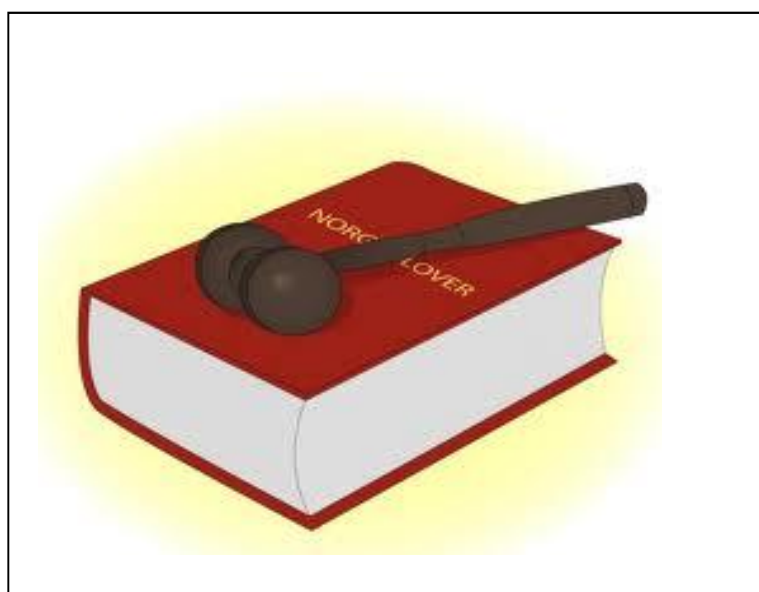


### Forvaltningsrevisjon i Folldal kommune

# Oppfølging av samhandlings- reformen i pleie- og omsorgstjenestene

Samhandlingsreformen har stilt nye krav til kommunens pleie- og omsorgstilbud. Formålet med prosjektet har vært å undersøke om kommunen har maktet å innfri de mest sentrale påleggene og forventningene, og å finne ut i hvilken grad samhandlingsreformen har hatt en kostnadsdrivende effekt for pleie- og omsorgstjenestene.



## INNHold

<b>1</b>	<b>INNLEDNING.....</b>	<b>2</b>
1.1	Bakgrunn .....	2
1.2	Forvaltningsrevisjon .....	2
1.3	Samhandlingsreformen.....	3
<b>2</b>	<b>FORMÅL, PROBLEMSTILLINGER OG AVGRENSNING .....</b>	<b>4</b>
2.1	Formål .....	4
2.2	Problemstilling .....	5
2.3	Avgrensning .....	5
<b>3.</b>	<b>METODE OG REVISJONSKRITERIER.....</b>	<b>5</b>
3.1	Metode.....	5
3.2	Revisjonskriterier .....	6
<b>4.</b>	<b>HAR FOLLDAL KOMMUNE TILFREDSSTILLENDEN KAPASITET OG KOMPETANSE FOR MOTTAK AV UTSKRIVINGSKLARE PASIENTER? .....</b>	<b>6</b>
4.1	Revisjonskriterier .....	6
4.2	Faktadel.....	8
4.3	Revisjonens vurderinger.....	15
4.4	Revisjonens konklusjon .....	17
<b>5.</b>	<b>HAR FOLLDAL KOMMUNE ETABLERT SAMARBEIDSAVtaler OG GODE SAMHANDLINGSrutINER MED HELSEforetAKENE SOM BIDRAR TIL HELHETLIGE PASIENTforLøP? .....</b>	<b>18</b>
5.1	Revisjonskriterier .....	18
5.2	Faktadel.....	20
5.3	Revisjonens vurderinger.....	28
5.4	Revisjonens konklusjon .....	30
<b>6.</b>	<b>I HVILKEN GRAD HAR SAMHANDLINGSREFORMEN FøRT TIL øKT BEVILGNINGSBEHOV FOR PLEIE- OG OMSORGSTJENESTENE I FOLLDAL?.....</b>	<b>31</b>
6.1	Revisjonskriterier .....	31
6.2	Faktadel.....	31
6.3	Revisjonens vurderinger.....	36
6.4	Revisjonens konklusjon .....	37
<b>7.</b>	<b>RÅDMANNENS UTtALELSE .....</b>	<b>38</b>
<b>8.</b>	<b>SAMMENDRAG OG REVISJONENS ANBEFALINGER .....</b>	<b>40</b>
<b>9.</b>	<b>KILDER OG VEDLEGG.....</b>	<b>43</b>
9.1	Kilder .....	43
9.2	Vedlegg: Rådmannens uttalelse til den foreløpige rapporten.....	44

Folldal, 20. september 2018

Leidulf Skarbø  
Revisor

Svein Magne Evavold  
Revisjonssjef

## **1 INNLEDNING**

### **1.1 Bakgrunn**

Kontrollutvalgets plan for forvaltningsrevisjon for perioden 2016-2019 ble behandlet av kommunestyret i sak 56/2016 den 17. november 2016. Etter forslag under behandlingen vedtok kommunestyret at prosjektet «*pleie og omsorgstilbudet i Folldal kommune etter implementeringen av samhandlingsreformen*» skulle tas inn i planen.

I den overordnede analysen for 2016-2019 ble det pekt på at områder innenfor kommunens håndtering av samhandlingsreformen kunne være et aktuelt tema for forvaltningsrevisjon. Kontrollutvalget behandlet prosjektplanen i sak 05/18 den 16.02.18, og la til grunn at kommunestyret baserte vedtaket sitt på nevnte analyse.

### **1.2 Forvaltningsrevisjon**

Kontrollutvalget i Folldal kommune skal påse at de føres kontroll med at den økonomiske forvaltningen foregår i samsvar med gjeldende bestemmelser og vedtak, og at det blir gjennomført systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, måloppnåelse og virkninger fra kommunestyrets vedtak og forutsetninger (forvaltningsrevisjon).

Forvaltningsrevisjon innebærer blant annet undersøkelser om:

- a) Forvaltningen bruker ressurser til å løse oppgaver som samsvarer med kommunestyrets 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 forutsetninger og/eller om resultatene for virksomheten er nådd

I følge forskrift om revisjon § 7 skal forvaltningsrevisjon gjennomføres og rapporteres i henhold til god kommunal revisjonsskikk og etablerte og anerkjente standarder på området. Denne rapporten er utarbeidet med grunnlag i RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon fastsatt av Norges kommunerevisorforbunds styre 1. februar 2011 og gjort gjeldende som god kommunal revisjonsskikk.

### **1.3 Samhandlingsreformen**

Samhandlingsreformen trådte i kraft fra 1. januar 2012, og har blitt gradvis implementert. Reformen ble innført som et svar på tre hovedutfordringer innen helse- og omsorgssektoren:

- Pasientenes behov for mer koordinerte tjenester.
- Behovet for økt satsing på forebygging i stedet for reparasjon.
- Å møte de økonomiske utfordringene for velferdsstaten hvor det blir flere å forsørge og færre i jobb.

I Stortingsmeldingen som lå til grunn for reformen ble det pekt på at norsk helsevesen har hatt fokus på deltjenester, og at hensynet til helhetlig pasientforløp har blitt skadelidende. Organisatorisk oppsplitting av tjenester innad i kommunene og ansvarsdelingen mellom helseforetak og kommuner ble trukket frem som hovedårsaken til at pasientene ikke mottok godt nok koordinerte tjenester. Det ble pekt på at helsetjenestene har hatt sterkt fokus på sykdomsbehandling, og lite på å fremme helse gjennom forebygging. Dernest pekte meldingen på de utfordringene som følger av at Norge vil få en betydelig økning i antall eldre. Forholdet mellom den yrkesaktive befolkningen og pensjonister vil sette finansieringen av helse- og omsorgstjenester under press.

Den nasjonale strategien som ble meislet ut for å møte utfordringene dreier seg om å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Pasienter og brukere skal få tidlig og god hjelp nærmest mulig der folk bor. Målsetningen er at man skal få rett behandling på rett sted gjennom en helhetlig og koordinert tjeneste tilpasset den enkelte bruker. Det ble trukket frem som særlig viktig med god samhandling når ansvar for pasienter flyttes fra sykehus til kommunene.

Samhandlingsreformen har stilt kommunene overfor nye rammebetingelser. Tidligere tilbakeføring av pasienter fra sykehus medfører økt arbeidsmengde og kompleksitet. Dersom kommunen ikke er i stand til å ta imot utskrivningsklare pasienter må man betale regningen. Det har kommet lovpålegg om samarbeidsavtaler med helseforetaket, og avtaleverket må følges opp. Kommunene må også sørge for at det eksisterer et tilbud for akutte døgnplasser, og et system for å kartlegge helsetilstanden hos innbyggerne må være på plass. Forventningene om å vri fokuset over på forebygging fremfor behandling krever evne til omprioritering av ressurser, og mer omfattende og komplekse tjenester stiller krav til kompetanseutvikling.

## **2 FORMÅL, PROBLEMSTILLINGER OG AVGRENSNING**

### **2.1 Formål**

Da samhandlingsreformen ble innført ble det stilt kritiske spørsmål rundt små kommuners evne til å innfri intensjonene. En av begrunnelsene for å igangsette en reform for å få større og mer robuste kommuner var hensynet til små kommuners svake forutsetninger for å utvikle nødvendig kompetanse tilpasset morgendagens behov. Folldal kommune har vedtatt å fortsette på egne ben. I dette perspektivet er det interessant å undersøke om kommunen har maktet å tilpasse pleie- og omsorgstilbudet til intensjonene bak samhandlingsreformen.

Gjennom samhandlingsreformen har kommunene blitt stilt over for nye lovbestemte plikter. Gjennomføringsevnen avhenger blant annet av om kommunen har gode system for intern kontroll. Det følger av kommunelovens § 23 at intern kontroll skal være etablert i hele kommunens virksomhet, og at de interne ansvarsforholdene skal være avklart.

Statlig nivå har gjennom samhandlingsreformen sendt signaler om hvordan de ønsker at kommunene skal innrette sine helse- og omsorgstjenester. Dette har skapt forventinger blant innbyggerne. Et gjennomgående tema når det kommer nye oppgavepålegg er om det følger med tilstrekkelig med penger. Ikke bare på makronivå for kommunesektoren, men også på lokalt nivå når kommunestyret skal bevilge budsjettmidler til det enkelte tjenesteområde. Det er ikke uvanlig at folkevalgte får mistanke om at de nye oppgavene blir brukt som brekkstang for å få romsligere rammer.

Målet med reformen var at pasientene skal få et kommunalt tilbud raskere, bli behandlet på laveste effektive omsorgsnivå, og at kommunene gjennom dette skulle bidra til en bærekraftig og kostnadseffektiv offentlig tjeneste. På denne bakgrunn er formålet med prosjektet å undersøke om Folldal kommune har vært i stand til å innfri de mest sentrale påleggene og forventningene knyttet til samhandlingsreformen, og å finne ut i hvilken grad samhandlingsreformen har hatt en kostnadsdrivende effekt for pleie- og omsorgstjenestene.

## **2.2 Problemstilling**

Undersøkelsen vil søke å gi svar på følgende spørsmål:

- *Har Folldal kommune tilfredsstillende kapasitet og kompetanse for mottak av utskrivningsklare pasienter?*
- *Har Folldal kommune etablert samarbeidsavtaler og gode samhandlingsrutiner med helseforetaket som bidrar til helhetlige pasientforløp?*
- *I hvilken grad har samhandlingsreformen ført til økt bevilgningsbehov for pleie- og omsorgstjenestene i Folldal?*

## **2.3 Avgrensning**

Undersøkelsen avgrenses til å omhandle samhandlingsreformens utfordringer for pleie og omsorgstjenestene i Folldal. Det er således ikke intensjonen å gå inn på alle tema i tilknytning til reformen. Ettersom kommunestyrets bestilling var knyttet til pleie- og omsorgstilbudet, vil ikke det helseforebyggende arbeidet være omfattet av prosjektet.

De fakta som vil bli innhentet og analysert vil bli basert på det kommunale, administrative perspektivet. Det vil altså ikke bli forsøkt å finne ut hvordan lokale politikere, innbyggerne eller statlig styringsnivå vurderer Folldal kommunes evne til å innfri forventningene.

## **3. METODE OG REVISJONSKRITERIER**

### **3.1 Metode**

Prosjektbeskrivelsen ble godkjent av kontrollutvalget i sak 05/2018 den 16. februar 2018. Det ble sendt oppstartbrev til rådmannen der vi varsler om oppstart av prosjektet, og hvor det ble bedt om oversendelse av relevante dokumenter. Undersøkelsen har blitt lagt opp som en kombinasjon av dokumentstudier, analyse av tilgjengelige statistiske og økonomiske data, samt intervju med administrative ledere. Sistnevnte besto av et gruppeintervju med enhetsleder for HRO, avdelingsleder for institusjonstjenestene og avdelingsleder for hjemmetjenestene.

Den foreløpige rapporten ble oversendt til rådmannen for uttalelse før konklusjonene ble trukket. Tilbakemeldingen følger som vedlegg i kap. 9.2, og er nærmere kommentert i kap. 7.

## **3.2 Revisjonskriterier**

Revisjonskriterier er en samlebetegnelse for de krav og forventninger som benyttes for å vurdere tilstanden på et reviderte området. Kriteriene skal danne norm eller referanse som de innsamlede dataene blir vurdert opp mot, og gir uttrykk for et ideal for hvordan tilstanden bør være. Sammenholdt med fakta danner revisjonskriteriene basis for de vurderinger og konklusjoner som trekkes, og er grunnlag for å dokumentere avvik eller svakheter.

