



Vest-Finnmark kommunerevisjon IKS
Oarje-Finnmárkku suohkanrevisiuvdna SGO



www.vefik.no

RAPPORT

FORVALTNINGSREVISJON

2017

Samhandlingsreformen

ALTA KOMMUNE

FORORD

Bakgrunnen for denne rapporten er *Plan for forvaltningsrevisjon 2013–2016*, vedtatt av kommunestyret i Alta kommune 19. november 2012 (sak 137/12). Det framgår av planen at det skal gjøres en forvaltningsrevisjon av kommunens implementering av samhandlingsreformen.

Prosjektgruppa har bestått av forvaltningsrevisor Bård Larsson, som har vært prosjektleder, og forvaltningsrevisor Arnt Bjarne Aronsen, som har vært prosjektmedarbeider. Rapporten er kvalitetssikret av fagansvarlig forvaltningsrevisor Tom Øyvind Heitmann.

Vår kontaktperson i kommunen har vært samhandlingskoordinator Aslaug Murberg. Vi har i tillegg foretatt intervjuer med rådmann Bjørn-Atle Hansen, kommunalleder helse og sosial John Helland, kommuneoverlege Kenneth Johansen, virksomhetsleder hjemmetjenester Marie Stavang og helsekonsulent Kristin Tørum. Kommunalleder samfunnsutvikling Oddvar Konst og kommunalleder oppvekst og kultur Rikke Raknes har besvart spørsmål på e-post.

Vi takker alle for et positivt samarbeid.

Alta, 6. februar 2018

Tom Øyvind Heitmann
fagansvarlig forvaltningsrevisor

Bård Larsson
forvaltningsrevisor/prosjektleder

Arnt Bjarne Aronsen
forvaltningsrevisor/prosjektmedarbeider

Innholdsfortegnelse

0	SAMMENDRAG	1
0.1	FORMÅLET MED PROSJEKTET	1
0.2	REVISORS VURDERINGER OG KONKLUSJONER	1
0.3	ANBEFALINGER	2
1	INNLEDNING	3
1.1	PROSJEKTETS BAKGRUNN OG FORMÅL	3
1.1.1	<i>Bakgrunn</i>	3
1.1.2	<i>Formål</i>	4
1.2	PROBLEMSTILLINGER	4
1.3	REVISJONSKRITERIER	4
1.3.1	<i>Kilder til kriterier</i>	4
1.3.2	<i>Utledning av kriterier</i>	5
1.4	METODE	7
1.4.1	<i>Datainnsamling</i>	7
1.4.2	<i>Avgrensning</i>	7
1.4.3	<i>Dataenes gyldighet og pålitelighet</i>	7
2	ER DET ETABLERT TILFREDSSTILLENDENDE RUTINER FOR SAMARBEID OG INFORMASJONSFLYT?	8
2.1	REVISJONSKRITERIER	8
2.2	DATA.....	8
2.2.1	<i>Overordnet samarbeidsorgan (OSO)</i>	8
2.2.2	<i>Årlige møter mellom helseforetaket og Alta kommune</i>	9
2.2.3	<i>Andre samhandlingsarenaer</i>	9
2.2.4	<i>Kontakt med helseforetakets kommunekoordinator</i>	10
2.2.5	<i>Meldingsutveksling</i>	10
2.2.6	<i>Håndtering av avvik</i>	10
2.2.7	<i>Intern informasjonsflyt</i>	10
2.3	VURDERINGER.....	11
2.3.1	<i>Overordnet samarbeidsorgan (OSO)</i>	11
2.3.2	<i>Årlige møter mellom helseforetaket og Alta kommune</i>	11
2.3.3	<i>Andre samhandlingsarenaer</i>	11
2.3.4	<i>Kontakt med helseforetakets kommunekoordinator</i>	11
2.3.5	<i>Meldingsutveksling</i>	12
2.3.6	<i>Håndtering av avvik</i>	12
2.3.7	<i>Intern informasjonsflyt</i>	12
2.4	KONKLUSJON.....	12
3	BLIR UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER HÅNDTERT PÅ EN FORSVARLIG MÅTE?	13
3.1	REVISJONSKRITERIER	13
3.2	DATA.....	13
3.2.1	<i>Kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter</i>	13
3.2.2	<i>Rutine for mottak og svar på meldinger fra sykehus</i>	16
3.2.3	<i>Rutine for mottak av utskrivningsklare pasienter</i>	17
3.3	VURDERINGER.....	17
3.3.1	<i>Kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter</i>	17
3.3.2	<i>Rutine for mottak og svar på meldinger fra sykehus</i>	18
3.3.3	<i>Rutine for mottak av utskrivningsklare pasienter</i>	18
3.4	KONKLUSJON.....	19
4	HAR KOMMUNEN TILFREDSSTILLENDENDE KONTROLL PÅ SINE UTGIFTER FOR UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER?	20
4.1	REVISJONSKRITERIER	20
4.2	DATA.....	20
4.2.1	<i>Gebyr for utskrivningsklare pasienter</i>	20
4.2.2	<i>Kontroll av gebyr</i>	20
4.3	VURDERINGER.....	21
4.3.1	<i>Gebyr for utskrivningsklare pasienter</i>	21
4.3.2	<i>Kontroll av gebyr</i>	21

4.4	KONKLUSJON.....	21
5	HAR KOMMUNEN IVERKSATT TILTAK SOM SIKRER TILSTREKKELIG BEMANNING OG KOMPETANSE?	22
5.1	REVISJONSKRITERIER	22
5.2	DATA.....	22
5.2.1	Etter- og videreutdanning	22
5.2.2	Utdanningsnivå	23
5.2.3	Bemannings	26
5.3	VURDERINGER.....	28
5.3.1	Etter- og videreutdanning	28
5.3.2	Utdanningsnivå	28
5.3.3	Bemannings	28
5.4	KONKLUSJON.....	29
6	HAR KOMMUNEN STYRKET DET FOREBYGGENDE ARBEIDET?.....	30
6.1	REVISJONSKRITERIER	30
6.2	DATA.....	30
6.2.1	Folkehelseoversikt.....	30
6.2.2	Folkehelseoversikten i kommunens planstrategi.....	31
6.2.3	Folkehelsearbeid i kommunens planer.....	31
6.2.4	Folkehelseutfordringer - tiltak	33
6.2.5	Informasjon, råd og veiledning	34
6.3	VURDERINGER.....	35
6.3.1	Folkehelseoversikt.....	35
6.3.2	Folkehelseoversikten i kommunens planstrategi.....	35
6.3.3	Folkehelsearbeid i kommunens planer.....	35
6.3.4	Folkehelseutfordringer - tiltak	35
6.3.5	Informasjon, råd og veiledning	35
6.4	KONKLUSJON.....	35
7	KONKLUSJONER.....	36
7.1	ER DET ETABLERT TILFREDSSTILLENDENDE RUTINER FOR SAMARBEID OG INFORMASJONSFLYT?	36
7.2	BLIR UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER HÅNDTERT PÅ EN FORSVARLIG MÅTE?.....	36
7.3	HAR KOMMUNEN TILFREDSSTILLENDENDE KONTROLL PÅ SINE UTGIFTER FOR UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER?.....	36
7.4	HAR KOMMUNEN IVERKSATT TILTAK SOM SIKRER TILSTREKKELIG BEMANNING OG KOMPETANSE?.....	36
7.5	HAR KOMMUNEN STYRKET DET FOREBYGGENDE ARBEIDET?	36
7.6	HOVEDKONKLUSJON	36
8	ANBEFALINGER.....	37
9	KILDER OG LITTERATUR.....	38
	Vedlegg 1: Rådmannens kommentarer	40
	Vedlegg 2: Revisjonskriterier	41
	Vedlegg 3: Metode og gjennomføring	50
	FIGUROVERSIKT	
	Figur 1: Antall liggedøgn, Alta kommune	13
	Figur 2: Antall liggedøgn pr. 1 000 innbyggere, Alta kommune	14
	Figur 3: Andel årsverk med fagutdanning.....	24
	Figur 4: Andel årsverk med fagutdanning fra videregående skole.....	25
	Figur 5: Andel årsverk med fagutdanning fra høyskole/universitet	26
	Figur 6: Samlet antall årsverk i pleie- og omsorgstjenesten, Alta kommune	26
	Figur 7: Årsverk eksklusiv fravær i brukerrettede tjenester pr. mottaker, pleie- og omsorgstjenesten	27
	TABELLOVERSIKT	
	Tabell 1: Gebyrer for utskrivningsklare pasienter.....	20

0 SAMMENDRAG

0.1 Formålet med prosjektet

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

0.2 Revisors vurderinger og konklusjoner

Er det etablert tilfredsstillende rutiner for samarbeid og informasjonsflyt, internt og opp mot helseforetakene?

Kommunen har i all hovedsak etablert tilfredsstillende rutiner for samarbeid og informasjonsflyt. Det synes imidlertid å være rom for forbedringer når det gjelder internt avviksrapporteringssystem og informasjonsflyt internt i organisasjonen.

Blir utskrivningsklare pasienter håndtert på en forsvarlig måte?

Kommunen har ikke i tilstrekkelig grad sikret at det skjer en forsvarlig håndtering av utskrivningsklare pasienter. Det er svakheter i kommunens rutiner for meldingsutveksling og mottak av utskrivningsklare pasienter. Kapasiteten i helse- og omsorgssektoren er for lav, men det arbeides godt for å bedre situasjonen. Det synes imidlertid som kommunen ikke har vært tilstrekkelig i forkant av utviklingen når det gjelder å håndtere endringer i behovet for helse- og omsorgstjenester.

Har kommunen tilfredsstillende kontroll på sine utgifter for utskrivningsklare pasienter?

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

Har kommunen iverksatt tiltak som sikrer tilstrekkelig bemanning og kompetanse?

Kommunen har styrket bemanningen i helse- og omsorgstjenestene betydelig siden innføringen av samhandlingsreformen, men har ikke i stor nok grad iverksatt tiltak som sikrer tilstrekkelig kompetanse. Det er bare i mindre grad gjennomført etter- og videreutdanning, og det generelle utdanningsnivået er ikke økt.

Har kommunen styrket det forebyggende arbeidet?

Kommunen har gjort mye for å styrke det forebyggende arbeidet. Folkehelseutfordringene er kartlagt, det er satt mål og laget strategier for å møte utfordringene, disse målene og strategiene er innarbeidet i kommunens planverk, det er gjennomført en rekke ulike tiltak for å møte utfordringene og det informeres og gis råd om hva den enkelte innbygger kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom. Kommunen har således oppfylt sin plikt på dette området.

Hovedkonklusjon

Alta kommune har delvis implementert samhandlingsreformen på en tilfredsstillende måte. Bemanningen er økt, folkehelsearbeidet er styrket og kommunen gjør det man kan forvente for å få til et fungerende samarbeid med helseforetaket. Det har imidlertid ikke vært tilstrekkelig kompetanseheving i helse- og omsorgstjenestene, og det er svakheter i kommunens håndtering av utskrivningsklare pasienter. Kommunen synes heller ikke å ha vært tilstrekkelig i forkant av utviklingen når det gjelder å håndtere endringer i behovet for helse- og omsorgstjenester.

0.3 Anbefalinger

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

- Utvikler et internt avviksrapporteringssystem som gjør det enkelt å varsle om samhandlingsavvik
- Går igjennom, evaluerer og eventuelt forbedrer rutinene for formidling av informasjon (av betydning for samhandlingen med helseforetaket) internt i organisasjonen
- Oppretter beredskap for å lese meldinger utenfor ordinær arbeidstid om pasienter som ikke mottar tjenester fra kommunen i utgangspunktet
- Sikrer tverrfaglighet i vurderingen av hvilket tilbud pasientene skal gis, for eksempel ved et tverrfaglig «inntaksteam»
- Kartlegger og identifiserer sannsynlige, kommende endringer i behovet for kommunale helse- og omsorgstjenester, og sørger for å tilpasse tjenestetilbudet i samsvar med dette
- Gjennomfører tiltak for å øke etter- og videreutdanningen i helse- og omsorgssektoren
- Gjennomfører tiltak for å tiltrekke seg personell med ønsket fagutdanning

1 INNLEDNING

1.1 Prosjektets bakgrunn og formål

1.1.1 Bakgrunn

Bakgrunnen for dette forvaltningsrevisjonsprosjektet er Plan for forvaltningsrevisjon 2013-2016, vedtatt av kommunestyret i Alta kommune den 19. november 2012 (sak 137/12). Det framgår av planen at det skal utføres en forvaltningsrevisjon av kommunens håndtering av samhandlingsreformen.

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

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

Reformen innebærer at kommunene får vesentlig større innflytelse over de samlede helsetjenestene, og de får virkemidler til å utvikle de kommunale tjenestene (ifølge Helse- og omsorgsdepartementet). For kommunene er et av oppdragene å styrke de kommunale tiltakene før, i stedet for etter spesialisthelsetjenesten. Denne reformen tydeliggjør og fornyer derfor kommunenes rolle i helse- og omsorgsarbeidet, noe som blant annet har innvirkning på kommunenes interne organisering, ansvars- og oppgavefordeling, forholdet til helseforetak, kommunal økonomi, kravene til forsvarlige tjenester, og pasient- og brukerrettigheter. Et av hovedgrepene for å bedre samhandlingen er innføringen av et lovpålagt avtalesystem mellom kommuner og helseforetak. Enkelte steder har det vært uenighet mellom kommuner og helseforetak i arbeidet med å inngå disse avtalene.

