



Vest-Finnmark kommunerevisjon IKS
Oarje-Finnmárkku suohkanrevisiuvdna SGO



www.vefik.no

RAPPORT

FORVALTNINGSREVISJON

2018

Samhandlingsreformen

MÅSØY KOMMUNE

FORORD

Bakgrunnen for denne rapporten er *Plan for forvaltningsrevisjon 2013–2016*, vedtatt av kommunestyret i Måsøy 31.1.2013 (sak 7/13). Det framgår av planen at det skal gjøres en forvaltningsrevisjon av kommunens håndtering av samhandlingsreformen.

Prosjektgruppa har bestått av Bård Larsson, som har vært prosjektleder, og Tom Øyvind Heitmann, som har vært prosjektmedarbeider. Rapporten er kvalitetssikret av oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor Kjerstin Johnsen.

Vår kontaktperson i kommunen har vært helse- og omsorgsleder Ann Jorunn Stock. Vi har i tillegg foretatt intervjuer med daværende fungerende avdelingsleder Stig Mathisen og daværende avdelingsavdelingsleder for hjemmetjenesten Arnstein Larsen.

Vi takker alle for et positivt samarbeid.

Alta, 22. november 2018

Bård Larsson
Prosjektleder/forvaltningsrevisor

Tom Øyvind Heitmann
prosjektmedarbeider/fagansv. forvaltningsrevisor

Kjerstin Johnsen
Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor

INNHALDSFORTEGNELSE

0	SAMMENDRAG	1
0.1	FORMÅLET MED PROSJEKTET	1
0.2	REVISORS VURDERINGER OG KONKLUSJONER	1
0.3	ANBEFALINGER.....	2
1	INNLEDNING	3
1.1	PROSJEKTETS BAKGRUNN OG FORMÅL	3
1.1.1	<i>Bakgrunn</i>	3
1.1.2	<i>Formål</i>	4
1.2	PROBLEMSTILLINGER	4
1.3	REVISJONSKRITERIER.....	4
1.3.1	<i>Kilder til kriterier</i>	4
1.3.2	<i>Utleddning av kriterier</i>	5
1.4	METODE	6
1.4.1	<i>Datainnsamling</i>	6
1.4.2	<i>Avgrensing</i>	6
1.4.3	<i>Dataenes gyldighet og pålitelighet</i>	6
2	ER DET ETABLERT TILFREDSSTILLENDEN RUTINER FOR SAMARBEID OG INFORMASJONSFLYT?	8
2.1	REVISJONSKRITERIER.....	8
2.2	DATA	8
2.2.1	<i>Overordnet samarbeidsorgan</i>	8
2.2.2	<i>Lokalt faglig samarbeidsorgan</i>	8
2.2.3	<i>Andre samhandlingsarenaer</i>	9
2.2.4	<i>Kontakt med sykehusets kommunekoordinator</i>	9
2.2.5	<i>Meldingsutveksling</i>	9
2.2.6	<i>Håndtering av avvik</i>	9
2.3	VURDERINGER.....	10
2.3.1	<i>Overordnet samarbeidsorgan</i>	10
2.3.2	<i>Lokalt faglig samarbeidsorgan</i>	10
2.3.3	<i>Andre samhandlingsarenaer</i>	10
2.3.4	<i>Kontakt med sykehusets kommunekoordinator</i>	10
2.3.5	<i>Meldingsutveksling</i>	10
2.3.6	<i>Håndtering av avvik</i>	10
2.4	KONKLUSJON	10
3	BLIR UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER HÅNDTERT PÅ EN FORSVARLIG MÅTE?.....	12
3.1	REVISJONSKRITERIER.....	12
3.2	DATA	12
3.2.1	<i>Generelt</i>	12
3.2.2	<i>Kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter</i>	12
3.2.3	<i>Rutine for mottak og svar på meldinger fra sykehus</i>	15
3.2.4	<i>Rutine for mottak av utskrivningsklare pasienter</i>	15
3.3	VURDERINGER.....	15
3.3.1	<i>Kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter</i>	15
3.3.2	<i>Rutine for mottak og svar på meldinger fra sykehus</i>	16
3.3.3	<i>Rutine for mottak av utskrivningsklare pasienter</i>	16
3.4	KONKLUSJON	16
4	HAR KOMMUNEN TILFREDSSTILLENDEN KONTROLL PÅ SINE UTGIFTER FOR UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER?.....	17
4.1	REVISJONSKRITERIER.....	17
4.2	DATA	17

4.2.1	Gebyr for utskrivningsklare pasienter	17
4.2.2	Kontroll av gebyr	17
4.3	VURDERINGER.....	17
4.3.1	Gebyr for utskrivningsklare pasienter	17
4.3.2	Kontroll av gebyr	18
4.4	KONKLUSJON	18
5	HAR KOMMUNEN IVERKSATT TILTAK SOM SIKRER TILSTREKKELIG BEMANNING OG KOMPETANSE? ...	19
5.1	REVISJONSKRITERIER.....	19
5.2	DATA	19
5.2.1	Etter- og videreutdanning	19
5.2.2	Utdanningsnivå	19
5.2.3	Bemannings	22
5.3	VURDERINGER.....	24
5.3.1	Etter- og videreutdanning	24
5.3.2	Utdanningsnivå	24
5.3.3	Bemannings	25
5.4	KONKLUSJON	25
6	HAR KOMMUNEN STYRKET DET FOREBYGGENDE ARBEIDET?	26
6.1	REVISJONSKRITERIER.....	26
6.2	DATA	26
6.2.1	Folkehelseoversikt	26
6.2.2	Folkehelseoversikten i kommunens planstrategi	27
6.2.3	Folkehelsearbeid i kommunens planer	27
6.2.4	Tiltak for å møte folkehelseutfordringene.....	27
6.2.5	Informasjon, råd og veiledning.....	28
6.3	VURDERINGER.....	28
6.3.1	Folkehelseoversikt	28
6.3.2	Folkehelseoversikten i kommunens planstrategi	28
6.3.3	Folkehelsearbeid i kommunens planer	28
6.3.4	Tiltak for å møte folkehelseutfordringene.....	28
6.3.5	Informasjon, råd og veiledning.....	28
6.4	KONKLUSJON	29
7	KONKLUSJONER	30
7.1	ER DET ETABLERT TILFREDSSTILLENDENDE RUTINER FOR SAMARBEID OG INFORMASJONSFLYT?.....	30
7.2	BLIR UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER HÅNDTERT PÅ EN FORSVARLIG MÅTE?	30
7.3	HAR KOMMUNEN TILFREDSSTILLENDENDE KONTROLL PÅ SINE UTGIFTER FOR UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER?	30
7.4	HAR KOMMUNEN IVERKSATT TILTAK SOM SIKRER TILSTREKKELIG BEMANNING OG KOMPETANSE?	30
7.5	HAR KOMMUNEN STYRKET DET FOREBYGGENDE ARBEIDET?	30
7.6	HOVEDKONKLUSJON	31
8	ANBEFALINGER	32
9	KILDER OG LITTERATUR	33
	VEDLEGG 1: RÅDMANNENS KOMMENTARER	35
	VEDLEGG 2: REVISJONSKRITERIER	36
	VEDLEGG 3: METODE OG GJENNOMFØRING	45

FIGUROVERSIKT

Figur 1: Antall liggedøgn, Måsøy kommune.....	13
Figur 2: Antall liggedøgn pr. 1 000 innbyggere, Måsøy kommune	14
Figur 3: Andel årsverk i brukerrettede tjenester med fagutdanning, pleie og omsorg, 2008-2017	20
Figur 4: Andel årsverk med fagutdanning fra videregående skole, pleie og omsorg, 2008-2017	21
Figur 5: Andel årsverk med fagutdanning fra høyskole/universitet, pleie og omsorg, 2008-2017	22
Figur 6: Årsverk innen pleie og omsorg, 2008-2017	23
Figur 7: Årsverk eksklusiv fravær i brukerrettede tjenester pr. mottaker, pleie og omsorg, 2008-2017	24

TABELLOVERSIKT

Tabell 1: Gebyrer for manglende mottak av utskrivningsklare pasienter 2012 - juni 2017	17
Tabell 2: Koblingsskjema - revisjonskriterier.....	43

0 SAMMENDRAG

0.1 Formålet med prosjektet

Formålet med prosjektet er å undersøke hvordan Måsøy kommune har håndtert implementeringen av samhandlingsreformen. På bakgrunn av dette vil kommunen få belyst ulike sider ved egen praksis og bli presentert for områder hvor det er muligheter for forbedringer.

0.2 Revisors vurderinger og konklusjoner

Er det etablert tilfredsstillende rutiner for samarbeid og informasjonsflyt?

Kommunen har delvis etablert tilfredsstillende rutiner for samarbeid og informasjonsflyt med helseforetaket. Kommunen er involvert i det som skjer i Overordnet samarbeidsorgan, den har rutiner for kontakt med samhandlingsleder i helseforetaket, og det er rutiner for meldingsutveksling og håndtering av avvik. Kommunen har imidlertid ikke i tilstrekkelig grad deltatt på møter i lokalt faglig samarbeidsorgan og på samhandlingskonferanser, og har heller ikke skriftliggjort rutinene for meldingsutveksling.

Blir utskrivningsklare pasienter håndtert på en forsvarlig måte?

Kommunen har ikke fullt ut sikret at utskrivningsklare pasienter blir håndtert på en forsvarlig måte. Kommunen har rutiner som sikrer forsvarlig *mottak* av utskrivningsklare pasienter, men antall liggedøgn for utskrivningsklare pasienter er på et relativt høyt nivå, og rutinene for mottak av meldinger/varsler fra sykehus om innlagte pasienter og for mottak og svar på meldinger om utskrivningsklare pasienter er ikke fullt ut tilfredsstillende.

Har kommunen tilfredsstillende kontroll på sine utgifter for utskrivningsklare pasienter?

Kommunen har tilfredsstillende kontroll med sine utgifter (gebyrer) for utskrivningsklare pasienter.

Har kommunen iverksatt tiltak som sikrer tilstrekkelig bemanning og kompetanse?

Kommunen har i vesentlig grad iverksatt tiltak som sikrer tilstrekkelig bemanning og kompetanse. Det gjennomføres etter- og videreutdanning, andelen fagutdannede har vært økende og er nå på et relativt høyt nivå, og det har vært en økning i bemanningen i helse- og omsorgstjenestene siste år. Det var imidlertid ingen styrking av personellressursene i helse- og omsorgstjenestene de første årene etter innføringen av samhandlingsreformen, og det relative bemanningsnivået (årsverk per bruker) er fortsatt under gjennomsnittet i grupper det kan sammenlignes med.

Har kommunen styrket det forebyggende arbeidet?

Kommunen har styrket det forebyggende arbeidet. Det er utarbeidet en oversikt over helsetilstanden til innbyggerne i kommunen, overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet er innarbeidet i kommuneplanens samfunnsdel, det er iverksatt tiltak knyttet til strategiene og det gis informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom. Folkehelseoversikten har imidlertid ikke ligget til grunn for arbeidet med kommunens gjeldende planstrategi.

Hovedkonklusjon

Måsøy kommune har delvis implementert samhandlingsreformen på en tilfredsstillende måte. Kommunen har styrket det forebyggende arbeidet, kompetansen i helse- og omsorgstjenestene er på et relativt høyt nivå og det synes å være etablert rutiner som sikrer forsvarlig mottak av utskrivningsklare pasienter. Det gikk imidlertid lang tid før bemanningen i helse- og omsorgstjenestene ble økt, ytterligere økning i bemanning og kapasitet ser ut til å kunne være nødvendig, og det er bare delvis etablert tilfredsstillende rutiner for samarbeid og informasjonsflyt med helseforetaket.

0.3 Anbefalinger

På bakgrunn av de funn og vurderinger som er gjort i denne undersøkelsen anbefaler revisjonen at Måsøy kommune iverksetter følgende tiltak:

- Deltar på møtene i lokalt faglig samarbeidsorgan for Vest-Finnmark
- Deltar på samhandlingskonferanser arrangert av Finnmarkssykehuset eller Universitetssykehuset i Nord-Norge når dette anses hensiktsmessig
- Utarbeider skriftlige rutiner for - eller veiledning i - hvordan meldingsutveksling mellom kommunen og sykehuset skal foregå
- Gir tilstrekkelig opplæring i hvordan meldingsutveksling mellom kommunen og sykehuset skal foregå
- Vurderer om bemanningen i helse- og omsorgstjenestene er på riktig nivå
- Justerer kapasiteten i helse- og omsorgstjenestene på en måte som gjør det mulig å ta imot alle pasienter når de er utskrivningsklare fra sykehus
- Utarbeider en planstrategi hvor kommunens folkehelseoversikt har ligget til grunn for arbeidet

1 INNLEDNING

1.1 Prosjektets bakgrunn og formål

1.1.1 Bakgrunn

Bakgrunnen for dette forvaltningsrevisjonsprosjektet er Plan for forvaltningsrevisjon 2013-2016, vedtatt av kommunestyret i Måsøy 31.1.2013 (sak 7/13). Det framgår av planen at det skal utføres en forvaltningsrevisjon av kommunens håndtering av samhandlingsreformen.

I kommunens plan for forvaltningsrevisjon sies det følgende om dette fokusområdet:

«Samhandlingsreformen ble innført 1. januar 2012, og skal innføres gradvis fram til 2016. I forbindelse med dette trådte to nye lover i kraft. Dette er henholdsvis lov om kommunale helse- og omsorgstjenester med tilhørende forskrifter og lov om folkehelsearbeid. Reformens formål er større satsing på helsefremmende og forebyggende tiltak, redusert behov for vekst i spesialisthelsetjenesten, mer koordinerte, sammenhengende og forsvarlige helse- og omsorgstjenester, samt bedre samarbeid (samhandling) mellom kommunene og helseforetakene (sykehusene).

Reformen innebærer at kommunene får vesentlig større innflytelse over de samlede helsetjenestene, og de får virkemidler til å utvikle de kommunale tjenestene (ifølge Helse- og omsorgsdepartementet). For kommunene er et av oppdragene å styrke de kommunale tiltakene før, i stedet for etter spesialisthelsetjenesten. Denne reformen tydeliggjør og fornyer derfor kommunenes rolle i helse- og omsorgsarbeidet, noe som blant annet har innvirkning på kommunenes interne organisering, ansvars- og oppgavefordeling, forholdet til helseforetak, kommunal økonomi, kravene til forsvarlige tjenester, og pasient- og brukerrettigheter.

Et av hovedgrepene for å bedre samhandlingen er innføringen av et lovpålagt avtalesystem mellom kommuner og helseforetak. Enkelte steder har det vært uenighet mellom kommuner og helseforetak i arbeidet med å inngå disse avtalene. Et annet sentralt virkemiddel i samhandlingsreformen er en omlegging av finansieringsordningen av helse- og omsorgstjenestene, herunder kommunenes økonomiske forpliktelser. Et av de nye grepene er innføringen av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenestene og kommunalt betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter i sykehus. For å etablere et slikt tilbud til pasientene får kommunene samlet overført rundt 560 millioner kroner fra sykehusene. Hensikten med denne ordningen er å gi kommunene insentiv til å tenke forebygging og til å bygge opp tilbud der folk bor. Kommunene er også forpliktet til å etablere øyeblikkelig hjelp døgntilbud (senest fra 2016).

Samhandlingsreformen er omfattende og dette er i seg selv et forhold som øker risikoen for avvik, både med hensyn til etterlevelse av lovkrav og oppnåelse av fastsatte målsetninger.