Revisjonskriteriene skal begrunnes i eller utledes av autorative kilder innenfor det reviderte området. Slike kilder kan være lover, forskrifter, politiske vedtak, retningslinjer, mål, føringer osv.

I denne undersøkelsen er kriteriene i hovedsak hentet fra helse- og omsorgstjenesteloven og avtaleverket med helseforetaket. Det vil bli redegjort nærmere for bruken av revisjonskriterier under den enkelte problemstilling.

## **4. HAR FOLLDAL KOMMUNE TILFREDSSTILLENDEN KAPASITET OG KOMPETANSE FOR MOTTAK AV UTSKRIVINGSKLARE PASIENTER?**

### **4.1 Revisjonskriterier**

Gjennom samhandlingsreformen ble det nedfelt at ansvaret for pasientbehandlingen skulle fordeles mellom de statlige helseforetakene og kommunene. Fordelingen skulle ta utgangspunkt i LEON-prinsippet, som står for «lavest effektive omsorgsnivå.» Det innebærer at behandlingen skal foregå i så nær tilknytning som mulig til hjemmemiljøet.

#### Kapasitet

Kommunen har plikt til å ta imot utskrivningsklare pasienter. Med samhandlingsreformen fikk kommunene en innskjerpet betalingsplikt for pasienter som ble værende på sykehus på grunn av manglende mottakskapasitet i hjemkommunen. Dette er lovbestemt i helse- og omsorgstjenestelovens § 11-4:

*Kommunen skal fra og med dag èn dekke utgifter for pasienter som er utskrivningsklare, men som oppholder seg i privat eller offentlig institusjon i spesialisthelsetjenesten i påvente av et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud.*

I en egen forskrift til denne paragrafen er prosedyre og ansvarsforholdene mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten nærmere fastsatt, blant annet med angivelse av hvilke vilkår som må være oppfylt for at en pasient er utskrivningsklar. Døgnprisen for opphold for utskrivningsklare pasienter fastsettes i statsbudsjettet. For 2018 er den satt til kr 4.747.

Idealtilstanden for den delen av problemstillingen som spør om kapasitet er at kommunen har vært i stand til å ta imot alle utskrivningsklare pasienter, og at pleie- og omsorgstilbudet både fysisk og bemanningsmessig er dimensjonert slik at man også i fremtiden er i stand til dette.

### Kompetanse

Etter helse- og omsorgstjenesteloven skal kommunen sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Kravet til forsvarlighet må forstås som en rettslig standard knyttet til kvalitet, omfang og tidspunkt. Hvilket nivå det er på kvaliteten i tjenesten vil normalt blant annet henge sammen med nivået på de ansattes formelle kompetanse, muligheten for etter- og videreutdanning, samt kunnskaps- og erfaringsutveksling i arbeidet.

Kravet til fagkompetanse i tjenestene er omhandlet i lovens kapittel 4. § 4-1 bokstav c og d slår fast at *kommunen skal tilrettelegge tjenesten slik at*

- c. helse og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og*
- d. tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenesten*

Helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 8 har følgende relevante bestemmelser om kompetanseutvikling:

#### *§ 8-1 Undervisning og praktisk opplæring*

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

#### *§ 8-2 Videre- og etterutdanning*

*Kommunen skal sørge for at egne ansatte som utfører tjeneste etter loven her, får adgang til nødvendig videre- og etterutdanning*

Kravene til kvalitetsforbedring av bruker- og pasientsikkerhet er nedfelt i § 4-2, hvor det heter:

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



Denne lovbestemmelsen er nærmere konkretisert i egen forskrift (FOR-2016-10-28-250)

For den delen av problemstillingen som er knyttet til kompetanse vil fakta bli vurdert opp mot nevnte lovbestemmelser. Mer konkret:

- Om Folldal kommune ivaretar behovet for fagkompetanse gjennom rekruttering, mulighet for etter- og videreutdanning, samt mulighet for kunnskaps- og erfaringsutveksling i arbeidet.
- Om Folldal kommune har iverksatt systematiske kompetansetiltak i pleie- og omsorgssektoren

## 4.2 Faktadel

### Kapasitet

Dersom pasienter har behov for pleie- og omsorgstjenester etter utskrivning fra sykehus, er det kommunen som vurderer og avgjør hvilken type tjeneste som skal tildeles. Hovedvekten av pasientene fra Folldal går tilbake til det tilbudet de hadde før innleggelse, mens det for noen utløser behov for korttidsplass på sykehjem, eller nytt/utvidet tjenestetilbud i hjemmet eller omsorgsbolig.

Kapasitetsspørsmålet berører dermed hele spekteret av pleie- og omsorgstjenester. Kommunen har ikke statistiske data som forteller mer nøyaktig om hvilke tjenester pasienter som kommer tilbake fra sykehus blir tildelt.

Folldal kommune har 19 sykehjems plasser. Disse består av 10 plasser for pasienter med langtidsvedtak, 5 for pasienter med korttidsopphold og 4 for pasienter med demensdiagnose. Alle plassene har enkeltrom, men bare ett av de fem rommene for korttids plasser har eget bad. I tillegg har kommunen 18 omsorgsleiligheter for eldre tilknyttet bygningsmassen på FBSS. Disse tilfredsstillter etter kommunens oppfatning kriteriene for å være heldøgns bemannet. Da de 6 nye MOT-boligene stod ferdigstilt i juni 2017 ble de gjort om til 4 omsorgsboliger, hvorav 3 ble tatt i bruk av eldre.

*Sykehjems plasser og heldøgns bemannede omsorgsboliger i prosent av befolkningen over 80 år i 2017. Kilde: SSB/KOSTRA og opplysninger fra rådmannen i Folldal.*

	<b>Sykehjems- plasser</b>	<b>Heldøgns- bemannede omsorgsboliger</b>	<b>Sum</b>
Folldal	17,0 %	16,1 %	33,1 %
Hedmark	18,1 %	9,0 %	27,1 %
KOSTRA-gruppe 2	18,5 %	10,3 %	28,8 %
Landet	16,0 %	10,7 %	26,7 %

KOSTRA-rapporteringen for heldøgns bemannede omsorgsboliger i Folldal inneholder feil, og tallene i tabellen er korrigert i forhold til KOSTRA for å gi et korrekt bilde av kapasiteten.

Sykehjem og heldøgns bemannede boliger har i all hovedsak brukere som er eldre enn 80 år. Ved å se antall plasser og boliger i forhold til antall personer i denne aldersgruppen får man en pekepinn på kapasiteten. Med 18 heldøgns bemannede omsorgsboliger for eldre har Folldal stor kapasitet for denne boformen i forhold til andre kommuner. Antall sykehjemsplasser i forhold til innbyggere over 80 år ligger på et sammenlignbart nivå.

*Andel plasser i institusjon avsatt til tidsbegrenset opphold 2017. Kilde: SSB/KOSTRA*

Folldal	26,3 %
Hedmark	21,8 %
KOSTRA-gruppe 2	18,6 %
Landet	22,4 %

Sammenligningen viser at Folldal har relativt stor andel korttidsplasser i forhold til samlet antall institusjonsplasser. Indikatoren er imidlertid lite beskrivende for den faktiske situasjonen, ettersom noen korttidsplassene har blitt benyttet for langtidspasienter.

*Andel beboere i institusjon av antall plasser (belegg). Kilde: SSB/KOSTRA*

	2013	2014	2015	2016	2017
Folldal	136,9 %	109,1 %	119,6 %	124,7 %	101,1 %
Hedmark	98,7 %	97,1 %	96,7 %	95,0 %	94,0 %
Landet	98,4 %	98,2 %	98,8 %	98,9 %	97,4 %

Beleggsprosenten for 2013-2017 viser at Folldal gjennomgående har hatt merbelegg i forhold til kapasiteten ved sykehjemmet. Dette er løst ved at enkeltrom er tatt i bruk som dobbeltrom, og ved at en stue har blitt brukt som pasientrom. Rommene for korttidsoophold har tidvis blitt brukt av pasienter med vedtak om langtidsopphold. I tillegg er en korttidspasient i dag plassert i trygdebolig. I følge kommunens årsmelding var det for perioden 2013-2017 kun i 3 måneder at antall liggedøgn lå under det nivået som sykehjemmet var dimensjonert for. Alle disse var i 2017.

Revisjonens intervju med pleie- og omsorgslederne underbygger at kommunen har hatt en kapasitetsutfordring for institusjonsomsorgen, og at den ikke er like stor i dag som den har vært tidligere. Det blir ikke tatt høyde for mottak av utskrivningsklare pasienter ved å ha ledige plasser i beredskap for disse. Til det er

den samlede kapasiteten for liten og uforutsigbarheten for mottaksbehovet for stort.

Årsverk i brukerrettede pleie- og omsorgstjenester pr mottaker 2017. Kilde: SSB/KOSTRA

Folldal	0,55
Hedmark	0,57
KOSTRA-gruppe 2	0,53
Landet	0,57

Årsverk pr tjenestemottaker gir en pekepinn på om kommunen er så presset på bemanningen at det vil by på utfordringer å frigjøre ressurser til mottak av utskrivningsklare pasienter. Statistikken skiller ikke ut tjenester for psykisk utviklingshemmede, og for små kommuner kan enkelttilfeller av særlig ressurskrevende brukere gi store utslag. Man skal derfor være forsiktig med å bruke dataene som en indikator for det generelle tjenestenivået. Forskjellene mellom pleiefaktoren i Folldal og sammenligningsgruppene er svært små.

I tertialrapport I/2018 blir det rapportert om at institusjonsomsorgen og hjemmetjenestene har et betydelig arbeidspress. I rapporten blir det påpekt at det har blitt flere antall eldre enn hva SSB sine prognoser tilsa, og at langtidspasienter også i første tertial 2018 har lagt beslag på korttidsplasser. Opprinnelige budsjetttrammer for 2018 var ikke dimensjonert for overbelegg ved sykehjemmet. Det heter i rapporten at

*Ressursbehovet har endret seg med at pasientene er mer ressurskrevende i forhold til helsetilstand. Derfor kan ikke antall ansatte tas ned. Pasientene er heller såpass ressurskrevende at det skulle vært økt bemanning. Sykdomsbildet på våre pasienter er nå så komplekst at det kreves en godt kvalifisert bemanning og ofte to til en behandling.*

For hjemmesykepleien ble det rapportert om en arbeidsmengde på 640 arbeidstimer pr uke som følge av enkeltvedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven, og at dette innebar en manko på 104 timer i forhold til stillingshjemplene. Det ble også pekt på at utløsning av trygghetsalarmer og store reiseavstander til private hjem innebærer ekstra arbeidsmengde for hjemmetjenestene.

Pasientforløp – utskrivningsklare pasienter for Folldal. Absolutte tall. Kilde: HelseDirektoratet, SAMDATA

	2012	2013	2014	2015	2016	2017*
Antall utskrivningsklare pasienter	27	33	44	35	36	44
Utskrivningsklare pasienter med en eller flere liggedager som utskrivningsklar	8	9	5	< 5	12	5
Sum liggedager etter meldt utskrivningsklar	32	33	6	9	26	9

\*Estimat basert på tall pr 2. tertial

SAMDATA henter sine tall fra Norsk pasientregister. Utskrivningsklare pasienter er definert som pasienter som har vært innlagt med en liggetid på minst 1 døgn, og som har vært registrert som utskrivningsklar. *Liggedager etter meldt utskrivningsklar* er antall dager fra utskrivningsklar-dato til utskrivningsdato i påvente av kommunale helse- og omsorgstjenester. Tallene viser at det for perioden 2012-2017 var store variasjoner både for hvor mange pasienter pleie- og omsorgstjenestene i Folldal måtte ta imot fra sykehus, hvor mange som måtte være igjen på sykehus på grunn av manglende mottakskapasitet, og hvor mange betalingspliktige dager det dreide seg om. Store variasjoner innebærer stor uforutsigbarhet for de som skal rigge tjenestene.

For å løse kapasitetsutfordringene inngikk Folldal kommune avtale om opphold ved intermediær avdeling ved Røros Sykehus. Dette var en langt rimeligere løsning enn å betale etter døgnoppholdssatsene ved Sykehuset Innlandet. Avtalen ble benyttet i 2014, 2015 og 2016.

Om utviklingen så langt i 2018 heter det i Folldals tertialrapport I/2018:

*Kommunen har et betydelig mindre antall liggedøgn for innbyggerne ved sykehusene etter meldt utskrivningsklar pasient enn tidligere.*

Som sammenligningsgrunnlag for Folldal sine data har vi benyttet gjennomsnittlig frekvens for Helse Sør-Øst og hele landet.

*Utskrivningsklare pasienter pr 1.000 innbyggere. Kilde: HelseDirektoratet, SAMDATA*

	2012	2013	2014	2015	2016	2017*
Folldal	16	20	28	22	23	28
Helse Sør-Øst	8	10	14	15	17	17
Landet	7	8	12	13	14	15

\*Estimat basert på tall pr 2. tertial

Frekvensen beskriver mengden av pasientutskrivninger med behov for kommunalt helse- og omsorgstilbud i forhold til befolkningstallet. Vi ser at Folldal i alle de 6 årene etter innføringen av samhandlingsreformen har hatt større antall enn hva folketallet tilsier. Dette kan ha flere årsaker, blant annet kommunens alderssammensetning og innbyggernes generelle helsetilstand.

