nasjonal samhandlingsarkitektur, virksomhetssertifikat som skal utveksles med avtalepart, og benytte Norsk Helsenett som transportkanal. I kommunen gjelder dette også fastlegene. Partene skal koordinere felles bruk av nye meldingsstandard og nye meldingstyper etter hvert som de er godkjent av KITH og tilgjengelig i de ulike fag- og kommunikasjonssystemene. Partene skal i god tid informere om endringer som har noe å si for den andre parten. Partene plikter å samarbeide om utvikling og bruk av videokommunikasjon og andre teknologiske løsninger, slik at tilbudet blir sikkert, tilgjengelig og av god kvalitet.

Tjenesteavtale 10

Tjenesteavtalen skal bidra til at verdier, strategier og standarder for forebyggende og helsefremmende arbeid blir innarbeidet i partenes organisasjon. Partene plikter å samhandle på fagområdet. Avtalen skal regulere samhandling og ansvarsavklaring mellom kommunen og Helse Fonna om helsefremmende og forebyggende arbeid. Partene avgjør selv hvordan de internt organiserer arbeidet. Rutiner og prosedyrer for samhandling som følger av felles planer for arbeidet, er førende for partene. Avtalen skal ses i sammenheng med regionalplanene for folkehelse i Rogaland og Hordaland.

Kommunen sitt ansvar ved vern av folkehelse, forebyggende og helsefremmende arbeid:

- Kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorene som kan påvirke denne.
- Fremme befolkningen sin helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold
- Bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse.
- Bidra til utjevning av sosial ulikskap i helse
- Bidra til å verne befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen
- Verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved å forebygge de og motvirke overføringer til befolkningen, samt motvirke at slike sykdommer blir ført inn i Norge eller ut av Norge til andre land
- Redusere og avdekke risiko og sårbarhet gjennom forebyggende og skadeavgrensende tiltak.

- Ha en kontaktperson som er kjent for Helse Fonna for barn som pårønderarbeid. Kontaktpersonen skal ha oversikt over rutiner for ivaretagning av barn som pårørende, og hjelpe videre til rett person i kommunen.

Helse Fonna sitt ansvar ved vern av folkehelse, forebyggende og helsefremmende arbeid:

- Bidra til å fremme folkehelsen og forebyggende sykdom og skade
- Gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten råd, rettleiding og opplysninger om helsemessige behov som er påkrevd for at den skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift
- Avdekke og redusere risiko og sårbarhet gjennom helsefremmende, forebyggende og skadeavgrensende tiltak.

Kommunen og Helse Fonna har felles ansvar for:

- Samarbeid om kartlegging av status og utviklingsområder
- Samhandlingsutvalget har ansvar for å etablere faglige nettverk. Nettverket skal fokusere på sammenheng i tjenestene, kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling.
- Nettverket skal lage årsplan/handlingsplan, vurdere behov for rutiner og fagdager
- Samhandlingsutvalget har ansvaret for å peke ut kontaktpersoner til fagnettverket
- Myndiggjøring og deltaking skal ligge til grunn for arbeidet.

Tjenesteavtale 11

Gjennom denne tjenesteavtalen plikter kommunen og Helse Fonna å føre videre og utvikle samarbeidet innenfor krise- og katastrofeberedskap, og å utvikle den akutte medisinske kjeden. Når det gjelder samarbeid om øyeblikkelig hjelp for enkeltpasienter, er dette også omtalt i andre tjenesteavtaler.

Avtalen omfatter ansvar og oppgaver for helse- og omsorgstjenestene i kommunen og Helse Fonna i den akuttmedisinske kjeden, som krise- og kommunikasjonsberedskap, og er avgrenset mot redningstjenester som ligger under Justis- og beredskapsdepartementet ved Hovedredningssentralen. Samvirkeprinsippet medfører likevel at ressursene ved behov blir stilt til rådighet for Hovedredningssentralen.