Kontrollutvalget har i sitt vedtak om innspill til fokusområder for overordnet analyse/plan for forvaltningsrevisjon (sak 12/2012) framhevet temaet samhandlingsreformen. Revisjonen vurderer dette området som vesentlig, og at det finnes risiko for avvik på området.

Området er svært vesentlig fra et brukerperspektiv (brukere av helse- og omsorgstjenester/pasienter), spesielt i forhold til om det foreligger samordnede, helhetlige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Videre er området vesentlig for de som arbeider i kommunens helse- og omsorgstjeneste, og for kommunens administrative og politiske nivå, både sett i forhold til samarbeidet med helseforetakene, og organisering, styring og økonomi innenfor helse- og omsorgsarbeidet.

Det er ikke utført forvaltningsrevisjon på dette området tidligere. Det er grunn til å tro at det vil bli gjennomført statlig tilsyn på området i planperioden. Et statlig tilsyn vil imidlertid ha fokus på

andre områder enn det en forvaltningsrevisjon vil ha. En eventuell forvaltningsrevisjon bør tidligst startes opp i midten av planperioden (2014/2015), helst i slutten av planperioden (2016).»

1.1.2 Formål

Formålet med prosjektet er å undersøke hvordan Måsøy kommune har håndtert implementeringen av samhandlingsreformen. På bakgrunn av dette vil kommunen få belyst ulike sider ved egen praksis, og bli presentert for områder hvor det er muligheter for forbedringer.

1.2 Problemstillinger

Undersøkelsen er gjennomført på bakgrunn av én hovedproblemstilling og fem underproblemstillinger vedtatt av kontrollutvalget 15. november 2016 (sak 19/16).

Hovedproblemstillingen er som følger:

Har Måsøy kommune implementert samhandlingsreformen på en tilfredsstillende måte?

Undersøkelsen har følgende fem underproblemstillinger:

1. Er det etablert tilfredsstillende rutiner for samarbeid og informasjonsflyt?
2. Blir utskrivningsklare pasienter håndtert på en forsvarlig måte?
3. Har kommunen tilfredsstillende kontroll på sine utgifter for utskrivningsklare pasienter?
4. Har kommunen iverksatt tiltak som sikrer tilstrekkelig bemanning og kompetanse?
5. Har kommunen styrket det forebyggende arbeidet?

1.3 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er samlebetegnelsen på de krav og forventninger som brukes i den enkelte forvaltningsrevisjon for å vurdere den reviderte virksomhet. Kriteriene holdes opp mot faktagrunnlaget, og danner basis for de analyser og vurderinger som foretas, og de konklusjoner som trekkes.

1.3.1 Kilder til kriterier

Revisjonskriteriene i denne undersøkelsen er utledet fra følgende kilder:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)
- Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven)
- Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter
- Forskrift om oversikt over folkehelsen
- Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse og omsorgstjenesteloven)
- Prop. 90 L (2010-2011) Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)
- Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen
- Overordnet samarbeidsavtale mellom Finnmarkssykehuset HF (daværende Helse Finnmark HF) og Måsøy kommune (januar 2012)

- Tjenesteavtale nr. 5 mellom Finnmarkssykehuset HF (daværende Helse Finnmark HF) og Måsøy kommune; Ansvars- og oppgavefordeling ved opphold i, og utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten (februar 2012)
- Tjenesteavtale nr. 9 mellom Finnmarkssykehuset HF (daværende Helse Finnmark HF) og Måsøy kommune; Samarbeid om IKT-løsninger lokalt (oktober 2012)
- Tjenesteavtale nr. 10 mellom Finnmarkssykehuset HF (daværende Helse Finnmark HF) og Måsøy kommune; Samarbeid om forebygging (oktober 2012)
- KS: Rådmannens internkontroll: Hvordan få orden i eget hus?

1.3.2 Utledning av kriterier

På bakgrunn av kildene i forrige punkt er det utledet en rekke revisjonskriterier. Hvordan vi har kommet fram til kriteriene er beskrevet i rapportens vedlegg 2.

Revisjonskriteriene er som følger:

Samarbeid og informasjonsflyt

- Kommunen skal være involvert i det som skjer i Overordnet samarbeidsorgan
- Kommunen skal delta i lokalt faglig samarbeidsorgan
- Kommunen bør delta på de årlige samhandlingskonferansene
- Kommunen skal ha rutiner for kontakt med helseforetakets kommunekoordinator
- Det skal foreligge rutiner for håndtering av meldingsutveksling
- Det skal foreligge rutiner for håndtering av avvik

Håndtering av utskrivningsklare pasienter

- Kommunen bør være i stand til å ta imot pasienter på det tidspunkt de er vurdert som utskrivningsklare
- Kommunen skal ha rutiner for mottak av meldinger/varsler fra sykehus om innlagte pasienter
- Kommunen skal ha rutiner for mottak og svar på meldinger om utskrivningsklare pasienter
- Kommunen skal ha rutiner som sikrer forsvarlig mottak av utskrivningsklare pasienter

Kommunens kontroll med utgifter for utskrivningsklare pasienter

- Kommunens utgifter til sykehusopphold for utskrivningsklare pasienter bør vise en nedadgående tendens
- Kommunen bør ha rutiner som sikrer betryggende kontroll av betalingskrav fra sykehuset

Bemanning og kompetanse

- Kommunen skal sikre at ansatte får påkrevd etter- og videreutdanning
- Bemanningen i kommunens helse-, pleie- og omsorgstjenester bør vise en voksende trend
- Utdanningsnivået blant de ansatte i kommunens pleie- og omsorgstjenester bør vise en voksende trend

Det forebyggende arbeidet

- Kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen. Oversikten skal være gjenstand for oppdatering.
- Folkehelseoversikten skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi
- Kommunen skal i sitt arbeid med kommuneplaner fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet
- Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer
- Kommunen skal gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom

1.4 Metode

1.4.1 Datainnsamling

Metode er samlebetegnelsen på de framgangsmåtene som benyttes for å samle inn data som kan gi svar på problemstillingen i en undersøkelse. Framgangsmåten i denne undersøkelsen har vært intervju, dokumentanalyse og analyse av regnskapstall og KOSTRA-tall.

En nærmere redegjørelse for metode, framgangsmåte og kvalitetssikring framgår av rapportens vedlegg 3.

1.4.2 Avgrensing

Samhandlingsreformen inneholder en rekke elementer. Det har derfor vært nødvendig å gjøre en tematisk avgrensning av undersøkelsen. Undersøkelsen har ikke tatt for seg spesielle pasientgrupper, men systemer og rutiner som i utgangspunktet gjelder alle pasientgrupper. Tidsmessig er undersøkelsen i all hovedsak avgrenset til det som er tilstanden på undersøkelsestidspunktet. På enkelte punkter har vi imidlertid sett på utviklingen over tid. Dette gjelder liggetid for utskrivningsklare pasienter og ressurser/kompetanse i kommunens helse- og omsorgstjenester.

1.4.3 Dataenes gyldighet og pålitelighet

Med gyldige data menes at det skal være samsvar mellom formålet for undersøkelsen og de data som er samlet inn. Med pålitelige data menes at data skal være mest mulig presise og

nøyaktige. Det er gjort nærmere rede for hvordan dette er ivaretatt i denne undersøkelsen i rapportens vedlegg 3.

2 ER DET ETABLERT TILFREDSSTILLENDEN RUTINER FOR SAMARBEID OG INFORMASJONSFLYT?

2.1 Revisjonskriterier

- Kommunen skal være involvert i det som skjer i Overordnet samarbeidsorgan
- Kommunen skal delta i lokalt faglig samarbeidsorgan
- Kommunen bør delta på de årlige samhandlingskonferansene
- Kommunen skal ha rutiner for kontakt med helseforetakets kommunekoordinator
- Det skal foreligge rutiner for håndtering av meldingsutveksling
- Det skal foreligge rutiner for håndtering av avvik

2.2 Data

2.2.1 Overordnet samarbeidsorgan

Helse- og omsorgsleder har i intervju opplyst at kommunen ikke er representert i OSO, men at de gir innspill til saker per e-post før møter og at de får referat etterpå. Hun vurderer det slik at det er god dialog og at kommunen er godt orientert om det som skjer i OSO. Det virker for henne som OSO er god til å fange opp saker det er behov for å ta opp til behandling.

Revisjonen har fått tilsendt referat fra ett møte i Overordnet samarbeidsorgan.

2.2.2 Lokalt faglig samarbeidsorgan

Samhandlingsleder ved Finnmarkssykehuset har gitt revisjonen noen opplysninger vedrørende samarbeidsorganer for Finnmark generelt, og ikke spesielt for Måsøy kommune¹.

Samhandlingsleder har opplyst at kontakt/drøfting på faglig nivå har vært ivarettatt gjennom samhandlingskonferanser og at lokale samarbeidsutvalg er under etablering. Rådmanns-/direktørnivåets behov for inkludering ivaretas i Overordnet samarbeidsorgan.

Helse- og omsorgsleder har opplyst at hun ikke kjenner til at det har vært gjennomført møter på rådmanns-/direktørnivå og faglig nivå slik det står i Overordnet samarbeidsavtale at det skal gjøres (Dialogforum). Hun opplyser at Lokalt samarbeidsutvalg (LSU) er under etablering og at kommunen har meldt inn fungerende avdelingsleder sykehjem som sin representant. Hun er kjent med hvordan utvalget vil arbeide fordi det er utarbeidet et mandat.

Det framgår av e-post og protokoll fra Overordnet samarbeidsorgan at det er under etablering lokalt faglig samarbeidsutvalg som etter planen skal være i funksjon høsten 2017. Det skal opprettes et utvalg for Øst-Finnmark og et for Vest-Finnmark.

Hjemmesiden til Finnmarkssykehuset inneholder opplysninger om lokalt faglig samarbeidsorgan for Vest-Finnmark². Det framgår at organet er et partssammensatt, lokalt,

¹ Dette skjedde i telefonsamtale 9.8.2017.

² <https://finnmarkssykehuset.no/fag-og-forskning/samhandling/lokale-faglige-samarbeidsorganer/lokalt-faglig-samarbeidsorgan-vest-finnmark>

rådgivende organ mellom kommunene og Hammerfest sykehus. Det framgår også at det ble avholdt et konstituerende møte 14. september 2017, og at det har vært ordinære møter 23. november 2017 og 7. mars 2018. I henhold til møteplanen skulle det vært avholdt møter 30. mai 2018 og 5. september 2018, men siden det ikke er lagt ut referat fra disse møtene kan vi ikke si om det faktisk ble avviklet møte på disse datoene. Vi har fått opplyst fra kommunen at det ble avholdt et lyd-/bildemøte 13. september 2018, noe som kan tyde på at møtedatoen for møtet i september er endret.

Revisjonen har fått opplyst fra kommunen at Måsøy kommunes representant deltok på møtet 13. september 2018 og på ett av de foregående fire møtene.

2.2.3 Andre samhandlingsarenaer

Revisjonen har fått opplyst fra fungerende avdelingsleder sykehjem at kommunen hadde flere deltakere på samhandlingskonferansen i februar 2015. Etter det han kjenner til er dette den sist avholdte samhandlingskonferansen.

Etter det revisjonen kjenner til arrangeres det ikke årlige samhandlingskonferanser i regi av Finnmarkssykehuset. Vi er imidlertid kjent med at Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) gjennomfører samhandlingskonferanser hvert år, som også kommunene i Finnmark kan delta på. Den sist avholdte konferansen var 28. og 29. november 2017, mens inneværende års konferanse vil bli avholdt 27. og 28. november 2018.³

2.2.4 Kontakt med sykehusets kommunekoordinator

Helse- og omsorgsleder har opplyst at fungerende avdelingsleder sykehjem er kommunens kontaktperson opp mot sykehuset.

Fungerende avdelingsleder sykehjem har opplyst at han vet at det er en kommunekoordinator, men at han ikke har vært i kontakt med vedkommende. Han har ved behov kontaktet samhandlingsleder ved sykehuset. All kontakt med samhandlingsleder har vært per telefon.

2.2.5 Meldingsutveksling

Helse- og omsorgsleder har i e-post og intervju opplyst at kommunen har rutiner for meldingsutveksling, at de ikke er skriftliggjort, men at de fungerer godt. Hun har begrenset kunnskap om hvordan de praktiske rutinene er.

Revisjonen har innhentet nærmere opplysninger om hvordan rutinene er av fungerende avdelingsleder sykehjem, avdelingsavdelingsleder for hjemmetjenesten og en sykepleier på sykehjemmet. Dette behandles nærmere i kapittel 3 nedenfor.

2.2.6 Håndtering av avvik

Fungerende avdelingsleder sykehjem har i intervju opplyst at kommunen registrerer avvik i Finnmarkssykehusets avvikssystem på internett. Deres erfaring er at samhandlingskoordinator reagerer raskt på avviksmeldinger og at det hjelper å sende slike meldinger.

³ Dette framgår på nettsiden til UNN på adressen <https://unn.no/arrangementer/samhandlingskonferansen>.

2.3 Vurderinger

2.3.1 Overordnet samarbeidsorgan

Kommunen skal være involvert i det som skjer i Overordnet samarbeidsorgan. Revisjonen har inntrykk av at kommunen er godt orientert om det som skjer i Overordnet samarbeidsorgan, og at den er så sterkt involvert i organets arbeid som man kan forvente når den ikke selv er representert i organet.

2.3.2 Lokalt faglig samarbeidsorgan

Kommunen skal delta i lokalt faglig samarbeidsorgan. Kommunen har meldt inn en representant til lokalt faglig samarbeidsorgan for Vest-Finnmark, og har deltatt på to av de fem møtene i organet. Dette må anses å være en relativt lav andel. Vi mener derfor at kommunen har rom for forbedring når det gjelder dette punktet.

2.3.3 Andre samhandlingsarenaer

Kommunen bør delta på de årlige samhandlingskonferansene. Revisjonen har ikke fullstendig oversikt over samhandlingskonferansene som har vært avholdt for kommunene i Finnmark, men de opplysningene vi har fått tyder på at kommunen har vært på den sist avholdte samhandlingskonferansen i regi av Finnmarkssykehuset. Det har imidlertid vært gjennomført samhandlingskonferanser etter den tid i regi av Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) hvor også kommunene i Finnmark kunne delta. Vi mener derfor at kommunen kunne vært mer aktiv i forhold til å engasjere seg på andre samhandlingsarenaer enn dem som er nevnt tidligere.

2.3.4 Kontakt med sykehusets kommunekoordinator

Kommunen skal ha rutiner for kontakt med helseforetakets kommunekoordinator. Vår undersøkelse viser at kommunen ikke har kontakt med kommunekoordinator, men samhandlingsleder når det er behov for det. Vi kan ikke se at det er noe galt i dette, siden hovedsaken er at det er kommunikasjon mellom sykehuset og kommunen. Vi har imidlertid ikke tilstrekkelige opplysninger til å kunne si noe om hvor velfungerende denne kommunikasjonen er.

2.3.5 Meldingsutveksling

Det skal foreligge rutiner for håndtering av meldingsutveksling. Dette er behandlet nærmere i kapittel 3, men vi kan her bare si at det er etablert rutiner for meldingsutveksling og at det må betegnes som en svakhet at rutinene ikke er formalisert skriftlig.

2.3.6 Håndtering av avvik

Det skal foreligge rutiner for håndtering av avvik. Vår undersøkelse viser at kommunen har slike rutiner.