*Utskrivningsklare pasienter med en eller flere liggedager som utskrivningsklar, pr 1.000 innbyggere.. Kilde: Helsedirektoratet, SAMDATA*

	2012	2013	2014	2015	2016	2017*
Folldal	4,8	5,5	3,1	N/A	7,6	2,9
Helse Sør-Øst	2,3	2,4	2,8	3,0	3,3	3,2
Landet	2,5	2,4	2,8	2,9	3,3	3,4

\*Estimat basert på tall pr 2. tertial

Tabellen forteller om frekvensen av pasienter som har blitt liggende igjen på sykehus etter at de var utskrivningsklar på grunn av manglende mottak i hjemkommunen. Vi ser at frekvensen har vært gjennomgående høyere for Folldal enn for sammenligningsgruppene frem til 2017. Tallene ved utgangen av 2. tertial 2017 indikerer at dette har snudd.

*Sum liggedager utskrivningsklare pasienter, pr 1.000 innbyggere.. Kilde: Helsedirektoratet, SAMDATA*

	2012	2013	2014	2015	2016	2017*
Folldal	19	20	4	6	16	6
Helse Sør-Øst	9	9	13	12	13	13
Landet	11	11	15	13	16	15

\*Estimat basert på tall pr 2. tertial

Frekvensen av gjenliggende utskrivningsklare pasienter på sykehus er i ovenstående tabell målt i form av hvor mange samlede liggedøgn det dreier seg om pr 1.000 innbyggere. Målt mot sammenligningsgruppene har Folldal de siste 4 årene hatt relativt få betalingspliktige oppholdsdøgn på grunn av manglende mottak. Men her må man være oppmerksom på at mange pasienter i perioden 2014-2016 ble overført til sykehuset på Røros og ikke til hjemkommunen.

Folldal har for perioden 2012-2016 altså hatt høyere antall utskrivningsklare pasienter enn hva folketallet tilsier. Frekvensen av pasienter som har blitt liggende igjen på sykehus etter at de var utskrivningsklar har også vært høyere. I 2012 og 2013 ble dette reflektert i høy frekvens når man måler antall liggedager med utskrivningsklare pasienter i forhold til kommunens innbyggertall. Altså opphold som kommunen måtte betale for. Men for 2014 og 2015 viser tallene derimot færre betalingspliktige oppholdsdøgn for Folldal enn for

sammenligningsgruppen. Dette til tross for at utskrivningsfrekvensen var rundt det dobbelte for Folldal. I 2016 lå Folldal på nivå med gjennomsnittet for betalingspliktige opphold. Dette må imidlertid ses i sammenheng med at Folldal i perioden 2014-2016 kjøpte oppholdsplasser på Røros.

Man merker seg at data for hele landet indikerer en stor økning i utskrivningsklare pasienter i perioden etter at samhandlingsreformen ble innført. Altså pasienter som har behov for et kommunalt helse- og omsorgstilbud etter sykehusopphold. Om dette sier Helsedirektoratet i analysenotat 5/2018:

*I årene etter samhandlingsreformen ble innført, har antallet utskrivningsklare pasienter og opphold økt betydelig. Økningen antas i hovedsak å skyldes en registreringsendring.*

*Betaling for utskrivningsklare pasienter til helseforetaket. Kilde: Regnskapet til Folldal kommune.*

	<b>Utgift</b>	<b>Døgn</b>	<b>Døgnsats</b>
2017	41 598	9	4 622
2016	94 605	21	4 505
2015	26 322	6	4 387
2014	12 765	3	4 255
2013	127 875	31	4 125
2012	84 000	21	4 000

Antall døgn kommunen har blitt fakturert for er gjennomgående noe lavere enn døgntallet for overliggere i SAMDATA sitt register. Revisjonen har ikke undersøkt hva som er årsaken til avvikene. I tillegg har Folldal kommune kjøpt oppholdstid for utskrevne pasienter fra Røros kommune.

*Betaling for kjøp av plasser for utskrivningsklare pasienter ved intermediær avdeling på Røros. Kilde: Regnskapet til Folldal kommune.*

	<b>Utgift</b>	<b>Døgn</b>	<b>Døgnsats</b>
2017	0		
2016	170 000	85	2 000
2015	30 000	15	2 000
2014	94 000	47	2 000
2013	0		
2012	0		

Vi ser at samlet kostnad som følge av manglende mottakskapasitet i Folldal toppet seg i 2016 med kr 264.605. I 2017 var kostnaden kommet ned på kr 41.598. Denne trenden har holdt seg så langt i 2018, ettersom det i 1. tertial bare ble betalt for 1 oppholdsdøgn.

SSB oppdaterte den kommunevise befolkningsframskrivingen i juni 2018. Prognosen for utviklingen i antall eldre gir en pekepinn på kapasitetsutfordringene for eldreomsorg i Folldal i årene som kommer.

*Fremskrevet folkemengde for Folldal, hovedalternativet. Kilde: SSB*

	2018	2022	2026	2030	2034	2038
67 år og eldre	395	389	421	438	459	451
80 år og eldre	112	117	135	171	170	186

Spesielt frem til 2030 må det påregnes en kraftig økning i aldersgruppen 80 år og eldre. I løpet av disse 12 årene indikerer prognosen en økning på 53 %.

### **Kompetanse**

Det må kunne antas at kommunens kompetansenivå for mottak av utskrivningsklare pasienter har sammenheng med tilgangen på kvalifisert personell.

*Andel årsverk i brukerrettede omsorgstjenester med fagutdanning og høyskole/universitetsutdanning i 2017. Kilde: SSB/KOSTRA*

	Folldal	Hedmark	Landet
Med fagutdanning	79 %	75 %	74 %
Med fagutdanning fra høyskole/universitet	29 %	33 %	35 %

Folldal skiller seg ikke mye ut i forhold til utdanningsnivået blant kommunale omsorgsarbeidere i fylket og landet. Kommunen har noe større andel av ansatte med fagutdanning, men noe mindre andel av fagutdanning på det høyeste nivået. Dette dreier seg i hovedsak om sykepleiere.

I intervju med kommunens pleie- og omsorgsledere har det blitt fremholdt at det er en utfordrende jobb å rekruttere sykepleiere. Med knapp utdanningskapasitet og konkurranse med andre kommuner og sykehusene, kommer Folldal ofte til kort blant annet på grunn av manglende jobbtilbud for partner. I tertialrapport I/2018 blir det opplyst at hjemmesykepleien har 5 vakante stillinger i forskjellige kategorier og størrelser. Etter ledernes vurderinger er behovene for spesialkompetanse tilfredsstillende ivaretatt. Spesialsykepleierstillinger innen kreftomsorg og geriatri er på plass, og spesialisering innen demensomsorgen er ivaretatt.

En annen aktuell kompetanseindikator er å se på frekvensen av reinnleggelser på sykehus. Dersom man har høy andel av pasienter som må legges inn på nytt kan

det være en indikasjon på mangler ved tilbudet. Men det kan også skyldes at pasienter blir skrevet ut for tidlig, noe kommunen ikke står ansvarlig for. Statistikk på kommunenivå blir av sensitivitetshensyn ikke publisert når utvalget er lavere enn 5 personer. Med unntak for 2014 har vi derfor ikke noen eksakt frekvens for Folldal.

*Andel reinnleggelser etter utskrivning. Kilde: Helsedirektoratet, SAMDATA*

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Folldal	< 18,5 %	< 15,2 %	33,0 %	< 14,3 %	< 13,9 %	N/A
Sykehuset Innlandet	16,7 %	18,6 %	20,1 %	19,4 %	19,4 %	19,4 %
Helse Sør-Øst	18,7 %	19,4 %	20,3 %	19,6 %	20,0 %	19,7 %
Alle helseforetak	18,0 %	18,8 %	19,7 %	19,5 %	20,0 %	19,8 %

En reinnleggelse er definert som en innleggelse for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter utskrivning, men ikke nødvendigvis med samme diagnose som ved forrige innleggelse. Med unntak for 2014 var frekvensen av reinnleggelser fra Folldal lavere enn i sammenligningsgruppene. Frekvensen for Sykehuset Innlandet har gjennomgående vært litt lavere enn for Helse Sør-Øst og landet.

Selv om vi hadde hatt mer komplette data ville vi uansett hatt svakt grunnlag for å tegne en årsaks- og virkningssammenheng mellom kommunalt kompetansenivå og andel reinnleggelser. Om sammenhengene sier Helsedirektoratet i analysenotat 5/2018:

*På kommunenivå er det relativt store forskjeller i andel reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter i 2017. Der er ikke en tendens til at kommuner med avvikende lav eller avvikende høy andel reinnleggelser har dette over tid. Kommuner med få innbyggere (færre enn 2 000 innbyggere) har et lavere nivå av reinnleggelser sammenlignet med større kommuner.*

### **4.3 Revisjonens vurderinger**

Dataene revisjonen har undersøkt gir følgende bilde av kommunens kapasitet for mottak av utskrivningsklare pasienter: Folldal har høy utskrivningsfrekvens fra sykehus, tidvis stort overbelegg på sykehjemmet, og en bemanningsfaktor for pleie- og omsorgstjenestene som er på nivå med andre kommuner. Lederne rapporterer om et stort arbeidspress. Målt i forhold til antall eldre skiller imidlertid ikke sykehjemsdekningen seg ut fra andre kommuner, og kommunen har relativt mange heldøgns bemannede omsorgsboliger.



Kommunen har i stor grad klart å etablere tjenestetilbud for utskrivningsklare pasienter slik at betalingsplikt til helseforetaket har vært unngått. I perioden 2014-2016 ble dette delvis løst med å kjøpe opphold ved Røros Sykehus. Dette var en langt rimeligere løsning enn å betale etter de nasjonale døgnsetene til helseforetaket. I 2016 lå de samlede kostnadene på grunn av manglende kapasitet i egen kommune på et urovekkende høyt nivå, men dette har siden den tid blitt snudd. Både i 2017 og så langt i 2018 har kommunen med få unntak klart å rydde rom for tilstrekkelig kapasitet.

De hjemmebaserte tjenestene sine begrensninger dreier seg i første rekke om tilgjengelig personell, hvor antall stillingshjemler må tilpasses vedtatte budsjetttrammer. Revisjonen har fått inntrykk av at det byr på betydelige utfordringer å harmonisere personellressursene med aktivitetsnivået. Men vi kan ikke se at det så langt har gått ut over tilbudet til de utskrivningsklare pasientene.

I intervju med lederne for kommunens pleie- og omsorgstjenester blir det trukket frem at mottaket av utskrivningsklare pasienter i stor grad må tilskrives evne og vilje til fleksibilitet og innsats hos de ansatte. Det blir imidlertid påpekt at de stadige utfordringene med å rydde plass for nye brukere i en allerede sprengt hverdag skaper slitasje blant personellet. Etter revisjonens vurdering underbygger statistiske data at lederne har belegg for en slik virkelighetsoppfatning.

Revisjonen har ikke funnet noen indikasjoner på at kommunen mangler den kompetansen som er nødvendig for å gi utskrivningsklare pasienter et forsvarlig tilbud. Dette baserer vi på data for utdanningsnivå, reinnleggelser av pasienter som har blitt utskrevet fra sykehus, og intervju med lederne om hvordan det blir jobbet med rekruttering og kompetanseutvikling. Avtaleverket med Sykehuset Innlandet har samarbeidsbestemmelser om kompetanseutvikling og kunnskapsoverføring (jfr. kapittel 5.2 i rapporten), og det er revisjonens inntrykk at kommunen arbeider aktivt på ulike arenaer for å sikre den nødvendige kompetansen. Mest kritisk er rekrutteringen av sykepleiere, men vi har ikke holdepunkt for at disse utfordringene har gått ut over forsvarligheten i tilbudet for pasienter som blir skrevet ut fra sykehus. Men etter revisjonens vurdering fremstår muligheten til å få rekruttert sykepleiere som en kritisk faktor.

Etter revisjonens vurdering har ikke kommunens betaling for manglende mottak av pasienter i egen kommune vært på noe urovekkende høyt nivå siden 2016. For en liten kommune tilsier omfanget og tilfeldige svingninger at man ikke til enhver tid kan ha beredskap i form av tilgjengelig kapasitet. Det kan derfor både være økonomisk rasjonelt og til pasientenes beste at man i noen tilfeller bruker et par dager ekstra for å omrømme seg etter å ha mottatt utskrivningsmeldingen, og

heller tar regningen for de betalingspliktige døgnene. Eller eventuelt å ha en avtale om bruk av sengeplasser ved andre institusjoner, slik som Folldal har hatt med Røros Sykehus. Selv om rådmannen har poengtert at brukerne ikke har uttrykt misnøye, vurderer revisjonen dette som en nødløsning som man ikke kan basere seg på permanent. På grunn av avstandene til hjemstedet kan det ikke sies å være i tråd med intensjonene om utskrivning til hjemkommunen.