Av kommunens årsbudsjett for 2012 framgår det at Alta helsesenter og Altamodellen allerede har gjennomført deler av samhandlingsreformen slik som samarbeid og samlokalisering mellom tjenestenivåene. Gjennom «videreutvikling av Altamodellen» ønsker kommunen fortsatt å være landets leden[d]e LMS (lokalmedisinsk senter) ved å videreutvikle nye samarbeidsområder og også inngå samarbeid med nabokommunene. Det går videre fram av årsbudsjettet for 2012 at kommunen har fått 18,637 millioner kroner til fase 1 i samhandlingsreformen i 2012. Midlene skal dekke 20 % medfinansiering av medisinske innleggelser på sykehus og ansvar for utskrivingsklare pasienter. Det er gjort beregninger i 2009/2010 som viser at Alta kommune har et forbruk som er noe lavere enn tildelt beløp. Det er foreløpig usikkert hvordan dette vil slå ut i 2012 og fremover. Kommunalt medfinansieringsansvar skal stimulere til mindre forbruk av sykehustjenester og øke forebygging.

Samhandlingsreformen er omfattende og dette er i seg selv et forhold som øker risikoen for avvik, både med hensyn til etterlevelse av lovkrav og oppnåelse av fastsatte målsetninger. Området er svært vesentlig fra et brukerperspektiv (brukere av helse- og omsorgstjenester/pasienter), spesielt i forhold til om det foreligger samordnete, helhetlige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Videre er området vesentlig for de som arbeider i kommunens helse- og

omsorgstjeneste, og for kommunens administrative og politiske nivå, både sett i forhold til samarbeidet med helseforetakene, og organisering, styring og økonomi innenfor helse- og omsorgsarbeidet.»

1.1.2 Formål

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

1.2 Problemstillinger

Undersøkelsen er gjennomført på bakgrunn av én hovedproblemstilling og fem underproblemstillinger vedtatt av kontrollutvalget 15. desember 2015 (sak 22/2015).

Hovedproblemstillingen er som følger:

Har Alta kommune implementert samhandlingsreformen på en tilfredsstillende måte?

Undersøkelsen har følgende fem underproblemstillinger:

- Er det etablert tilfredsstillende rutiner for samarbeid og informasjonsflyt, internt og opp mot helseforetakene?
- Blir utskrivningsklare pasienter håndtert på en forsvarlig måte?
- Har kommunen tilfredsstillende kontroll på sine utgifter for utskrivningsklare pasienter?
- Har kommunen iverksatt tiltak som sikrer tilstrekkelig bemanning og kompetanse?
- Har kommunen styrket det forebyggende arbeidet?

1.3 Revisjonskriterier

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

1.3.1 Kilder til kriterier

Revisjonskriteriene i denne undersøkelsen er utledet fra følgende kilder:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)
- Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven)
- Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter
- Forskrift om oversikt over folkehelsen
- Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse og omsorgstjenesteloven)
- Prop. 90 L (2010-2011) Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)

- Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen
- Overordnet samarbeidsavtale mellom Finnmarkssykehuset HF (daværende Helse Finnmark HF) og Alta kommune (vedtatt av kommunestyret 26.6.2012)
- Tjenesteavtale nr. 5 mellom Finnmarkssykehuset HF (daværende Helse Finnmark HF) og Alta kommune; Ansvars- og oppgavefordeling ved opphold i, og utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten (vedtatt av kommunestyret 26.6.2012)
- Tjenesteavtale nr. 9 mellom Finnmarkssykehuset HF (daværende Helse Finnmark HF) og Alta kommune; Samarbeid om IKT-løsninger lokalt (vedtatt av kommunestyret 22.10.2012)
- Tjenesteavtale nr. 10 mellom Finnmarkssykehuset HF (daværende Helse Finnmark HF) og Alta kommune; Samarbeid om forebygging (vedtatt av kommunestyret 22.10.2012)
- KS: Rådmannens internkontroll: Hvordan få orden i eget hus?

1.3.2 Utledning av kriterier

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

På bakgrunn av kildene har vi utledet følgende revisjonskriterier:

Samarbeid og informasjonsflyt

- Kommunen skal være involvert i det som skjer i Overordnet samarbeidsorgan (OSO)
- Kommunen skal gjennomføre møter med helseforetaket på rådmanns-/direktørnivå og faglig nivå årlig
- Kommunen skal delta i lokalt faglig samarbeidsorgan
- Kommunen bør delta på de årlige samhandlingskonferansene
- Kommunen skal ha rutiner for kontakt med helseforetakets kommunekoordinator
- Det skal foreligge rutiner for håndtering av meldingsutveksling
- Det skal foreligge rutiner for håndtering av avvik
- Kommunen skal ha rutiner for intern informasjonsflyt

Håndtering av utskrivningsklare pasienter

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

Kommunens kontroll med utgifter for utskrivningsklare pasienter

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

Bemanning og kompetanse

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

Det forebyggende arbeidet

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

1.4 Metode

1.4.1 Datainnsamling

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

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

1.4.2 Avgrensning

Samhandlingsreformen inneholder en rekke elementer. Det har derfor vært nødvendig å gjøre tematiske avgrensninger av undersøkelsen. Undersøkelsen tar blant annet ikke for seg spesielle pasientgrupper, men systemer og rutiner som i utgangspunktet gjelder alle pasientgrupper. Tidsmessig er undersøkelsen i all hovedsak avgrenset til det som er tilstanden på undersøkelsestidspunktet (andre halvår 2017). På enkelte punkter ser undersøkelsen på utviklingen over tid. Dette gjelder liggetid for utskrivningsklare pasienter, samt ressurser og kompetanse i kommunens helse- og omsorgstjenester.

1.4.3 Dataenes gyldighet og pålitelighet

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

Med pålitelige data menes at data skal være mest mulig presise og nøyaktige.

2 ER DET ETABLERT TILFREDSSTILLENDE RUTINER FOR SAMARBEID OG INFORMASJONSFLYT?

2.1 Revisjonskriterier

- Kommunen skal være involvert i det som skjer i Overordnet samarbeidsorgan (OSO)
- Kommunen skal gjennomføre møter med helseforetaket på rådmanns-/direktørnivå og faglig nivå årlig
- Kommunen skal delta i lokalt faglig samarbeidsorgan
- Kommunen bør delta på de årlige samhandlingskonferansene
- Kommunen skal ha rutiner for kontakt med helseforetakets kommunekoordinator
- Det skal foreligge rutiner for håndtering av meldingsutveksling
- Det skal foreligge rutiner for håndtering av avvik
- Kommunen skal ha rutiner for intern informasjonsflyt

2.2 Data

I et innledende møte revisjonen hadde med kommunalleder helse og sosial, kommuneoverlege, virksomhetsleder hjemmetjenester og samhandlingskoordinator ble det fra kommunens side gitt uttrykk for at samarbeidet med helseforetaket fungerte greit på operativt nivå, mens det på ledelsesnivå var mer anstrengt. Også rådmannen har overfor revisjonen gitt uttrykk for at samarbeidet på ledernivå ikke er optimalt, og han har pekt på «sykehussaken» som en årsak til dette. Vi vil ikke komme tilbake til dette i fortsettelsen, og det vil heller ikke ha betydning for vår vurdering av kommunens implementering av samhandlingsreformen, men vi mener det er nødvendig å ta denne opplysningen med for å gi et utfyllende bilde av forholdet mellom kommunen og helseforetaket.

2.2.1 Overordnet samarbeidsorgan (OSO)

Kommuneoverlege Kenneth Johansen har i intervju opplyst å ha vært fast medlem i OSO fra starten av, med unntak av to år hvor han var varamedlem. Det har vært noen møter han ikke har deltatt på fordi de har kollidert med andre avtaler eller innkalling kom kort tid før møtet skulle avholdes. I disse tilfellene har han lest saklisten og referatet. Han har videre fortalt at kommunen vurderer behovet for å fremme saker for eller komme med innspill til OSO. I denne vurderingen er som regel han selv, kommunalleder helse og sosial og rådmannen involvert. Han har kommet med muntlige innspill i møter i OSO, men skriftlige innspill har det bare vært en håndfull av. Kommuneoverlegens oppfatning er at OSO i stor grad styres av helseforetaket, som bestemmer agendaen og er premissleverandør. Han opplever at OSO har potensiale for å bli mer relevant for kommunene. Erfaringsmessig er det stor variasjon i deltakelse fra kommunene. Han opplever at det er et stort sprik i styrkeforholdet mellom kommunene og helseforetaket. Helseforetaket har det samme antall medlemmer som kommunene, og medlemmene derfra er samkjørte, mens kommunenes representasjon er fragmentert og ukoordinert. Dette mener han kan ha sammenheng med at det er lite rom for kommunespesifikke utfordringer, at det er begrenset sammenfall i kommunenes interesser og utfordringer og liten kultur for samkjøring før møtene.

Rådmannen har i intervju fortalt at han har tett dialog med kommuneoverlegen om mange ting, også om det som skjer i OSO, og at de diskuterer sakslista i forkant av møtene. Han opplever at det ikke er stort engasjement fra kommunene når det gjelder deltakelse i organet, at det som behandles i OSO er viktig, men det er ikke en arena for å drøfte saker som gjelder særlige behov i Alta. Det som gjelder særskilt for Alta tas direkte med helseforetaket.

Kommunalleder helse og sosial har i intervju opplyst at kommunens representant i OSO sender ut saksliste til kommunalleder helse og sosial, rådmannen og flere, og at sakene gjennomgås både formelt og uformelt. I denne gjennomgangen er kommunalleder, kommuneoverlege, rådmannen og eventuelt også virksomhetsledermøtet, rådmannens ledergruppe og kommunens samhandlingskoordinator involvert. Kommunalleder opplyser at kommunen har kommet med innspill til saker som omhandler blant annet tjenesteavtalene, velferdsteknologi og miljørettet helsearbeid/folkehelsearbeid.

Samhandlingskoordinator i kommunen har i intervju med revisjonen fortalt at hun leser referater fra møter i OSO og at hun har kommet med innspill til endringer i tjenesteavtale nr. 5.

2.2.2 Årlige møter mellom helseforetaket og Alta kommune

Kommunalleder helse og sosial har i intervju fortalt at det ikke gjennomføres faste årlige møter. Det gjennomføres mange møter med Finnmarkssykehuset, men disse er hendelsesbaserte og kommet i stand når det har vært behov for det. Det har vært omfattende møtevirksomhet i forbindelse med utbyggingen av nærsykehuset.

Kommuneoverlegen har i intervju fortalt at han har etterlyst de avtalte møtene muntlig på andre møter han har vært i, men at ingen av partene har tatt (tilstrekkelig) initiativ for å få dette realisert. Han har videre uttalt at behovet for møter synes å være dekket ved de mange møtene som har vært vedrørende prosjektene tilknyttet spesialisthelsetjenestetilbudet og nærsykehuset. Han antar at behovet for særskilte møter kan øke når disse prosjektene er avsluttet.

2.2.3 Andre samhandlingsarenaer

Virksomhetsleder hjemmetjenester har i intervju fortalt at hun har vært på det første (og på det tidspunktet eneste) møtet i det faglige samarbeidsorganet for Vest-Finnmark.

I intervju har kommunalleder helse og sosial uttrykt at kommunen etter hans kjennskap har deltatt på alle samhandlingskonferanser som har vært avholdt, og at det varierer hvem og hvor mange som deltar fra kommunens side. Tilsvarende opplysninger har revisjonen fått fra kommuneoverlegen, som i tillegg har gitt uttrykk for at konferansene er nyttige og lærerike.

Kommunens samhandlingskoordinator har i intervju fortalt at hun har deltatt på de to siste samhandlingskonferansene og at hun også vil delta på årets konferanse¹. Revisjonen har i etterkant fått opplyst av kommuneoverlegen at samhandlingskoordinator deltok på denne konferansen.

¹ Dette gjelder konferansen for 2017 siden intervjuet ble gjennomført i november 2017. Konferansen ble ifølge opplysninger på nettsiden til Universitetssykehuset Nord-Norge avholdt 27. – 28. november 2017.

2.2.4 Kontakt med helseforetakets kommunekoordinator

Samhandlingskoordinator har i intervju opplyst at hun har en del kontakt med samhandlingsleder i helseforetaket og at det er gjennomført møter med helseforetaket sammen med avdelingsleder for hjemmetjenesten og fra sykestuen. Det avholdes møter med helseforetaket på operativt nivå etter behov. Hun gir uttrykk for at samhandlingen fungerer greit, men at hun ønsker hyppigere, faste samhandlingsmøter, og at det ikke er noen fast struktur på hvem som skal ta initiativ til å avholde møter.

2.2.5 Meldingsutveksling

Revisjonen har innhentet opplysninger om hvordan meldingsutvekslingen foregår. Dette behandles nærmere i kapittel 3 nedenfor.

2.2.6 Håndtering av avvik

Samhandlingskoordinator har i intervju fortalt at avvik i samhandlingen med helseforetaket som avdekkes ute i organisasjonen rapporteres til henne på et papirskjema og at avvikene formidles til helseforetakene (Finnmarkssykehuset eller UNN) elektronisk via deres respektive nettsider. Eksempel på avvik er at sykehuset har skrevet ut en pasient uten at kommunen har bekreftet at den kan ta imot vedkommende, samt utilstrekkelige opplysninger om pasientens helsetilstand. Mange avvik gjelder manglende epikrise og at det går for kort tid fra melding om innleggelse til pasienten meldes utskrivningsklar. Samhandlingskoordinator har overfor revisjonen gitt uttrykk for at hun tror det er en underrapportering av avvik internt i kommunen. Hun mener at helseforetaket har et godt system for å gi tilbakemelding om hva som er gjort med avvik. Helseforetaket kan imidlertid ikke melde samhandlingsavvik til kommunen elektronisk slik kommunen kan gjøre overfor foretaket.