2.4 Konklusjon

Kommunen har delvis etablert tilfredsstillende rutiner for samarbeid og informasjonsflyt med helseforetaket. Kommunen er involvert i det som skjer i Overordnet samarbeidsorgan, den har rutiner for kontakt med samhandlingsleder i helseforetaket, og det er rutiner for meldingsutveksling og håndtering av avvik. Kommunen har imidlertid ikke i tilstrekkelig grad

deltatt på møter i lokalt faglig samarbeidsorgan og på samhandlingskonferanser, og har heller ikke skriftliggjort rutinene for meldingsutveksling.

3 BLIR UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER HÅNDTERT PÅ EN FORSVARLIG MÅTE?

3.1 Revisjonskriterier

- Kommunen bør være i stand til å ta imot pasienter på det tidspunkt de er vurdert som utskrivningsklare
- Kommunen skal ha rutiner for mottak av meldinger/varsler fra sykehus om innlagte pasienter
- Kommunen skal ha rutiner for mottak og svar på meldinger om utskrivningsklare pasienter
- Kommunen skal ha rutiner som sikrer forsvarlig mottak av utskrivningsklare pasienter

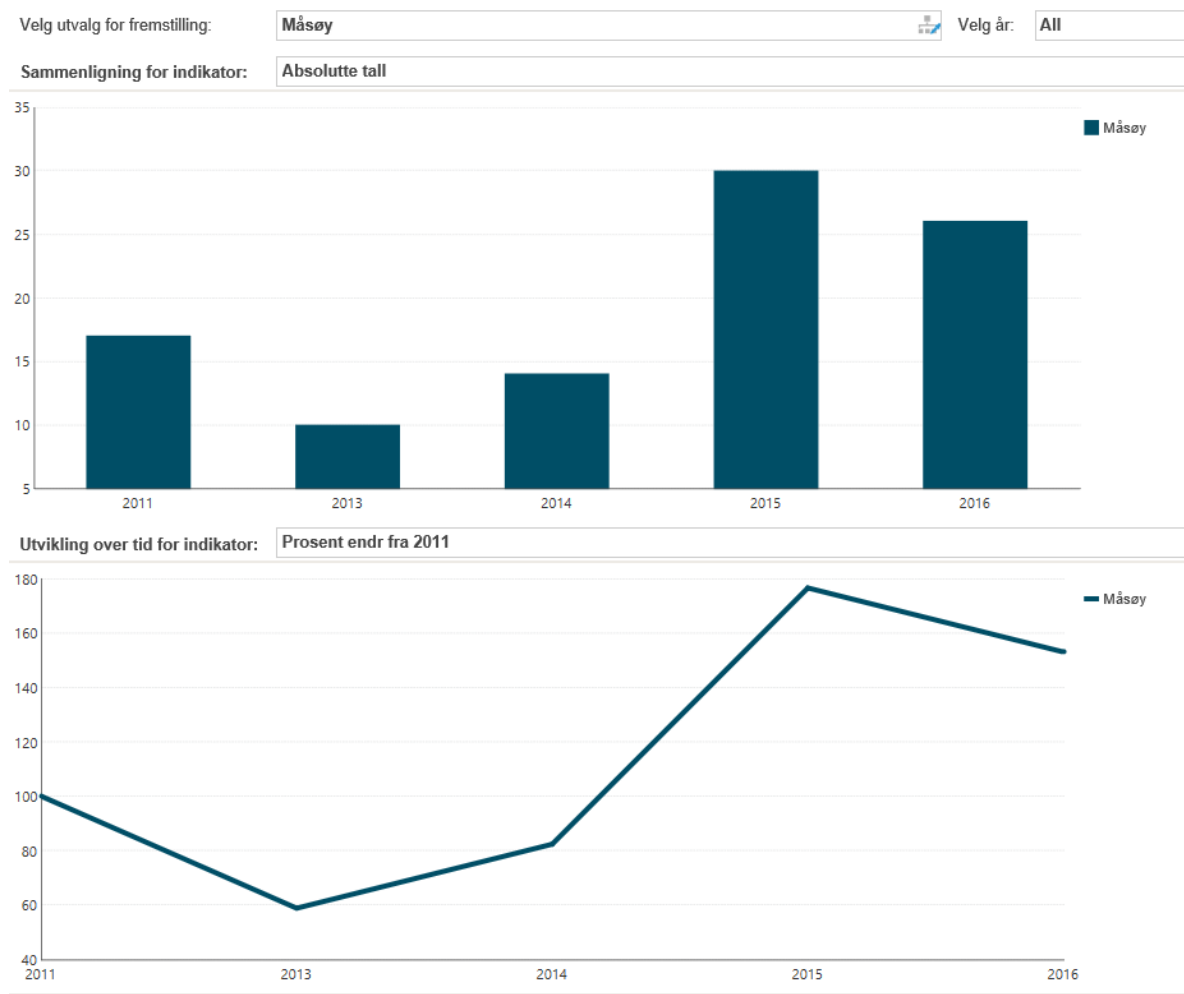
3.2 Data

3.2.1 Generelt

Flere av våre informanter i kommunen har beskrevet at situasjonen etter samhandlingsreformen er kjennetegnet ved at pasientene som skrives ut fra sykehus er sykere enn tidligere, og at dette naturlig nok er mer krevende å håndtere for kommunen. Reformen har ført til et større behov for spesialkompetanse i kommunen. Noen av informantene har også gitt uttrykk for at kommunen ikke er tilført ressurser som står i forhold til endringene i behovet for kommunale helse- og omsorgstjenester som har fulgt i kjølvannet av reformen.

3.2.2 Kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter

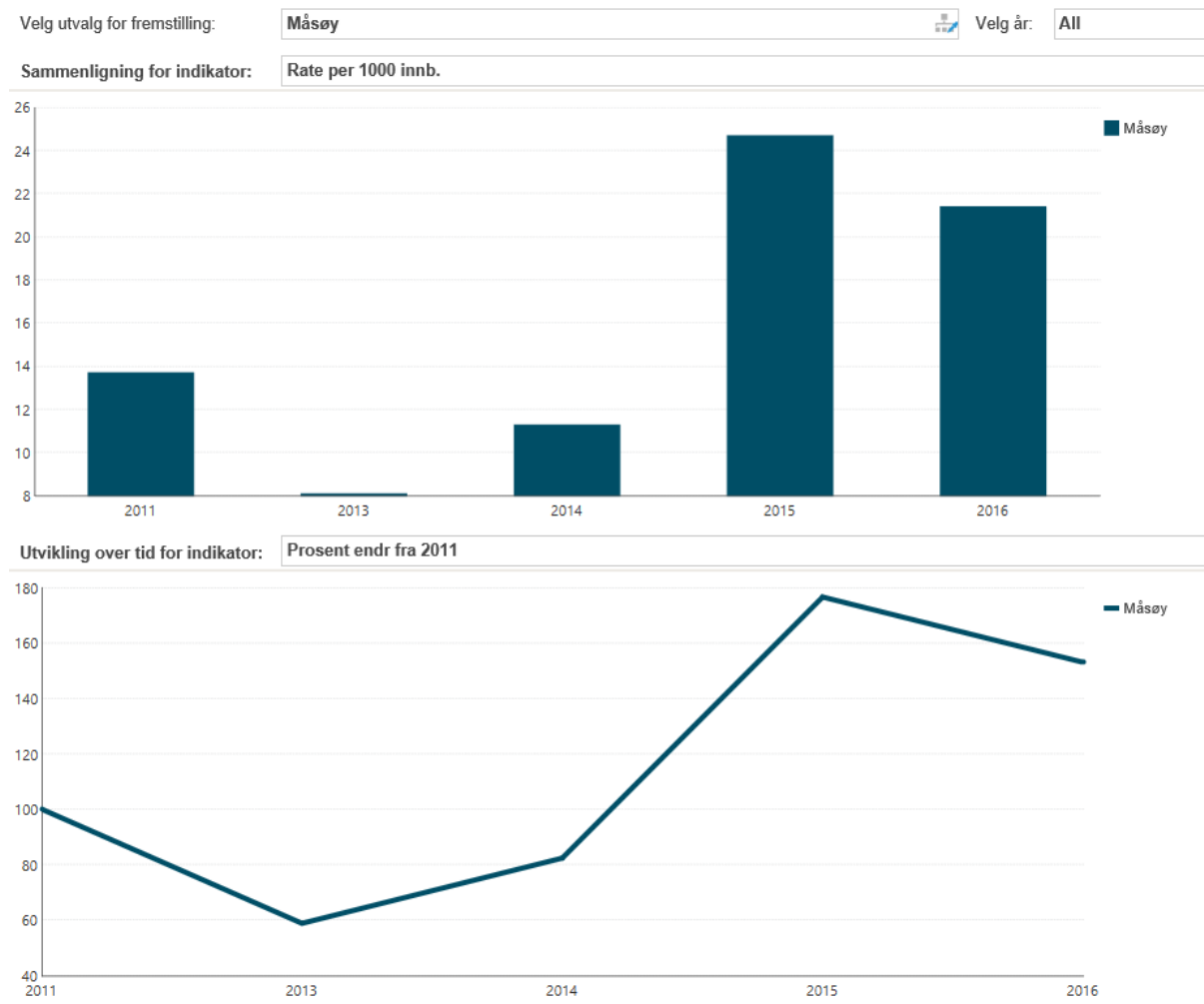
På Helsedirektoratets hjemmeside, under området «Samdata kommune», framgår data vedrørende samhandlingen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, blant annet liggedøgn for utskrivningsklare pasienter. Her finnes data for alle landets kommuner for perioden 2011-2016, presentert i diagramform. Vi har gjort følgende utdrag av det som gjelder liggedøgn for Måsøy kommune:

Figur 1: Antall liggedøgn, Måsøy kommune


Figuren viser at antall liggedøgn har variert i perioden, med en topp i 2015 da samlet antall liggedøgn var 30 døgn. For perioden sett under ett har det vært en økning fra 17 døgn i 2011 til 26 døgn i 2016.

Vi har også valgt å ta med oversikt over det relative nivået på liggedøgn (antall liggedøgn pr. 1000 innbyggere). Disse diagrammene ser slik ut:

Figur 2: Antall liggedøgn pr. 1 000 innbyggere, Måsøy kommune



Figuren viser antall liggedøgn i forhold til innbyggertall. Også dette tallet har variert i perioden, med en topp i 2015 og en økning perioden sett under ett.

Helsedirektoratet har gradert nivåene på de ulike områdene fra 1-6, hvor 1 er svært lavt og 6 er svært høyt. Når det gjelder sum liggedager for utskrivningsklare pasienter er Måsøy kommune på nivå 3 i 2011 og 2013, nivå 4 i 2014 og nivå 5 i 2015 og 2016⁴. Det vil si at sum liggedager for utskrivningsklare pasienter er gått fra «middels lavt» nivå i 2011 til «høyt» nivå i 2016.

Helse- og omsorgsleder har i intervju opplyst at det ikke er ofte kommunen ikke klarer å ta imot utskrivningsklare pasienter. Hun har videre fortalt at kommunen har fått skryt fra sykehuset om at de er flinke til å ta imot. De gangene kommunen ikke har kunnet ta imot er i perioder med sykefravær og/eller pasientene har vært særlig ressurskrevende. Noen ganger har de bevisst valgt ikke å ta imot og heller betale gebyret. Hennes vurdering er at det jevnt

⁴ Dette framgår på nettsiden <https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/7051023e-6dff-42bf-a8ea-28c689d117f8?e=false&vo=viewonly>

over er god kapasitet, men siden det er små forhold skal det lite til før det er fullt. Det varierer derfor mye om kommunen har ledig kapasitet eller ikke.

Fungerende avdelingsleder sykehjem opplyser at det i dag⁵ er ledig kapasitet, men at dette varierer. Avdelingsavdelingsleder for hjemmetjenesten har opplyst at det ikke har skjedd at hans avdeling ikke har klart å ta imot utskrivningsklare pasienter.

3.2.3 Rutine for mottak og svar på meldinger fra sykehus

Fungerende avdelingsleder sykehjem har i intervju opplyst at meldinger fra sykehuset sjekkes minst to ganger per vakt (det er tre vakter i døgnet). Det svares fortløpende på disse meldingene. Det foreligger ingen skriftlige rutiner for hvordan dette skal gjøres, men revisjonen er blitt vist hvordan dette utføres av en sykepleier på sykeavdelingen. Avdelingsleder har videre opplyst at det skal svares i meldingssystemet selv om det er gitt tilbakemelding på telefon.

Avdelingsleder for hjemmetjenesten har i intervju forklart at kommunen får melding om innlagte pasienter i systemet som brukes til meldingsutveksling, og at kommunen da sender informasjon om pasienten til sykehuset. Han beskriver at det er vakthavende sykepleier som har ansvaret for meldingsutvekslingen.

Fra vakthavende sykepleier har vi fått opplyst at meldingsutveksling skal skje i systemet «Profil», og vi er også blitt vist hvordan dette skjer i praksis. Hun forteller at hun bruker systemet, men at det ikke er alle som gjør det. De som ikke bruker systemet ringer til sykehuset, og så registreres dette i den enkelte pasients journal.

3.2.4 Rutine for mottak av utskrivningsklare pasienter

Revisjonen har fått opplyst i intervju med fungerende avdelingsleder sykehjem at det gjøres en vurdering av hvilket tilbud pasienten skal gis med utgangspunkt i anbefaling fra sykehuset (sykehjemsplass, hjemmehjelp eller ingenting). Pleierne på sykehjemmet vurderer om pasienten er frisk nok til å dra hjem.

Avdelingsleder for hjemmetjenesten har i intervju forklart at et inntaksteam gjør en vurdering hvis det kan være behov for sykehjemsplass (for eksempel slagpasienter). Faste medlemmer av inntaksteamet er helse- og omsorgsleder, fungerende avdelingsleder sykehjem og hjemmesykepleie, og så brukes lege og andre ressurser (blant annet innen rus/psykiatri) når det er nødvendig. Hjemmesykepleie kan tildeles umiddelbart. Avdelingsleder for hjemmetjenesten og leder for sykeavdelingen samarbeider om å håndtere meldingene fra sykehuset.

3.3 Vurderinger

3.3.1 Kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter

Kommunen bør være i stand til å ta imot pasienter på det tidspunkt de er vurdert som utskrivningsklare. Tilgjengelig statistikk viser at antall liggedøgn for utskrivningsklare pasienter i Måsøy kommune ikke er veldig høyt. Det er imidlertid bekymringsverdig at utviklingen er negativ, og at Helsedirektoratet har klassifisert nivået på liggedøgn i 2016 som høyt. Det foreligger ikke tall for 2017 ennå, men størrelsen på gebyrene kommunen er ilagt i

⁵ 22. juni 2017.

perioden januar – juni 2017⁶ (11 døgn mot 15 i hele 2016) tilsier at den positive utviklingen fra 2015 til 2016 ikke har fortsatt. Det vil i så fall si at antall liggedøgn for utskrivningsklare pasienter fortsatt er på et høyt nivå. Det er således vår oppfatning at kommunen ikke i tilstrekkelig grad er i stand til å ta imot pasienter på det tidspunkt de er vurdert som utskrivningsklare.