Befolkningsframskrivingene til SSB bærer bud om at Folldal får en kraftig økning i den eldste aldersgruppen de neste 12 årene. Dette er ikke noe særfenomen for Folldal. Men for sykehjemsplasser har kommunen allerede i dag særlige kapasitetsutfordringer i form av overbelegg og ventelister. For den hjemmebaserte omsorgen er knappheten knyttet til budsjettrammer og rekrutteringen av kvalifisert personale. SSB sine fremskrivninger indikerer at Folldal de neste 12 årene vil få en nedgang i befolkningen i yrkesaktiv alder (22-66 år) på 15 %. Samtidig spås det at den eldste gruppen øker med 53%. Dette innebærer etter revisjonens vurdering at Folldal kommune blir helt avhengig av å lykkes med å få rekruttert pleie- og omsorgsarbeidere utenfra. Ikke bare for å løse utfordringene for pleie- og omsorgstjenestene generelt, men også for å innfri sine lovpålagte plikter om å ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehus.

#### **4.4 Revisjonens konklusjon**

Vi har inntrykk av at det er svært krevende å rydde plass for de utskrivningsklare pasientene som har behov for sykehjemsplass. Dette til tross for at sykehjemsdekningen ikke er noe dårligere i Folldal enn i de fleste andre kommuner. Også de hjemmebaserte tjenestene bærer preg av å være presset. Kommunen har så langt likevel klart å finne forsvarlige løsninger. Etter 2016 har utleggene som følge av manglende mottak i egen kommune vært lave. Vi har ikke gjort noen funn som tyder på mangelfull kompetanse. Selv om kommunen har utfordringer med å rekruttere sykepleiere, har vi ikke holdepunkt for å si at dette har gått ut over forsvarligheten.

Kommunens pleie- og omsorgstilbud til pasienter som kommer hjem fra sykehusopphold inngår som en integrert del av HRO-enhetens tjenester. Enheten har ingen øremerkede ressurser til formålet. For å si noe om kapasitet og kompetanse for mottak av utskrivningsklare pasienter har vi derfor sett på indikatorer som beskriver enhetens generelle kapasitets- og kompetansenivå.

Frem til 2017 kjøpte kommunen seg i stor grad ut av kapasitetsutfordringene ved å betale helseforetaket for gjenliggende pasienter, og ved å kjøpe plasser ved sykehuset på Røros. I 2016 kom kostnadsnivået for disse løsningene etter

revisjonens mening opp på et urovekkende høyt nivå, men har siden avtatt markant. Etter vår mening er det ikke noe mål i seg selv at slike utgifter skal minimeres. For en liten kommune vil det gi uforholdsmessig store beredskapskostnader å ta høyde for alle tilfeldige svingninger. Men vi mener at kjøp av institusjonsplasser langt borte fra hjemkommunen ikke er en løsning kommunen kan basere seg på i fremtiden.

Befolkningsprognosene for årene som kommer tyder på at behovet for pleie- og omsorgstjenester kommer til å øke, og at behovet for flere sykepleiere vil gjøre kommunen enda mer sårbar for konkurransen om slik kompetanse. Selv om kommunen klarer å håndtere påleggene om mottak av utskrivningsklare pasienter i dag, mener vi at pleie- og omsorgstilbudet ikke er rigget for morgendagens behov.

## **5. HAR FOLLDAL KOMMUNE ETABLERT SAMARBEIDSAVTALER OG GODE SAMHANDLINGSRUTINER MED HELSEFORETAKENE SOM BIDRAR TIL HELHETLIGE PASIENTFORLØP?**

### **5.1 Revisjonskriterier**

Som revisjonskriterium for den første delen av problemstillingen vil vi benytte de lovpålagte kravene til avtaleverket. Den andre delen spør etter kvaliteten på samhandlingsrutinene. Her vil vi måle praksis opp mot noen av de tjenesteavtalene og rutinebeskrivelsene som er fastsatt i avtaleverket mellom Folldal kommune og Sykehuset Innlandet.

Helse- og omsorgstjenestelovens § 6-1 og 6-2 stiller krav om at kommunen skal inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket.

*§ 6-1 Plikt til å inngå samarbeidsavtale*

*Kommunestyret selv skal inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helseregionen eller med helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer. Kommunen kan inngå avtale alene eller sammen med andre kommuner.*

*Samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester.*

*Pasient- og brukererfaringer skal inngå i vurderingsgrunnlaget ved utarbeidelsen av avtalen. Pasient- og brukerorganisasjoner skal medvirke i forbindelse med utarbeidelse av avtalene.*

### *§ 6-2. Krav til avtalens innhold*

*Avtalen skal som et minimum omfatte:*

- 1. enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvar for og en felle oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre,*
- 2. retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester,*
- 3. retningslinjer for innleggelse i sykehus,*
- 4. beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp etter § 3-5 tredje ledd,*
- 5. retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon,*
- 6. retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering,*
- 7. samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid,*
- 8. samarbeid om jordmortjenester,*
- 9. samarbeid om IKT-løsninger lokalt,*
- 10. samarbeid om forebygging og*
- 11. omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden*  
*Når det avtales samarbeidstiltak, må avtalen klargjøre ansvarsforholdene, herunder må arbeidsgiveransvaret avklares. Videre må det avtales hvordan samarbeidstiltaket skal organiseres og finansieres.*

Vi vil undersøke om avtaleverket oppfyller de kravene som lovteksten foreskriver.

Problemstillingen spør også om det er etablert gode samhandlingsrutiner som bidrar til helhetlige pasientforløp. Som revisjonskriterium vil vi her benytte noen av de tjenesteavtalene og rutinebeskrivelsene som ble nedfelt i avtaleverket, og betrakte disse som idealtilstanden. Disse rutinebeskrivelsene vil bli holdt opp mot praksis. De konkrete tjenesteavtalene og rutinebeskrivelsene fra avtaleverket som vi har plukket ut som revisjonskriterium er følgende:

- Tjenesteavtale nr 2: koordinerte tjenester
- Tjenesteavtale nr 3: ansvar og oppgaver for innleggelser i og utskrivninger fra Sykehuset Innlandet (SI)
  - Rutiner for innleggelse i SI
  - Rutine for varsling om innleggelse og utskrivningsklar pasient med bruk av elektroniske meldingsblanketter
- Tjenesteavtale nr 5: samarbeid om utdanning og forskning
- Tjenesteavtale nr 7: samarbeid om IKT-løsninger lokalt

## 5.2 Faktadel

Helse Sør-Øst RHF delegerte til Sykehuset Innlandet HF å inngå avtaler med kommunene i sitt opptaksområde. Avtaleverket mellom Sykehuset Innlandet og Folldal kommune ble inngått innen den fristen som var satt av departementet etter at samhandlingsreformen ble innført. Avtalene ble revidert med virkning fra 1. mars 2015, og gjelder frem til 1. mars 2019. Avtaleverket er likelydende for alle kommuner som inngår i Sykehuset Innlandet sitt dekningsområde, men er inngått mellom den enkelte kommune og Sykehuset Innlandet som avtaleparter. Kommunestyret i Folldal vedtok selv det gjeldende avtaleverket i sak 3/15 den 12.02.2015. Forarbeidet til ny revidering er igangsatt.

Den gjeldende avtalen ble utformet etter en evalueringsprosess av den foregående. Den bygger i stor grad på den tidligere avtalen, men gjennom en spørreundersøkelse, workshop og forhandlinger ble den tydeliggjort og forenklet på noen punkter. Folldal kommune var delaktig i evalueringsprosessen for hvordan samarbeidet hadde fungert så langt. I følge intervju med pleie- og omsorgslederne ble det gitt tydelig tilbakemelding til Sykehuset Innlandet om at kommunens eneansvar og enemyndighet til å bestemme *hvilke* tjenester pasientene skulle få i sine hjemkommuner måtte respekteres bedre. Dette på bakgrunn av en del tilfeller der pasienter hadde fått forventninger som var basert på utsagn fra sykehusansatte om «hva de hadde krav på» i hjemkommunen.

I tillegg ble tidspunktet for sykehusets utskrivning av pasienter tatt opp både fra Folldal og andre kommuner. Det har vært en kilde til frustrasjon at pasienter kommer tilbake sent på ettermiddagen, noe som skaper utfordringer med å få alt på stell innen kvelden er omme. Det har vært et problem at kommunen har blitt lovet å få pasienter før kl. 12.00, mens de først har kommet på kvelden.

Avtaleverket består av en samarbeidsavtale med 10 tilhørende tjenesteavtaler og 9 rutinebeskrivelser. Tjenesteavtalene korresponderer i all hovedsak med bestemmelsene i helse- og omsorgstjenestelovens § 6-2 om kravene til hva en avtale mellom kommunen og helseforetaket skal inneholde.

### **Samarbeidsstruktur**

Med hjemmel i avtalen er det opprettet følgende organ:

- Overordnet samarbeidsutvalg (OSU), som er et partssammensatt, overordnet og strategisk utvalg mellom avtalekommunene og Sykehuset Innlandet. Utvalget har rådgivende funksjon, og skal *«avklare gråsoneutfordringer og følge avtalens virkemåte, samt bidra til å spre bedre praksis, god kvalitet og eksempler på godt samarbeid»*.

- Geografisk samarbeidsutvalg (GSU), som er et utvalg mellom kommunene regionalt og Sykehuset Innlandet. Utvalget skal blant annet bidra til at kunnskapsbasert praksis, pasientsikkerhet og godt samarbeid blir ivaretatt. Folldal er representert med enhetsleder for HRO i det geografiske samarbeidsutvalget for Nord-Østerdal, som tilsvarer nedslagsfeltet til sykehuset på Tynset. Lederen i utvalget er med i det overordnede samarbeidsutvalget, og ivaretar bindeleddet mellom utvalgsnivåene. GSU avholder to møter i året.

### **Tjenesteavtale og rutiner for koordinerte tjenester**

Tjenesteavtale nr 2 *Koordinerte tjenester* har som formål å sikre samarbeid om pasienter/brukere som har rett til individuell plan, koordinator og samordning av tjenester fra koordinerende enhet. Det heter i avtalen at

*Pasientene skal møte en sammenhengende helsetjeneste og et sammenhengende pasientforløp*

Revisjonen har forsøkt å belyse fakta om samhandlingspraksis i forhold til noen av de mest sentrale avtalebestemmelsene.

Avtalebestemmelse:

*Begge parter er ansvarlig for at det opprettes en koordinerende enhet i egen organisasjon i henhold til krav i forskrift nr 1256 (forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator)*

Praksis:

I Folldal er det opprettet et koordinerende team under ledelse av enhetsleder for HRO. Sykehuset Innlandet har også opprettet en koordinerende enhet.

Avtalebestemmelse:

*Koordinerende enhet i SI og kommunen må samarbeide.*

Praksis:

I følge kommunens pleie- og omsorgsledere er et slikt samarbeid mest aktuelt for rus- og psykiatriområdet, hvor samarbeidsrutinene fungerer godt. For de øvrige brukergruppene betegnes samarbeidet om habilitering, rehabilitering, og individuell plan som *fraværende*. Lederne er i så måte ikke kjent med noe form for samarbeid de siste 4 årene på tvers av kommunens og Sykehuset Innlandet sin koordinerende enhet.

Avtalebestemmelse:

*Partene er ansvarlig for at eget personell som har oppgaver i forbindelse med innleggelse og utskrivning av pasienter som omfattes av denne avtalen, er*

*kjent med de gjeldende samhandlingsrutinene for innleggelse, utskrivning og individuell plan.*

**Praksis:**

Revisjonen har ikke undersøkt praksis hos Sykehuset Innlandet eller virkelighetsoppfatningen hos andre ansatte i Folldal kommune sine pleie- og omsorgstjenester enn lederne. Tilbakemeldingen fra de intervjuede lederne går ut på at de ansatte er godt kjent med avtalene og rutinene, og at det samarbeides godt internt i kommunen mellom de ulike avdelingene og fagene i HRO-enheten.

**Avtalebestemmelse:**

*Partene er enige om å videreutvikle praksiskonsulentordningen for å systematisere samhandlingen mellom fastlegene, sykehuset og de kommunale tjenestene.*

**Praksis:**

Praksiskonsulentordningen har ligget død i flere år fordi det ikke har lyktes med å finne en lege som har vært villig til å ta denne jobben.

Ordningsen går ut på at det opprettes avtale med allmennleger om å arbeide deltid på sykehuset for å fremme samarbeid mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten. Formålet er god samhandling mellom leger i klinisk arbeid knyttet til diagnostikk, behandling og oppfølging av sykdom.

**Avtalebestemmelse:**

*SI har ansvar for å identifisere behov for individuell plan (IP), initiere arbeidet og medvirke i kommunens arbeid med IP.*

**Praksis:**

Pleie- og omsorgslederne betegner Sykehuset Innlandet sin avtaleoppfølging for individuell plan som *fraværende*. Med unntak for rus- og psykiatriområdet kan de ikke komme på tilfeller der Sykehuset Innlandet har initiert saker eller vært delaktig i utforming.

**Avtalebestemmelse:**

*Kommunen har ansvaret for at det blir utarbeidet individuell plan (IP), og at planarbeidet koordineres.*

**Praksis:**

Kommunen har opprettet særskilte koordinerende team for hver enkelt bruker der det er innmeldt behov for individuell plan. Teamet ivaretar behovet for samordning av de kommunale tjenestene.