Kommunen og Helse Fonna plikter ved krise- og katastrofeberedskap å samordne og dele egne planer for sosial- og helsemessig beredskap for større ulykker, kriser og katastrofer. Dette gjelder blant annet å:

- Utarbeide risiko- og sårbarhetsanalyser som grunnlag for planlegging (kommune og Helse Fonna skal utarbeide egne ROS-analyser og felles ROS-analyser der det er nødvendig)
- Samarbeid om planlegging og gjennomføring av øvinger
- Ha beredskap for forsyning av legemiddel, medisinsk utstyr og materiell. Helseforetaket har i samarbeid med sykehusapoteket oversikt over lagerhold av legemiddel. Det er avtalt informasjon- og kommunikasjonslinjer mellom foretaket og sykehusapoteket for å kunne rekvirere legemiddel ved uventet økt behov hele døgnet. Kommunene skal ha avtale med lokale apotek som sikrer forsyning av legemiddel i en beredskapssituasjon
- Samarbeid om opplæring og vedlikehold av kunnskap og kompetanse i krisehåndtering

- Ha innkallingsrutiner for eget personell
- Samarbeide med andre nødetater (som brann/redning og politi, redningstjenesten), samfunnssektoren og frivillige organisasjoner for å sikre helskaplig beredskapsplaner og krisehåndtering
- Vurdere mulighet for bruk av felles mal for risikoanalyser og beredskapsplanverk

Helse Fonna og kommunen plikter å samarbeide om utvikling av akuttmedisinske tjenester, slik at tilbudet samlet blir tilgjengelig og av god kvalitet. Dette gjelder blant annet:

- Holde hverandre oppdatert om faktiske tilbud i de ulike tjenestene i kjeden som sikrer at pasienten så raskt som nødvendig kommer til rett behandlingssted/-nivå
- Avklare innhold og kvalitet i døgntilbud for øyeblikkelig hjelp funksjoner, for å unngå overlapping og usikkerhet om hvilke tilbud som blir gitt
- Etablere rutiner som sikrer god informasjonsutveksling og kommunikasjon i akuttmedisinske situasjoner, som bruk av nytt nødnett som er under utbedring nasjonalt.
- Avklare og beskrive ansvar, roller og rutiner for utrykking og samhandling i akutte situasjoner (alvorlige sykdommer og traumer) i samsvar med gjeldende lovverk, avgrenset mot sykehustransport (transport av pasienter som ikke trenger ambulanse) og luftambulanse
- Delta i, og følge opp nasjonale og regionale satsinger innenfor prehospitalet akuttmedisin
- Legge til rette for at vaktpersonell i den akuttmedisinske kjeden har nødvendig kunnskap om system, ansvar og roller
- Kommuner og helseforetaket har et felles ansvar for felles øvinger, opplæring og trening knyttet til akuttmedisinske situasjoner. Dette gjelder for eksempel kurs som Kommune-BEST. Kommunene melder behov for øving til foretaket ved leder på ambulansestasjonen, eller til andre ledere i prehospitalet tjenesten. Helse Fonna har ansvar for å melde deres behov for øving til kommuneoverlegen i kommunen. Partene må avtale frekvens og gjennomføring av øvinger seg imellom. Hver part tar sine egne kostnader.
- Sikre lik bruk av nødnettet gjennom felles prosedyrer og vedlikeholde rutiner i samsvar med regionale føringer

Det skal være et samarbeidsutvalg som består av fem-seks representanter fra helseforetaket og fem-seks representanter fra kommunen. Det er ønskelig med bred deltakelse fra administrativ og operasjonell virksomhet i fagnettverket.

Fagnettverket sine oppgaver:

- Følge opp denne tjenesteavtalen og foreslå endringer
- Utarbeide en årlig møteplan der tema for møtene skal ha utspring i det som er felles for partene og som er forankret i denne avtalen
- Gå gjennom avvik innen beredskap/akuttmedisin for å forbedre prosedyrene og rutinene. Avvikene skal oversendes og avsluttes i overordnet organ

Utvalget kan suppleres ved behov av representanter fra andre sektorer og frivillige organisasjoner. Disse representantene har ikke stemmerett.

Tjenesteavtale 12

Denne avtalen omfatter følge ved opphold i sykehus. Følge ved reise til og fra sykehusopphold blir regulert av sykehustransportforskriften. Denne avtalen omfatter ikke følgetjenester for gravide i den utreking dette er regulert i særavtale til tjenesteavtale 8 (avtale om svangerskaps-, fødsels-, og barselomsorgtjenester for gravide og fødende).

Formålet med denne avtalen er å sikre bedre pasientbehandling og pasientforløp. Tjenester som følger denne tjenesteavtalen skal sikre og styrke brukerne sine interesser. Avtalen skal klargjøre kommunen og helseforetaket sitt ansvar og plikter knyttet til det behovet pasienten har for følgende ved opphold i sykehus. Denne avtalen forplikter partene til å samarbeide om å etablere en god følgetjeneste.