3.3.2 Rutine for mottak og svar på meldinger fra sykehus

Kommunen skal ha rutiner for mottak av meldinger/varsler fra sykehus om innlagte pasienter og for mottak og svar på meldinger om utskrivningsklare pasienter. Revisjonen er blitt forklart hvordan dette skal gjøres av lederne for henholdsvis sykehjem og hjemmetjenestene, og en sykepleier har vist oss hvordan det praktisk blir gjort i systemet for meldingsutveksling. Fra denne sykepleieren har vi også fått opplyst at det ikke er alle som bruker meldingssystemet slik det forutsettes, og i stedet ringer til sykehuset og registrerer dette i pasientjournalen.

Revisjonen vurderer det slik at det er en svakhet at det ikke foreligger skriftlige rutiner som beskriver hvordan meldingsutveksling skal skje. Vi kan ikke utelukke at dette er årsaken til at noen ansatte ikke bruker meldingssystemet som forutsatt. Det kan også ha sammenheng med mangelfull opplæring og uklare instruksjoner. På denne bakgrunn mener vi at kommunens rutiner for mottak av meldinger/varsler fra sykehus om innlagte pasienter og for mottak og svar på meldinger om utskrivningsklare pasienter ikke er fullt ut tilfredsstillende.

3.3.3 Rutine for mottak av utskrivningsklare pasienter

Kommunen skal ha rutiner som sikrer forsvarlig mottak av utskrivningsklare pasienter. Vår vurdering er at kommunen har slike rutiner.

3.4 Konklusjon

Kommunen har ikke fullt ut sikret at utskrivningsklare pasienter blir håndtert på en forsvarlig måte. Kommunen har rutiner som sikrer forsvarlig *mottak* av utskrivningsklare pasienter, men antall liggedøgn for utskrivningsklare pasienter er på et relativt høyt nivå, og rutinene for mottak av meldinger/varsler fra sykehus om innlagte pasienter og for mottak og svar på meldinger om utskrivningsklare pasienter er ikke fullt ut tilfredsstillende.

⁶ Se kapittel 4.2.1.

4 HAR KOMMUNEN TILFREDSSTILLENDEN KONTROLL PÅ SINE UTGIFTER FOR UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER?

4.1 Revisjonskriterier

- Kommunens utgifter til sykehusopphold for utskrivningsklare pasienter bør vise en nedadgående tendens
- Kommunen bør ha rutiner som sikrer betryggende kontroll av betalingskrav fra sykehuset

4.2 Data

4.2.1 Gebyr for utskrivningsklare pasienter

Revisjonen har mottatt en oversikt fra kommunen over bokførte gebyrer for ikke mottatt pasient. Denne viser følgende:

Tabell 1: Gebyrer for manglende mottak av utskrivningsklare pasienter 2012 - juni 2017

År	Sum gebyrer	Antall døgn
2012	0	0
2013	0	0
2014	46 805	10
2015	118 489	25
2016	72 080	15
Januar-juni 2017	50 842	11

Tabellen viser at gebyrene økte betydelig fra 2014 til 2015, at det var en reduksjon i 2016 og at det første halvår i 2017 er ilagt gebyrer som nesten tilsvarer det som ble ilagt i hele 2016.

4.2.2 Kontroll av gebyr

I intervju har vi fått opplyst at det er avdelingsleder som kontrollerer gebyrkravene. I og med at kravene har vedrørt pasienter som skulle til sykehjemmet er kravene kontrollert av fungerende avdelingsleder sykehjem. Avdelingsleder har i intervju opplyst at han går gjennom meldingsutvekslingen vedrørende den aktuelle pasient og sjekker at det er reelt at kommunen har gitt beskjed om at de ikke har kunnet ta imot pasienten.

4.3 Vurderinger

4.3.1 Gebyr for utskrivningsklare pasienter

Kommunens utgifter til sykehusopphold for utskrivningsklare pasienter bør vise en nedadgående tendens. Gebyrene kommunen er ilagt for utskrivningsklare pasienter har naturlig nok sammenheng med antall liggedøgn for utskrivningsklare pasienter. Ilagte gebyrer viser således en økende trend. Siden det er sammenheng mellom disse størrelsene, og betydningen av antall liggedøgn er vurdert under kapittel 3.3.1, finner vi ikke grunn til å legge stor vekt på hvordan gebyrutviklingen har vært så langt i vurderingen av kommunens implementering av samhandlingsreformen.

4.3.2 Kontroll av gebyr

Kommunen bør ha rutiner som sikrer betryggende kontroll av betalingskrav fra sykehuset. Vår vurdering er at kommunen har slike rutiner.

4.4 Konklusjon

Kommunen har tilfredsstillende kontroll med sine utgifter (gebyrer) for utskrivningsklare pasienter.

5 HAR KOMMUNEN IVERKSATT TILTAK SOM SIKRER TILSTREKKELIG BEMANNING OG KOMPETANSE?

5.1 Revisjonskriterier

- Kommunen skal sikre at ansatte får påkrevd etter- og videreutdanning
- Utdanningsnivået blant de ansatte i kommunens pleie- og omsorgstjenester bør vise en voksende trend
- Bemanningen i kommunens helse-, pleie- og omsorgstjenester bør vise en voksende trend

5.2 Data

5.2.1 Etter- og videreutdanning

Måsøy kommune har utarbeidet en strategisk kompetanseplan (for perioden 2013-2016), som vi har fått opplyst skal revideres i 2017. Planen peker på hvilken kompetanse som er nødvendig for nå målene som er satt lokalt og for å realisere formålene med samhandlingsreformen, hvilken kompetanse som er tilgjengelig og hvilken kompetanse som bør brukes bedre, utvikles eller anskaffes.

Helse- og omsorgsleder har i intervju opplyst at kommunen har som målsetning å ha god grunnbemanning, med fagfolk i alle fagstillinger. Det er vanskelig å rekruttere sykepleiere, så det må brukes ufaglærte i noen av stillingene. Ufaglærte oppfordres til å ta fagutdanning (fagbrev) og kommunen har 6-7 ansatte (kanskje enda flere) som har tatt fagbrev etter at de ble ansatt. Legekontoret gjennomfører ukentlig internopplæring i ulike emner. Her kan fagansvarlig spille inn hva det er behov for opplæring i. Det gjennomføres også e-læringskurs. Alle som skal håndtere medikamenter må ta egne kurs for dette.

Helse- og omsorgsleder og avdelingsleder for hjemmetjenesten opplyser at de høsten 2017 skal begynne på et studium innen lederutdanning for primærhelsetjenesten på BI.

Fungerende avdelingsleder sykehjem har i intervju fortalt at kommunen har utdannet flere helsefagarbeidere. To hjelpepleiere har utdanning innen velferdsteknologi og det er mye kompetanseheving på hjelpepleiernivå. Han har videre opplyst at kommunen skal gjennomføre mer e-læring. Når det gjelder egen utdanning siden innføringen av samhandlingsreformen forteller han at han har gjennomført instruktørkurs i legevaktsystem.

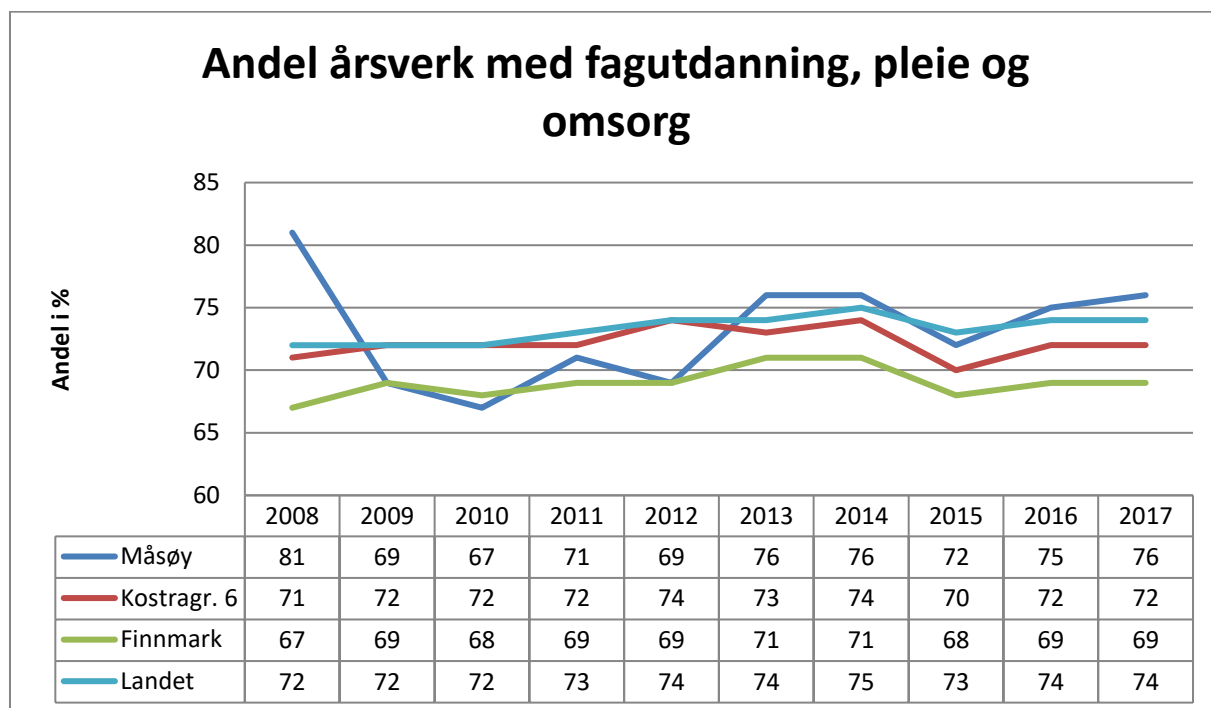
Avdelingsleder for hjemmetjenesten har i intervju med revisjonen opplyst at alle ansatte i hjemmetjenesten, med unntak av en vikar, er fagutdannet (sykepleier eller helsefagarbeider), og at alle har gjennomført kurs i demensomsorg, medikamenthåndtering og observasjonskompetanse. Noen har spesialisering i smertelindring og to har master i distriktssykepleie.

5.2.2 Utdanningsnivå

Fra KOSTRA-databasen er det hentet ut tall vedrørende utdanningsnivået i pleie og omsorg de siste ti årene. Andel årsverk i brukerrettede tjenester med fagutdanning viser følgende

utvikling sammenlignet med gjennomsnittet for KOSTRA-gruppe 6⁷, Finnmark, landet utenom Oslo og hele landet:

Figur 3: Andel årsverk i brukerrettede tjenester med fagutdanning, pleie og omsorg, 2008-2017

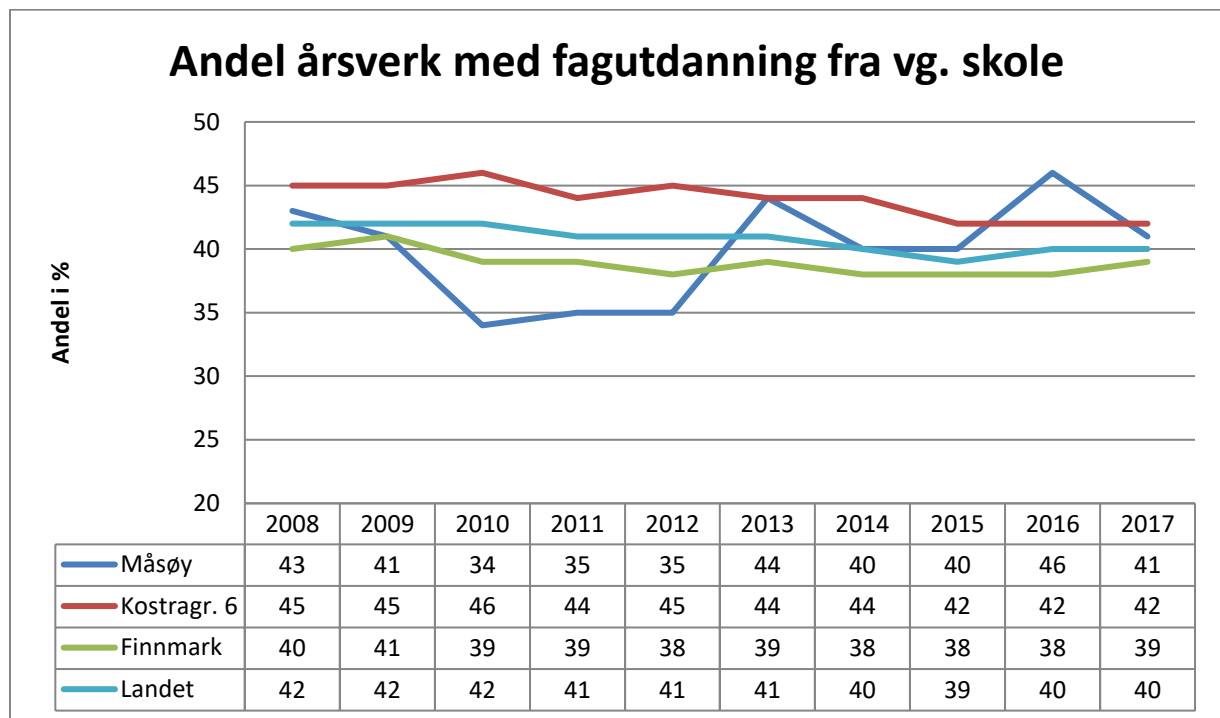


Figuren viser at andel årsverk med fagutdanning innen pleie- og omsorgstjenestene i Måsøy kommune har variert i perioden. Det var et markant fall fra 2008 til 2009, men i årene etter har andelen vært stigende. Ved innføringen av samhandlingsreformen var andelen lavere eller på samme nivå som gruppene det sammenlignes med. Ved utgangen av perioden er andelen imidlertid høyere enn gjennomsnittet i alle gruppene.

⁷ Statistisk Sentralbyrå har delt kommunene inn i grupper basert på innbyggertall og kommuneregnskap for 2013. Hensikten er å komme fram til sammenlignbare kommuner. Måsøy kommune er i KOSTRA-gruppe 6.

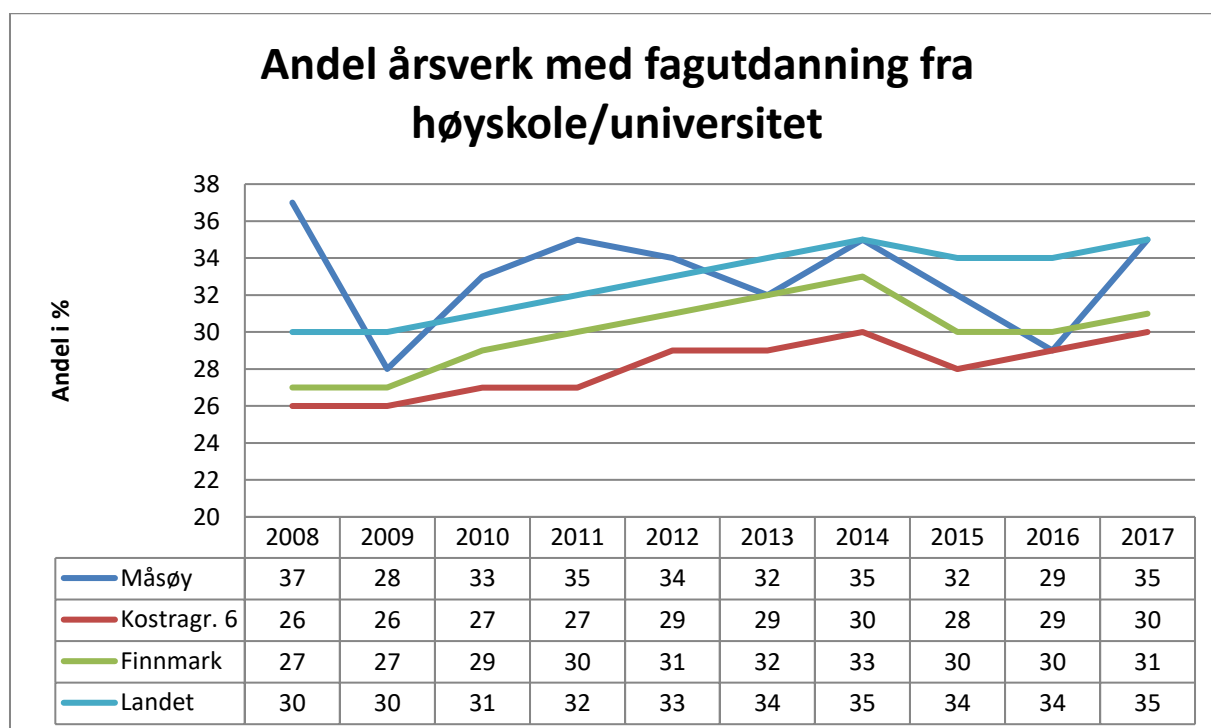
Andel årsverk med fagutdanning fordeler seg slik på fagutdanning fra henholdsvis videregående skole og høyskole/universitet:

Figur 4: Andel årsverk med fagutdanning fra videregående skole, pleie og omsorg, 2008-2017



Figuren viser at det for perioden sett under ett har vært en nedgang i andelen fagutdanning fra videregående skole i Måsøy kommune. Siden innføringen av samhandlingsreformen har det imidlertid vært en økning. Både ved inngangen og utgangen av perioden har andelen vært på omtrent samme nivå som de grupper det sammenlignes med.