Kommunalleder helse og sosial har i intervju fortalt at det arbeides med et felles internt avvikssystem som omfatter alle avdelinger i kommunen, og at rådmannen har ansvaret for dette arbeidet. Rådmannen har opplyst at det skal opprettes en arbeidsgruppe som skal utarbeide et forslag til helhetlig avvikssystem, inkludert hvilket dataverktøy som skal brukes. Dette arbeidet er imidlertid ikke kommet i gang ennå.

2.2.7 Intern informasjonsflyt

Kommunalleder helse og sosial har i intervju opplyst at endringer i tjenesteavtalene og andre forhold som har betydning for samhandlingen med helseforetaket spres ut til avdelingene via saksbehandlingssystemet, at de tas opp i kommunalleders ledermøte og eventuelt også med rådmannen og hans stab. Han har videre opplyst at kommuneoverlegen formidler slike forhold i møte med legene (allmennlegerådet) og at det gjennomføres personalmøter i avdelingene når det er aktuelt. Kommunalleder gir uttrykk for at han føler seg trygg på at slike endringer implementeres og settes ut i livet.

Kommuneoverlegen har i intervju fortalt at større endringer i samhandlingen med helseforetaket blir formidlet i OSO-møter og at han sender e-post til legegruppa, at endringene blir tatt opp på virksomhetsledermøtene og at samhandlingskoordinator snakker på telefon med de ulike institusjonene. Hans erfaring er at det sjelden er store endringer. Han tror tjenesteavtalene er lite kjent i avdelingene, men påpeker samtidig at de i stor grad bare er en skriftliggjøring av hvordan ting gjøres i utgangspunktet.

Virksomhetsleder hjemmetjenester har i intervju fortalt at det meste som gjelder samhandling for pasienter går via samhandlingskoordinator. I virksomhetsledermøte hver 14. dag

orienteres det om endringer som har betydning for samhandlingen med helseforetaket. Her deltar avdelingslederne, samhandlingskoordinator, kreftkoordinator og sykepleiekonsulent. Det avholdes også ukentlige møter om tildeling av korttidsplasser, hvor slike endringer kan formidles.

Samhandlingskoordinator har i intervju opplyst at hun har formidlet endringer i møter internt og via e-post. Etter hennes syn har det vært litt tilfeldig hvordan dette har vært gjort, og at det av kapasitetsårsaker har vært vanskelig å følge opp. Hun har overfor revisjonen gitt uttrykk for at hun synes at informasjonsflyten fra ledelsen er mangelfull. Hun sier at det ikke er noen faste arenaer/forum hvor hun blir invitert for å bli orientert.

2.3 Vurderinger

2.3.1 Overordnet samarbeidsorgan (OSO)

Kommunen skal være involvert i det som skjer i Overordnet samarbeidsorgan. Alta kommune har siden starten vært direkte involvert ved at kommuneoverlegen har vært enten fast medlem eller varamedlem i organet. Kommunen synes videre å ha praksis for å sette seg inn i sakslisten i forkant av møter, å vurdere å komme med innspill, og å faktisk komme med innspill når det anses nødvendig. Revisjonen har fått opplyst at OSO har begrenset relevans, blant annet fordi det er et stort sprik i styrkeforholdet mellom partene og det er lite rom for lokale tilpasninger i tjenesteavtalene, og at dette kan være årsaken til at kommunene ikke har det store engasjementet for det som foregår i organet. Revisjonens oppfatning er at Alta kommune likevel er betydelig involvert i det som skjer i OSO. Vi har derfor ingen bemerkninger til kommunens praksis på dette punktet.

2.3.2 Årlige møter mellom helseforetaket og Alta kommune

Kommunen skal ifølge overordnet samarbeidsavtale ha årlige møter med helseforetaket på rådmanns-/direktørnivå og faglig nivå. Revisjonens undersøkelse har vist at dette ikke gjennomføres. Det gjennomføres imidlertid en rekke møter som gjelder prosjekter knyttet til det spesialisthelsetjenestetilbud helseforetaket skal gi i kommunen, som synes å dekke kommunens behov for å avklare forhold som er nødvendig for å få samhandlingen til å fungere. En informant har gitt uttrykk for at dette behovet kan endre seg når prosjektene avsluttes, og det er en oppfatning revisjonen deler. På nåværende tidspunkt finner vi imidlertid ikke grunn til å kritisere den manglende oppfyllelsen av dette punktet i samarbeidsavtalen.

2.3.3 Andre samhandlingsarenaer

Kommunen skal delta i lokalt faglig samarbeidsorgan. Revisjonens undersøkelse viser at kommunen har oppnevnt en representant i organet og at denne har deltatt på det til da eneste møtet som var avholdt.

Kommunen bør delta på de årlige samhandlingskonferansene. Vår undersøkelse viser at kommunen har deltatt på alle konferanser som har vært avholdt for kommunene i Finnmark.

2.3.4 Kontakt med helseforetakets kommunekoordinator

Kommunen skal ha rutiner for kontakt med helseforetakets kommunekoordinator. Revisjonens undersøkelse viser at kommunen har en samhandlingskoordinator som er bindeleddet mot helseforetaket og dets kommunekoordinator, og at det gjennomføres møter og på annet vis kommuniseres med foretakets koordinator. Kommunens samhandlings-

koordinator har gitt uttrykk for at hun savner hyppigere, faste samhandlingsmøter. Dette er noe kommunen kan vurdere å følge opp overfor helseforetaket, som et tiltak for å forbedre samhandlingen, men revisjonen finner ikke grunnlag for å bemerke noen mangler på dette punkt fordi vi anser at kommunen har gjort det man kan stille krav om.

2.3.5 Meldingsutveksling

Det framgår av kapittel 3 at det foreligger rutiner for meldingsutveksling. For øvrig vises det til vurderingene som er gjort under punktene 3.3.1 og 3.3.2.

2.3.6 Håndtering av avvik

Kommunen skal ha rutiner for håndtering av avvik i samhandlingen med helseforetaket. Våre undersøkelser viser at kommunen rapporterer avvik elektronisk til helseforetakene og at det interne rapporteringssystemet er manuelt og papirbasert. Vi har ikke grunnlag for å si at det interne avviksrapporteringssystemet ikke fungerer, men det må antas at det er en sammenheng mellom hvor arbeidskrevende et rapporteringssystem er og graden av underrapportering. Et brukervennlig, elektronisk avviksrapporteringssystem antas derfor i større grad enn et papirbasert, manuelt system å bidra til å sikre at avvikene som oppstår blir formidlet internt (og eventuelt videre til helseforetaket). Innretningen av avviksrapporteringssystemet kan således ha betydning for både pasientsikkerheten og kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene. Vi mener derfor det er fornuftig at kommunen planlegger å videreutvikle og – må vi kunne forutsette – forbedre det interne avviksrapporteringssystemet. For øvrig har vi ikke noe å bemerke når det gjelder kommunens håndtering av samhandlingsavvik.

2.3.7 Intern informasjonsflyt

Kommunen skal ha rutiner for å formidle endringer og andre forhold som har betydning for samhandlingen med helseforetaket internt til de berørte avdelinger/virksomheter. Opplysningene revisjonen har innhentet fra ledere i kommunens helse- og omsorgssektor indikerer at informasjon om endringer formidles i tilstrekkelig grad. Samhandlingskoordinator har imidlertid på sin side gitt uttrykk for at hun ikke får tilstrekkelig informasjon fra ledelsen. Hun har også fortalt at andre arbeidsoppgaver kan gå på bekostning av oppgaven med å informere. Revisjonen vurderer det dermed slik at kommunen har rom for forbedringer på dette området.

2.4 Konklusjon

Kommunen har i all hovedsak etablert tilfredsstillende rutiner for samarbeid og informasjonsflyt. Det synes imidlertid å være rom for forbedringer når det gjelder det interne avviksrapporteringssystemet og informasjonsflyt internt i organisasjonen.

3 BLIR UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER HÅNDTERT PÅ EN FORSVARLIG MÅTE?

3.1 Revisjonskriterier

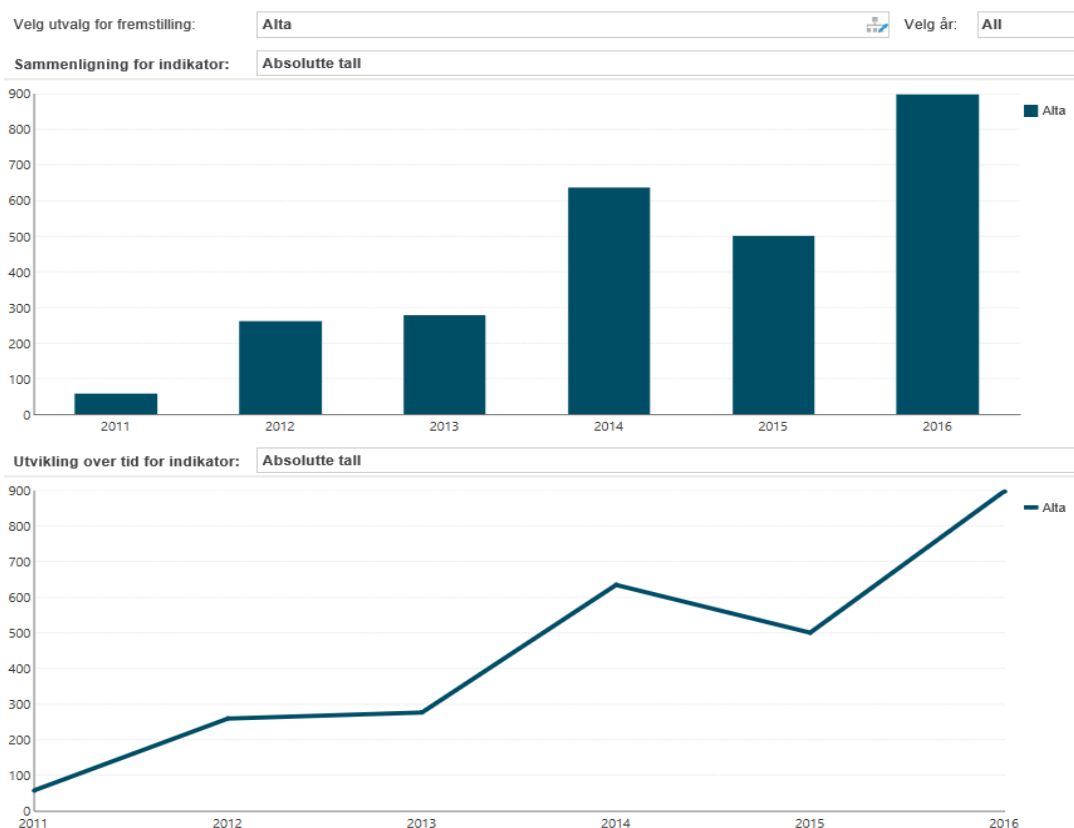
- Kommunen bør være i stand til å ta imot pasienter på det tidspunkt de er vurdert som utskrivningsklare
- Kommunen skal ha rutiner for mottak av meldinger/varsler fra sykehus om innlagte pasienter
- Kommunen skal ha rutiner for mottak og svar på meldinger om utskrivningsklare pasienter
- Kommunen skal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

3.2 Data

3.2.1 Kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter

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

Figur 1: Antall liggedøgn, Alta kommune



Figur 1 viser at det har vært en økning i antall liggedøgn gjennom hele perioden, med unntak av 2015.

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



Figuren viser at andelen liggedøgn har vært økende gjennom hele perioden, med unntak av 2015.

Helsedirektoratet har gradert nivåene på de ulike områdene fra 1-6, hvor 1 er svært lavt og 6 er svært høyt. Når det gjelder sum liggedager for utskrivningsklare pasienter er Alta kommune på nivå 2 i 2011, nivå 4 i 2012, nivå 5 i 2013-2015 og nivå 6 i 2016. Det vil si at sum liggedager for utskrivningsklare pasienter er gått fra «lavt nivå» i 2011 til «svært høyt nivå» i 2016.

Rådmannen har i intervju fortalt at det varierer hvor mange pasienter kommunen ikke er i stand til å ta imot. Han beskriver at det var krise i januar i år² da 10-12 pasienter ventet på et tilbud i kommunen. Det løste seg på våren, men det har tatt seg opp igjen i løpet av høsten. Han opplyser videre at de fleste korttidsplassene er i bruk av pasienter med behov for langtidsplass og at kapasiteten er sprenget. Han mener det er god dekning på hjemmebaserte tjenester og sykehjem, men kommunen mangler bemannede omsorgsboliger. Det er mange små enheter som fører til uforholdsmessig stor bemanning for å få turnusen til å gå opp. Til våren startes derfor bygging av to blokker med 16 plasser for heldøgns pleie/omsorg og 8-10 sykehjemsplasser for eldre med tyngre behov. Han forteller at det har vært mange ad hoc-

² 2017.

tiltak for å hankses med endringene etter samhandlingsreformen og at løsningen fram til omsorgssenteret står ferdig er å kjøpe tjenester fra private. Kommunen har også satt i gang et arbeid med bistand fra Agenda Kaupang for å se på hvordan driften kan effektiviseres. Her vil også pleiefaktoren inngå. Den store pengebruken på tjenesteområdet skyldes etter rådmannens mening urasjonell struktur og høyt tjenestenivå. Kommunen må derfor finne ut hva som er godt nok nivå på tjenestene som tilbys. Rådmannen opplyser at det til tross for hyppige tilsyn fra fylkesmannen ikke er påpekt vesentlige avvik, og at det er få klager på tjenestetilbudet. Dette mener han er en indikasjon på at kommunens tjenestetilbud er forsvarlig.