### **Tjenesteavtale for innleggelse og utskrivninger fra sykehus**

Tjenesteavtale nr 3 *Ansvar og oppgaver for innleggelse og utskrivninger fra SI* har som formål

*å klargjøre SI og kommunens ansvar og oppgaver vedrørende inn og utskrivning til og fra SI, pasienter innen somatikk, psykisk helse og rus.*

Det heter videre i avtaleteksten:

*Avtalen skal sørge for:*

- *At pasienter møter en sammenhengende helsetjeneste*
- *Å sikre effektiv og korrekt meldingsutveksling*
- *At pasienter får helsetjenester på rett nivå til rett tid*
- *Å redusere risikoen for uheldige hendelser*
- *Å redusere reinnleggelser for samme problemstilling*

Tjenesteavtalen er utdypet og konkretisert med to rutinebeskrivelser:

- Rutiner for innleggelse i Sykehuset Innlandet
- Rutine for varsling om innleggelse og utskrivningsklar pasient med bruk av elektronisk meldingsblankett

I det følgende vil vi beskrive praksis knyttet til noen av de mest sentrale avtalebestemmelsene.

Avtalebestemmelse:

*SI sitt ansvar:*

- *At all kontakt mellom SI, henvisende lege og kommunen dokumenteres i pasientens journal.*
- *At personell som har oppgaver i forbindelse med innleggelse og utskrivning av pasienter følger vedtatte samhandlingsrutiner.*
- *Å ha oversikt over hvilket kontaktpunkt kommunen har oppgitt til varsling i henhold til forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.*

Praksis:

Virkelighetsoppfatningen hos de intervjuede pleie- og omsorgsledere er at Sykehuset Innlandet i all hovedsak ivaretar sine avtaleplikter når det gjelder somatiske pasienter, og at rutinene for journalføring og meldingsutveksling følges. Det har imidlertid vært tilfeller der Sykehuset Innlandet ikke har funnet igjen innsendte medisinlister ved pasientmottak. Det har også skjedd at sykehuset har brukt gamle medisinlister innsendt fra kommunelegen, og ikke de oppdaterte som er innsendt fra sykehjemmet eller hjemmetjenestene.



På rus- og psykiatriområdet oppleves tilbudet imidlertid som svært mangelfullt. Det er ikke akutt plasser ved distriktpspsykiatrisk senter (DPS) på Tynset, og pasienter som etter kommunens vurdering burde hatt et slikt tilbud står i fare for å få forverret sin helsetilstand. Pleie- og omsorgslederne stiller spørsmålsteget ved kriteriene for innleggelse ved DPS. De mener at kriteriene ligger høyere enn hva som er forsvarlig.

Som allerede nevnt har det vært tilfeller der personell hos Sykehuset Innlandet har gått utenfor sitt ansvarsområde med å gi uttrykk overfor pasientene om hvilken type tjenester de «har krav på» hos kommunen. Dette oppleves som en kilde til frustrasjon og konflikter.

Avtalebestemmelse:

*Kommunens ansvar:*

- *Henvissende lege har ansvar for vurdering av om pasienter har behov for innleggelse i SI eller om kommunalt tilbud kan benyttes.*
- *At personell som har ansvar for innleggelser og utskrivninger følger vedtatte rutiner.*
- *Å ha fast kontaktpunkt i kommunen for mottak av meldinger og kommunikasjon, og holde SI oppdatert om disse.*

Praksis:

Pleie- og omsorgsledernes erfaringer er at kommunelegene i Folldal er flinke til å vurdere om kommunen kan gi et forsvarlig tilbud for den enkelte som et alternativ til sykehusinnleggelse, og at de gir god oppfølging. Tjenestemiljøet og pasientomfanget i en liten kommune gjør det mulig for legene å ha god oversikt, blant annet gjennom pasientvisitter ved sykehjemmet.

De intervjuede lederne gir også uttrykk for at legene i hovedsak følger fastsatte rutiner ved innleggelse. Det har imidlertid vært tilfeller der legene ved innleggelse av pasienter fra sykehjemmet har oversendt medisinlister som ikke har vært oppdaterte med revidert medisinliste fra pasientjournalen ved sykehjemmet og hjemmetjenesten.

Det foreligger en egen rutinebeskrivelse for følge av kjent personale fra kommunen ved sykehusinnleggelse. Det har vært noen tilfeller der kommunen har reist tvil om behovet for følgetjeneste. Av rutinebeskrivelsen fremgår det at sykehuset skal gjøre beslutning etter dialog med kommunen. Tilbakemeldinger ved intervju gir inntrykk av at dette ikke fungerer fullt ut som forutsatt.

Det har etter de intervjuedes oppfatning vært mange rutineavvik hos Sykehuset Innlandet. En del har til dels blitt fulgt opp med meldinger om avvik fra kommunen, men flere tilfeller kunne ifølge intervjuet vært rapportert gjennom avviksmeldinger. Dette gjelder både i forbindelse med mottak av pasienter fra Folldal, og ved utskrivning av pasientene.

Avtalebestemmelse:

*Alle meldinger mellom SI og kommunen skal sendes elektronisk via Norsk helsenett.*

Praksis:

Revisjonen har fått opplyst at kommunen bruker Norsk Helsenett sin kommunikasjonskanal, og at E-meldinger via journalsystemet blir benyttet. Dette med unntak for avviksmeldinger fra Folldal kommune til Sykehuset Innlandet, som går via brev som journalføres i kommunens saksbehandlingssystem. Sykehuset Innlandet overholder avtalebestemmelsene om hvilken kommunikasjonskanal som skal benyttes.

I tilknytning til meldingsutvekslingen har de intervjuede lederne påpekt følgende utfordring:

Det har gjentatte ganger skjedd at kommunen får melding om utskrivningsklare pasienter, som sykehuset deretter kansellerer. I mellomtiden har kommunen utført et ressurskrevende arbeid med å få etablert et adekvat tilbud. Betalingsordningen og avtaleverket gir ikke adgang til å kreve kompensasjon for slike kostnader. Denne asymmetrien i de økonomiske incentivene oppleves som urimelig, og kan lede til mistanke om at sykehuset spekulerer i å velte mest mulig av sine kostnader over på kommunene. Dette blir også sett i sammenheng med ordningen for betaling for KAD-senger. Kommunen betaler et årlig beløp til Sykehuset Innlandet på rundt kr 250.000 for å ivareta pålegget om å ha plasser til akutt døgnopphold. Betalingsplikten løper selv om sengene ikke blir brukt av pasienter fra Folldal, og kommunen har ikke lyktes med å få data fra sykehuset om hva som er den faktiske bruken. Manglende informasjonsflyt har ført til at de intervjuede lederne mistenker sykehuset for å bruke sengene til andre formål enn KAD-pasienter. Det er ingen samordning mellom ledig kapasitet på KAD-sengene og gjenliggende utskrivningsklare pasienter. Dette oppleves som en stor svakhet.

### **Tjenesteavtale for samarbeid om utdanning og forskning.**

Tjenesteavtale nr 5 *Samarbeid om utdanning og forskning* har som formål å sørge for gjensidig og forpliktende kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling,

samt faglige nettverk og hospitering. Det heter i avtalen at den skal legge til rette for

*Utvikling av felles tiltak for å styrke kunnskap, kompetanseoppbygging, forskning og innovasjon.*

Revisjonen har undersøkt praksis knyttet til de avtalebestemmelsene som er mest relevante for kommunens kompetanseutvikling.

Avtalebestemmelse:

*Partene har ansvar for gjensidig kunnskapsoverføring, dialog og informasjonsutveksling for å sikre gode tjenester og pasientforløp.*

Praksis:

Sykepleierne i Folldal benytter seg av adgangen til å dra til sykehuset for spesialopplæring, noe som oppleves som et viktig bidrag til kompetanseutvikling.

Samarbeid med spesialisthelsetjenesten (SAM-AKS) blir trukket frem som et samarbeidsområde for forskning og utvikling som har fungert godt. Dette har vært et prosjekt om samhandling mellom SI sin avdeling for alderspsykiatri og kommunale sykehjem. Kompetanseutvikling på kombinasjonen mellom demens og psykiatri oppleves som verdifull for kommunen.

Avtalebestemmelse:

*Partene legger til rette for felles etterutdanning og tilbud til lærlinger.*

Praksis:

Turnuslegeordningen blir koordinert og tildelt etter beslutning fra Sykehuset Innlandet. Læringleplassene i Folldal har blitt opprettet uten medvirkning eller samarbeid med Sykehuset Innlandet. Det kan heller ikke pekes på andre tiltak hvor etterutdanning og tilbud til lærlinger har kommet som følge av avtalebestemmelsen.

Avtalebestemmelse:

*Partene forplikter seg til å legge til rette for hospitering.*

Praksis:

Hospiteringsordningen har vært fraværende. De intervjuede lederne mener at det er stort behov for at ansatte ved Sykehuset Innlandet hospiterer i Folldal for å bli kjent med kommunen. Enhver kommune er forskjellig med hensyn til organisering, lokalisering og særskilte behov, og det etterlyses bedre innsikt fra sykehusets side om hvordan forholdene fortoner seg fra kommunens synsvinkel. Lederne gir uttrykk for at de i så måte sakner interesse fra SI sin side.

Avtalebestemmelse:

*Partene inviterer hverandre til egen internopplæring og seminaraktivitet*

Praksis:

Kommunen mottar invitasjoner fra Sykehuset Innlandet til deltakelse. Det blir imidlertid opplevd som en ulempe at kurs- og seminarvirksomhet ofte foregår langt unna Folldal, men for opplæringsaktivitet på Tynset har det vært stor deltakelse. Dette oppleves som svært verdifullt. Sykepleierne i Folldal deltar i et sykepleiernetverk, og benytter dette foraet i stor grad.

### **Tjenesteavtale for samarbeid om IKT-løsninger lokalt.**

Tjenesteavtale nr 7 *Samarbeid om IKT-løsninger lokalt* har som formål å sørge for god samhandling mellom SI og kommunen ved å klargjøre ansvar og oppgaver knyttet til drift og utvikling av IKT-løsninger.

Revisjonen har forsøkt å kartlegge praksis i relasjon til noen av avtalebestemmelsene.

Avtalebestemmelse:

*Partene har etablert rutiner som sikrer at avvik blir avdekket og tiltak blir iverksatt.*

Praksis:

Folldal kommune bruker applikasjonen Compilo for avvikshåndtering. Rutinene for avvikshåndtering ble fastsatt av AMU 09.02.09 og administrasjonsutvalget 26.01.2017. Det har imidlertid tatt noe tid å fase inn det elektroniske avvikssystemet til erstatning for manuelle avviksskjema. I tillegg er det en egen avvikshåndteringsmodul i pasientjournalssystemet CosDoc.

Dersom ansatte i Folldal avdekker avvik hos SI, blir avvikene rapportert dit gjennom brev opprettet i kommunens saksbehandlingssystem.

Avtalebestemmelse:

*Partene har et kjent kontaktpunkt som tar imot henvendelser om feil og avvik i forbindelse med elektronisk samhandling, samt gir nødvendig veiledning. Slik bekjentgjøring gjelder både egne ansatte og samarbeidspartnerne.*

Praksis:

Det er bekreftet av pleie- og omsorgslederne at kontaktpunktene for feil og avvik er kjent, og at disse blir gjensidig benyttet.

Avtalebestemmelse:

*Partene skal gi nødvendig opplæring i egen organisasjon slik at personalet kjenner rutine og funksjonalitet i forbindelse med elektronisk samhandling.*

Praksis:

Tilbakemeldingene tilsier at dette er ivaretatt hos begge parter. Bruk av avvikshåndteringssystem og meldingstjenester er en del av internopplæringen ved nyansettelser i HRO-enheten.

Avtalebestemmelse:

*Partene skal benytte Norsk Helsenett som transportkanal.*

Praksis:

Avtalebestemmelsen blir overholdt av begge parter

Avtalebestemmelse:

*Partene har etablert rutiner som sikrer korrekt produksjon, sending og mottak av meldinger til og fra egne systemer.*

Praksis:

Dette fungerer som forutsatt. Gjennom FARTT-samarbeidet er kommunen sikret tilfredsstillende kompetanse om IKT-løsninger og elektronisk kommunikasjon.

### 5.3 Revisjonens vurderinger

De fakta som er omtalt i kapittel 5.2 er innhentet for å kunne svare på følgende problemstilling:

*Har Folldal kommune etablert samarbeidsavtaler og gode samhandlingsrutiner med helseforetaket som bidrar til helhetlig pasientforløp?*

Kommune har overholdt den lovpålagte plikten til å inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket. Avtaleverket dekker etter revisjonens skjønn de kravene til innhold som er opplistet i helse- og omsorgstjenestelovens § 6.2. Etter revisjonens vurdering kan man dermed avkvitte som utført den delen av problemstillingen som går på etablering av avtaleverk. Revisjonen har også merket seg som positivt at arbeidet med revidering av avtaleverket starter i god tid før avtaleperiodens utløp, og at dette skjer gjennom en involverende prosesser der Folldal gis anledning til å komme med sine innspill til forbedringer. Tilsvarende prosess ble gjennomført ved forrige revidering. Dette viser at avtaleverket består av levende dokumenter som blir oppdatert og forsøkt etterlevd.

Om samhandlingsrutinene kan sies å være gode eller ikke beror på hvor man plasserer kvalitetsterskelen. Vi har valgt å la den ligge der den ble plassert i avtaleverkets tjenestebeskrivelser. I tjenesteavtalene ble det fastsatt normer for hvordan samhandlingsrutinene var tenkt å fungere. Vi har forsøkt å innhente fakta som kan tjene som grunnlag for å si om det er avvik mellom praksis og den fastsatte normen.