Figur 5: Andel årsverk med fagutdanning fra høyskole/universitet, pleie og omsorg, 2008-2017



Figuren viser at det var en markant nedgang i andelen fagutdannede med høyere utdanning i Måsøy kommune fra 2008 til 2009, og at det har vært en økning etter den tid, dog med noen svingninger i perioden. Andelen er omtrent uendret siden innføringen av samhandlingsreformen. I 2017 er andelen høyere enn gjennomsnittet for KOSTRA-gruppe 6 og Finnmark, og på samme nivå som landsgjennomsnittet.

5.2.3 Bemanning

Vi har hentet ut tall fra KOSTRA-databasen som viser antall årsverk i kommunens pleie- og omsorgstjenester de siste ti årene. Disse er framstilt grafisk på neste side.

Figur 6: Årsverk innen pleie og omsorg, 2008-2017



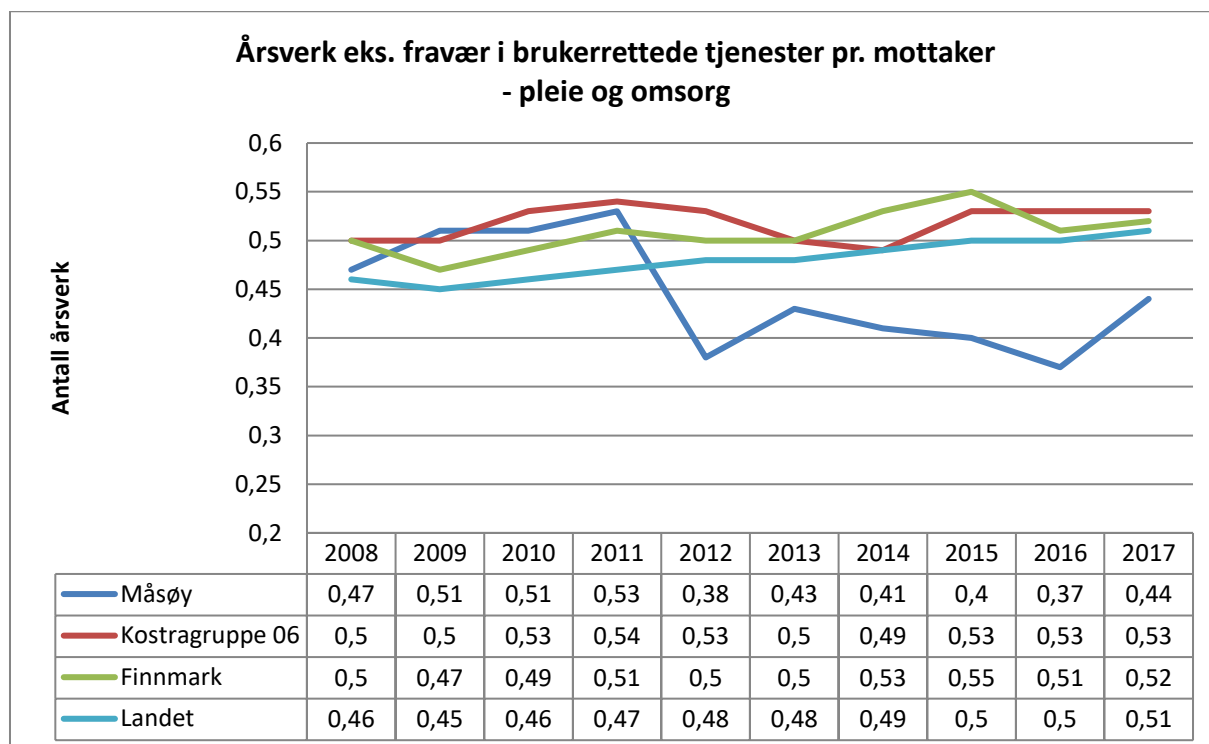
Figuren viser at det har vært en relativt stabil bemanning i perioden, men at det har vært en betydelig økning det siste året. Økningen fra 2016 til 2017 er på 12 prosent.

Vi har ikke tatt med tilsvarende tall for kommunens helsetjenester (lege, helsesøster mv.) fordi dette området er mye mindre enn pleie- og omsorgsområdet når det gjelder antall årsverk, og ikke vil kunne endre det helhetlige bildet av hvordan utviklingen i kommunens bemanning har vært i vesentlig grad.

Vi har videre hentet ut data fra Statistisk Sentralbyrå (KOSTRA-databasen) som gjelder antall årsverk kommunen bruker per mottaker av brukerrettede tjenester innen pleie og omsorg de siste ti årene. Disse tallene er sammenlignet med gjennomsnittet for KOSTRA-gruppe 6⁸, Finnmark og hele landet. Dataene framgår i diagrammet på neste side.

⁸ Statistisk Sentralbyrå har delt kommunene inn i grupper basert på innbyggertall og kommuneregnskap for 2013. Hensikten er å komme fram til sammenlignbare kommuner. Måsøy kommune er i KOSTRA-gruppe 6. Denne gruppen består av 47 kommuner som alle er små kommuner med høye bundne kostnader per innbygger og høye frie disponible inntekter. Åtte av kommunene i Finnmark er i denne gruppen, blant annet Lebesby, Gamvik og Berlevåg.

Figur 7: Årsverk eksklusiv fravær i brukerrettede tjenester pr. mottaker, pleie og omsorg, 2008-2017



Figuren viser at det har vært et betydelig fall i det relative bemanningsnivået fra 2011 til 2012 i Måsøy kommune, og at det har ligget rundt dette nivået fram til 2017, hvor det var en betydelig økning. Det relative bemanningsnivået har siden 2012 ligget godt under gjennomsnittet for de gruppene det sammenlignes med, men har det siste året nærmet seg nivået i disse gruppene.

5.3 Vurderinger

5.3.1 Etter- og videreutdanning

Kommunen skal sikre at ansatte får påkrevd etter- og videreutdanning. Vår undersøkelse viser at kommunen har fokus på dette. Kompetanseplanen angir hvordan kommunen skal arbeide med kompetanseheving, og vi har fått beskrevet en rekke eksempler på gjennomførte kompetansehevingstiltak. Om dette er tilstrekkelig for å kunne levere forsvarlige tjenester er det vanskelig for revisjonen å vurdere, men ut fra de opplysninger vi har fått finner vi ikke grunn til å anmerke noen mangler på dette punktet.

5.3.2 Utdanningsnivå

Utdanningsnivået blant de ansatte i kommunens pleie- og omsorgstjenester bør vise en voksende trend. Statistikken viser at andelen med fagutdanning har økt betydelig siden innføringen av samhandlingsreformen, og at kommunen nå⁹ har en høyere andel fagutdannede enn gjennomsnittet i både KOSTRA-gruppe 6, Finnmark og landet. Hvordan dette fordeler seg på fagutdannede på videregående skole-nivå og høyskole-/universitetsnivå har variert, men de sist tilgjengelige tallene viser at andelen høyskole-/universitetsutdannede er på nivå med landsgjennomsnittet og betydelig over gjennomsnittet for KOSTRA-gruppe 6 og kommunene i Finnmark. I en situasjon hvor det er utfordringer med å rekruttere og beholde ansatte med dette utdanningsnivået må dette anses å være klart positivt.

⁹ Pr. 2017.

5.3.3 Bemanning

Bemanningen i kommunens helse-, pleie- og omsorgstjenester bør vise en voksende trend. Statistikken viser at det inntil 2016 ikke var noen økning i bemanningen, men at dette endret seg i 2017, hvor antall årsverk økte med 12 prosent fra året før. Det vil vi karakterisere som en betydelig økning. Den gradvise økningen vi forventet å se etter innføringen av samhandlingsreformen har imidlertid ikke funnet sted. Det virker for oss rimelig å tro at den manglende styrkingen av sektoren i årene etter reformen har medført en belastning på kommunens personale i helse- og omsorgstjenestene. Dette gjenspeiles også i statistikken over årsverk per bruker, som viser at Måsøy kommune har et relativt bemanningsnivå som ligger betydelig under gjennomsnittet i alle gruppene vi sammenligner med. Dette gjelder også for 2017, selv om spriket mellom Måsøy kommune og gjennomsnittet for de andre gruppene nå ikke lenger er så stort som det har vært de tidligere årene.

Oppsummert vil vi si at det er positivt at kommunen har styrket bemanningen det siste året, men at denne styrkingen burde ha skjedd tidligere. Ut fra vår analyse av tilgjengelig tallmateriale kan det se ut til å være nødvendig med ytterligere styrking av bemanningen i helse- og omsorgstjenestene framover.

5.4 Konklusjon

Kommunen har i vesentlig grad iverksatt tiltak som sikrer tilstrekkelig bemanning og kompetanse. Det gjennomføres etter- og videreutdanning, andelen fagutdannede har vært økende og er nå på et relativt høyt nivå, og det har vært en økning i bemanningen i helse- og omsorgstjenestene siste år. Det var imidlertid ingen styrking av personellressursene i helse- og omsorgstjenestene de første årene etter innføringen av samhandlingsreformen, og det relative bemanningsnivået (årsverk per bruker) er fortsatt under gjennomsnittet i grupper det kan sammenlignes med.

6 HAR KOMMUNEN STYRKET DET FOREBYGGENDE ARBEIDET?

6.1 Revisjonskriterier

- Kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen
Oversikten skal være gjenstand for oppdatering.
- Folkehelseoversikten skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi
- Kommunen skal i sitt arbeid med kommuneplaner fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet
- Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer
- Kommunen skal gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom

6.2 Data

6.2.1 Folkehelseoversikt

Folkehelseutfordringene i Måsøy kommune er kartlagt og formalisert i dokumentet «Folkehelse i Måsøy». Det framgår ikke direkte hvem som har utarbeidet dokumentet eller når det er avlagt (dokumentet er usignert og udatert), men det synes ut fra forordet å være utarbeidet av en «folkehelsegruppe» sammensatt av ledende ansatte i kommunen. I dokumentet nevnes seks aktuelle satsningsområder og det foreslås to hovedprioriteringer. Formannskapet og kommunestyret har sluttet seg til disse anbefalingene høsten 2016.

I saksframlegget til kommunestyrets behandling av «Folkehelse i Måsøy» framgår det at kommunen er med i fylkeskommunens treårige prosjekt «Nærmiljø og lokalsamfunn som fremmer folkehelse», som er et kartleggings- og utviklingsarbeid litt på siden av arbeidet folkehelsegruppa i kommunen gjør. Revisjonen har fått opplyst at oppvekstleder har ansvaret for kommunens deltakelse i dette prosjektet. Oppvekstleder har forklart at prosjektet går ut på å finne nye måter og ny kunnskap som kan belyse påvirkning på folkehelse. Det er et 3-årig prosjekt hvor kommunen skal samle inn data, analysere og bearbeide og slik forbedre sin lovpålagte oversikt over folkehelse og påvirkningsfaktorer i kommunen – med særlig blick på nærmiljøfaktorer. Hun opplyser videre at kommunen hadde en prosjektleder som ikke kom ordentlig i gang med å finne problemstilling eller metode, og at de etter jul har engasjert en person på timebasis som har gjennomført en befolkningsundersøkelse for å belyse hvordan kommunen kan øke trivsel, fellesskap og tilknytning i lokalsamfunnet. Arbeidet er så vidt kommet inn i analysedelen. Opprinnelig var prosjektet 3-årig (2016 – 2018), men kommunen kom sent i gang og står i fare for å falle ut fordi de ikke har hatt tilstrekkelig progresjon. Det skal vurderes etter juni om kommunen fremdeles får midler og kan fortsette – eller om de avslutter og bruker det de har gjort lokalt.

6.2.2 Folkehelseoversikten i kommunens planstrategi

Den sist vedtatte planstrategi i Måsøy kommune er for perioden 2012-2015. Her står det følgende i punkt 4.11 «Levekår og folkehelsen»: *«Hvordan kan folkehelseinstituttets folkehelseprofil for kommunen brukes i planleggingen? Hvilke problemer innenfor helse og miljø er mest utpreget i Måsøy og hvordan skal vi planlegge for å redusere dette? Utfordringer med rusmisbruk og relaterte psykiske plager. Kommunen må arbeide aktivt og målrettet mot barn/ungdom i faresonen.»*

6.2.3 Folkehelsearbeid i kommunens planer

Kommunestyret i Måsøy kommune vedtok i januar 2013 kommuneplanens samfunnsdel for perioden 2013-2025. Planens punkt 3.7 «Helse og omsorg» inneholder en generell beskrivelse av folkehelsearbeid og konkrete utfordringer i Måsøy basert på folkehelseprofilen 2012. Folkehelse er også omtalt i kapittel 5 «Satsningsområder - med mål og strategier». I punkt 5.7 framgår det at kommunen har satt seg som mål at den skal jobbe aktivt med forebyggende og helsefremmende aktiviteter for hele befolkningen og at strategiene er:

- 1) at kommunens tjenester skal dreies mot forebygging og helsefremming framfor behandling,
- 2) at kommunen skal ha god kunnskap om befolkningens helse og helseutfordringer,
- 3) at den skal ha tilbud om veiledning om kosthold/ernæring, fysisk aktivitet, rus og psykisk helse, og
- 4) bidra til lavterskeltilbud som styrker folkehelsen.

6.2.4 Tiltak for å møte folkehelseutfordringene

Helse- og omsorgsleder har i intervju opplyst at folkehelse helt bevisst er lagt inn under ansvarsområdet til oppvekst, og ikke helse. Hun forteller at det har vært mange forebyggende tiltak i kommunens regi. Blant annet nevner hun at fysioterapi har hatt et opplegg for å redusere/forebygge overvekt blant barn og unge og at kommunen har anlagt eller vedlikeholder skiløyper, turstier og «perleturer». Videre forteller hun at Oppvekst gjennomfører friluftsskole en uke på sommeren og en uke på høsten, og at det planlegges sykkelcrossbane hvor kommunen vil bidra i et spleiselag med idrettslaget.