Kommunalleder helse og sosial beskriver at kommunen «i ganske stor» utstrekning ikke har klart å ta imot utskrivningsklare pasienter i perioden fra 2012. På det meste ventet 7-8 pasienter på plass sen vinteren 2017. Kommunalleder mener at kapasiteten i dag³ er bedre, men ikke god nok. Normalt er det 1-3 utskrivningsklare pasienter som venter på plass. Mangelen på plasser for heldøgns basert omsorg medfører at pasienter blir værende for lenge på korttidsplassene. Han mener at kommunen har undervurdert antall ressurskrevende brukere under 67 år (blant annet trafikkskadde, multihandikappede og personer med Alzheimer), hvor det har vært en stor økning, og som har ført til endringer i de interne prioriteringene.

Kommuneoverlegen ga i det innledende møtet (som nevnt innledningsvis i kapittel 2.2) uttrykk for at kommunen er på etterskudd når det gjelder å tilpasse tjenesteområdets kapasitet til det faktiske behovet. Han har i intervju fortalt at det nesten kontinuerlig er utskrivningsklare pasienter som venter på plass i kommunen, og at kapasiteten således er litt for lav. På det meste har det vært 7-8 pasienter, i gjennomsnitt 3-4, men i dag⁴ er det ingen. Kommunen kjøper imidlertid noen plasser hos en privat tjenesteleverandør. Han uttrykker at kommunen sliter til tross for god sykehjemsdekning, men at kapasiteten vil øke når omsorgssenteret står ferdig. Senteret vil fylle et manglende trinn i omsorgstrappa med 56 bemannede omsorgsboliger, som igjen vil frigjøre sykehjems plasser. Det pågående OU-prosjektet vil også bidra til å øke kapasiteten.

Virksomhetsleder hjemmetjenester har i intervju fortalt at kommunen «i ganske stor» utstrekning ikke har klart å ta imot pasienter når de er utskrivningsklare, men at det går litt opp og ned. Hun opplyser at kommunen har kjøpt plasser på Opptreningssenteret i Finnmark og en plass i Kvæanganen kommune fordi kommunens egen kapasitet er for liten. Hun beskriver videre at de ikke får brukt korttidsplassene til opptrening slik at pasientene kan sendes hjem, og at de derfor har startet et hverdagsrehabiliteringsteam⁵. Hun opplyser at omsorgssenteret som er under bygging vil gi mange nye plasser og at Elvebakken sykehjem skal bli et kompetansesenter for demens. I dag er halvparten av plassene på dette sykehjemmet forbeholdt demente.

Samhandlingskoordinator har i intervju fortalt at kommunen har problemer med å ta imot pasienter fortløpende, i større grad på vinteren enn på sommeren, og at det har blitt verre. Hun mener pasientene jevnt over er mye sykere og har et mer komplekst sykdomsbilde enn tidligere og at de meldes raskere utskrivningsklare fra sykehuset. Flere oppgaver som før var uaktuelle må kommunen ta seg av nå. Hun opplyser at det er fullt overalt og at situasjonen er preget av mange ad hoc-løsninger. Kommunen har kjøpt tjenester fra private tjenesteleverandører for å ta unna. Kapasiteten på sykehjemmene er sprengt, og alle som kan ligge på

³ Pr. 13.11.2017.

⁴ Pr. 11.1.2018.

⁵ Treårig prosjekt med start i 2017.

dobbeltram gjør det. Etter hennes mening har nedleggelsen av DPS døgninstitusjonen på Jansnes ført til et større press på kommunen.

3.2.2 Rutine for mottak og svar på meldinger fra sykehus

Samhandlingskoordinator har i intervju fortalt at det ikke er noen skriftlige rutiner for mottak og svar på meldinger, men at de bruker tjenesteavtale 5. Meldingsutveksling skjer i det elektroniske systemet kommunen benytter (Visma Profil). Melding fra helseforetaket om pasienter som allerede mottar tjenester fra kommunen kan leses av samhandlingskoordinator og den instans pasient/bruker mottar tjenester fra. Hun sjekker dette flere ganger hver dag, og ute i de aktuelle tjenestene skal meldinger sjekkes flere ganger hver vakt. Meldinger som gjelder nye pasienter/brukere er det bare samhandlingskoordinator og medarbeidere på servicekontoret i kommunens helse- og sosialtjeneste som kan lese. Når ingen av disse er til stede, som regel etter ordinær arbeidstid på hverdager og på arbeidsfrie dager, blir ikke disse meldingene lest.

Formålet med tjenesteavtale nr. 5, som samhandlingskoordinator viser til, er å klargjøre helseforetakets og kommunens ansvar og oppgaver vedrørende opphold i, og utskrivning fra spesialisthelsetjenesten av pasienter innen somatikk, rusbehandling og psykisk helsevern. Den angir konkret og presist kommunens ansvar og oppgaver 1) mens pasienten er til behandling i spesialisthelsetjenesten, 2) når pasienten er utskrivningsklar og 3) når pasienten skrives ut/tilbakeføres fra spesialisttjenesten etter innleggelse/vurdering. Blant annet framgår det hva kommunen skal gjøre når det mottas melding om innlagt pasient med antatt hjelpebehov etter utskrivning, melding om utskrivningsklar pasient og melding om utskrivning/tilbakeføring av pasient.

Virksomhetsleder hjemmetjenester har i intervju opplyst at det er skriftlige rutiner for meldingsutveksling, og revisjonen har fått disse tilsendt. Rutinene er datert 6. september 2013. Rutinene omhandler følgende:

- 1) Rutine for pasienter som får behov for eller får et endret behov for tjenester, og pasienten mottar eller skal motta kommunale tjenester:
 - Melding fra sykehuset ved innleggelse av pasient som mottar kommunale tjenester
 - Melding fra sykehuset ved innleggelse av pasient som ikke mottar kommunale tjenester
 - Kommunens svar på melding om innlagt pasient
 - Melding fra sykehuset om endringer i helseopplysninger
 - Melding fra sykehuset om utskrivningsklar pasient
 - Kommunens svar på melding om utskrivningsklar pasient
 - Melding fra sykehuset ved endring av helsetilstand som gjør at pasienten ikke lenger er utskrivningsklar
 - Hva som skal følge med pasienten når denne reiser fra sykehuset (epikriser, resepter, medikamenter mv)
 - Melding fra sykehuset når pasienten skrives ut

- 2) Rutine for pasienter som har uendret eller begrenset⁶ tjenestebehov, og pasienten allerede mottar kommunale tjenester:
 - Melding fra sykehuset om innlagt pasient
 - Kommunens svar på melding om innlagt pasient

⁶ Dette antas å bety redusert.

- Hva som skal følge med pasienten når denne reiser fra sykehuset (epikriser, resepter, medikamenter mv.)
- Melding fra sykehuset når pasienten skrives ut

Det framgår av rutinene hvem som har ansvar for å fordele og behandle innkommende meldinger på kveld, helg og helligdager på henholdsvis sykestua og hjemmesykepleien/sykehjem. For sykestua er det i tillegg angitt hva som skal gjøres med helseopplysninger som mottas fra sykehuset ved innleggelse av pasient og hva som skal gjøres ved mottak av epikrise.

3.2.3 Rutine for mottak av utskrivningsklare pasienter

Samhandlingskoordinator har i intervju opplyst at meldinger som mottas gjennomgås av henne, og at det som skjer videre avhenger av pasientens tilstand/hvilken tjeneste pasienten skal ha. Når det er en ny pasient må hun åpne for henholdsvis hjemmetjeneste, sykestue eller korttidsplasser/rehabilitering. Redegjørelsen fra sykehuset skal si noe om funksjonsnivå og helsetilstand som er tilstrekkelig til å kunne ta stilling til hvilket tilbud kommunen skal gi. Ofte gjør hun dette alene, men hun rådfører seg med andre i kommunen når det er noen som kjenner pasienten fra før. Hvis opplysningene fra sykehuset er mangelfulle etterlyser hun ytterligere informasjon. Ute i virksomhetene skal meldinger sjekkes flere ganger per vakt, og hun følger selv opp meldinger som blir liggende. Samhandlingskoordinator forteller at pasienter som er ny for kommunen eller har endret tjenestebehov, for eksempel behov for økt hjemmetjeneste, ikke skal skrives ut fredag etter kl. 14 og at meldinger om pasienter som ikke allerede mottar tjenester fra kommunen ikke sjekkes i helger eller andre arbeidsfrie dager. Når hun selv er fraværende skal slike meldinger håndteres av servicekontoret i kommunens helse- og sosialtjeneste. Samhandlingskoordinator har overfor revisjonen gitt uttrykk for at hun ser behovet for et tverrfaglig team som kan ta stilling til hvilket tilbud pasienten skal gis, og at det har skjedd at pasienter har blitt liggende på sykehus fordi hun har vært fraværende og det ikke har vært noen andre som har hatt tilstrekkelig oversikt over tilgjengelig kapasitet i kommunen.

Virksomhetsleder hjemmetjenester har opplyst at samhandlingskoordinator er veldig sentral i mottaket av pasienter, og at hun diskuterer med andre fagpersoner ved behov. Når samhandlingskoordinator er borte varsles avdelingene. Nye pasienter gis da tilbud av de faglig ansvarlige på de ulike avdelingene, mens de skrives inn i pasientsystemet av medarbeiderne på servicekontoret i helse- og sosialtjenesten.

3.3 Vurderinger

3.3.1 Kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter

Kommunen bør være i stand til å ta imot pasienter på det tidspunkt de er vurdert som utskrivningsklare. Statistikken fra Helsedirektoratet viser imidlertid at Alta kommune i relativt stor utstrekning ikke har klart å ta imot pasienter da de var utskrivningsklare, og at det har vært en betydelig, gradvis forverring siden innføringen av samhandlingsreformen. Bildet som tegnes av statistikken bekreftes av opplysningene revisjonen har fått fra informantene vi har spurt om temaet; kapasiteten i kommunens helse- og omsorgssektor er for lav.

Revisjonens undersøkelse viser at kommunen arbeider på flere områder, og langs flere akser, for å øke kapasiteten i sektoren. Det gjøres eller planlegges gjennomført tiltak både når det gjelder struktur, antall plasser og arbeidsutførelse. Det synes likevel klart at kommunen er på etterskudd og at situasjonen vil være svært krevende fram til det nye omsorgssenteret blir tatt i

bruk. Det er imidlertid ikke opplagt at kommunen er å bebreide for dette, fordi de konkrete virkningene av samhandlingsreformen på det tidspunkt reformen ble iverksatt var usikre, samt at det tar tid å bygge opp kapasiteten for å håndtere de endrede behovene for kommunale helse- og omsorgstjenester. Noen årsaksforhold, som nedleggelsen av DPS-institusjonen på Jansnes, har så vidt vi vet heller ikke noen direkte sammenheng med samhandlingsreformen, og har påvirket etterspørselen etter de kommunale helse- og omsorgstjenestene på en måte kommunen neppe fullt ut har kunnet forutse. Det synes imidlertid åpenbart at kapasiteten på ett av trinnene i «omsorgstrappa» – heldøgns bemannede omsorgsboliger – har vært for lav, og at denne manglende kapasiteten har vært synlig lenge. Vi antar derfor at den pressede situasjonen kommunen er i kunne vært unngått hvis det hadde vært fattet beslutning om bygging av flere slike boliger tidligere.

Revisjonen vurderer alt i alt situasjonen slik at kommunens kapasitet har vært og fortsatt er for lav, men at det arbeides godt for å bedre situasjonen. Vi finner grunn til å understreke og påpeke viktigheten av å være i forkant av utviklingen, fordi det tar tid å bygge opp kapasiteten i helse- og omsorgssektoren.

3.3.2 Rutine for mottak og svar på meldinger fra sykehus

Kommunen skal ha rutiner for mottak av meldinger/varsler fra sykehus om innlagte pasienter og for mottak og svar på meldinger om utskrivningsklare pasienter. Våre undersøkelser viser at kommunen har slike rutiner. Revisjonen er forelagt skriftlige rutiner, men disse synes ikke å være i praktisk bruk. I praksis forholder kommunen seg til tjenesteavtale nr. 5 når det gjelder mottak og svar på meldinger. Vi kan ikke se at det er noe å utsette på dette, fordi avtalen angir relativt konkret og presist hva kommunen skal gjøre.

Vi finner imidlertid grunn til å påpeke at det synes å være en svakhet i det forhold at kommunen ikke har noe apparat for å lese meldinger om pasienter som ikke mottar tjenester fra kommunen i utgangspunktet, når melding mottas utenfor ordinær arbeidstid eller på arbeidsfrie dager. Siden helseforetaket må vente med utskrivning til kommunen gir beskjed om at den kan ta imot pasienten vil dette neppe medføre noen risiko for sikkerheten til pasienten, men det kan føre til en forsinkelse i kommunens arbeid med å forberede mottak. Kommunens manglende beredskap for å lese meldinger kan således føre til at helseforetaket ikke har mulighet til å skrive ut pasienter når de er utskrivningsklare.

På bakgrunn av våre funn mener vi at kommunen ikke i tilstrekkelig grad har rutiner for mottak av meldinger om innlagte pasienter og mottak og svar på meldinger om utskrivningsklare pasienter.

3.3.3 Rutine for mottak av utskrivningsklare pasienter

Kommunen skal ha rutiner som sikrer forsvarlig mottak av utskrivningsklare pasienter. Våre undersøker viser at kommunen har rutiner for mottak, hvor samhandlingskoordinator er svært sentral. Det er hun alene som avgjør hvilket tilbud pasientene skal gis, eventuelt etter å ha rådført seg med andre fagpersoner i kommunen.