Helseforetaket skal avgjøre pasienten sitt behov for følge under opphold i sykehuset. Ved planlagte innlegginger skal helseforetaket ta kontakt med pasienten/den som representerer pasienten og kommunen for å avklare behovet for bistand fra kommunalt personell/følge under oppholdet i forkant av oppholdet.

Det er også mulig at pasienten selv eller den som representerer pasienten i kommunen tar kontakt med aktuell enhet/avdeling i spesialisthelsetjenesten i forkant av et planlagt opphold for å drøfte/avklare behov for bistand fra kommunalt personell/følge under oppholdet.

Den som for følge har rett til dekning av utgifter hvis den er grunnlagt i helsemessige, medisinske eller behandlingmessige behov. Behovet skal vurderes i hvert enkelt tilfelle. I denne vurderingen blir blant annet følgende forhold bli vektlagt:

- Pasienten sin evne til å forflytte seg
- Pasienten sin evne til å orientere seg
- Pasienten sin evne til å kommunisere (forstå og/eller gjøre seg forstått)
- Vurdering av hvor sannsynlig det er at det vil oppstå behov for hjelp under oppholdet
- Generell vurdering av hvor belastende innleggingen vil være i forhold til pasienten sin generelle og spesielle tilstand

Vurderingene skal gjennomføres i samarbeid med pasienten. Kommunen og eventuelt de pårørende. Vurderinger skal alltid ha pasienten sitt beste og pasienten sine interesser i fokus.

Dersom pasienten har individuell plan som har blitt utarbeidet i samarbeid med spesialisthelsetjenesten og det planen er konkludert med behov for følge ved opphold i spesialisthelsetjenesten, skal denne vurderingen legges til grunn.

Kommunen skal hjelpe til med å finne følge for pasient som har behov for dette, og der helseforetaket ikke kan dekke behovet. Kommunen og Helse Fonna skal sammen utarbeide en plan for oppholdet og oppgavene til den som er følge. Dersom pasienten har individuell plan, skal kommunen sikre at spesialisthelsetjenesten mottar denne før pasienten blir innlagt.

I spesielle tilfeller kan det være aktuelt at kommunen må yte kommunale tjenester også under oppholdet. Arbeidsgiveransvar og forsikringsordninger blir ikke endret ved følgeoppdrag. I tilfelle der hverken Helse Fonna eller kommunen er arbeidsgiver for den som er følge, er det Helse Fonna som tar dette ansvaret.

Kommunen og Helse Fonna skal sikre at den som følger, hjelper pasienten og behandlingen på en god måte. Partene skal sikre at vedkommende:

- Er til stedet for pasienten og tar vare på pasienten sine behov for oppfølging i det daglige

- Retter seg etter rutiner og regler for den avdelingen de er på og utfører de oppgavene som er avtalt i arbeidsplanen
- Har taushetsplikt i samsvar med helsepersonelloven

Vedlegg 2 Dokumentliste

- ✓ Trinnvis veileder e-melding
- ✓ Rutiner e-melding
- ✓ Rutiner e-melding – innleggelsesrapport
- ✓ Rutine vedrørende e-melding
- ✓ Fremtidens helse- og omsorgstjeneste 2011
- ✓ Samhandlingsreformen – Samarbeidsavtaler mellom Karmøy kommune og Helse Fonna
- ✓ Overordna samarbeidsavtale mellom Karmøy kommune og Helse Fonna
- ✓ Samhandlingsreformen – Fra ord til handling
- ✓ Helse- og omsorgsplan – Plan for heldøgnsomsorg i Karmøy kommune 2016-2026
- ✓ Samhandlingsreformen og tiltak i Karmøy kommune – Status og mulig utviklingsområder
- ✓ Tjenesteavtale 1
- ✓ Tjenesteavtale 2
- ✓ Tjenesteavtale 3
- ✓ Tjenesteavtale 4
- ✓ Tjenesteavtale 5
- ✓ Tjenesteavtale 6
- ✓ Tjenesteavtale 7
- ✓ Tjenesteavtale 8
- ✓ Tjenesteavtale 9
- ✓ Tjenesteavtale 10
- ✓ Tjenesteavtale 11
- ✓ Tjenesteavtale 12
- ✓ Friskliv og mestring
- ✓ Informasjon om individuell plan og koordinator
- ✓ Rutine for anskaffelse av koordinator
- ✓ Modell for koordinerende enhet (KE) – Koordinering av helhetlige tjenester i Karmøy kommune
- ✓ Håndbok for personlig koordinator individuell plan
- ✓ Hukommelsesteam
- ✓ Lavterskel helsehjelp
- ✓ Kartleggingsverktøy for rehabiliteringssaker
- ✓ Prosedyrer ved avvikshåndtering som er relatert til tjenesteavtalene
- ✓ Kompetanseplan for 2019-2020
- ✓ Ansattoversikt Norheim Bu- og Behandlingssenter, mottaksavdeling
- ✓ Kompetansestrategi Norheim Bu- og Behandlingssenter
- ✓ Kompetanseplan for fysio- og ergoterapitjenesten 2017-2018
- ✓ Kompetanseplan Veia sykehjem 2019-2020