Avdelingsleder for hjemmetjenesten viser til tidligere folkehelsekoordinator når det gjelder folkehelsearbeidet i kommunen. Han forteller at det har vært fokus på barn med fedme, det er trimgruppe for psykisk syke, trim/styrke for eldre og hverdagsmestringsgruppe i samarbeid med Hammerfest kommune. Det er videre et forebyggende arbeid innenfor rus/psykiatri.

På Måsøy kommunes hjemmeside på internett er det opplysninger om Frisklivssentralen i kommunen¹⁰. Det framgår her at det er fysioterapeuten som driver sentralen og at tjenestene som tilbys er kostholdskurs og fysisk aktivitet i grupper. Formålet med sentralen er å tilby hjelp til å endre levevaner med fokus på helsefremmende faktorer og mestring av egen helse. Konkret tilbys «Bra mat-kurs» og fysisk aktivitet i grupper to dager i uken.

På kommunen hjemmeside framkommer det også at kommunen har en psykisk helse- og rustjeneste¹¹, og at denne har som oppgave å gi bistand/hjelp til personer med psykiske lidelser/problemer og/eller rusproblemer, mennesker i krise eller som befinner seg i en

¹⁰ <https://www.masoy.kommune.no/frisklivssentralen.413423.no.html>

¹¹ <https://www.masoy.kommune.no/psykisk-helse.36970.no.html>

vanskelig livssituasjon. Tilbudet er gratis og et lavterskeltilbud. Det nevnes følgende eksempler på tiltak:

- Kartlegging og målsetting for oppfølging
- Koordinering/samarbeid i forhold til andre hjelpeinstanser
- Individuell plan - ved behov for langvarige og koordinerte tjenester
- Miljørettede tiltak

6.2.5 Informasjon, råd og veiledning

Her vises det til forrige punkt, hvor det gjøres rede for tiltak som også omfatter å gi informasjon, råd og veiledning om hva kommunens innbyggere kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom.

6.3 Vurderinger

6.3.1 Folkehelseoversikt

Kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen. Oversikten skal være gjenstand for oppdatering. Revisjonens undersøkelse viser at kommunen har en folkehelseoversikt som senest er behandlet politisk høsten 2016. Kommunen har også deltatt i et prosjekt som går ut på å forbedre den lovpålagte helseoversikten. Vår vurdering er at kommunen har gjort det som kreves på dette området.

6.3.2 Folkehelseoversikten i kommunens planstrategi

Folkehelseoversikten skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi. Vi har funnet at den sist vedtatte planstrategien er for perioden 2012-2015. I denne er folkehelseinstituttets folkehelseprofil nevnt, men ikke kommunens egen folkehelseoversikt, noe vi antar har sammenheng med at planstrategien er utarbeidet før folkehelseoversikten. Det vi finner grunn til å anmerke på dette punktet er at gjeldende planstrategi er utdatert. Hadde den vært oppdatert kunne helseoversikten vært innarbeidet slik det stilles krav om.

6.3.3 Folkehelsearbeid i kommunens planer

Kommunen skal i sitt arbeid med kommuneplaner fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet. Vår undersøkelse viser at kommuneplanens samfunnsdel for perioden 2013-2025 inneholder slike mål og strategier.

6.3.4 Tiltak for å møte folkehelseutfordringene

Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer. Strategiene som er nevnt under kapittel 6.2.3 er knyttet til dreining mot forebygging framfor behandling, kunnskap om innbyggernes helseutfordringer, veiledningstilbud innen kosthold, fysisk aktivitet, rus og psykisk helse og lavterskeltilbud. Så vidt vi kan se har kommunen iverksatt tiltak innenfor alle disse strategiene. Selv om det alltid er mulig å gjøre mer på dette området finner vi ikke grunnlag for å påpeke noen mangler i kommunens arbeid når det gjelder å iverksette tiltak for å møte innbyggernes folkehelseutfordringer.

6.3.5 Informasjon, råd og veiledning

Kommunen skal gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom. Noen av de forebyggende tiltak som er behandlet under forrige punkt omfatter også å gi informasjon, råd og veiledning. Kommunen har således gjort det som kan kreves av dem på dette området.

6.4 Konklusjon

Kommunen har styrket det forebyggende arbeidet. Det er utarbeidet en oversikt over helsetilstanden til innbyggerne i kommunen, overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet er innarbeidet i kommuneplanens samfunnsdel, det er iverksatt tiltak knyttet til strategiene og det gis informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom. Folkehelseoversikten har imidlertid ikke ligget til grunn for arbeidet med kommunens gjeldende planstrategi.

7 KONKLUSJONER

7.1 Er det etablert tilfredsstillende rutiner for samarbeid og informasjonsflyt?

Kommunen har delvis etablert tilfredsstillende rutiner for samarbeid og informasjonsflyt med helseforetaket. Kommunen er involvert i det som skjer i Overordnet samarbeidsorgan, den har rutiner for kontakt med samhandlingsleder i helseforetaket, og det er rutiner for meldingsutveksling og håndtering av avvik. Kommunen har imidlertid ikke i tilstrekkelig grad deltatt på møter i lokalt faglig samarbeidsorgan og på samhandlingskonferanser, og har heller ikke skriftliggjort rutinene for meldingsutveksling.

7.2 Blir utskrivningsklare pasienter håndtert på en forsvarlig måte?

Kommunen har ikke fullt ut sikret at utskrivningsklare pasienter blir håndtert på en forsvarlig måte. Kommunen har rutiner som sikrer forsvarlig *mottak* av utskrivningsklare pasienter, men antall liggedøgn for utskrivningsklare pasienter er på et relativt høyt nivå, og rutinene for mottak av meldinger/varsler fra sykehus om innlagte pasienter og for mottak og svar på meldinger om utskrivningsklare pasienter er ikke fullt ut tilfredsstillende.

7.3 Har kommunen tilfredsstillende kontroll på sine utgifter for utskrivningsklare pasienter?

Kommunen har tilfredsstillende kontroll med sine utgifter (gebyrer) for utskrivningsklare pasienter.

7.4 Har kommunen iverksatt tiltak som sikrer tilstrekkelig bemanning og kompetanse?

Kommunen har i vesentlig grad iverksatt tiltak som sikrer tilstrekkelig bemanning og kompetanse. Det gjennomføres etter- og videreutdanning, andelen fagutdannede har vært økende og er nå på et relativt høyt nivå, og det har vært en økning i bemanningen i helse- og omsorgstjenestene siste år. Det var imidlertid ingen styrking av personellressursene i helse- og omsorgstjenestene de første årene etter innføringen av samhandlingsreformen, og det relative bemanningsnivået (årsverk per bruker) er fortsatt under gjennomsnittet i grupper det kan sammenlignes med.

7.5 Har kommunen styrket det forebyggende arbeidet?

Kommunen har styrket det forebyggende arbeidet. Det er utarbeidet en oversikt over helsetilstanden til innbyggerne i kommunen, overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet er innarbeidet i kommuneplanens samfunnsdel, det er iverksatt tiltak knyttet til strategiene og det gis informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom. Folkehelseoversikten har imidlertid ikke ligget til grunn for arbeidet med kommunens gjeldende planstrategi.

7.6 Hovedkonklusjon

Måsøy kommune har delvis implementert samhandlingsreformen på en tilfredsstillende måte. Kommunen har styrket det forebyggende arbeidet, kompetansen i helse- og omsorgstjenestene er på et relativt høyt nivå og det synes å være etablert rutiner som sikrer forsvarlig mottak av utskrivningsklare pasienter. Det gikk imidlertid lang tid før bemanningen i helse- og omsorgstjenestene ble økt, ytterligere økning i bemanning og kapasitet ser ut til å kunne være nødvendig, og det er bare delvis etablert tilfredsstillende rutiner for samarbeid og informasjonsflyt med helseforetaket.

8 ANBEFALINGER

På bakgrunn av de funn og vurderinger som er gjort i denne undersøkelsen anbefaler revisjonen at Måsøy kommune iverksetter følgende tiltak:

- Deltar på møtene i lokalt faglig samarbeidsorgan for Vest-Finnmark
- Deltar på samhandlingskonferanser arrangert av Finnmarkssykehuset eller Universitetssykehuset i Nord-Norge når dette anses hensiktsmessig
- Utarbeider skriftlige rutiner for - eller veiledning i - hvordan meldingsutveksling mellom kommunen og sykehuset skal foregå
- Gir tilstrekkelig opplæring i hvordan meldingsutveksling mellom kommunen og sykehuset skal foregå
- Vurderer om bemanningen i helse- og omsorgstjenestene er på riktig nivå
- Justerer kapasiteten i helse- og omsorgstjenestene på en måte som gjør det mulig å ta imot alle pasienter når de er utskrivningsklare fra sykehus
- Utarbeider en planstrategi hvor kommunens folkehelseoversikt har ligget til grunn for arbeidet

9 KILDER OG LITTERATUR

Lovverk

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)
- Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven)
- Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter
- Forskrift om oversikt over folkehelsen

Lovforarbeider

- Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse og omsorgstjenesteloven)
- Prop. 90 L (2010-2011) Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)

Veiledere

- Helse- og omsorgsdepartementet: Nasjonal veileder; *Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak* (2011)

Stortingsmeldinger

- Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen*

Tjenesteavtaler

- Overordnet samarbeidsavtale mellom Finnmarkssykehuset HF (daværende Helse Finnmark HF) og Måsøy kommune (januar 2012)
- Tjenesteavtale nr. 5 mellom Finnmarkssykehuset HF (daværende Helse Finnmark HF) og Måsøy kommune; Ansvars- og oppgavefordeling ved opphold i, og utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten (februar 2012)
- Tjenesteavtale nr. 9 mellom Finnmarkssykehuset HF (daværende Helse Finnmark HF) og Måsøy kommune; Samarbeid om IKT-løsninger lokalt (oktober 2012)
- Tjenesteavtale nr. 10 mellom Finnmarkssykehuset HF (daværende Helse Finnmark HF) og Måsøy kommune; Samarbeid om forebygging (oktober 2012)

Kommunale dokumenter

- Måsøy kommune: Folkehelse i Måsøy (behandlet i kommunestyret 13.10.2016)
- Måsøy kommune: Planstrategi 2012-2015 (vedtatt av kommunestyret 6.9.2012)
- Måsøy kommune: Kommuneplanens samfunnsdel 2013-2025 (vedtatt av kommunestyret 31.1.2013)

- Måsøy kommune: Strategisk kompetanseplan for helse- og omsorgstjenesten 2013-2016 (behandlet av kommunestyret 19.12.2013)

Referat

- Referat fra møter i Overordnet samarbeidsorgan (OSO) (2016-2017)

Vedtekter

- Vedtekter for Overordnet samarbeidsorgan (OSO)

Andre kilder

- KS: Rådmannens internkontroll: Hvordan få orden i eget hus? (2015)

Internett

Finnmarkssykehuset: Lokalt faglig samarbeidsorgan for Vest-Finnmark:
<https://finnmarkssykehuset.no/fag-og-forskning/samhandling/lokale-faglige-samarbeidsorganer/lokalt-faglig-samarbeidsorgan-vest-finnmark>

Universitetssykehuset i Nord-Norge: Samhandlingskonferanser:
<https://unn.no/arrangementer/samhandlingskonferansen>

Helsedirektoratet: Samhandlingsstatistikk:
<https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata-kommune>

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

Måsøy kommune: Frisklivssentralen:
<https://www.masoy.kommune.no/frisklivssentralen.413423.no.html>

Måsøy kommune: Psykisk helse- og rustjeneste:
<https://www.masoy.kommune.no/psykisk-helse.36970.no.html>

VEDLEGG 1: RÅDMANNENS KOMMENTARER

Rådmannen har i brev mottatt per e-post 21. november 2018 uttalt følgende om rapporten:

Rådmannen tar forvaltningsrevisjonsrapporten «Måsøy kommune, 2013-2016, Samhandlingsreformen» til etterretning og vil sørge for at kommunerevisjonens anbefalinger blir fulgt.

Følgende tiltak vil bli eller er allerede iverksatt:

- *Deltagelse på møter i lokalt faglig samarbeidsorgan for Vest-Finnmark skal prioriteres.*
- *Det skal være deltagelse på samhandlingskonferanser arrangert av Finnmarkssykehuset eller Universitetssykehuset i Nord-Norge når sektorleder/virksomhetsleder finner det hensiktsmessig.*
- *Virksomhetsleder skal sørge for at det blir utarbeidet skriftlige rutiner - eller veiledning i - hvordan meldingsutveksling mellom kommunen og sykehuset skal foregå. Nødvendig opplæring i meldingsutveksling må settes i system.*
- *Riktig nivå på bemanningen i helse- og omsorgstjenesten blir vurdert i forbindelse med en omorganiseringsprosess i sektoren. Det er foretatt en "rydding" i tjenestens virkeområde og bemanningsplanen tilpasses de driftsmessige endringer som gjøres.*
- *Tjenesten skal tilstrebe å være i stand til å ta imot alle utskrivningsklare pasienter fra sykehus til riktig tid. Iverksatte tiltak som er gjort i 2018 har medført bedre flyt i omsorgstrappen og på den måten er forutsetningen for måloppnåelse større.*
- *Det er planlagt å utarbeide en planstrategi for Måsøy kommune i 2019 og kommunens folkehelseoversikt vil bli tatt med i dette arbeidet.*

VEDLEGG 2: REVISJONSKRITERIER

Samarbeid og informasjonsflyt

Ett av satsingsområdene i samhandlingsreformen er økt samarbeid og samhandling mellom kommuner og helseforetak (sykehus). Dette for å få til gode og helhetlige pasientforløp.¹²

I helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 annet ledd heter det at kommunen skal samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat, slik at helse- og omsorgstjenesten i landet best mulig kan virke som en enhet. Kravet til slikt samarbeid er nærmere konkretisert i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6. I § 6-1 framgår det at kommunen (ved kommunestyret selv) skal inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helseregionen eller med helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer. Det heter videre at samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. I § 6-2 angis det nærmere innholdet i disse avtalene.¹³

Måsøy kommune og Finnmarkssykehuset HF har inngått én overordnet avtale, 11 tjenesteavtaler og en ledsageravtale, som danner grunnlaget for oppgavefordeling og samarbeid på ulike områder. Avtalene omfatter en rekke samarbeidsrutiner, herunder deltakelse i overordnet samarbeidsorgan (OSO), deltakelse i dialogforum, kommunekoordinator, håndtering av meldingsutveksling og håndtering av avvik. Tjenesteavtale nr. 5 er revidert i november 2016. I og med at denne revideringen er så fersk er revisjonskriteriene utledet fra den opprinnelige avtalen inngått i februar 2012. Helseforetaket vil i det følgende bli benevnt Finnmarkssykehuset HF, og ikke Helse Finnmark HF som det står i de fleste avtalene, siden dette er det gjeldende navnet på foretaket.

Overordnet samarbeidsorgan

I overordnet samarbeidsavtale mellom Finnmarkssykehuset HF og Måsøy kommune punkt 6.1 framgår det at det skal etableres et overordnet samarbeidsorgan (OSO), sammensatt av fem representanter fra kommunene i Finnmark og 5 representanter fra Finnmarkssykehuset HF. Kommunenes representanter velges av styret i KS Finnmark¹⁴. Organets formål er å legge til rette for gode og sammenhengende pasientprosesser ved å utvikle et velfungerende samarbeid mellom kommunene og Finnmarkssykehuset HF.