For revisjonen framstår kommunens organisering av mottakshåndteringen som sårbar og med klare svakheter. Denne oppfatningen er basert på en antakelse om at mottakshåndteringen mest sannsynlig vil bli svekket hvis noe uforutsett skulle inntreffe som medførte at samhandlingskoordinator fikk et brått og langvarig fravær, og fordi den faglige vurderingen er overlatt til én person. Samhandlingskoordinator kan riktig nok rådføre seg med andre

fagpersoner i kommunen (som kan variere fra gang til gang), men dette avhenger av at disse personene er tilgjengelige og tar seg tid til å sette seg inn i saken. Det virker heller ikke urimelig å tro at en vurdering som gjøres etter en slik rådføring i noen tilfeller ikke vil være like «god» som en vurdering som gjøres etter en meningsutveksling i en gruppe sammensatt av personer med ulik fag- og erfaringsbakgrunn. At samhandlingskoordinator har gitt uttrykk for at hun mener det ville vært positivt med et tverrfaglig team som sammen gjør vurderingen av hvilket tilbud kommunen skal gi til pasientene, og at pasienter har blitt liggende på sykehuset fordi hun har vært fraværende og de som er satt til å gjøre hennes arbeid ikke har hatt god nok oversikt over tilgjengelig kapasitet, underbygger revisjonens oppfatning av svakheten i kommunens organisering.

På bakgrunn av det som er nevnt mener vi at kommunen ikke i tilstrekkelig grad har rutiner som sikrer forsvarlig mottak av utskrivningsklare pasienter.

3.4 Konklusjon

Kommunen har ikke i tilstrekkelig grad sikret at det skjer en forsvarlig håndtering av utskrivningsklare pasienter. Det er svakheter i kommunens rutiner for meldingsutveksling og mottak av utskrivningsklare pasienter. Kapasiteten i helse- og omsorgssektoren er for lav, men det arbeides godt for å bedre situasjonen. Det synes imidlertid som kommunen ikke har vært tilstrekkelig i forkant av utviklingen når det gjelder å håndtere endringer i behovet for helse- og omsorgstjenester.

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

4.1 Revisjonskriterier

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

4.2 Data

4.2.1 Gebyr for utskrivningsklare pasienter

Revisjonen har innhentet opplysninger fra kommunens regnskapssystem over bokførte gebyrer for ikke mottatte pasienter. Tallene er bekreftet av representant fra kommunen. Regnskapet viser følgende summer de respektive årene:

Tabell 1: Gebyrer for utskrivningsklare pasienter

År/periode	Bokførte gebyrer
2012	504 000
2013	794 739
2014	1 922 431
2015	889 241
2016	3 717 797
2017	4 818 991

4.2.2 Kontroll av gebyr

Samhandlingskoordinator har i intervju fortalt at det er hun som kontrollerer fakturaene som gjelder gebyr for utskrivningsklare pasienter. Hun opplyser at det følger med et bilag som inneholder pasientidentifikasjon og at hun går inn i pasientjournalen og ser på de elektroniske meldingene som er sendt/mottatt. Hun sjekker når pasienten er meldt utskrivningsklar og teller antall døgn. Hun beskriver at dette er en tidkrevende arbeidsoppgave. Det hender at hun finner avvik, men at disse avklares med helseforetaket før faktura godkjennes. Fakturaene attesteres av saksbehandlere på servicekontoret og anvises av nestleder helse og sosial.

Revisjonen har undersøkt 9 tilfeldig valgte fakturaer som gjelder gebyr for manglende mottak av utskrivningsklare pasienter bokført i regnskapet for 2017. Alle fakturaer er attestert av medarbeidere i helse- og sosialadministrasjonen og anvist av nestleder, med unntak av en faktura som er attestert av kommunalleder.

Kommuneoverlegen har i intervju fortalt at det har vært noen tilfeller hvor det har vært uenighet mellom kommunen og helseforetaket om gebyr er rettmessig ilagt. Han nevnte spesielt et eksempel hvor begge parter sto på sitt, men som til slutt endte med at kommunen betalte halvparten av det opprinnelige kravet etter at saken var løftet til rådmann-/direktørnivå.

4.3 Vurderinger

4.3.1 Gebyr for utskrivningsklare pasienter

Gebyrene kommunen er ilagt for utskrivningsklare pasienter har naturlig nok sammenheng med antall liggedøgn for utskrivningsklare pasienter. Ilagte gebyrer viser således en økende trend. Denne trenden kan ikke forventes å snu før kommunens helse- og omsorgstjenester i større grad er tilpasset behovet enn det som er situasjonen i dag. I og med at det gjøres et omfattende arbeid for å øke kapasiteten (dette er beskrevet under punkt 3.2.1), og betydningen av den manglende kapasiteten er drøftet under punkt 3.3.1, finner vi ikke grunn til å legge stor vekt på hvordan gebyrutviklingen har vært så langt i vurderingen av kommunens implementering av samhandlingsreformen.

4.3.2 Kontroll av gebyr

Revisjonen vurderer det slik at kommunens rutiner for kontroll av ilagte gebyrer er tilfredsstillende. Denne oppfatningen underbygges av at det har vært et tilfelle med uenighet mellom kommunen og helseforetaket som har vært så fastlåst at rådmannen og foretakets direktør ble involvert for å finne en løsning.

4.4 Konklusjon

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

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

5.1 Revisjonskriterier

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

5.2 Data

5.2.1 Etter- og videreutdanning

Kommunalleder helse og sosial har i intervju opplyst at det er foretatt en kartlegging av status og behov for kompetanse innen helse- og sosialsektoren i forbindelse med utarbeidelse av kompetanseplan for 2017-2021. Det er gjennomført en rekke tiltak for kompetanseutvikling. Kommunen yter tilskudd til videreutdanning og økt formalkompetanse belønnes i forbindelse med lønnsforhandlinger. Kommunen har etablert et samarbeid med Universitetssykehuset i Nord-Norge. Noen av kommunens leger benyttes som forelesere og kommunen har inngått avtale om praksisplasser for legestudentene. Kommunalleder beskriver at han opplever økt kvalitet i arbeidet med kompetanseheving fordi samarbeidet med utdanningsinstitusjonene er blitt bedre.

Kommuneoverlegen har i intervju fortalt at det har vært normal kursvirksomhet i tiden etter at samhandlingsreformen ble innført. Kursvirksomheten har vært begrenset som følge av anstrengt økonomi og at det ikke er noen omfattende etterutdanningskultur i organisasjonen. For øvrig viser han til den nylig utarbeidede kompetanseplanen.

Virksomhetsleder hjemmetjenester har i intervju fortalt at noen ansatte har tatt videreutdanning som henholdsvis distriktssykepleier, kreftsykepleier og diabetessykepleier og at helsefagarbeidere har tatt videreutdanning innen kreft og psykiatri. Også ergoterapeuter har tatt videreutdanning. I kommunen som helhet gjennomføres et lederutviklingsprogram som PwC har regien på.

Samhandlingskoordinator har i intervju fortalt at det er utarbeidet en kompetanseplan som beskriver hva kommunen har og hva den trenger av kompetanse. Hun opplyser videre at det er utdannet diabetessykepleier, akuttsykepleier, kreftsykepleier og at noen ansatte holder på å utdanne seg til distriktssykepleier.

Rådmannen har i intervju gitt uttrykk for at helse- og sosialsektoren har gjort en kjempejobb med kompetansekartlegging og –plan og at kommunen har fått mye penger fra fylkesmannen til kompetanseheving. Han opplyser at Elvebakken sykehjem blir et kompetansesenter for demensomsorg og at det vil bli etablert en spydspiss for hverdagsrehabilitering. Det er til enhver tid mange ansatte på tjenesteområdet som tar videreutdanning.

Revisjonen har fått forelagt en strategisk kompetanseplan for helse- og omsorgstjenestene i Alta kommune, utarbeidet i 2011/2012. Det framgår her at formålet med planen er å gi kommunen utvidet kunnskap om hvilken kompetanse den har, hvilken kompetanse det er konkret behov for og hvordan den skal gå frem for å skaffe denne kompetansen. Disse forholdene er konkretisert på et, etter revisjonens mening, relativt detaljert nivå.

Kommunen har nylig utarbeidet en ny kompetanseplan for helse- og sosialtjenesten (for perioden 2017-2021) som revisjonen har mottatt et eksemplar av (heretter benevnes denne bare som «kompetanseplanen» eller «planen»). Planen inngår som en del av et pågående organisasjonsutviklingsprosjekt i helse- og sosialtjenesten.⁷

Kompetanseplanen inneholder en kartlegging av tjenesteområdets kompetansebeholdning og -behov. Planen har hovedmålsettinger rettet mot lovpålagt kompetanse, attraktivitet som arbeidsgiver og utviklingsorientert organisasjon. Det er utarbeidet strategier, delmål og tiltak knyttet til hovedmålsettingene. Det framgår at det er utarbeidet nye kompetansekrav basert på den utvikling som har vært og den utvikling som forventes når det gjelder økt kompleksitet i tjenestene⁸. I sammendraget trekkes det fram følgende:

- Kommunen har klart å skaffe basiskompetanse i de fleste stillingene, men sliter med rekruttering i vikarstillinger og i økende grad fagstillinger
- Andelen ufaglærte er høy
- Det er rimelig god aldersfordeling i de fleste faggrupper med unntak av helsefagarbeidere der nær halvparten er over 50 år
- Det er relativt få ansatte med formell videre- og etterutdanning
- Rekruttering av ledere er utfordrende
- Det forventes stor vekst og økt kompleksitet i tjenestene og dermed økt behov for nyrekruttering og spesialkompetanse
- Kompetansebehovet (gapet) er kartlagt
- Planen foreslår strategier og tiltak for å møte utfordringene i forhold til kompetanse og rekruttering

Det framgår av planen at tjenesteområdet har flere strategier for oppbygging og styrking av kompetansen.⁹ Når det gjelder etter- og videreutdanning har tjenesteområdet støttet enkeltansatte som har deltatt på kompetansehevende utdanninger med relevans til tjenesten, men tjenesten har ikke hatt ressurser til noen omfattende satsing på dette.

Det framgår videre at en kartlegging høsten 2016 viser et gap på henholdsvis 100 og 90 årsverk mellom behovet for videreutdanning og det som faktisk gjennomføres av videreutdanning av ansatte med grunnutdanning på helsefag- og høgskolenivå.¹⁰

5.2.2 Utdanningsnivå

Rådmannen har i intervju fortalt at han mener kommunen har for få sykepleiere, og at de sliter med å rekruttere dem. Det samme gjelder vernepleiere og helsesøstre. Han opplyser at kommunen vil trappe opp antall lærlingeplasser til 100 i 2020, fra dagens nivå på 40-50. Han beskriver at hovedutfordringen framover er å skaffe tilstrekkelig kvalifisert arbeidskraft.

⁷ Punkt 1.2 Forankring.

⁸ Punkt 1.5 Prosessen.

⁹ Punkt 7.3 Kompetanseheving og kompetansehevingstiltak.

¹⁰ Punkt 8.5 Kompetansekrav - kompetansegap.

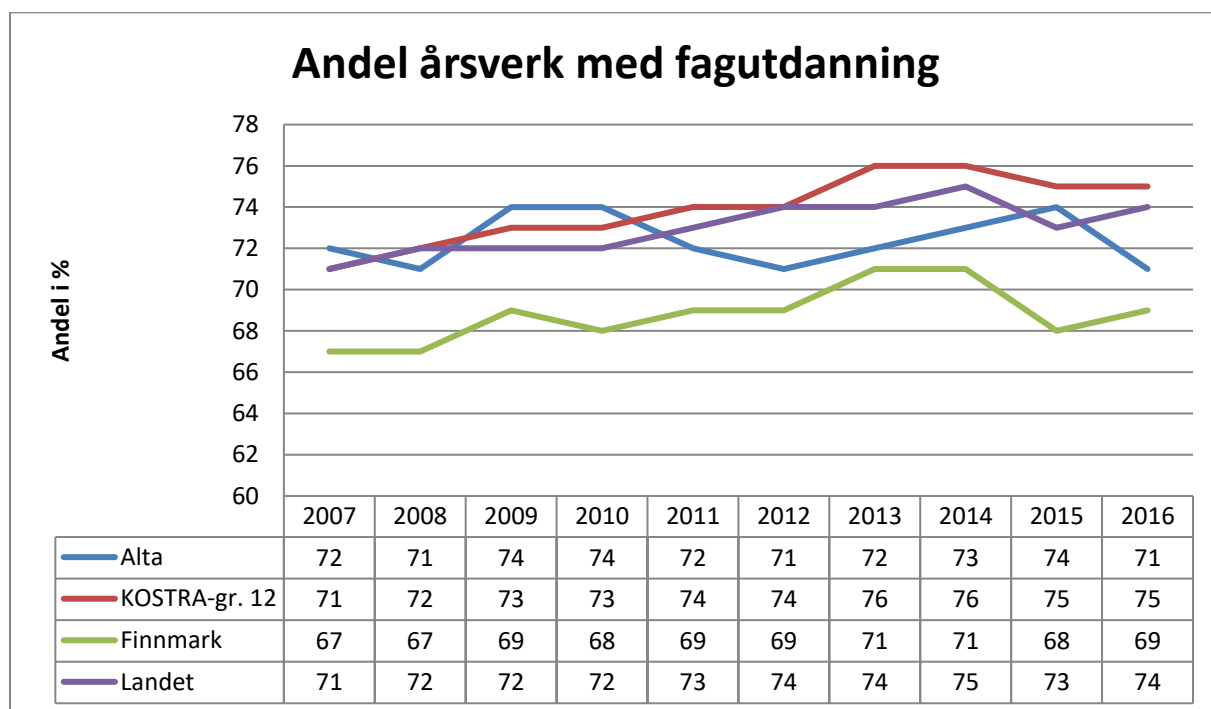
I kompetanseplanen er utviklingen i andel ansatte med fagutdanning fra juni 2011 til november 2015 beskrevet¹¹. Det framgår her at andelen ufaglærte er økt noe, at det er svært få fagskoleutdannede med formell videreutdanning, at antallet med høyere utdanning som har videreutdanning ikke er vesentlig endret, at mange ansatte har fullført Demensomsorgens ABC og at 6 boledere har fullført Eldreomsorgens ABC.