For å si noe om praksis har vi basert oss på fakta og inntrykk etter intervju med de tre mest sentrale kommunale lederne i denne sammenhengen. Virkelighetsbildene blir påvirket av ståsted. Dersom vi hadde intervjuet aktører hos avtalemotparten, - altså Sykehuset Innlandet, kan det godt være at andre sannheter hadde kommet frem. Det samme kan være tilfelle dersom vi hadde involvert tillitsvalgte eller ansatte uten lederoppgaver i informasjonsinnhenting. Vi har valgt å innhente fakta fra de tre som både har den faglige og administrative autoriteten til å kunne tegne kommunens virkelighetsbilde.

Revisjonens hovedinntrykk er at de delene av samhandlingen som er regulert gjennom tjenesteavtaler og rutinebeskrivelser i stor grad fungerer etter intensjonene. Der det ikke er samsvar mellom avtale og praksis blir forholdene forsøkt rettet gjennom systemene for avvikshåndtering. Revisjonen har imidlertid fått indikasjoner på at oppfølgingen av avvik som etter kommunens oppfatning har oppstått hos Sykehuset Innlandet kunne vært fulgt opp bedre. Dette gjelder både å sørge for at avvik faktisk blir rapportert fra kommunen til Sykehuset Innlandet, og at man ikke gir seg før man har fått tilbakemelding om at avviket har blitt lukket.

Etter vår vurdering består de vesentligste avvikene mellom avtalebestemmelsene og praksis for samhandlingen av følgende:

- Med unntak for rus- og psykiatriområdet er det ikke etablert et tilfredsstillende samarbeid mellom koordinerende enhet ved Sykehuset Innlandet (SI) og kommunen på feltene for habilitering, rehabilitering og individuell plan.
- Praksiskonsulentstillingen hos SI har ligget nede den siste tiden. Dette skyldes rekrutteringsproblem.
- Feil medisinalister har blitt sendt med pasienter ved innleggelse på sykehus på grunn av mangler i samhandlingen mellom kommunelege, sykehjemmet og hjemmetjenesten.
- Sykehusansatte har gått utover sitt ansvarsområde ved å uttrykke overfor pasientene hvilke tjenester de bør forvente å få i sin hjemkommune.
- Manglende dialog mellom SI og kommunen før førstnevnte tar beslutning om behov for kommunal følgetjeneste.
- Det er ikke etablert noe samarbeid mellom SI og kommunen om etterutdanning og tilbud til lærlinger.

- Det har ikke blitt lagt til rette for hospiteringsordning.

I tillegg er det vår vurdering at noen samhandlingsområder lider av svakheter som ikke skyldes mangelfull avtaleoverholdelse, men at avtaleverket og rutinebeskrivelsene ikke har bestemmelser som regulerer partenes forpliktelser godt nok:

- Gjentatte tilfeller av at utskrivningsmeldinger fra sykehuset blir kansellert, og hvor kommunen må bære kostnaden med å etablere unødvendige mottakstilbud.
- Opphopping av pasientutskrivninger fredag ettermiddag.
- Forsinkelser i transporttjenesten som medfører at pasienter først kommer tilbake fra sykehus sent på ettermiddag.
- Manglende sykehuskapasitet for akutt plasser på rus- og psykiatriområdet.
- Manglende samordning mellom ledig kapasitet ved KAD-sengene og utskrivningsklare pasienter.

I et samhandlingsperspektiv vurderer revisjonen sistnevnte forhold som det mest betenkelige. Folldal er altså med på et spleiselag sammen med andre kommuner for at to sengeplasser ved Tynset sykehus skal stå i beredskap for akutt døgnopphold for somatiske pasienter. Dette for å ivareta lovpålegget om å ha et slikt tilbud. Kommunen betaler rundt kr 250.000 i året uavhengig av om plassene blir brukt eller ikke. Samtidig må kommunen betale kr 4.747 pr døgn for utskrivningsklare pasienter som blir liggende igjen på sykehus. Det foregår ingen samordning mot ledig kapasitet på KAD-sengene. Dette vurderer revisjonen som en avtalemessig svakhet.

## **5.4 Revisjonens konklusjon**

Vi mener at kommunen har etablert samarbeidsavtaler med helseforetaket som tilfredsstillter lovens krav. Basert på den virkeligheten som er beskrevet av kommunens pleie- og omsorgsledere mener vi også at samhandlingsrutinene i stor grad er i overensstemmelse med intensjonene. Vi har imidlertid funnet noen avvik mellom praksis og avtaleverk som kan ha gått utover hensynet til helhetlige pasientforløp.

Arbeidet med å revidere avtaleverket har startet opp. Det er viktig at man tar med seg erfaringene om hva som ikke fungerer optimalt inn i denne prosessen. Dette gjelder for det første samhandlingsområder som allerede er avtalefestet og nedfelt i rutinebeskrivelser, men hvor praksis er noe annet. Vi mener at samhandlingen mellom sykehuset og kommunen knyttet til individuell plan, følgetjeneste, praksiskonsulentordningen, lærlinger og hospiteringsordningen lider av mangler.

For sykehuset synes det også å være behov for å gjennomgå sine interne rutiner for å forhindre at ansatte skaper forventninger om hvilket kommunalt tilbud pasientene skal tilbake til. Vi har også fått indikasjoner på intern samhandlingsbrist i kommunen ved at feil medisinalister har blitt sendt med pasienter til sykehuset. Vi mener at det er risiko for at pasienter ikke får en helhetlig oppfølging som følge av de svakhetene vi her har listet opp.

Etter vår mening er det i tillegg viktig å påse at områder som er mangelfullt beskrevet i avtaler og rutiner blir tatt inn. Vi sikter eksempelvis til bestemmelser som regulerer det økonomiske ansvaret ved kansellering av utskrivninger, tiltak for å unngå opphoping av utskrivninger fredag ettermiddag, og effektiviteten i transporttjenesten. Selv om det ikke følger direkte av de lovpålagte områdene for hva som skal avtales, mener vi at bruken av KAD-kapasiteten burde vært koordinert med kommunens mottakskapasitet for utskrivningsklare pasienter. Det er også behov for å fokusere mer på den manglende akuttkapasiteten for rus- og psykiatrispasienter, og å klargjøre oppgave- og ansvarsfordelingen for denne pasientgruppen.

## **6. I HVILKEN GRAD HAR SAMHANDLINGSREFORMEN FØRT TIL ØKT BEVILGNINGSBEHOV FOR PLEIE- OG OMSORGSTJENESTENE I FOLLDAL?**

### **6.1 Revisjonskriterier**

Revisjonskriterier er uttrykk for en idealtilstand på det reviderte området. For denne problemstillingen har vi ikke grunnlag for å si noe om hvordan tilstanden bør være, og fakta vil derfor ikke bli målt opp mot noen særskilt standard. Når vi holder kostnader opp mot gjennomsnittstall for andre kommuner er ikke dette ment som noen norm, men som et sammenligningsgrunnlag for å kunne si noe om utviklingen.

### **6.2 Faktadel**

Aktivitet som har kommet som følge av samhandlingsreformen inngår som en integrert del av HRO-avdelingens tjenester. Regnskapet er ikke innrettet med sikte på å kunne ta ut rapporter som viser hva reformen har kostet. For å kunne besvare problemstillingen er det derfor nødvendig å se på samlet utgiftsøkning fra innføringen av samhandlingsreformen til i dag, og å lete etter ulike forklaringer på økningen. Dermed får man et analysegrunnlag for å isolere de forklaringsfaktorene som er knyttet til samhandlingsreformen.



Regnskapsdata for kommunens netto driftsutgifter til pleie og omsorg. Funksjonene 234, 253, 254, 256 og 261. Kilde: SSB/KOSTRA

	2011	2017	Økning
Netto driftsutgifter til pleie og omsorg	29 710 000	46 803 000	58 %
<i>Herav:</i>			
Institusjonsomsorg	11 564 000	17 718 000	53 %
Institusjonslokaler	3 010 000	4 509 000	50 %
Hjemmeboende brukere	14 710 000	23 299 000	58 %
Aktiverings- og servicetjenester	426 000	1 032 000	142 %
Akutthjelp	0	245 000	

Netto driftsutgifter beskriver hva som blir finansiert ved hjelp av kommunens frie inntekter. Dette er midler kommunestyret må bevilge. Kostnader som dekkes ved hjelp av øremerkede tilskudd og brukerbetaling er holdes altså utenfor. Tjenester til psykiske utviklingshemmede og særlig ressurskrevende brukere blir ikke separert på egne funksjonskoder, og er inkludert i tallene. En særegen utvikling for disse brukergruppene kan for små kommuner gi store utslag. Revisjonen har fått opplyst fra kommunen at nettoutgiftene til særlig ressurskrevende brukere har økt fra 4,36 mill i 2011 til 7,75 mill i 2017, - en økning på 78 %.

Siste år før samhandlingsreformen ble innført hadde kommunen altså netto driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenestene på 29,7 mill. I 6-årsperioden til 2017 økte de med 58 %. Folldal sine samlede netto driftsutgifter økte i samme periode med 33 %. Den kommunale deflatoren (gjennomsnittlig lønns- og prisvekst) økte med 19 %, og kommunesektorens frie inntekter med 33 %. Netto utgiftsøkning for Folldal sine pleie- og omsorgstjenester har dermed økt langt mer enn den generelle utviklingen tilsier. Dette har sammenheng med flere faktorer i tillegg til det som er nevnt om særlig ressurskrevende brukere. Behovsendringen, - målt gjennom endring i den eldste aldersgruppen og mottakere av pleie- og omsorgstjenester har økt. Ved å sammenstille ressursøkningen med behovsøkningen kan man få et bilde av disse sammenhengene. Ved å sammenligne data i Folldal med tilsvarende data for fylket og landet har man grunnlag for å lete etter avvikende utviklingstrekk.

Økning i netto driftsutgifter og behovsøkning 2011-2017. Kilde: SSB/KOSTRA

	Folldal	Hedmark	Landet
Økte nto driftsutgifter til institusjonsomsorg	53 %	19 %	24 %
Økte nto dr.utgifter til hjemmeboende brukere	58 %	23 %	35 %
Økning i aldersgruppen 67 år og over	25 %	17 %	20 %
Økning i aldersgruppen 80 år og over	-2 %	-5 %	1 %
Økning i unike brukere av omsorgstjenester	31 %	3 %	9 %

Folldal har hatt langt større utgiftsøkning både til institusjonsomsorg og hjemmeboende brukere enn hva tilfellet har vært for Hedmark og landet. Noe av dette skyldes at befolkningsgruppen fra 67 år og oppover har økt en del mer i Folldal enn i sammenligningsgruppene. Men langt fra alt. Målt per innbygger i denne aldersgruppen økte netto driftsutgifter med 26 % i 6-årsperioden. Tilsvarende økning for fylket og hele landet var henholdsvis 5 % og 9 %.

En stor økning de siste årene behøver ikke bety at Folldal nå ligger på et høyt utgiftsnivå. Det kan like godt skyldes at kommunen har beveget seg fra et lavt nivå til et gjennomsnittlig.

*Netto driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenester i 2017. Kilde: SSB/KOSTRA*

	<b>Folldal</b>	<b>Hedmark</b>	<b>KOSTRA- gruppe 2</b>	<b>Landet</b>
Pr innbygger	29 831	20 107	22 029	17 351
Pr innbygger 80 år og over	417 884	369 653	390 517	412 503
Pr innbygger 67 år og over	118 489	105 228	115 634	116 850

Vi ser at den store utgiftsveksten har ført til at Folldal nå ligger på et relativt høyt utgiftsnivå. Målt i forhold til innbyggertallene er utgiftene høyere enn gjennomsnittet for fylket, landet og KOSTRA-gruppen. Å bruke mye penger på en sektor er ikke ensbetydende med at det produseres dyre tjenester, - at produktiviteten er lav. Det kan like godt skyldes at behovsdekningen og tjenesteproduksjonen er høy. Derfor må man også undersøke hvor mange tjenester som ytes.

Antallet unike brukere av omsorgstjenester har økt markert mer enn hva befolkningsendringene i Folldal tilsier. Dette indikerer at mye av kostnadsøkningen kan forklares med at det er flere som får tjenester. Sammenlignende data viser at det er en relativt stor andel av befolkningen i Folldal som bruker pleie- og omsorgstjenester.

*Brukere av omsorgstjenester i 2017 pr 1.000 innbyggere. Kilde: SSB/KOSTRA*

	<b>Folldal</b>	<b>Hedmark</b>	<b>Landet</b>
Hjemmetjenester	63,7	50,4	39,1
Institusjonstjenester	12,1	10,6	8,7
Aktiverings- og servicetjenester	40,2	28,8	23,4

Fra 2011 til 2017 økte antall brukere av hjemmetjenester med 52 %, - fra 66 til 100. Dette ifølge innrapporterte tall fra kommunen. Tilsvarende økning for fylket og landet var henholdsvis 3 % og 7 %. Økning i antall brukere kan dermed forklare mye av kostnadsveksten fra 2011. Men ikke alt, og det kan heller ikke forklare den

store kostnadsøkningen for institusjonsomsorgen, ettersom antall sykehjemsplasser har vært uendret. En mulig tilleggsforklaring kan være at tjenesteintensiteten pr bruker har økt.