I og med at kommunenes representanter i OSO velges av KS, og det til enhver tid bare er fem representanter fra kommunene, kan det ikke kreves eller forventes at alle kommuner er direkte involvert i organets arbeid. Det må imidlertid kunne forventes at kommuner som ikke har egne representanter holder seg orientert om det som skjer i organet, og kommer med innspill til nye saker og til saker som er til behandling, når kommunen mener det er nødvendig. Alle kommuner skal derfor – i større eller mindre grad – være involvert i det som skjer i OSO.

Andre samhandlingsarenaer

Samhandlingsleder ved Finnmarkssykehuset har overfor revisjonen gitt noen opplysninger som vedrører samarbeidsorganer for Finnmark generelt, og ikke spesielt for Måsøy

¹² Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse og omsorgstjenesteloven), på side 327.

¹³ Praksis er at det inngås én overordnet avtale og 11 tjenesteavtaler.

¹⁴ Dette framgår av Overordnet samarbeidsorgans vedtekter, § 3 første avsnitt andre setning.

kommune¹⁵. Samhandlingsleder opplyste at kontakt/drøfting på faglig nivå har vært ivaretatt gjennom *samhandlingskonferanser* og at lokale samarbeidsutvalg er under etablering. Rådmanns-/ direktørnivåets behov for inkludering ivaretas i Overordnet samarbeidsorgan.

Det framgår av protokoll fra møte i Overordnet samarbeidsorgan¹⁶ at det skal etableres *lokale faglige samarbeidsorgan* for henholdsvis Øst-Finnmark og Vest-Finnmark fra høsten 2017. I disse organene har hver kommune i nedslagsområdet én representant, men det åpnes også for at flere kommuner kan samarbeide om en felles representant. Det framgår videre at fastlege, kommuneoverlege og ansatt fra sykepleieledelsen bør være representert. Representantene fra helseforetaket vil bestå av klinikkssjef, en enhetsleder fra somatisk sykehus, enhetsleder fra klinikk psykisk helsevern og rus og en overlege innen området indremedisin/geriatri.

Helseforetakets kommunekoordinator

I overordnet samarbeidsavtale mellom Finnmarkssykehuset HF og Måsøy kommune punkt 6.3 framgår det at Finnmarkssykehuset HF skal ha en kommunekoordinator, som skal fungere som bindeledd mellom sykehuset og kommunene. Dette forutsetter at kommunen også har «*èn klar adressat*» vedrørende samhandlingsspørsmål mellom tjenesteyterne.¹⁷

Rutiner for meldingsutveksling

God samhandling forutsetter at det er etablert hensiktsmessige rutiner for kommunikasjon mellom sykehus og kommunen. I flere av de inngåtte tjenesteavtalene er det forutsatt at det finnes systemer for meldingsutveksling mellom sykehus og kommunen.¹⁸ Ett av målene i samhandlingsreformen er at meldingsutvekslingen skal skje elektronisk.¹⁹ Dette framgår også av tjenesteavtale nr. 9 mellom Måsøy kommune og Finnmarkssykehuset HF (pkt. 3). Her heter det at samarbeid om IKT-løsninger og utvikling av IKT-systemer lokalt er av stor betydning for å få til god samhandling.

Rutiner for håndtering av avvik

I overordnet samarbeidsavtale mellom Finnmarkssykehuset HF og Måsøy kommune punkt 10 framgår det at avvik skal håndteres etter nærmere definerte retningslinjer.

Utleddning av revisjonskriterier:

På bakgrunn av det som er nevnt ovenfor kan det utledes følgende revisjonskriterier:

- Kommunen skal være involvert i det som skjer i Overordnet samarbeidsorgan
- Kommunen skal delta i lokalt faglig samarbeidsorgan
- Kommunen bør delta på de årlige samhandlingskonferansene
- Kommunen skal ha rutiner for kontakt med sykehusets kommunekoordinator
- Det skal foreligge rutiner for håndtering av meldingsutveksling
- Det skal foreligge rutiner for håndtering av avvik

¹⁵ Telefonsamtale 9. august 2017.

¹⁶ Protokoll fra møte avholdt 5.12.2016, sak 46/2016.

¹⁷ Se overordnet avtale mellom Måsøy kommune og Finnmarkssykehuset HF, tredje avsnitt bokstav e).

¹⁸ Se blant annet tjenesteavtale nr. 3, nr. 5 og nr. 9.

¹⁹ St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, på side 136.

Håndtering av utskrivningsklare pasienter

Mottak av utskrivningsklare pasienter: Liggetid – Utvikling

Ett av målene med samhandlingsreformen har vært å overføre ansvaret for og ressurser knyttet til utskrivningsklare pasienter fra sykehusene til kommunene.²⁰ I forbindelse med reformen har kommunen fått full betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter.²¹ I dette ligger det et økonomisk insitament til å etablere kommunale plasser med lavere kostnader, med muligheter til å bruke de sparte midlene til andre helsetiltak.

En pasient defineres som utskrivningsklar når lege på sykehus vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten.²² Hensikten er at utskrivningsklare pasienter skal overføres til kommunene så snart de er ferdigbehandlet, slik at man frigjør kapasitet i spesialisthelsetjenesten, og får behandlet pasientene på lavest mulig omsorgsnivå, som er kommunehelsetjenesten (dersom det er behov for det). Statistikk som viser antall liggedøgn på sykehus for utskrivningsklare pasienter gir en indikasjon på om kommunen ivaretar sin rolle i denne sammenheng.

Håndtering av meldinger/varsler om innlagte pasienter

I tjenesteavtale nr. 5 mellom Måsøy kommune og Finnmarkssykehuset HF pkt. 4.1 (Helseforetakets ansvar og oppgaver) framgår det at sykehuset skal sende melding til aktuell instans i kommunen med informasjon om forventet eller endret behov for kommunale tjenester etter utskriving. I samme tjenesteavtale pkt. 5.3.1 heter det at sykehuset skal sende varsel til kommunen om innlagt pasient dersom pasienten vurderes å kunne ha behov for hjelp fra kommunal helse- og omsorgstjeneste etter utskriving. Et slikt varsel skal minimum inneholde pasientens status, antatt forløp og forventet utskrivningstidspunkt. Dette skal gjøre kommunen i stand til å planlegge sin håndtering av utskrivningsklare pasienter. En forutsetning for dette er at kommunen har rutiner for mottak av slike meldinger/varsler.

Håndtering av meldinger fra sykehuset om utskrivningsklare pasienter

I tjenesteavtale nr. 5 mellom Måsøy kommune og Finnmarkssykehuset HF pkt. 4.3.1 (Helseforetakets ansvar og oppgaver) skal sykehuset varsle aktuell instans i kommunen om at pasienten er utskrivningsklar. I forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter § 11 første ledd fremgår det at kommunen straks skal gi beskjed til sykehuset om de kan ta imot pasienten etter å ha mottatt varsel om utskrivningsklar pasient fra sykehuset. Videre skal kommunen sørge for et forsvarlig mottak av pasient hjemme eller i kommunal institusjon.²³ En forutsetning for at dette fungerer på en forsvarlig måte er at kommunen har rutiner for mottak av meldinger fra sykehuset om utskrivningsklare pasienter.

Håndtering av pasienter som har blitt utskrevet

I tjenesteavtale nr. 5 mellom Måsøy kommune og Finnmarkssykehuset HF pkt. 4.3.1 (Kommunens ansvar og oppgaver) framgår det at kommunen skal ha forsvarlig mottak av pasient hjemme eller i kommunal institusjon. For at pasienter blir mottatt på en forsvarlig

²⁰ St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, på side 32.

²¹ St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, på side 106.

²² Se tjenesteavtale nr. 5 mellom Måsøy kommune og Finnmarkssykehuset HF, pkt. 5.3.2.

²³ Tjenesteavtale nr. 5 mellom Måsøy kommune og Finnmarkssykehuset HF pkt. 4.3.1 (Kommunens ansvar og oppgaver).

måte forutsetter det at kommunen har rutiner for avklaring av pasientenes hjelpebehov i kommunen samt at kommunen faktisk tilbyr den hjelp til pasienten som er foreskrevet.

Utleddning av revisjonskriterier:

På bakgrunn av det som er nevnt ovenfor kan det utledes følgende revisjonskriterier:

- Kommunen bør være i stand til å ta imot pasienter på det tidspunkt de er vurdert som utskrivningsklare
- Kommunen skal ha rutiner for mottak av meldinger/varsler fra sykehus om innlagte pasienter
- Kommunen skal ha rutiner for mottak og svar på meldinger om utskrivningsklare pasienter
- Kommunen skal ha rutiner som sikrer forsvarlig mottak av utskrivningsklare pasienter

Kommunens kontroll med utgifter for utskrivningsklare pasienter

Ett av målene med samhandlingsreformen har vært å overføre ansvaret for og ressurser knyttet til utskrivningsklare pasienter fra sykehusene til kommunene.²⁴ I forbindelse med reformen har kommunen fått full betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter.²⁵ I dette ligger det et økonomisk insitament til å etablere kommunale plasser med lavere kostnader, med muligheter til å bruke de sparte midlene til andre helsetiltak.

I forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter § 13 første ledd heter det at kommunen skal betale for utskrivningsklare pasienter som er innlagt i sykehus i påvente av et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud. I tjenesteavtale nr. 5 mellom Måsøy kommune og Finnmarkssykehuset HF pkt. 5.4.1 framgår det at betalingskravet gjelder fra og med den dagen sykehuset har varslet om at pasienten er utskrivningsklar. Betalingskravet gjelder til den datoen kommunen melder fra om at kommunen er klar til å ta imot pasienten.

Kommunens utgifter knyttet til utskrivningsklare pasienter kan sees på som en indikasjon på om kommunen har kontroll på dette området eller ikke. Videre vil kommunens kontroll med betalingskrav (faktura med mer) fra sykehuset kunne være av betydning for kommunens utgifter på dette området. Dette innebærer blant annet kontroll med at betalingskrav gjelder riktig periode og at betalingskrav gjelder pasienter som faktisk er utskrivningsklare.²⁶ Dette sikres blant annet gjennom etterlevelse av anbefalte krav til håndtering av fakturaer/utbetalinger.²⁷

²⁴ St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, på side 32.

²⁵ St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, på side 106.

²⁶ Tjenesteavtale nr. 5 mellom Måsøy kommune og Finnmarkssykehuset HF pkt. 9 omhandler prosedyrer som gjelder ved uenighet mellom kommunen og Finnmarkssykehuset HF om betalingskrav.

²⁷ Se for eksempel KS: Rådmannens internkontroll: Hvordan holde orden i eget hus?, på side 21. Se også PWC: Internkontroll i kommuner (2009), på side 16.

Utledning av revisjonskriterier:

På bakgrunn av det som er nevnt på forrige side kan det utledes følgende revisjonskriterier:

- Kommunens utgifter til sykehusopphold for utskrivningsklare pasienter bør vise en nedadgående tendens
- Kommunen bør ha rutiner som sikrer betryggende kontroll av betalingskrav fra sykehuset

Bemanning og kompetanse

Bemanning

I St.meld. nr. 47 (2008-2009) heter det at kommunale helsetjenester gjennomgående er billigere enn spesialisthelsetjenestens tjenester.²⁸ Det heter videre at dersom kommunene oppgraderer tilbudet av helsetjenester før, i stedet for etter sykehusopphold, vil de kommunale tjenestene i noen grad kunne erstatte de dyrere spesialisthelsetjenestene. Det heter videre at reformen skal bidra på en slik måte at et *«helhetlig pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON)»*. I den sammenheng heter det videre at en framtidig kommunerolle vil kreve en tydeligere politikkutforming med hensyn til innhold, fagutvikling/kvalitet, kompetanse, utdanning, forskning m.v. I samhandlingsreformen legges det til grunn at den forventede veksten i behov i en samlet helsetjeneste i størst mulig grad *«må finne sin løsning i kommunene»*.²⁹ Videre er det lagt til grunn at veksten i legeressurser *«i hovedsak skal komme i kommunene»*.³⁰ Dette må igjen sees i sammenheng med kommunenes økte ansvar for å ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehus.

Kompetanse

I helse- og omsorgstjenesteloven § 8-2 framgår det at kommunen skal sørge for at egne ansatte som utfører tjeneste eller arbeid etter denne loven, får påkrevd videre- og etterutdanning. Dette innebærer at kommunen skal sørge for at dens ansatte som utfører tjeneste eller arbeid etter helse- og omsorgstjenesteloven får påkrevet videre- og etterutdanning, slik at de kan holde sine kvalifikasjoner ved like.³¹ Tradisjonelt sikter etterutdanning mot ajourføring, supplering og komplettering av grunnutdanning med sikte på å vedlikeholde kompetanse, og å bedre mestringen i den stilling som innehas. Videreutdanning kjennetegnes ved at den tar sikte på å gi kvalifikasjoner på et høyere nivå enn det grunnutdanningen gir.

For at samhandlingsreformen skal lykkes forutsettes det at det må arbeides med helsepersonellens kompetanse i sektoren.³² I St.meld. nr. 47 (2008-2009) sies det at å rekruttere og beholde personell er en viktig forutsetning for god kvalitet på tjenesten i kommunenes pleie- og omsorgstjeneste, og vil bli en stor utfordring i gjennomføringen av samhandlingsreformen.³³ Det heter videre at blant annet gode faglige arbeidsmiljøer og

²⁸ St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, på side 27.

²⁹ St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, på side 26.

³⁰ St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, på side 26 og 29.

³¹ Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), på side 500.

³² St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, på side 125.

³³ St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, på side 125.

muligheter for fagutvikling innenfor sitt felt er viktige virkemidler i denne sammenheng. Konkrete virkemidler i den sammenheng vil være de ansattes muligheter til å delta på kurs og kunne ta etter- og videreutdanning. Kompetanseplaner vil også være et nyttig verktøy i så henseende.

Utledning av revisjonskriterier:

På bakgrunn av det som er nevnt ovenfor kan det utledes følgende revisjonskriterier:

- Kommunen skal sikre at ansatte får påkrevd etter- og videreutdanning
- Bemanningen i kommunens helse-, pleie- og omsorgstjenester bør vise en voksende trend
- Utdanningsnivået blant de ansatte i kommunens pleie- og omsorgstjenester bør vise en voksende trend

Det forebyggende arbeidet

Ett av de sentrale satsingsområdene i samhandlingsreformen er det forebyggende folkehelsearbeidet. Som en følge av dette ble kommunene pålagt større ansvar for dette arbeidet gjennom lov. Kommunenes arbeid med å drive helsefremmende og forebyggende arbeid er nedfelt i folkehelseloven, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3. Med folkehelsearbeid menes samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen, jf. folkehelseloven § 3 bokstav b).

I folkehelseloven § 4 første ledd framgår det at 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.

I folkehelseloven § 5 framgår det at kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Oversikten skal være skriftlig og identifisere folkehelseutfordringene i kommunen, herunder vurdere konsekvenser og årsaksforhold. Nærmere krav til oversiktens innhold er fastsatt i forskrift om oversikt over folkehelsen § 3. Oversikten skal omfatte opplysninger om og vurderinger av befolkningssammensetning, oppvekst- og levekårsforhold, fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø, skader og ulykker, helserelatert atferd og helsetilstand. Det framgår videre at kommunen skal ha en løpende oversikt over folkehelsen, som skal dokumenteres på hensiktsmessig måte.