Det framgår av kompetanseplanen at kommunen har hatt flere kull med assistenter som har deltatt i fagarbeiderutdanninger, flere kull som har deltatt i desentral vernepleierutdanning og at det arbeides med å få etablert en permanent desentral sykepleierutdanning i Alta slik det var i perioden 2011-2014.¹²

Revisjonen har mottatt en usignert utskrift av samarbeidsavtale mellom Alta kommune og UiT Norges Arktiske universitet datert februar 2016. Ifølge denne avtalen forplikter Alta kommune seg til å stille praksisplasser til disposisjon for studenter ved helsevitenskapelig fakultet. Universitetet skal på sin side tilby helseutdanninger med et faglig nivå som samsvarer med kommunens behov for kompetent fremtidig arbeidskraft.

Fra KOSTRA-databasen er det hentet ut tall vedrørende utdanningsnivået i pleie og omsorg de siste ti årene. Andel årsverk i brukerrettede tjenester med fagutdanning viser følgende utvikling sammenlignet med gjennomsnittet for KOSTRA-gruppe 12¹³, Finnmark og hele landet:

Figur 3: Andel årsverk med fagutdanning



¹¹ Punkt 7.7 Andelen ansatte med fagutdanning.

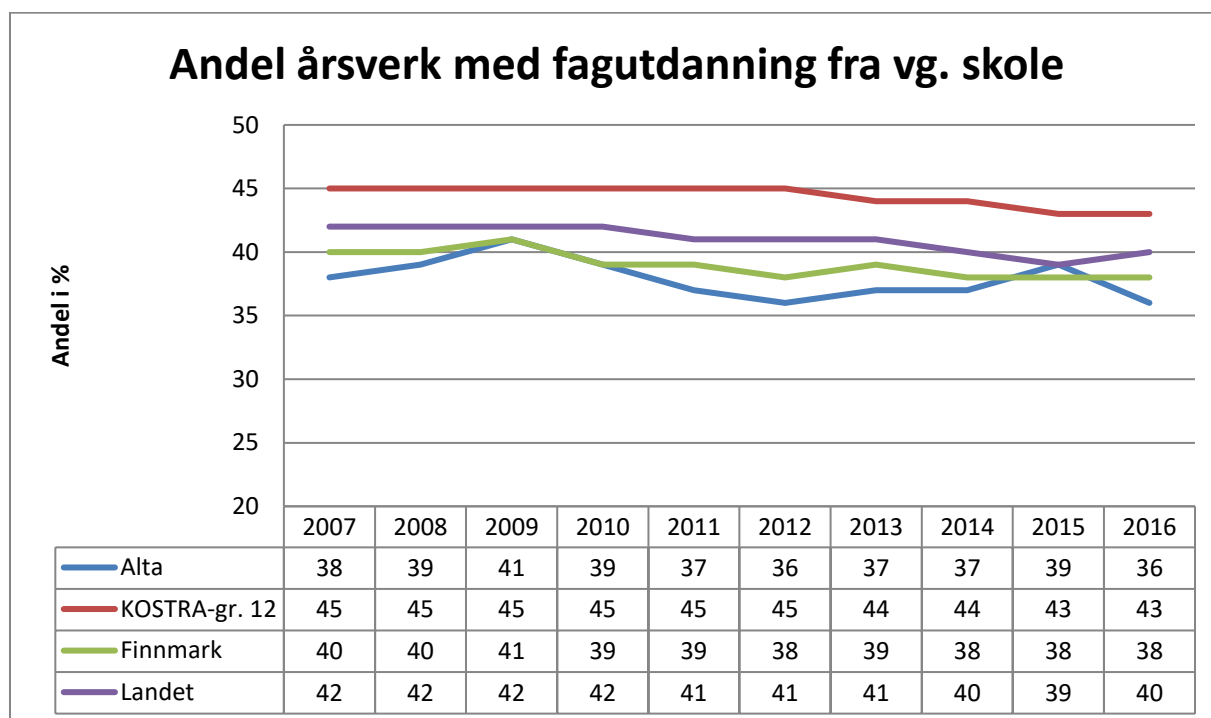
¹² Kompetanseplanens punkt 7.3 Kompetanseheving og kompetansehevingstiltak.

¹³ Statistisk Sentralbyrå har delt kommunene inn i grupper basert på innbyggertall og kommuneregnskap for 2013. Hensikten er å komme fram til sammenlignbare kommuner. Alta kommune er i KOSTRA-gruppe 12.

Figuren viser at andelen har variert i perioden, men at den er omtrent den samme ved inngangen og utgangen av perioden og ved innføringen av samhandlingsreformen i 2012. På alle disse tidspunktene er andelen i Alta kommune høyere enn gjennomsnittet for kommunene i Finnmark. I 2007 var andelen høyere enn gjennomsnittet for KOSTRA-gruppen og landet, mens den er lavere enn disse to gruppene i 2012 og 2016.

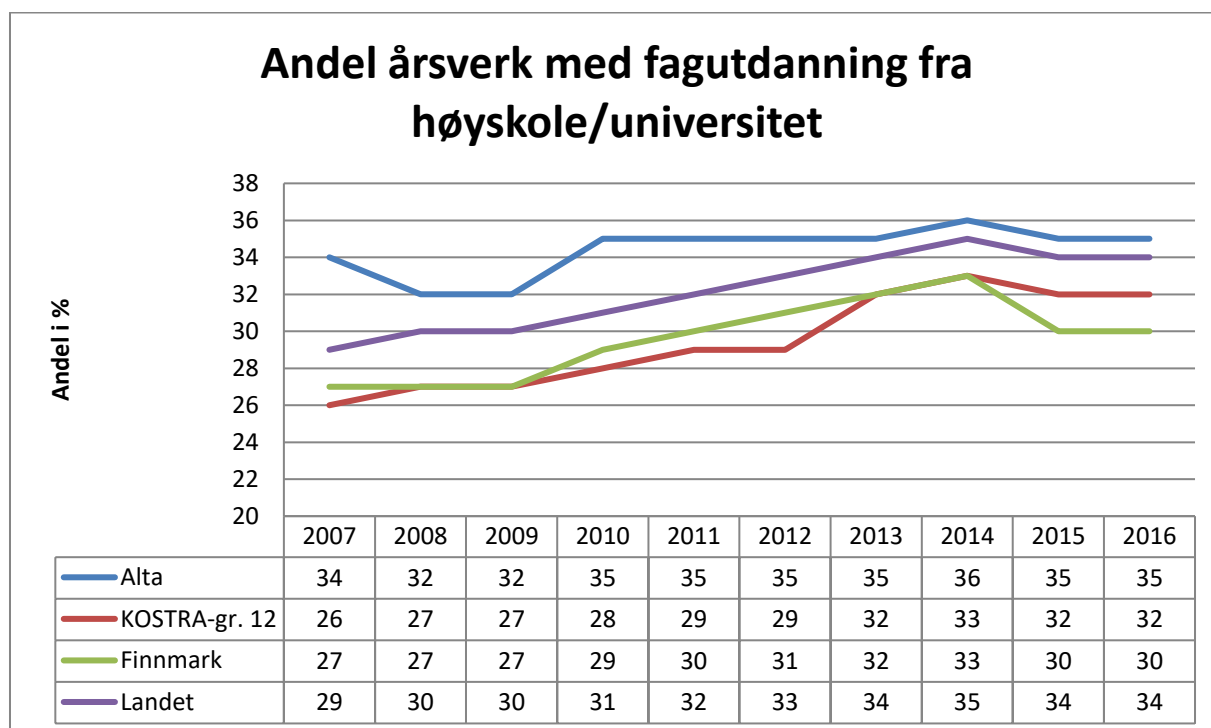
Tallene for andel med fagutdanning fordeler seg slik på fagutdanning fra henholdsvis videregående skole og høyskole/universitet:

Figur 4: Andel årsverk med fagutdanning fra videregående skole



Figuren viser at andel årsverk med fagutdanning fra videregående skole er gått ned fra inngangen av perioden, og at den var den samme med innføringen av samhandlingsreformen i 2012 som den var i 2016. Andelen i Alta kommune er omtrent likt med gjennomsnittet for kommunene i Finnmark, men lavere enn gjennomsnittet i KOSTRA-gruppen og landet.

Figur 5: Andel årsverk med fagutdanning fra høyskole/universitet



Figuren viser at Alta kommune har en høyere andel årsverk med fagutdanning fra høyskole/universitet enn gjennomsnittet for KOSTRA-gruppen, kommunene i Finnmark og landet, og at andelen har vært omtrent uendret i perioden.

5.2.3 Bemanning

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

Figur 6: Samlet antall årsverk i pleie- og omsorgstjenesten, Alta kommune



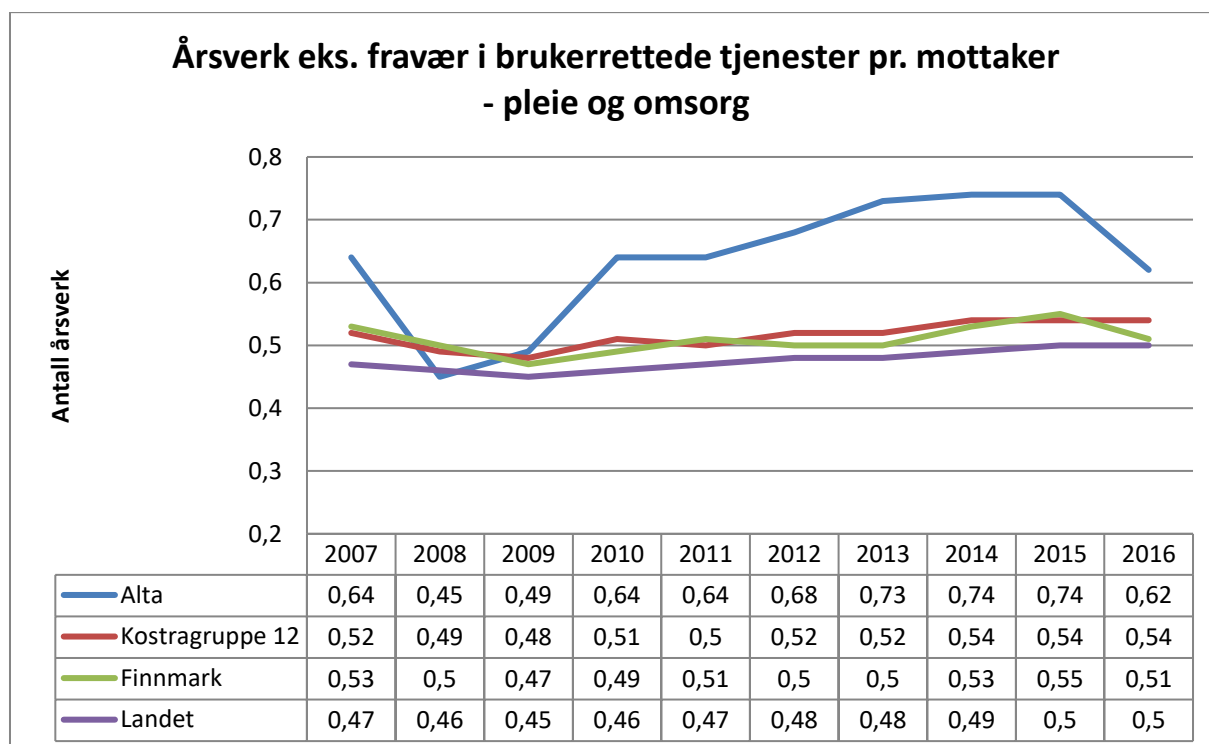
Figuren viser at det har skjedd en oppbygging av ressursene i pleie og omsorg de siste ti årene. Det har vært en økning på omtrent 200 årsverk fra 2007 og omtrent 100 årsverk siden 2012 (året samhandlingsreformen ble innført)¹⁴.

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

Det framgår av kompetanseplanen¹⁵ at kommunen har behov for å øke bemanningen med 30 % de neste 10 årene, og at dette tilsvarer 138 årsverk.

Vi har også tatt ut data fra KOSTRA-databasen som gjelder antall årsverk kommunen bruker per mottaker av brukerrettede tjenester innen pleie og omsorg de siste ti årene (relativt bemanningsnivå). Disse tallene er sammenlignet med gjennomsnittet for KOSTRA-gruppe 12, Finnmark og hele landet. Dataene framgår i diagrammet nedenfor.

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



Figuren viser at Alta kommune bruker mer personellressurser pr. mottaker enn gjennomsnittet i KOSTRA-gruppen, Finnmark og landet som helhet. Det relative bemanningsnivået har variert i perioden, men er omtrent likt ved starten og slutten av tiårsperioden og da samhandlingsreformen ble innført i 2012.

¹⁴ Kommunen har under verifiseringen kommentert at økningen i ressurser skyldes økning i tjenester til ressurskrevende brukere, spesielt utviklingshemmede.

¹⁵ Kompetanseplanens punkt 8.3 Kvantitative behov.