*Årsverk ekskl. fravær i brukerrettede pleie- og omsorgstjenester pr bruker. Kilde SSB/KOSTRA*

	<b>2011</b>	<b>2017</b>
Folldal	0,53	0,55
Hedmark	N/A	0,57
KOSTRA-gruppe 2	0,44	0,53
Landet	0,47	0,57

Med forbehold om datakvaliteten kan ikke økt intensitet pr bruker benyttes som delforklaring på den store utgiftsøkningen i Folldal, ettersom intensiteten økte mer for landet som helhet og KOSTRA-gruppen. En feilkilde er at utstrakt bruk av bemanningsbyrå ikke blir synliggjort i indikatoren. En annen er tjenestekjøp fra andre kommuner knyttet til ressurskrevende brukere. Man skal derfor være forsiktig med å dra slutninger utfra dataene om antall årsverk pr bruker.

*Indikatorer for tjenesteintensitet pr bruker i Folldal. Kilde: SSB/KOSTRA*

	<b>2011</b>	<b>2017</b>
Andel av brukerne som har omfattende bistandsbehov	34,0 %	31,1 %
Gj.snittlig antall tildelte timer pr uke – praktisk bistand	6,0	8,7
Gj.snittlig antall tildelte timer pr uke – hjemmesykepleie	2,6	2,5

Heller ikke de ovenstående indikatorer for endring i tjenesteintensitet gir noen fullgod forklaringer på utgiftsveksten.

En kommune vil pådra seg ekstra personellkostnader dersom sykefraværet er høyt. Sammenlignende data for utvikling i sykefraværet er derfor av interesse.

*Andel legemeldt sykefravær av antall årsverk i brukerrettede tjenester. Kilde SSB/KOSTRA*

	<b>2011</b>	<b>2017</b>
Folldal	10,5 %	10,8 %
Hedmark	9,1 %	9,0 %
Landet	8,5 %	9,4 %

Folldal har høyt sykefravær, men økningen fra 2011 var ikke så stor at den kan forklare mye av den særegne utgiftsveksten.

Misforholdet mellom utgiftsvekst og tjenesteøkning har vært størst for institusjonsomsorgen. Antall beboere gikk i perioden 2011-2017 ned med 5 %, mens netto driftsutgifter økte med 53 %. Også for fylket og landet var det misforhold mellom endring i beboere på institusjon og økning i driftsutgiftene, men ikke i så stor grad som i Folldal. For å finne ut om dette kan forklares med særkostnader i Folldal på grunn samhandlingsreformen må man undersøke data for institusjonsomsorgen nærmere.

*Indikatorer for institusjonsomsorgen i 2017. Kilde: SSB/KOSTRA*

	<b>Folldal</b>	<b>Hedmark</b>	<b>KOSTRA- gruppe 2</b>	<b>Landet</b>
Utgifter pr beboerdøgn	3 703	3 403	3 330	3 381
Andel plasser i enerom	100,0 %	97,4 %	98,6 %	98,1 %
Plasser i % av innb. 80 år og over	17,0 %	18,4 %	18,8 %	16,3 %
Belegg i forhold til antall plasser	101 %	94 %	92 %	98 %
Legetimer pr uke pr beboer	0,53*	0,48	0,46	0,55
Fysioterapitimer pr beboer pr uke	0,38	0,37	0,41	0,42

*\* Tall for 2016 pga feilrapportering for 2017.*

Utgifter pr beboerdøgn i 2017 var rundt 10 % høyere enn gjennomsnittet for andre kommuner. Selv om det er mangler ved datakvaliteten i tidsrekken tilbake til 2011, tyder innrapporterte tall på at Folldal har gått fra å ha lavere enhetskostnader enn gjennomsnittene, til å ha høyere. Økningen var spesielt stor fra 2016 til 2017, og skyldtes i stor grad at det ble færre beboerdøgn å dele sykehjemmets kostander på.

En mulig forklaring på den store kostnadsøkningen ved sykehjemmet er at pasienter skrives ut fra sykehus med dårligere helsetilstand enn tidligere.

*Gjennomsnittlig liggetid før pasienten meldes utskrivningsklar. Antall døgn. Kilde: Helsedirektoratet, SAMDATA*

	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Folldal	5,3	6,1	5,4	4,4	4,8
Sykehuset Innlandet	5,6	5,6	5,6	5,6	5,4
Helse Sør-Øst	6,8	6,4	6,2	6,3	6,2
Alle helseforetak	7,4	6,9	6,6	6,5	6,4

Sammenlignende data over antall liggedøgn ved sykehusene gir en indikasjon på utskrivningstempoet. Både for Folldal og sammenligningsgruppene har det over tid vært en nedgang i antall liggetid på sykehus. Om dette må tilskrives mer effektive behandlingsmåter, - og ikke sykehusenes økonomiske incentiver for å sende pasienter raskest mulig fra seg, - er det ulike oppfatninger om. I følge Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenestene

etter innføring av samhandlingsreformen (Dokument 3:5 2015-2016) opplever 95 % av kommunene at pasientene er sikrere når de overføres til kommunehelsetjenesten enn før.

Pasienter fra Folldal har i de fleste av årene 2012-2016 hatt færre liggedøgn enn snittet for Sykehuset Innlandet. SI har gjennomgående hatt færre liggedøgn enn de øvrige sykehusene i helseforetaket, og Helse Sør-Øst skriver ut pasientene tidligere enn gjennomsnittet for alle helseforetak. Dette kan indikere at Folldal har vært spesielt utsatt for at pasienter som kommer fra sykehus har dårlig helsetilstand. Ut fra dataene er det imidlertid vanskelig å se at utviklingen fra 2012 har gått i mer negativ retning for Folldal enn for øvrige kommuner.

### 6.3 Revisjonens vurderinger

Vi har gått gjennom en rekke data for å kunne besvare følgende problemstilling:

*I hvilken grad har samhandlingsreformen ført til økt bevilgningsbehov for pleie- og omsorgstjenestene i Folldal?*

Til tross for datamengden er vi ikke i stand til å gi noe fullgodt svar. Dette skyldes utfordringene med å isolere ulike årsaksvariabler fra hverandre. Vi har i hovedsak basert oss på KOSTRA-data. Datakvaliteten avhenger av at kommunen følger de nasjonale rapporteringsstandardene, og vi vet at feilrapportering forekommer. Derfor har det vært viktig for oss å ikke dra slutninger på basis av enkeltstående data, og noen data har vi forkastet under arbeidet på grunn av tvil om kvaliteten.

Vi har funnet at nettoutgiftene til Folldal kommunes pleie- og omsorgstjenester har økt kraftig fra siste år før samhandlingsreformen ble innført (2011) til siste tilgjengelige regnskapsår (2017). Økningen har vært langt høyere enn både hva befolkningsendring, lønns- og prisvekst, generell kommunal utgiftsvekst og andre kommuners utgiftsvekst for sektoren har vært. Sistnevnte forhold kan tyde på at utgiftsveksten i Folldal må ha andre hovedforklaringer enn samhandlingsreformen. Selv om det varierer noe fra kommune til kommune hvor kostnadskrevende reformen har vært, kan vi vanskelig se at særegne forhold knyttet til reformen kan være eneste forklaringen på merkostnadsveksten i forhold til andre kommuner.

Folldal har hatt en særegen økning i antall brukere av hjemmetjenester. Målt i forhold til innbyggertall har kommunen nå et høyt forbruk av disse tjenestene. Nettoutgiftene til ressurskrevende yngre brukere har også økt svært mye. Vi vil

også anta at høyere formelle kompetansekrav som følge av samhandlingsreformen har vært kostnadsdrivende. Dette er imidlertid noe også andre kommuner har opplevd, men kompetanseløftet kan ha vært mest merkbart for de minste kommunene.

I intervju med kommunens pleie- og omsorgsledere ble det trukket frem noen kostnadsdrivende faktorer som har sammenheng med samhandlingsreformen. Blant disse er nevnt oppretting av tredje nattevakt ved sykehjemmet, dyrere medisinsk forbruksmateriell, mer medisinbruk, og at helsetilstanden for pasienter som kommer fra sykehus har blitt dårligere. Under den første problemstillingen fant vi at Folldal har hatt høy utskrivningsfrekvens fra sykehus, og at liggetiden før utskrivning har vært kort sammenlignet med landsgjennomsnittet. Dette underbygger at mottak av utskrivningsklare pasienter kan ha vært spesielt kostnadskrevene for Folldal. Men for andre kostnadsdrivende faktorer som blir trukket frem, kan vi ikke se at det kan kobles direkte til samhandlingsreformen. Herunder personellkostnader til bemanningsbyrå, yngre brukere med store behov, tilbud til kreftpasienter, økt utløsning av alarmtelefoner, flere brukere av hjemmetjenester, flere og mer kostnadskrevene brukere av MOT sine tjenester, og kostnader knyttet til innføring av digitale tjenester.

Etter revisjonens vurdering kan knappheten på sykehjems plasser ha hatt en utgiftsdrivende effekt. I økonomisk teori er det vanlig å anta at marginalkostnadene øker når man nærmer seg kapasitetsgrensen. Dette kan være noe av forklaringen på den store kostnadsøkningen per beboerdøgn ved sykehjemmet. I toppåret 2016 ble det utbetalt 265.000 fordi kommunen ikke klarte å ta imot alle pasienter fra sykehus. I tillegg har det blitt brukt ressurser på å finne midlertidige løsninger på den sprenge kapasiteten.

## **6.4 Revisjonens konklusjon**

Siden samhandlingsreformen ble innført i 2012 har bevilgningsbehovet for kommunens pleie- og omsorgstjenester økt langt mer enn i de fleste andre kommuner. Etter vår mening skyldes dette i liten grad samhandlingsreformen i seg selv.

Hovedforklaringen på utgiftsveksten er at behovsdekningen innen de hjemmebaserte tjenestene har økt. Større andel av befolkningen enn før får slike tjenester, og når også andelen av befolkningen som er over 67 år har økt, får man større bevilgningsbehov. Også flere yngre brukere med store ressursbehov har bidratt til utviklingen. Folldal stiller svakt når konkurransen om knapp

arbeidskraft med spesiell kompetanse skjerpes. Det kan være grunn til å tro at dette har virket kostnadsdrivende.

I lys av at antall sykehjemsplasser har vært konstant har vi funnet det påfallende at bevilgningene til institusjonsomsorgen har økt så mye de siste årene. Målt som utgifter pr beboerdøgn har Folldal gått fra å ha lavere til å ha høyere kostnader enn kommuner det er naturlig å sammenligne seg med. Vi har funnet grunn til å anta at noe kan skyldes særtrekkene for Folldal hva høy utskrivningsfrekvens fra sykehus og få liggedager før utskrivning angår. Altså forhold som har med samhandlingsreformen å gjøre, og knyttet til at sykehusene har hatt økonomiske incentiv til å velte kostnader over på kommunene. Helsetilstanden til hjemsendte pasienter blir svakere, og kommunens pleiekostnader går opp. Mye kan tyde på at dette har rammet Folldal spesielt hardt. Men etter vår mening forklarer dette langt fra alt av særøkningen for Folldal sine institusjonstjenester. Etter vår mening kan det være grunn til å anta at ekstrakostnader som følge av knapp sykehjemskapasitet også har vært en medvirkende faktor.

## **7. RÅDMANNENS UTTALELSE**

Den foreløpige rapporten ble oversendt rådmannen for høringsuttalelse. I uttalelse av 12.09.18 (vedlegg 9.2) ble det påpekt noen forhold som kommenteres i det følgende.

### Tabelloversikt over institusjonsplasser og heldøgns bemannede boliger

Rådmannen påpekte at tabellen ikke var i overenstemmelse med den faktiske situasjonen, og at det derfor ikke var dekning for en konklusjon om lav kapasitet i forhold til fylket og landet.

Tabellen viste institusjonsplasser og heldøgns bemannede boliger i prosent av befolkningen over 80 år, og tallene var hentet fra KOSTRA-databasen. Etter å ha sjekket opplysningene fra rådmannen har revisjonen funnet ut at antall heldøgns bemannede boliger har blitt feilrapportert til KOSTRA. Vi har omarbeidet tabellen slik at den er i tråd med de nye opplysningene. På grunn av denne feilen var det ikke dekningen for noen av vurderingene og konklusjonene om kommunens kapasitet, og disse har blitt justert i den endelige rapporten.

### Etterbehandling ved Røros sykehus

Rådmannen presiserer at brukerne av tilbudet har, - så vidt kommunen kjenner til, - vært fornøyde med tilbudet. Det har ikke kommet tilbakemelding om at geografisk avstand har vært noen stor ulempe.

Revisjonens poeng i denne sammenheng er at avstanden fra Røros til hjemstedet er så lang at det ikke kan sies å være i tråd med intensjonene om utskrivning til hjemkommunen. Derfor mener vi at det ikke er en løsning kommunen kan basere seg på i fremtiden. Denne vurderingen holder revisjonen fast på, men vi har supplert med opplysningene om at kommunen ikke har fått noen negative tilbakemeldinger fra brukerne.

#### Omsorgsboliger i stedet for sykehjemsplasser

I rådmannens tilbakemelding heter det:

*I forhold til konklusjonen om kapasitetspress på sykehjemsplasser er det ikke nødvendigvis kun flere sykehjemsplasser som er løsningen. Man må også se på flere omsorgsboliger i tilknytning til Folldal Bo- og servicesenter som en mulighet, og kanskje, bedre løsning.*

Dette er en vurdering som revisjonen kan slutte seg til.