Den nevnte folkehelseoversikten skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi, jf. folkehelseloven § 6 annet ledd. 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.

Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer, jf. folkehelseloven § 7 første ledd. 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, jf. folkehelseloven § 7 annet ledd. Helseopplysning innebærer både kunnskapsformidling, bevisstgjøring og holdningsskapende arbeid med mål om endret adferd.³⁴ Helseopplysning bør videre rette seg mot arenaer der man når aktuelle målgrupper, og forskjellige virkemidler kan tas i bruk, herunder kampanjer, skriftlig materiell, direkte kommunikasjon, sosiale medier mv.

I tjenesteavtale nr. 10 mellom Måsøy kommune og Finnmarkssykehuset HF reguleres partenes ansvar for å bidra i det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeidet. Partene har blant annet som felles oppgave å bidra til at befolkningen sikres et helhetlig tilbud om helsefremmende og sykdomsforebyggende tjenester på tvers av forvaltningsnivåer (pkt. 4.1). Kommunen har blant annet ansvar for å bidra til en samlet folkehelsestatistikk og oversikt over nødvendige helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak for alle befolkningsgrupper i kommunen (pkt. 6.1). Kommunen er videre ansvarlig for tidlig intervensjon og god koordinering av forebyggende innsats.

Utleddning av revisjonskriterier:

På bakgrunn av det som er nevnt ovenfor kan det utledes følgende revisjonskriterier:

- Kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen
Oversikten skal være gjenstand for oppdatering.
- Folkehelseoversikten skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi
- Kommunen skal i sitt arbeid med kommuneplaner fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet
- Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer
- Kommunen skal gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom

³⁴ Prop. 90 L (2010-2011) Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven), på side 211.

Tabell 2: Koblingsskjema - revisjonskriterier

Underproblemstilling	Revisjonskriterier	Kilder til revisjonskriterier
<i>Er det etablert tilfredsstillende rutiner for samarbeid og informasjonsflyt?</i>	- Kommunen skal være involvert i det som skjer i Overordnet samarbeidsorgan - Kommunen skal delta i lokalt faglig samarbeidsorgan - Kommunen bør delta på de årlige samhandlingskonferansene - Kommunen skal ha rutiner for kontakt med sykehusets kommunekoordinator - Det skal foreligge rutiner for håndtering av meldingsutveksling - Det skal foreligge rutiner for håndtering av avvik	Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6 Overordnet samarbeidsavtale mellom Måsøy kommune og Finnmarkssykehuset HF Tjenesteavtale nr. 9 mellom Måsøy kommune og Finnmarkssykehuset HF Vedtak fattet av Overordnet samarbeidsorgan
<i>Blir utskrivningsklare pasienter håndtert på en forsvarlig måte?</i>	- Kommunen bør være i stand til å ta imot pasienter på det tidspunkt de er vurdert som utskrivningsklare - Kommunen skal ha rutiner for mottak av meldinger/varsler fra sykehus om innlagte pasienter - Kommunen skal ha rutiner for mottak og svar på meldinger om utskrivningsklare pasienter - Kommunen skal ha rutiner som sikrer forsvarlig mottak av utskrivningsklare pasienter	St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen kapittel 9.5.2 Tjenesteavtale nr. 5 mellom Måsøy kommune og Finnmarkssykehuset HF Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter
<i>Har kommunen tilfredsstillende kontroll på sine utgifter for utskrivningsklare pasienter?</i>	- Kommunens utgifter til sykehusopphold for utskrivningsklare pasienter bør vise en nedadgående tendens - Kommunen bør ha rutiner som sikrer betryggende kontroll av betalingskrav fra sykehuset	St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen kapittel 9.5.2 Generelle krav til internkontroll i kommuner KS: Rådmannens internkontroll: Hvordan få orden i eget hus?
<i>Har kommunen iverksatt tiltak som sikrer tilstrekkelig bemanning og kompetanse?</i>	- Kommunen skal sikre at ansatte får påkrevd etter- og videreutdanning - Bemanningen i kommunens helse-, pleie- og omsorgstjenester bør vise en voksende trend - Utdanningsnivået blant de ansatte i kommunens pleie- og omsorgstjenester bør vise en voksende trend	Helse- og omsorgstjenesteloven § 8-2 St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, kapittel 3.3.3 St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, kapittel 13

<i>Har kommunen styrket det forebyggende arbeidet?</i>	• Kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen • Oversikten skal være gjenstand for oppdatering. • Folkehelseoversikten skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi • Kommunen skal i sitt arbeid med kommuneplaner fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet • Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer • Kommunen skal gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom	Lov om folkehelse §§ 3 til 7 Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 Tjenesteavtale nr. 10 mellom Måsøy kommune og Finnmarkssykehuset HF
--	---	--

VEDLEGG 3: METODE OG GJENNOMFØRING

Generelt om forvaltningsrevisjon

Forvaltningsrevisjon er en lovpålagt oppgave. Forvaltningsrevisjon innebærer å gjennomføre systematiske vurderinger av kommunens/fylkeskommunens økonomi, produktivitet, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets/fylkestingets vedtak og forutsetninger. Herunder om:

- a) forvaltningen bruker ressurser til å løse oppgaver som samsvarer med kommunestyrets/fylkestingets vedtak og forutsetninger,
- b) forvaltningens ressursbruk og virkemidler er effektive i forhold til målene som er satt på området,
- c) regelverket etterleves,
- d) forvaltningens styringsverktøy og virkemidler er hensiktsmessige,
- e) beslutningsgrunnlaget fra administrasjonen til de politiske organer samsvarer med offentlige utredningskrav,
- f) resultatene i tjenesteproduksjonen er i tråd med kommunestyrets eller fylkestingets forutsetninger og/ eller om resultatene for virksomheten er nådd.

Formålet med forvaltningsrevisjon er å bidra til:

- økt produktivitet, effektivitet og måloppnåelse
- at kommunal virksomhet drives i samsvar med regelverket
- å skaffe fram informasjon som gir grunnlag for kommunestyrets/fylkestingets tilsyn med forvaltningen

Det er kontrollutvalget i den enkelte kommune/fylkeskommune som skal påse at kommunens/fylkeskommunens virksomhet årlig blir gjenstand for forvaltningsrevisjon. Kontrollutvalget skal minst en gang i valgperioden utarbeide en plan for gjennomføring av forvaltningsrevisjon, som skal vedtas av kommunestyret/fylkestinget.

Det er kommunens/fylkeskommunens revisor som gjennomfører selve forvaltningsrevisjonen. Utførelsen skal skje i tråd med god kommunal revisjonsskikk, herunder RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon (vedtatt av styret i Norges kommunerevisorforbund).

Sluttproduktet i hver forvaltningsrevisjon er en rapport som oversendes til behandling i kommunens/fylkeskommunens kontrollutvalg. Kontrollutvalget rapporterer videre til kommunestyret/fylkestinget om de gjennomførte prosjektene.

Bestilling fra kontrollutvalget

Revisor må gjennomføre forvaltningsrevisjonen i samsvar med kontrollutvalgets bestilling.³⁵

Kontrollutvalget i Måsøy kommune vedtok 15. november 2016 oppstart av prosjektet (sak 19/2016) med følgende hoved- og underproblemstillinger:

³⁵ RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon, pkt. 10.

Har Måsøy kommune implementert samhandlingsreformen på en tilfredsstillende måte?

1. Er det etablert tilfredsstillende rutiner for samarbeid og informasjonsflyt?
2. Blir utskrivningsklare pasienter håndtert på en forsvarlig måte?
3. Har kommunen tilfredsstillende kontroll på sine utgifter for utskrivningsklare pasienter?
4. Har kommunen iverksatt tiltak som sikrer tilstrekkelig bemanning og kompetanse?
5. Har kommunen styrket det forebyggende arbeidet?

Oppstart

Revisor skal sende oppstartsbrev til administrasjonssjefen så tidlig som mulig i prosjektet.³⁶

Oppstartsbrev ble sendt 5. januar 2017. Rådmannen utpekte sektorleder helse og omsorg Ann Jorun Stock som kontaktperson.

Datainnsamling

Revisor må innhente data i tilstrekkelig omfang til å kunne gjøre vurderinger og svare på problemstillingen(e) i undersøkelsen. Eksempler på metoder som kan benyttes er intervju, spørreskjema, observasjon, dokumentanalyse, statistiske analyser, regnskapsanalyse og systemanalyse.³⁷ I den grad det er tjenlig, bør det benyttes flere metoder for innsamling av data (data- og metodetriangulering).

Nedenfor redegjør vi nærmere for de metoder for innsamling av data som er benyttet i denne undersøkelsen.

Problemstilling 1: Er det etablert tilfredsstillende rutiner for samarbeid og informasjonsflyt?

Den primære datakilden har vært intervjuer med personer vi antar har kunnskap om hvordan kommunens praksis er på de relevante områdene. Her har helse- og omsorgsleder og fungerende avdelingsleder sykehjem, som er kommunens representant i lokalt faglig samarbeidsutvalg, vært sentrale. Vi har også hatt en samtale med helseforetakets samhandlingskoordinator om temaet. I tillegg har vi gjennomgått referater fra møter i OSO.

Intervjuene ble gjennomført i kommunens lokaler i juni 2017. I for- og etterkant har det også vært noe kommunikasjon per e-post. Som nevnt har vi også pratet med helseforetakets samhandlingskoordinator. Denne samtalen skjedde pr. telefon .

Problemstilling 2: Blir utskrivningsklare pasienter håndtert på en forsvarlig måte?

For å belyse kapasiteten i kommunens helse- og omsorgssektor har vi innhentet opplysninger om liggedøgn for utskrivningsklare pasienter som er offentlig tilgjengelig på Helsedirektoratets nettside. I tillegg har vi gjennomført individuelle intervjuer for å få kommunens egen oppfatning av situasjonen. Helse- og omsorgsleder, fungerende

³⁶ RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon, pkt. 13.

³⁷ RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon, pkt. 26.

avdelingsleder sykehjem og avdelingsleder for hjemmetjenesten er intervjuet om dette.

Kommunens rutiner for meldingsutveksling og mottak av utskrivningsklare pasienter er kartlagt gjennom intervjuer med de nevnte personer, og ved at vi er blitt vist hvordan dette gjøres i praksis av en sykepleier på sykehjemmet.

Når og hvor intervjuene er gjennomført er beskrevet under problemstilling 1. Den praktiske presentasjonen av meldingsutvekslingen skjedde umiddelbart etter intervjuene med de tre mellomlederne.

Problemstilling 3: Har kommunen tilfredsstillende kontroll på sine utgifter for utskrivningsklare pasienter?

Størrelsen på ilagte gebyrer er kartlagt ved å be om regnskapstall for dette fra kommunen. For å finne ut hvordan rutineene for kontroll er har vi bedt helse- og omsorgsleder og fungerende avdelingsleder sykehjem beskrive dette for oss.

Når og hvor intervjuene er gjennomført er beskrevet under problemstilling 1.

Problemstilling 4: Har kommunen iverksatt tiltak som sikrer tilstrekkelig bemanning og kompetanse?

For å finne ut hvordan bemanningen har utviklet seg har vi innhentet opplysninger fra KOSTRA-databasen over innrapporterte årsverk i pleie og omsorgstjenesten. Vi har også kartlagt hvordan det relative bemanningsnivået har utviklet seg.

Kompetanseutviklingen er undersøkt ved å innhente opplysninger fra KOSTRA-databasen om utdanningsnivået i pleie- og omsorgssektoren. Disse tallene har vi sammenlignet med gjennomsnittet for KOSTRA-gruppen, Finnmark og landet. Vi har også gjennomgått kommunens kompetanseplan.

Kommunens arbeid med etter- og videreutdanning er undersøkt ved å spørre personer i sentrale stillinger om dette, nærmere bestemt helse- og omsorgsleder, fungerende avdelingsleder sykehjem og avdelingsleder for hjemmetjenesten.

Når og hvor intervjuene er gjennomført er beskrevet under problemstilling 1.

Problemstilling 5: Har kommunen styrket det forebyggende arbeidet?

Det forebyggende arbeidet er kartlagt ved å gjennomgå dokumentene kommunen har utarbeidet på folkehelseområdet, samt de planer hvor folkehelseperspektivet skal tas hensyn til. Vi har spurt helse- og omsorgsleder, fungerende avdelingsleder sykehjem, avdelingsleder for hjemmetjenesten og daværende oppvekstleder om kommunens folkehelsearbeid.

Når og hvor møte og intervjuer er gjennomført er beskrevet under problemstilling 1. Kommunikasjonen med oppvekstleder skjedde per e-post i juni 2017.

Gyldighet og pålitelighet

I valg av metode må revisor sikre dataens relevans (gyldighet/validitet) i forhold til problemstillingen(e).³⁸ Datainnsamlingen må gjennomføres på en måte som sikrer dataens pålitelighet (reliabilitet).

Dataenes relevans er sikret ved at all datainnsamling er gjort med utgangspunkt i revisjonskriteriene. Dette gjelder både hvilke dokumenter, statistikk og regnskapsdata vi har innhentet, samt hvilke spørsmål vi har stilt. Alle innsamlede data er gruppert etter revisjonskriteriene.

Dataenes pålitelighet er sikret ved at vi har spurt en rekke personer med overlappende kunnskap om de emner som undersøkes. Vi har videre sammenholdt innhentet statistikk med de opplysninger vi har fått fra kommunen.

Verifisering

Data som er innsamlet ved hjelp av intervju skal som hovedregel verifiseres.³⁹ Dette gjøres for å unngå faktafeil og for å sikre at det materialet som undersøkelsen bygger på blir mest mulig fullstendig og pålitelig. I denne undersøkelsen er opplysningene vi har innhentet i intervju ikke verifisert i sin helhet. I stedet har vi valgt å be om verifisering av utkast til tekst i de deler av rapporten hvor opplysningene vi har innhentet i intervju blir beskrevet. Et slikt rapportutdrag ble sendt til hver informant 27. september 2018. Ingen av de tilbakemeldingene vi fikk gjorde det nødvendig å endre vår framstilling.

Vi har i tillegg sendt utkast til rapport til vår kontaktperson i kommunen. Dette ble gjort 24. oktober 2018. Tilbakemelding ble mottatt 31. oktober 2018. Som følge av tilbakemeldingen ble ordlyden i konklusjonen på problemstilling 2 endret.

Intern kvalitetssikring

Utføring av forvaltningsrevisjon skal kvalitetssikres.⁴⁰ Kvalitetssikringen skal sikre at undersøkelsen og rapporten har nødvendig faglig og metodisk kvalitet. Videre må det sikres at det er konsistens mellom bestilling, problemstillinger, revisjonskriterier, data, vurderinger og konklusjoner.

Fagansvarlig forvaltningsrevisor, som også har vært prosjektmedarbeider, har kvalitetssikret prosjektplanen. De ulike utgaver av rapporten (verifiserings-, hørings- og endelig rapport) er kvalitetssikret av oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor. Ulike problemstillinger er diskutert og avklart fortløpende.

³⁸ RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon, pkt. 27.

³⁹ RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon, pkt. 29.

⁴⁰ RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon, pkt. 45.

Høring

Administrasjonssjefen skal gis anledning til å gi uttrykk for sitt syn på de forhold som fremgår av rapporten.⁴¹ Høringssvaret skal vedlegges rapporten som går til behandling i kontrollutvalget.

Rapporten ble sendt på høring til rådmannen 6. november 2018. Rådmannens kommentarer til rapporten ble mottatt 21. november.

⁴¹ RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon, pkt. 16.