5.3 Vurderinger

5.3.1 Etter- og videreutdanning

Kommunen skal sikre at ansatte får påkrevd etter- og videreutdanning. Revisjonen er i intervju blitt fortalt at det er ansatte som har gjennomført slik utdanning. Dette framgår også av den nylig utarbeidede kompetanseplanen, hvor det står at tjenesteområdet har støttet enkeltansatte som har deltatt på kompetansehevende utdanninger med relevans til tjenesten. Det framgår imidlertid at tjenesten ikke har hatt ressurser til noen omfattende satsing på dette. Kommuneoverlegen har beskrevet at det har vært normal kursvirksomhet i perioden etter at samhandlingsreformen ble innført, som han mener skyldes både økonomi og at det ikke er noen utpreget etterutdanningskultur i organisasjonen. I følge den nevnte kompetanseplanen er det et betydelig gap mellom behovet for videreutdanning og det som faktisk gjennomføres av videreutdanning av ansatte med grunnutdanning på helsefag- og høgskolenivå.

På bakgrunn av de opplysninger revisjonen har innhentet synes det klart at kommunen ikke i tilstrekkelig grad har sørget for at ansatte får påkrevd etter- og videreutdanning. Den pressede situasjonen kommunen har vært og fortsatt er i med hensyn til å tilby tjenester til dem som har behov for det, jf. det som er nevnt om kapasitet i kapittel 3, kan selvsagt ha påvirket hvor mye det har vært arbeidet med å få gjennomført etter- og videreutdanning blant tjenesteområdets personale. Tilstrekkelig etter- og videreutdanning er imidlertid en forutsetning for at kommunen skal kunne ivareta sin plikt til å gi forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

5.3.2 Utdanningsnivå

Utdanningsnivået blant de ansatte i kommunens pleie- og omsorgstjenester bør vise en voksende trend. Tall hentet fra KOSTRA-databasen viser at Alta ligger høyere enn gjennomsnittet for den KOSTRA-gruppen kommunen tilhører og landet som helhet når det gjelder andelen ansatte med fagutdanning fra høyskole/universitet, lavere når det gjelder ansatte med fagutdanning fra videregående skole, og samlet sett litt i underkant av gjennomsnittet for både KOSTRA-gruppen og landet. Statistikken viser at det ikke har vært noen økning i andelen ansatte med fagutdanning verken de siste ti år eller siden samhandlingsreformen ble innført i 2012. Dette samsvarer altså ikke med forventningen om at utdanningsnivået skal øke som følge av at kommunene har fått større ansvar for pasientbehandlingen. Det framgår av statistikken at landsgjennomsnittet er økt noe, men ikke betydelig, og det kan tyde på at det er et utbredt problem blant landets kommuner å få rekruttert tilstrekkelig personell med fagutdanning.

Dersom det er slik at tilbudet nasjonalt er for lavt når det gjelder fagutdannet personell innenfor helse- og omsorgssektoren er det desto viktigere at kommunen arbeider godt med rekruttering. Revisjonens undersøkelse viser at kommunen gjør mye for å lykkes med dette. Samarbeidet med UiT Norges Arktiske universitet er ett eksempel, det samme er den planlagte opptrappingen av antall lærlingeplasser. Kompetanseplanen fra 2017 synes også å være et godt verktøy i dette arbeidet, så fremt den følges opp. Den manglende økningen i andel fagutdannede årsverk siden innføringen av samhandlingsreformen tilsier imidlertid at kommunen ikke har gjennomført tilstrekkelig effektfulle tiltak de siste årene.

5.3.3 Bemanning

Bemanningen i kommunens helse-, pleie- og omsorgstjenester bør vise en voksende trend. KOSTRA-tallene viser at Alta kommune har styrket bemanningen i pleie- og omsorgstjenestene betydelig siden samhandlingsreformen ble innført. Det relative

bemanningsnivået (årsverk pr. mottaker) har ikke økt, men det er heller ikke sikkert at dette tallet er relevant i denne sammenheng (det sier trolig mer om hvor effektiv utnyttelsen av personellressursene er). At det av kompetanseplanen framgår at kommunen trenger å øke bemanningen betydelig framover endrer ikke på vår oppfatning av at kommunen har økt bemanningen siden innføringen av samhandlingsreformen.

5.4 Konklusjon

Kommunen har styrket bemanningen i helse- og omsorgstjenestene betydelig siden innføringen av samhandlingsreformen, men har ikke i stor nok grad iverksatt tiltak som sikrer tilstrekkelig kompetanse. Det er bare i mindre grad gjennomført etter- og videreutdanning, og det generelle utdanningsnivået er ikke økt.

6 HAR KOMMUNEN STYRKET DET FOREBYGGENDE ARBEIDET?

6.1 Revisjonskriterier

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

6.2 Data

Alta kommune har organisert det generelle folkehelsearbeidet med en styringsgruppe (som er lik rådmannens ledergruppe), en folkehelsegruppe og et folkehelseutvalg, og det planlegges å etablere en rådgivende referansegruppe. Folkehelsekoordinator er organisasjonsmessig plassert i avdeling for samfunnsutvikling (rådmannens stab). Folkehelsegruppa består av minst en person fra hvert tjenesteområde samt avdeling for samfunnsutvikling, og møtes ca. hvert kvartal. Folkehelseutvalget består av 4-5 personer fra folkehelsegruppa og har møter ca. en gang per måned og oftere ved behov.¹⁶

Når det gjelder kommunens folkehelsearbeid har revisjonen fått opplyst at rådmannen har et spesielt ansvar for oversiktsarbeidet, mål, planlegging og tiltak, mens kommuneoverlegen har et spesielt ansvar for miljørettet helsevern, beredskap og samfunnsmedisinsk kompetanse, og at begge har ansvar for internkontroll etter folkehelseloven.

6.2.1 Folkehelseoversikt

Revisjonen har gjennomført intervju med helsekonsulent med ansvar for miljørettet helsevern angående Alta kommunes folkehelsearbeid. Hun opplyser at kommunen er kommet ganske langt i dette arbeidet. Det er opprettet en tverrsektoriell folkehelsegruppe (som hun selv er med i), en stilling som folkehelsekoordinator, og det er et folkehelseutvalg. I 2012 ble det utarbeidet et dokument som inneholder en oversikt over folkehelseutfordringene i kommunen. Oversiktsdokumentet er revidert i 2016, og da ble det også utarbeidet et utfordringsdokument hvor 40 folkehelseutfordringer ble redusert til 5. Disse er tatt videre i dokument for målsettinger og strategier (Del 3). Alle dokumentene er ute på høring til 15. desember 2017. I saksframlegget, som vil bli utarbeidet av folkehelsekoordinator og kommunalleder samfunnsutvikling, vil det stå noe om det videre arbeidet. Helsekonsulent opplyser videre at det i 2016 ble inngått et samarbeid med KS på folkehelseområdet.

Dokumentet «Folkehelse i Alta» ble behandlet av kommunestyret 24. juni 2013. I dokumentet framgår folkehelseutfordringer i kommunen, strategier i folkehelsearbeidet og forslag til

¹⁶ Organiseringen framgår av blant annet høringsversjonen av dokumentet «Folkehelse i Alta 2016 – Del 1: Oversiktsdokument», s. 6.

satsningsområder. Revisjonen har også gått gjennom høringsversjonen av revidert utgave av dette dokumentet, sammendrag av oversiktsdokumentet (som er et eget dokument), samt dokumentet «Del 2: Utfordringsdokument» og «Del 3: Målsetting og strategier». Oversiktsdokumentet inneholder statistikk og informasjon om forhold som kan ha betydning for innbyggernes helse (folkehelse), status på viktige indikatorer, de viktigste funnene, en vurdering av hvilke konsekvenser funnene kan ha og hva de kan ha som årsak. Del 2 (utfordringsdokumentet) er en sammenstilling av de mest prekære indikatorene. Det framgår her at det har vært en prosess hvor man har gått fra omtrent 40 indikatorer til å stå igjen med fem hovedutfordringer. Del 3 inneholder målsettinger og forslag til strategier rettet mot folkehelseutfordringene i kommunen. Det er ikke foreslått konkrete tiltak fordi man mener disse må komme fra kommunale virksomheter, næringsliv, frivillige lag og foreninger og samfunnet generelt.¹⁷

6.2.2 Folkehelseoversikten i kommunens planstrategi

Gjeldende planstrategi ble vedtatt av kommunestyret 21. april 2016 og gjelder for perioden 2016-2019. I dokumentets punkt 4.2 tar man for seg levekår og folkehelse. Herfra er det hentet følgende sitat:

I Alta kommune er det nedsatt en tverrsektoriell folkehelsegruppe som har utarbeidet dokumentet «Folkehelse i Alta», vedtatt i kommunestyret 24.06.13, som inneholder en grundig gjennomgang og oversikt over folkehelseutfordringene i Alta og forslag til det videre arbeidet med folkehelse i Alta kommune. Blant utfordringene som fremheves i dokumentet er: stor andel frafall i videregående skole, utfordringer knyttet til psykisk helse, og stillesittende livsstil blant stadig større deler av befolkningen.

Gjennom arbeidet med folkehelsedokumentet har folkehelsegruppen satt ned tre innsatsområder som kommunen bør fokusere på i det videre arbeidet med folkehelse i Alta kommune:

- *Helse i alt vi gjør*
- *Det aktive og sunne Alta*
- *Barn og unge*

Det er videre lagt opp til en strategi for å realisere folkehelsearbeidet gjennom at alle virksomhetene har med seg folkehelseperspektivet inn i sitt daglige arbeid, og folkehelse skal være et tema i alle kommunale planer som berører området.

Folkehelse nevnes også i dokumentets punkt 4.5 «Transport og infrastrukturbygging». Her framgår det at Statens Vegvesen har bedt om at kommunen utarbeider egne temaplaner for gang- og sykkeltrafikk og for kollektivtrafikk nå som prosjektet Sykkelbyen Alta er avsluttet og at kommuneplanens samfunnsdel tar opp viktigheten av å fortsette tilretteleggingen for gående og syklist, samt videreutvikling av kollektivtilbudet.

6.2.3 Folkehelsearbeid i kommunens planer

I kommuneplanens samfunnsdel 2015-2027 («Alta vil») framgår det at kommunen har fastsatt mål og strategier knyttet til folkehelse. Det er satt følgende mål: «Alta vil kjennetegnes av god folkehelse og aktiviteter som fremmer helse i hele befolkningen i et forebyggende perspektiv». Det er laget følgende strategier for å nå dette målet:

¹⁷ Dette framgår av «Folkehelse i Alta – Del 2: Utfordringsdokument», s. 4.

- Arbeide for økt kunnskap om helsefarer, og gode muligheter for sunne valg og fysisk aktivitet uavhengig av økonomi.
- Fremme folkehelse som tema, og fokusere på helsefremmende aktiviteter, i kommunens virksomheter og planlegging.
- Arbeide for aktivt friluftsliv for alle, skogens betydning og vern om viktig grønnstruktur.
- Arbeide for nærmiljøanlegg ved alle skoler, og videreutvikle turløyper, ski- og lysløyper samt friluftsområder som lavterskelarenaer for fysisk aktivitet.
- Arbeide for Alta som sykkelby, og prioritere gående og syklist i utbygginger.
- Samarbeide med næringsliv og frivillig sektor om aktiviteter som fremmer folkehelse.

I **kommuneplanens arealdel 2011-2030** (vedtatt av kommunestyret 18.8.2011) framgår det, så vidt vi kan se, ingen mål eller strategier knyttet til folkehelse. Det er imidlertid foretatt en samlet vurdering av planens konsekvenser for folkehelsen¹⁸, som lyder slik:

Planforslaget inneholder en rekke tiltak for å oppmuntre til fysisk aktivitet og forbedret folkehelse, herunder nye turløyper, områder for allment friluftsliv med mer. Innspill til dette arbeidet har kommet via egen delprosjektgruppe på tema grønnstruktur, Folkehelseprosjektet kommunen deltar i, samt innspill fra idretten, rådet for funksjonshemmede, eldrerådet m.fl. Totalt sett vurderes foreliggende planforslag å ha styrket sitt folkehelsefokus i forhold til forrige plan.

Arealdelen er under revisjon, og den nye planen skal ifølge planprogrammet være klar for kommunestyrebehandling i desember 2018. Det framgår av planprogrammet at planrevisjonen skal bidra til å nå de overordnede målsetningene i kommuneplanens samfunnsdel («Alta vil»). Som det framgår ovenfor er en av de overordnede målsetningene i samfunnsdelen knyttet til folkehelse.

I gjeldende **Kommunedelplan for helse og sosial** (vedtatt av kommunestyret 24. juni 2013) er folkehelse tatt for seg under «Generelle tema». Det beskrives hva blant annet forebygging og folkehelse er, status på kommunens arbeid på området og hvilke utfordringer kommunen står overfor. Det er videre satt mål og angitt strategier for dette arbeidet.

Kommunedelplan for idrett, fysisk aktivitet og friluftsliv 2017-2029 ble vedtatt av kommunestyret 20. juni 2017. Planens hoved- og delmål er direkte eller indirekte knyttet til forebygging og folkehelse, og det er beskrevet hvordan målene skal nås.

I **Kommunedelplan for kultur 2016-2028** (vedtatt av kommunestyret 19.9.2016) framgår det ingen konkrete målsetninger eller strategier knyttet til folkehelse, men det står følgende om folkehelse i forordet:

Det finnes mange definisjoner på kultur. I Alta kommunes plan tar vi for oss områder der Alta kommune arbeider direkte eller indirekte. Idrett, fysisk aktivitet og friluftsliv har en egen kommuneplan, likeså folkehelse. Et rikt og mangfoldig kulturliv for alle vil gripe direkte inn i folks helsetilstand. God kultur for alle er god folkehelse! Planene griper inn i hverandre og bør ikke ses på hver for seg, men sammen. Alle planene er med utgangspunkt i den overordnede samfunnsplanen «Vi vil».

Kommunedelplan for oppvekst er under utarbeidelse og vil i henhold til framdriftsplanen være klar for politisk behandling vår/sommer 2018.