Vedlegg 3 Revisjonskriterier

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

Samhandlingsreformen er rettet mot tre sentrale utfordringer innen helse- og omsorgssektoren:

- **Utfordring 1:** Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok – tjenestene er fragmenterte
- **Utfordring 2:** Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom
- **Utfordring 3:** Demografisk utvikling og endring i sykdomsbilde gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne

I samhandlingsreformen vektlegges fem hovedgrep for å løse de tre utfordringene

- **1: Klarere pasientrolle:** Gode helhetlige pasientforløp. Alle tjenester skal rettes mot å hjelpe den enkelte til å mestre eget liv i størst mulig grad. Det er etablert plikt om koordinator for personer med behov for koordinerte tjenester.
- **2: Ny framtidig kommunerolle:** Kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON). Oppgavene vil måtte løses ut fra lokale forhold hvor nødvendig kompetanse er en av hovednøkklene. Det legges opp til et forpliktende avtalesystem mellom kommuner og helseforetak om blant annet oppgavefordeling og samarbeid.
- **3: Etablering av økonomiske insentiver:** Økonomiske insentiv skal understøtte den ønskede oppgavefordeling og gi grunnlag for gode pasienttilbud og kostnadseffektive løsninger. Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunalt økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter er de viktigste virkemidlene på dette området.
- **4: Spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sine spesialiserte kompetanse:** En riktigere oppgavefordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten kan legge til rette for at spesialisthelsetjenesten i større grad kan konsentrere seg om de spesialiserte helsetjenestene. Samtidig kan et sterkere søkelys på helhetlige pasientforløp legge til rette for at pasienter med behov for spesialiserte tjenester finner frem til tjenestestedene som har den aktuelle kompetansen
- **5: Tilrettelegge for tydeligere prioriteringer:** Det tilstrebes at flere av de fremtidige prioriteringsbeslutningene rettes inn mot helheten i de pasientforløpene som svarer på de aktuelle behovene. Det må unngås at prioriteringsbeslutninger knyttes til deltjenester av det samlede forløpet da det medfører risiko om dårlige tilpassede tjenester.

Koordinerte tjenester:

- Fordeling av ansvar og oppgaver mellom statlig og kommunal sektor er viktig. I et samhandlingsperspektiv må en finne frem til en god fordeling av oppgavene, der de samlede tjenester som leveres fra de to forvaltningsnivåene inngår i en helhetlig oppfyllelse av den

enkelte brukers behov. Når en ikke har behov for spesialisert kompetanse er det viktig å dra nytte av kommunens befolkningsnærhet.

For liten innsats for å begrense og forebygge sykdom:

- Strukturen i helsetjenesten er i for liten grad tilpasset kroniske sykdommer og fremveksten av kroniske sykdommer. Helsetjenesten har et for sterkt fokus på behandling av sykdom og senkomplikasjoner, og lite på å fremme helse og forebygge helseproblemer. Behandlingen i spesialisthelsetjenesten skjer dermed når de kroniske sykdommene har kommet langt.
- Både for den enkelte og samfunnsøkonomien vil det være best at tiltak og ressurser settes inn så tidlig som mulig slik at sykdom unngås, utsettes eller reduseres.
- Det er anslått at mange pasienter blir behandlet på feil nivå, det vil si i sykehus i stedet for i kommunen. Resultatet er blant annet at en del pasienter blir klassifisert som utskrivningsklare men blir liggende i sykehus i påvente av kommunalt tilbud.

Kommunene bør ifølge departementet fokusere på følgende områder i forebyggingsarbeidet:

- 1: Ruste seg organisatorisk for å ivareta forebygging på systemnivå, herunder bygge opp system som gir oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer for utvikling av god og dårlig helse. Bedre oversikt er viktig for å prioritere og evaluere i helsetjenesten samt å utvikle kommunens planprosesser.
- 2: Spisse forebyggingsinnsatsen mot områder og med tiltak som gir dokumentert effekt og raskest mulig resultater i forhold til færre sykehusinnleggelses og mindre omfattende behandling.
- 3: Lærings- og mestringstilbud og egenbehandling.
- 4: Helsestasjon og skolehelsetjenesten skal ha et helhetlig perspektiv på forebyggende arbeid som innebærer utstrakt tverrfaglig arbeid.
- 5: Kompetanseoppbygging innen forebyggende helsetjenester.