#### Oppdaterte medisinlister

Rådmannen har påpekt at oppdaterte medisinlister blir sendt både fra sykehjemmet og hjemmetjenesten, mens det i den foreløpige rapporten bare var vist til sykehjemmet. Det ville vært mer i tråd med kommunens organisering å vise til begge tjenestestedene.

Den endelige rapporten er justert i forhold til rådmannens merknad.

#### Lønnsutgifter pr årsverk

Rådmannen viser til en tabell i den foreløpige rapporten som indikerte høy lønnsutvikling i forhold til fylket og landet, og påpeker at ansatte innen pleie og omsorg i hovedsak lønnes etter tariff, med et lokalt tillegg som er omtrent på linje med andre kommuner i området. Samtidig påpekes det at det i 2017 har vært mye bruk av overtid som inngår i lønnsutgiftene.

Revisjonen har undersøkt KOSTRA-indikatoren for lønnsutgifter pr årsverk eksklusiv fravær i pleie- og omsorgstjenester nærmere, for om mulig å avdekke feilkilder eller nye forklaringer. Indikatoren ble dannet ved å dividere samlede lønnsutgifter for sektoren med antall innrapporterte årsverk. SSB fjernet denne indikatoren da de gikk over til ny tabellstruktur fra 15. juni 2018. SSB oppgir at dette skyldes problem med datakvaliteten for fravær, og at det jobbes med å få mer nøyaktige tall. Ettersom det er så stor tvil om datakvaliteten, har vi valgt å ta tabellen og omtalen av lønnsutgiftene bort i den endelige rapporten.



## **8. SAMMENDRAG OG REVISJONENS ANBEFALINGER**

Samhandlingsreformen har stilt kommunene overfor nye rammebetingelser. Tidligere tilbakeføring av pasienter fra sykehus medfører økt arbeidsmengde og kompleksitet. Dersom kommunen ikke er i stand til å ta imot utskrivningsklare pasienter sender sykehuset en regning. Det har kommet lovpålegg om samarbeidsavtaler med helseforetaket, og avtaleverket må følges opp. Kommunen må også sørge for at det eksisterer et tilbud for akutte døgnplasser, og et system for å kartlegge helsetilstanden hos innbyggerne må være på plass. Forventningene om å vri fokuset over på forebygging fremfor behandling krever evne til omprioritering av ressurser, og mer omfattende og komplekse tjenester stiller krav til kompetanseutvikling.

Formålet med denne forvaltningsrevisjonen har vært å undersøke om Folldal kommune har vært i stand til å innfri de mest sentrale påleggende og forventningene knyttet til samhandlingsreformen, og å finne ut i hvilken grad reformen har hatt en kostnadsdrivende effekt. Vi har avgrenset prosjektet til pleie- og omsorgstilbudet, og har dermed ikke tatt for oss det helseforebyggende arbeidet. Vi har basert oss på fakta fra tilgjengelig statistikk, kommunale dokumenter og intervju med tre ledere i HRO. Virkelighetsoppfatningene er dermed basert på det administrative perspektivet, og vi har ikke innhentet synspunkter fra brukere eller politikere.

**Problemstilling 1:** *Har Folldal kommune tilfredsstillende kapasitet og kompetanse for mottak av utskrivningsklare pasienter?*

Ansvar for pasientbehandlingen skal fordeles mellom de statlige helseforetakene og kommunene etter prinsippet om lavest effektive omsorgsnivå. Kommunen har plikt til å ta imot og å gi utskrivningsklare pasienter fra sykehus et forsvarlig tilbud. I motsatt fall må kommunen dekke sykehusets utgifter. For å oppfylle plikten må kommunen både ha nødvendig kapasitet og kompetanse.

Vi har undersøkt data som kan gi pekepinner om Folldal kommune sine forutsetninger for å ta imot pasientene. Til tross for at tjenestene har vært preget av stort kapasitetspress, har kommunen i stor grad klart å etablere tjenestetilbud slik at betalingsplikt har vært unngått. I perioden 2014-2016 ble dette delvis løst ved å kjøpe opphold ved Røros sykehus. I ettertid har kommunen med få unntak klart å rydde rom for tilstrekkelig kapasitet i Folldal. Etter vår mening er det ikke noe mål i seg selv at betaling for utskrivningsklare pasienter skal nulles ut. For en liten kommune vil det gi uforholdsmessig store beredskapskostnader å ta høyde for alle tilfeldige svingninger. Men vi mener at kjøp av institusjonsplasser så langt

borte fra hjemkommunen som Røros ikke er i tråd med intensjonen om utskrivning til hjemkommunen.

Vi har ikke funnet noen indikasjoner på at Folldal mangler den kompetansen som er nødvendig for å gi utskrivningsklare pasienter et forsvarlig tilbud. Etter vår mening er rekrutteringen av sykepleierkompetanse det mest kritiske, men vi har ikke funnet holdepunkt for at disse utfordringene så langt har gått ut over forsvarligheten.

Befolkningsprognosene for Folldal tyder på at antall eldre over 80 år vil øke med over 50 % de neste 12 årene. Dermed må det forventes at behovet for pleie- og omsorgstjenester vil øke, og at behovet for flere sykepleiere vil gjøre kommunen enda mer sårbar for konkurransen om slik kompetanse. Selv om kommunen klarer å håndtere påleggene om mottak av utskrivningsklare pasienter i dag, mener vi at pleie- og omsorgstilbudet ikke er rigget for morgendagens behov.

**Problemstilling 2:** *Har Folldal kommune etablert samarbeidsavtaler og gode samhandlingsrutiner med helseforetaket som bidrar til helhetlig pasientforløp?*

Det er et lovkrav at kommunen skal ha samarbeidsavtaler med det regionale helseforetaket. Avtaleverket som Folldal har med Sykehuset Innlandet har bestemmelser som plasserer ansvar og beskriver rutiner. Vi har undersøkt om praksis er i overensstemmelse med avtalene.

Vi mener at samarbeidsavtalene tilfredsstiller lovens krav. Basert på den virkeligheten som er beskrevet av kommunens pleie- og omsorgsledere mener vi også at samhandlingsrutinene i stor grad er i overensstemmelse med intensjonene. Vi har imidlertid funnet noen avvik mellom praksis og avtaleverk som kan ha gått utover hensynet til helhetlige pasientforløp.

Vi mener at samhandlingen mellom sykehuset og kommunen knyttet til individuell plan, følgetjeneste, praksiskonsulentordningen, lærlinger og hospiteringsordningen lider av mangler. For sykehuset synes det også å være behov for å gjennomgå sine interne rutiner for å forhindre at ansatte skaper forventninger om hvilket kommunalt tilbud pasientene skal tilbake til. Vi har også fått indikasjoner på intern samhandlingsbrist i kommunen ved at feil medisiner har blitt sendt med pasienter til sykehuset. Vi mener at det er risiko for at pasienter ikke får en helhetlig oppfølging som følge av de svakhetene vi her har listet opp.

Etter vår mening er det i tillegg viktig å påse at områder som er mangelfullt beskrevet i avtaler og rutiner blir avtalefestet. Vi sikter eksempelvis til

bestemmelser som regulerer det økonomiske ansvaret ved kansellering av utskrivninger, tiltak for å unngå opphoping av utskrivninger fredag ettermiddag, og effektiviteten i transporttjenesten. Vi mener også at bruken av KAD-kapasiteten burde vært koordinert med kommunens mottakskapasitet for utskrivningsklare pasienter. Det er også behov for å klargjøre oppgave- og ansvarsfordelingen for rus- og psykiatrispasienter.

**Problemstilling 3:** *I hvilken grad har samhandlingsreformen ført til økt bevilgningsbehov for pleie- og omsorgstjenestene i Folldal?*

Siden samhandlingsreformen ble innført i 2012 har bevilgningsbehovet for kommunens pleie- og omsorgstjenester økt langt mer enn i de fleste andre kommuner. Etter vår mening skyldes dette i liten grad samhandlingsreformen i seg selv.

Hovedforklaringen på utgiftsveksten er at behovsdekningen innen de hjemmebaserte tjenestene har økt. Målt i forhold til innbyggertall har kommunen nå et høyt forbruk av hjemmetjenester. Også flere yngre brukere med store ressursbehov har bidratt til utviklingen. Folldal stiller svakt når konkurransen om knapp arbeidskraft med spesiell kompetanse skjerpes. Det kan være grunn til å tro at dette har virket kostnadsdrivende.

Ettersom antall sykehjemsplasser har vært konstant har vi funnet det påfallende at utgiftene til institusjonsomsorgen har økt så mye de siste årene. Målt som utgifter pr beboerdøgn har Folldal gått fra å ha lavere til å ha høyere kostnader enn de fleste andre kommuner. Vi har funnet grunn til å anta at noe kan skyldes særtrekkene for Folldal hva høy utskrivningsfrekvens fra sykehus og få liggedager før utskrivning angår. Altså forhold som har med samhandlingsreformen å gjøre. Helsetilstanden til hjemsendte pasienter blir svakere, og kommunens pleiekostnader går opp. Mye kan tyde på at dette har rammet Folldal spesielt hardt. Etter vår mening kan det være grunn til å tro at ekstrakostnader som følge av sprenget sykehjemskapasitet også har vært en medvirkende faktor.

## **REVISJONENS ANBEFALINGER**

Avtaleverket mellom Folldal kommune og Sykehuset Innlandet er under revidering. Vi vil anbefale at:

- Det blir arbeidet aktivt med lukking av de avvikene mellom avtalebestemmelser og praksis som vi har påpekt i rapporten.
- Det blir søkt etter å avtalefeste samhandlingsområder som ikke i tilstrekkelig grad er regulert av dagens avtaleverk.

## **9. KILDER OG VEDLEGG**

### **9.1 Kilder**

Kommuneloven

Helse- og omsorgstjenesteloven

St.meld nr 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen

Folldal kommunes avtaleverk med Sykehuset Innlandet

Intervju av Else Laila Tuveng, Aud Torhild Lohn og Bjørn Kenny Skomakerstuen

[www.SSB.no/Kostra](http://www.SSB.no/Kostra)

Helsedirektoratet, SAMDATA


Analysenotat 5/2018, Helsedirektoratet

Riksrevisjonen. Dokument 3:5 (2015-2016)

Folldal kommunes årsmelding for 2017

Folldal kommunes tertialrapport 1 2018

## 9.2 Vedlegg: Rådmannens uttalelse til den foreløpige rapporten

	<b>FOLLDAL KOMMUNE</b> Rådmannen				
Revisjon Fjell IKS Rytroa 14	<b>Utsatt offentlighet Off §5</b>				
2550 OS I ØSTERDALEN					
<i>Vår ref.</i> 18/304-3	<i>Løpenr.</i> 4191/18	<i>Arkivkode</i> F00 &58	<i>Saksbehandler</i> Torill Tjeldnes	<i>Deres ref.</i>	<i>Dato:</i> 12.09.2018
<b>RÅDMANNENS UTTALELSE TIL FORVALTNINGSREVISJON - OPPFØLGING AV SAMHANDLINGSREFORMEN I PLEIE- OG OMSORGSTJENESTENE -</b>					
Revisjon Fjell IKS har bedt om rådmannens uttalelse til forvaltningsrevisjonen i brev av 30.08.2018.					
Til tabell på side 8 om institusjonsplasser og heldøgns plasser ser det ut til å være noen feil i tallgrunnlaget som er satt til 20 %. I 2017 var det 38 plasser (sykehjem og omsorgsboliger med heldøgns omsorg) og 111 personer over 80 år. Konklusjonen i rapporten øverst på side 9 om at Folldal har lav kapasitet i forhold til fylket og landet kan jeg derfor ikke se at stemmer.					
Til side 16 ang. plassene som er benyttet som et etterbehandlingstilbud ved Roros sykehus. Rapporten tar for seg ulempene med den lange avstanden til Roros. Det er viktig å presisere at brukere av tilbudet på Roros har, så vidt jeg kjenner til, vært fornøyd. Kommunen har ikke fått tilbakemeldinger på at geografisk avstand har vært noen stor ulempe.					
I forhold til konklusjonen om kapasitetspresset på sykehjemsplasser er det ikke nødvendigvis kun flere sykehjemsplasser som er løsningen. Man må også se på flere omsorgsboliger i tilknytning til Folldal Bo- og servicesenter som en mulig, og kanskje bedre, løsning.					
Oppdaterte medisinalister sendes både fra sykehjemmet og hjemmetjenesten. I rapporten vises det flere steder til sykehjemmet, hvor det ville vært mer i tråd med vår organisering å vise til både sykehjemmet og hjemmetjenesten.					
I tabell om lønnsutgifter pr. årsverk fremkommer Folldal med en høy lønnsutvikling i forhold til fylket og landet. Dette kan ikke alene forklares med et noe høyere sykefravær. Ansatte innen pleie og omsorg lønnes i hovedsak etter tariff, med et lokalt tillegg som er omtrent på linje med andre kommuner i området. I 2017 har det vært mye bruk av overtid som inngår i lønnsutgiftene.					
Med hilsen					
Torill Tjeldnes Rådmann <i>Dette dokumentet er elektronisk godkjent og sendes ut uten signatur.</i>					
<b>Postadresse</b> 2580 FOLLDAL	<b>Besøksadresse</b> Gruvvegen 7	<b>Telefon</b> 62 49 10 00	<b>Org.nr:</b> NO 939885684 <b>Bankgiro:</b> 1895.07.00072		
<b>E-post:</b> postmottak@folldal.kommune.no					