Samhandlingsreformen legger opp til en sterkere kommunal styring av fastlegene:

- Tydeligere kommunal styring av de allmenn-medisinske offentlige oppgavene
- Tydeligere kommunal styring på den kurative delen av arbeidet for å sikre at fastlegens praksis innrettes i tråd med helsepolitiske prioriteringer.
- Tettere oppfølging av om legens praksis på alle områder er i tråd med nasjonale krav og forventninger til god medisinsk praksis.

Samhandlingsreformen legger også opp til å styrke fastlegenes kompetanse. Det er behov for å styrke vurderingskompetansen og den kliniske kompetansen i fastlegepraksisen.

Kommunene ansvar for utskrivningsklare pasienter fra 2012:

- Fra 2012 har kommunene fått ansvaret for utskrivningsklare pasienter. Endringen finansieres ved at regionale helseforetak får en trekk og kommunene en økning i sine rammer. Denne løsningen forutsetter at kommuner og sykehus i samarbeid utarbeider kriterier for utskrivningsklare pasienter.

Helse og omsorgsdepartementet: Samhandlingsreformen – lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak – nasjonal veileder

Innledning

- Med samhandlingsreformen vil regjeringen sikre et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet, med høy pasientsikkerhet og tilpasset den enkelte bruker. Det skal legges økt vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid, på habilitering og rehabilitering, på økt brukerinnflytelse, på avtalte behandlingsforløp og forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal styrkes og spesialisthelsetjenesten skal videreutvikles.
- 14. juni 2011 vedtok Stortinget ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven). Loven forplikter kommuner og helseforetak å inngå samarbeidsavtaler og stiller minimumskrav til innholdet i avtalene, jf lovens kapittel 6. Den nye loven trer i kraft 1. januar 2012.

Kapittel 2 Formålet med samarbeidsavtaler

- Formålet med samarbeidsavtalene er å fremme samhandlingen mellom partene ved å konkretisere oppgave- og ansvars plasseringen mellom kommune og helseforetak, og å etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder. Avtalene skal bidra til at pasienter og brukere opplever at tjenestene er samordnet, og at det alltid er klart hvem som skal yte de aktuelle tjenestene. Samarbeidsavtalene forventes å ha betydning for utviklingen av helse- og omsorgstjenesten fremover og bidra til å sikre trygge helse- og omsorgstjenester av god kvalitet.
- Samarbeidsavtalene skal bidra til å;
 - Klargjøre ansvars- og oppgavefordelingen på administrativt og tjenesteytende nivå ved utforming og iverksetting av samhandlingstiltak.
 - Sikre behandling på lavest effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet).
 - Utvikle tiltak som sikrer god koordinering og gode pasient- og brukerforløp, og som følger faglige retningslinjer og veiledere.
 - Utvikle tiltak som sikrer god kvalitet og pasientsikkerhet.
 - Sikre likeverdighet mellom avtalepartene og utvikling av en god samhandlingskultur.
 - Videreutvikle bruker- og pasientmedvirkning slik at deres erfaringer med hvordan samhandling fungerer, tas i bruk på en systematisk måte.
- Avtalen forplikter kommunene og helseforetakene og har som konsekvens at en av partene kan kreve at den andre parten oppfyller sine forpliktelser etter avtalen.

Kapittel 4 Organisering av arbeidet

- Veilederen vil ikke anbefale spesielle organisatoriske løsninger, men peke på noen prinsipper det er viktig å ivareta:

- Avtalene bør forankres på relevant nivå. Det vil si både hos ansvarlige for de tema avtalen omhandler, og de som faktisk utfører aktivitetene avtalen regulerer. Forankring i organisasjonen skjer ved tilstrekkelig informasjon og involvering av de ansatte.
- Avtalene gjøres kjent for alle de angår. Dette innebærer både at avtalene er lett tilgjengelige, for eksempel på intranett, og at de er gjenstand for daglig oppmerksomhet hos ledere og ansatte.
- Etablering av formålstjenlige samarbeidsorganer og samarbeidsformer for utarbeidelse, gjennomføring, oppfølging og videreutvikling av avtalen. Pasient- og brukerrepresentanter er viktige deltagere i disse samarbeidsorganene.
- Utarbeidelse av evalueringsrutiner og rutiner for tilbakemeldinger av gode og dårlige erfaringer og håndtering av uenighet.
- Samarbeidet må være basert på likeverd og gjensidig respekt.
- Ivareta involvering av brukere og ansatte
- Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 tredje ledd, pålegger avtalepartene en særlig plikt til å sørge for at pasienters og brukeres erfaringer skal inngå i vurderingsgrunnlaget ved utarbeidelsen av avtalene. I tillegg skal pasientenes og brukernes organisasjoner få anledning til å medvirke i avtaleprosessen.

Kapittel 5 Krav til avtalens innhold

- Enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre (*Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr. 1*).
- Retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester (*Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr. 2*).
- Retningslinjer for innleggelse i sykehus (*Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr. 3*)
- Beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikk hjelp etter § 3-5 tredje ledd (*Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr. 4*)
- Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon (*Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr. 5*)
- Samarbeid om forebygging (*Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr. 10*)

Kapittel 6 Andre tema avtalene kan inneholde

- Rutine for håndtering av avvik og etablering av tilbakemeldings- og evalueringssløyfer
- For å sikre god samhandling og kontinuerlig læring og kvalitetsutvikling, bør partene etablere et system for tilbakemeldinger og håndtering av avvik på de avtaler og retningslinjer som er inngått.
- Rutine for avvikshåndtering og systematisk forbedringsarbeid bør inneholde beskrivelser om:
 - Beskrivelse om hva som skal meldes.

- Fremgangsmåte for hvordan melding av avvik eller positive erfaringer skal skje, herunder ivaretagelse av taushetsplikt ved behandling av avvik og positive erfaringer.
- Intern behandling av meldingene og tilbakemelding til melder.
- Gjennomgang og evaluering av meldeordningen.

Kommunal- og moderniseringsdepartementet 1992: Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)

§ 23. Administrasjonssjefens oppgaver og myndighet.

Administrasjonssjefen skal påse at de saker som legges fram for folkevalgte organer, er forsvarlig utredet, og at vedtak blir iverksatt. Administrasjonssjefen skal sørge for at administrasjonen drives i samsvar med lover, forskrifter og overordnede instruksjoner, og at den er gjenstand for betryggende kontroll.

Kommunalt og fylkeskommunalt folkevalgt organ kan gi administrasjonssjefen myndighet til å treffe vedtak i enkeltsaker eller typer av saker som ikke er av prinsipiell betydning, hvis ikke kommunestyret eller fylkestinget har bestemt noe annet.

Helse- og omsorgsdepartementet 2011: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven)

Kapittel 1. Formål og virkeområde

§ 1-1. Lovens formål

Lovens formål er særlig å:

- Forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne,
- Fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer,
- 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,
- Sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud,
- Sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, sikre nødvendig opplæring av pasient, bruker og pårørende, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov,
- Sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet og
- Bidra til at ressursene utnyttes best mulig.

Kapittel 3. Kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester

§ 3-1. Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester

- Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.
- Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.
- Kommunens ansvar etter første ledd innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Kongen kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om pliktens innhold.
- Tjenestene kan ytes av kommunen selv eller gjennom avtale ytes av private tjenesteytere.

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

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

- Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder legevakt, heldøgn medisinsk akuttberedskap, medisinsk nødmeldetjenestene og psykososial beredskap og oppfølging
- Utredning, diagnostisering og behandling

- Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering
- Helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt og plass i institusjon

§ 3-2 a. Kommunens ansvar for tilbud om opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester

- Kommunen skal tilby opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester 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 tjenester. 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 videre regulere hvordan kommunen skal følge opp pasienter eller brukere som venter på langtidsopphold.

-

§ 3-3. Helsefremmende og forebyggende arbeid

- Kommunen skal ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning.
- Helse- og omsorgstjenesten skal arbeide for at det blir satt i verk velferds- og aktivitetstiltak for barn, eldre og funksjonshemmede og andre som har behov for det.

§ 3-4. Kommunens plikt til samhandling og samarbeid

- Kommunens ansvar etter § 3-1 første ledd innebærer plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig for å tilby tjenester omfattet av loven her.
- Kommunen skal samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat, slik at helse- og omsorgstjenesten i landet best mulig kan virke som en enhet.

§ 3-5. Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp

- Kommunen skal straks tilby eller yte helse- og omsorgstjenester til den enkelte når det må antas at den hjelp kommunen kan gi er påtrengende nødvendig. Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp etter første punktum gjelder undersøkelse, behandling eller annen hjelp som det er forsvarlig at kommunen yter.
- Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til.

§ 3-7. Boliger til vanskeligstilte

- Kommunen skal medvirke til å skaffe boliger til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet, herunder boliger med særlig tilpasning og med hjelpe- og vernetiltak for dem som trenger det på grunn av alder, funksjonshemming eller av andre årsaker

§ 3-10. Pasienters og brukeres innflytelse og samarbeid med frivillige organisasjoner

- Kommunen skal sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste.
- Kommunen skal sørge for at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester omfattet av loven her, etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter.
- Helse- og omsorgstjenesten skal legge til rette for samarbeid med brukergruppens organisasjoner og med frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgaver som helse- og omsorgstjenesten.

Kapittel 4. Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet.

§ 4-1. Forsvarlighet

- Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven her skal være forsvarlige. Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at:
- Den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud

- Den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud
- Helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter
- Tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene

§ 4-2. Kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet

- Enhver som yter helse- og omsorgstjeneste etter loven her skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Kapittel 6. Samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak mv.

§ 6-1. Plikt til å inngå samarbeidsavtale

- Kommunestyret selv skal inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helseregionen eller med helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer. Kommunen kan inngå avtale alene eller sammen med andre kommuner.
- Samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester.
- Pasient- og brukererfaringer skal inngå i vurderingsgrunnlaget ved utarbeidelsen av avtalen. Pasient- og brukerorganisasjoner skal medvirke i forbindelse med utarbeidelse av avtalene.

§ 6-2. Krav til avtalens innhold

Avtalen skal blant annet omfatte:

- Enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre
- Retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester
- Retningslinjer for innleggelse i sykehus
- Beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp etter § 3-5 tredje ledd
- Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon
- Samarbeid om forebygging

Kapittel 7. Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

§ 7-1. Individuell plan

- Kommunen skal utarbeide en individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her. Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte.
- Dersom en pasient eller bruker har behov for tilbud både etter loven her og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven, skal kommunen sørge for at det blir utarbeidet en individuell plan, og at planarbeidet koordineres.

§ 7-2. Koordinator

- For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her, skal kommunen tilby koordinator. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

§ 7-3. Koordinerende enhet

- Kommunen skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. Denne enheten skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator etter §§ 7-1 og 7-2.

Kapittel 8. Undervisning, praktisk opplæring, utdanning og forskning

§8-1. Undervisning og praktisk opplæring

- Enhver kommune plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder videre- og etterutdanning

§8-3. Forskning

- Kommunen skal medvirke til og tilrettelegge for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Helse- og omsorgsdepartementet 2018: Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)

Kapittel 2. Rett til helse- og omsorgstjenester og transport

§ 2-1 a. Rett til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste

- Pasient og bruker har rett til øyeblikkelig hjelp fra kommunen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5.
- Pasient og bruker har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen.
- Pasient og bruker har rett til et verdig tjenestetilbud i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd, bokstav b.
- Kommunen skal gi den som søker eller trenger helse- og omsorgstjenester, de helse- og behandlingmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett.

§ 2-5. Rett til individuell plan

- Pasient og bruker som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.

§ 3-1. Pasientens eller brukerens rett til medvirkning

- Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter, skal gis informasjon og høres. Det skal legges vekt på hva barnet mener, i samsvar med barnets alder og modenhet.
- Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten eller brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8.
- Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten.
- Ønsker pasient eller bruker at andre personer skal være til stede når helse- og omsorgstjenester gis, skal dette som hovedregel imøtekommes.

§ 3-2. Pasientens og brukerens rett til informasjon

- Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.
- Informasjon skal ikke gis mot pasientens uttrykte vilje, med mindre det er nødvendig for å forebygge skadevirkninger av helsehjelpen, eller det er bestemt i eller i medhold av lov.

Helse- og omsorgsdepartementet 2011: Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

Kapittel 2. Generelt om habilitering og rehabilitering

§ 3. Definisjon av habilitering og rehabilitering

- Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasients og brukers livssituasjon og mål.

- Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak.
- Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet.

§ 4. Pasient- og brukermedvirkning

- Kommunen og det regionale helseforetaket skal sørge for at den enkelte pasient og bruker kan medvirke ved gjennomføring av eget habiliterings- og rehabiliteringstilbud jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. Med gjennomføring menes planlegging, utforming, utøving og evaluering.

Kapittel 3. Habilitering og rehabilitering i kommunen

§ 5. Kommunens ansvar for habilitering og rehabilitering

- Kommunen skal planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet og ha en generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering i kommunen. Tjenester som inngår i kommunens helse- og omsorgstjenestetilbud, skal integreres i et samlet tverrfaglig re-/habiliteringstilbud.
- Kommunen skal sørge for at alle som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering, jf. § 1 og § 3.
- Re-/habiliteringstilbudet skal gis uavhengig av pasientens og brukerens boform.
- Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal ved behov samarbeide med andre etater.

§ 7. Melding om mulige behov for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering

- Kommunen skal legge forholdene til rette slik at personell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne melde mulige re-/habiliteringsbehov som personellet blir kjent med i tjenesten. Meldingen gis til koordinerende enhet eller dit kommunen bestemmer.

§ 8. Undersøkelse og utredning

- Kommunen skal sørge for nødvendig undersøkelse og utredning, og ved behov henvise til spesialisthelsetjenesten, før habilitering og rehabilitering settes i gang

Helse- og omsorgsdepartementet 2017: Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)

Kapittel 2. Kommunens ansvar

§ 4. Kommunens ansvar for folkehelsearbeid

- Kommunen skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen.
- Kommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt, herunder ved lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting.
- Kommunen skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre myndigheter og virksomheter. Medvirkning skal skje blant annet gjennom råd, uttalelser, samarbeid og deltagelse i planlegging. Kommunen skal legge til rette for samarbeid med frivillig sektor.

§ 5. Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommunen

- Kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Oversikten skal blant annet baseres på:

- a) Opplysninger som statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen gjør tilgjengelig etter §§ 20 og 25
- b) Kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3

c) Kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse.

- Oversikten skal være skriftlig og identifisere folkehelseutfordringene i kommunen, herunder vurdere konsekvenser og årsaksforhold. Kommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller.

§ 6.Mål og planlegging

- Oversikten etter § 5 annet ledd skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi. En drøfting av kommunens folkehelseutfordringer bør inngå i strategien, jf. plan- og bygningsloven § 10-1.
- Kommunen skal i sitt arbeid med kommuneplaner etter plan- og bygningsloven kapittel 11 fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet til å møte de utfordringer kommunen står overfor med utgangspunkt i oversikten etter § 5 annet ledd.

§ 7.Folkehelseiltak

- Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer, jf. § 5. Dette kan blant annet omfatte tiltak knyttet til oppvekst- og levekårsforhold som bolig, utdanning, arbeid og inntekt, fysiske og sosiale miljøer, fysisk aktivitet, ernæring, skader og ulykker, tobakksbruk og alkohol- og annen rusmiddelbruk.
- Kommunen skal gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom.

Kapittel 6. Samarbeid, beredskap, internkontroll, tilsyn mv

§ 27.Samfunnsmedisinsk kompetanse

- Kommunen skal ha nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse for å ivareta oppgaver etter loven her. Det skal ansettes en eller flere kommuneleger som medisinsk-faglig rådgiver for kommunen for å ivareta blant annet:
 - a) Samfunnsmedisinsk rådgivning i kommunens folkehelsearbeid, jf. §§ 4 til 7, herunder epidemiologiske analyser, jf. § 5 annet ledd
 - b) Hastekompetanse på kommunens vegne i saker innen miljørettet helsevern, smittevern og helsemessig beredskap og
 - c) Andre oppgaver delegert fra kommunestyret

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

§ 6.Plikten til å planlegge

Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

a) ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten

b) innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene

c) ha oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere, og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten

d) ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten

e) planlegge hvordan risiko som beskrevet i § 6 d kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt

f) ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring

g) ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og

omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.



Kontakt oss

Ole Willy Fundingsrud

Direktør

T +47 40 63 96 92

E ole.willy.fundingsrud@kpmg.no

Håkon Lindberg

Associate

T +47 47 28 25 16

E hakon.lindberg@kpmg.no

kpmg.no

© 2019 KPMG AS, a Norwegian limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

This proposal is made by KPMG AS, a limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent firms affiliated with KPMG International, a Swiss cooperative, and is in all respects subject to the negotiation, agreement, and signing of a specific engagement letter or contract. KPMG International provides no client services. No member firm has any authority to obligate or bind KPMG International or any other member firm vis-à-vis third parties, nor does KPMG International have any such authority to obligate or bind any member firm.