¹⁸ Denne vurderingen står i planens punkt 4.3.5.

Kommunedelplan for boligpolitikk er også under utarbeidelse og vil ifølge vedtatt planprogram være klar for kommunestyrebehandling i desember 2017. Vi har imidlertid fått opplyst av kommunalleder samfunnsutvikling at utarbeidelsen vil skje parallelt med revisjonen av kommuneplanens arealdel. Dette tilsier at kommunedelplanen for boligpolitikk vil være klar for endelig behandling i desember 2018.

6.2.4 Folkehelseutfordringer - tiltak

Helsekonsulent har i intervju opplyst at det ikke finnes noen samlet oversikt over gjennomførte tiltak, men at mye framgår av de ulike dokumenter og planer. Folkehelse er innarbeidet i overordnet virksomhetsplan for Alta kommune. Det foreligger en strategiplan og en tiltaksplan fra 2015. Hun har sammen med folkehelsekoordinator gått gjennom hva som er gjort i forhold til de ulike delmål og strategier som er angitt i strategiplanen. Helsekonsulent la i intervjuet fram notater i stikkordsform fra denne gjennomgangen, som gjengis nedenfor:

Delmål 1: Kartlegg og spre kunnskap om folkehelse og påvirkningsfaktorer lokalt

- Strategi 1: Ha oversikt og kunnskap om folkehelse og påvirkningsfaktorer lokalt
 - Årshjul under arbeid
 - Rullering av folkehelsedokumentet
 - Oppsøke alle ansvarsområder i Alta kommune: Delvis
- Strategi 2: Ha et aktivt informasjonsarbeid for økt bevisstgjøring
 - Web-side: Delvis
 - Oversikt: Kultur
 - Folkehelse – dagsseminar: Psykisk helse, VENN.
- Strategi 3: Kommunisere folkehelseutfordringene og det vi er flinke på
 - Oversiktsdokumentet

Delmål 2: Legge til rette for sunne helsevalg

- Strategi 1: Stimulere til sunne helsevaner
 - Aktiv barnehage: I regi av helsesøstre og fysioterapi, jobber med aktiv skole.
 - Skolemat: Ikke sett mer på.
 - Sunne kantiner: Frisklivssentralen ser mer på dette, blir fokus.
 - Folkehelsepris, servicebedrift: Ikke.
 - Altabenken: Stadig innspill.
 - Pausestrekken: Rådhuset.
 - Sykkelapparat til eldrester: Forsøkt, men ikke fått ekstern finansiering. To trehjuls el-sykler sirkulerer.
 - Synlighet og fokus: Ja, er frempå når det er noe.
 - Barnetråkk: Ikke begynt med (kan være aktuelt i forbindelse med revidering av arealplanen). I stedet fokus på hjertesoner rundt skoler.
 - Kollektiv: kontinuerlig arbeid. Samarbeid klimaplanen – temamøte på biblioteket. Folkehelsekoordinator gir innspill. Mobilitetsuka.
 - Friluftslivets år: Ja, videreført. Alta kommune er en del av Finnmark friluftsråd.
 - Infomøte til nye tilflyttere: Spilt inn til servicesenteret.
 - Fysisk aktivitet: Noen tiltak er Byløyperenn, Alta 10-toppers, skiløyper i fjellet, Sykkelbyen Alta og i samarbeid med frivillige lag og foreninger, trimparker (Sandfallet, sentrum), Perleturer, Julesprek, ut å plukk, mange tiltak i samarbeid med friluftsrådet (friluftskolen, full fræs – ferdighetsopplegg med ungdomsskolen, spesiallaget opplegg for barnehager. Spesielle behov.)
 - Frisklivssentralen

- Strategi 2: Prioritere barn og unge med fokus på tidlig innsats
 - Samarbeid: Ikke noe i regi av folkehelse, men en viktig prioritet i virksomhetsplan og nyere planer.
 - Sjumilssteget: Barn og unge har vært med.
 - Overvekt og fedme: Prosjekt i regi av helsesøstertjenesten.
- Strategi 3: Folkehelseperspektivet skal være forankret i alle planverk i Alta kommune
 - Folkehelsestrategien: I gang.
 - Arealplanlegging: Jobber med dette nå.
- Strategi 4: Stimulere til økt samfunnsdeltakelse, frivillig engasjement og gode lokalsamfunn
 - Referansegruppe: Har hatt folkegruppemøte i forbindelse med oversiktsarbeidet hvert fjerde år.
 - Temadager folkehelse: Ikke utført, men mer fokus på folkehelse i alt vi gjør. Refleksvester.

6.2.5 Informasjon, råd og veiledning

Flere informanter trekker fram Frisklivssentralen som viktig når det gjelder å gi informasjon, råd og veiledning til befolkningen. Helsekonsulent har i intervju fortalt at kommunens hjemmeside inneholder noe informasjon og at noe av arbeidet innen miljørettet helsevern innebærer å gi informasjon og veiledning til befolkningen. Kommunalleder helse og sosial har i intervju opplyst at kommunen stiller opp på møter med frivillige organisasjoner. Han mener det ikke er noen planmessighet over informasjonsvirksomheten og forteller at kommunen ikke har noen medarbeidere som arbeider utelukkende med informasjon og veiledning mot befolkningen.

Frisklivssentralen har en egen side på hjemmesiden til Alta kommune. Her er det gitt en orientering om hva sentralen er og hvilke tjenester den tilbyr. Det framgår at sentralen er etablert som en kommunal tverrfaglig, forebyggende og helsefremmende helsetjeneste, og et kompetansesenter med tilbud om hjelp til å endre levevaner, primært innenfor fysisk aktivitet, kosthold og tobakk, samt psykisk helse. Kjernetilbudet er en 12-ukers strukturert oppfølgingsperiode, med individuelle helsesamtaler og treningstilbud i gruppe. I tillegg gjennomføres regelmessige kostholdskurs, tobakkfri-kurs og kurs i mestring av depresjon. For ungdom og unge voksne mellom 16-27 år tilbys Friskliv UNG. Deltakere i Friskliv UNG får tilbud om 12 ukers frisklivsoppfølging, inkl. tre individuelle helsesamtaler, trening to ganger i uken med utdannet PT, samt et mestringstreff i uken. Det legges også opp til månedlige utflukter med fokus på mestring og friluftsliv. Frisklivssentralen arrangerer også Helsekafé på Hjerterom ca. en gang i måneden hvor det undervises i helseaktuelle temaer. Det framgår videre at sentralen legger ut ukentlig tips og nyttig informasjon knyttet til fysisk aktivitet, kosthold, tobakk og psykisk helse på sin Facebook-side og at det sendes ut nyhetsbrev periodevis med oppdateringer om hva de gjør, bilder og gladsaker.

Helsekonsulent har opplyst at Frisklivssentralen har spalteplass i Altaposten en gang i måneden som de kan bruke til temaer de selv velger.

6.3 Vurderinger

6.3.1 Folkehelseoversikt

Kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen. Oversikten skal oppdateres. Revisjonens undersøkelse viser at kommunen gjennomførte en kartlegging av folkehelseutfordringene i 2012, og at det ble gjort en ny kartlegging i 2016. Kommunen har gjort et arbeid i å sortere utfordringene slik at det står igjen fem satsningsområder. Det er videre utarbeidet strategier for hvordan det skal arbeides innenfor disse områdene. Revisjonens oppfatning er at kommunen har oppfylt sin plikt på dette punktet.

6.3.2 Folkehelseoversikten i kommunens planstrategi

Folkehelseoversikten skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi. Revisjonens undersøkelse viser at den gjør det.

6.3.3 Folkehelsearbeid i kommunens planer

Kommunen skal i sitt arbeid med kommuneplaner fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet. Vår undersøkelse viser at slike mål og strategier er tatt inn i kommuneplanens samfunnsdel 2015-2027 «Alta vil». Det framgår ingen mål eller strategier i arealdelen, men det kan ha sammenheng med at planen er utarbeidet før innføringen av samhandlingsreformen. I de øvrige planene som foreligger er folkehelseperspektivet til stede i større eller mindre utstrekning. Disse planene må uansett ses i sammenheng med kommuneplanens samfunnsdel. Revisjonen vurderer det slik at kommunen har oppfylt sin plikt til å innarbeide overordnede mål og strategier i kommuneplanene.

6.3.4 Folkehelseutfordringer - tiltak

Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer. Revisjonens oppfatning er at det gjøres et omfattende arbeid på dette området, og at det er gjennomført en rekke konkrete, helsefremmende og forebyggende tiltak. Det synes videre å være en planmessighet i dette arbeidet siden det er utarbeidet strategier tiltakene er knyttet opp imot. Ikke alle planlagte tiltak er realisert, men det endrer ikke vår oppfatning av at kommunen har iverksatt tiltak for å møte helseutfordringene til kommunens befolkning.

6.3.5 Informasjon, råd og veiledning

Kommunen skal gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom. Vår undersøkelse viser at kommunen gjør dette på flere måter, og at dette i hovedsak skjer gjennom Frisklivssentralen. Det arbeid som foregår på sentralen synes å være vel gjennomtenkt, med tilbud som har potensiale til å ha en reell og effektiv helsefremmende og forebyggende virkning for dem som benytter seg av det. I tillegg er det informasjonstiltak som treffer både vidt (Altaposten) og snevert (helsekafé). Revisjonen vurderer det slik at kommunen har oppfylt sin plikt på dette punktet.

6.4 Konklusjon

Kommunen har gjort mye for å styrke det forebyggende arbeidet. Folkehelseutfordringene er kartlagt, det er satt mål og laget strategier for å møte utfordringene, disse målene og strategiene er innarbeidet i kommunens planverk, det er gjennomført en rekke ulike tiltak for å møte utfordringene og det informeres og gis råd om hva den enkelte innbygger kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom. Kommunen har således oppfylt sin plikt på dette området.

7 KONKLUSJONER

7.1 Er det etablert tilfredsstillende rutiner for samarbeid og informasjonsflyt?

Kommunen har i all hovedsak etablert tilfredsstillende rutiner for samarbeid og informasjonsflyt. Det synes imidlertid å være rom for forbedringer når det gjelder internt avviksrapporteringssystem og informasjonsflyt internt i organisasjonen.

7.2 Blir utskrivningsklare pasienter håndtert på en forsvarlig måte?

Kommunen har ikke i tilstrekkelig grad sikret at det skjer en forsvarlig håndtering av utskrivningsklare pasienter. Det er svakheter i kommunens rutiner for meldingsutveksling og mottak av utskrivningsklare pasienter. Kapasiteten i helse- og omsorgssektoren er for lav, men det arbeides godt for å bedre situasjonen. Det synes imidlertid som kommunen ikke har vært tilstrekkelig i forkant av utviklingen når det gjelder å håndtere endringer i behovet for helse- og omsorgstjenester.

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

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

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

Kommunen har styrket bemanningen i helse- og omsorgstjenestene betydelig siden innføringen av samhandlingsreformen, men har ikke i stor nok grad iverksatt tiltak som sikrer tilstrekkelig kompetanse. Det er bare i mindre grad gjennomført etter- og videreutdanning, og det generelle utdanningsnivået er ikke økt.

7.5 Har kommunen styrket det forebyggende arbeidet?

Kommunen har gjort mye for å styrke det forebyggende arbeidet. Folkehelseutfordringene er kartlagt, det er satt mål og laget strategier for å møte utfordringene, disse er innarbeidet i kommunens planverk, det er gjennomført en rekke ulike tiltak for å møte utfordringene og det informeres og gis råd om hva den enkelte innbygger kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom. Kommunen har således oppfylt sin plikt på dette området.

7.6 Hovedkonklusjon

Alta kommune har delvis implementert samhandlingsreformen på en tilfredsstillende måte. Bemanningen er økt, folkehelsearbeidet er styrket og kommunen gjør det man kan forvente for å få til et fungerende samarbeid med helseforetaket. Det har imidlertid ikke vært tilstrekkelig kompetanseheving i helse- og omsorgstjenestene, og det er svakheter i kommunens håndtering av utskrivningsklare pasienter. Kommunen synes heller ikke å ha vært tilstrekkelig i forkant av utviklingen når det gjelder å håndtere endringer i behovet for helse- og omsorgstjenester.

8 ANBEFALINGER

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

- Utvikler et internt avviksrapporteringssystem som gjør det enkelt å varsle om samhandlingsavvik
- Går igjennom, evaluerer og eventuelt forbedrer rutineene for formidling av informasjon (av betydning for samhandlingen med helseforetaket) internt i organisasjonen
- Oppretter beredskap for å lese meldinger utenfor ordinær arbeidstid om pasienter som ikke mottar tjenester fra kommunen i utgangspunktet
- Sikrer tverrfaglighet i vurderingen av hvilket tilbud pasientene skal gis, for eksempel ved et tverrfaglig «inntaksteam»
- Kartlegger og identifiserer sannsynlige, kommende endringer i behovet for kommunale helse- og omsorgstjenester, og sørger for å tilpasse tjenestetilbudet i samsvar med dette
- Gjennomfører tiltak for å øke etter- og videreutdanningen i helse- og omsorgssektoren
- Gjennomfører tiltak for å tiltrekke seg personell med ønsket fagutdanning

9 KILDER OG LITTERATUR

Lovverk

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

Lovforarbeider

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

Veiledere

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

Stortingsmeldinger

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

Tjenesteavtaler

- Overordnet samarbeidsavtale mellom Finnmarkssykehuset HF (daværende Helse Finnmark HF) og Alta kommune (vedtatt av kommunestyret 26.6.2012)
- Tjenesteavtale nr. 5 mellom Finnmarkssykehuset HF (daværende Helse Finnmark HF) og Alta kommune; Ansvars- og oppgavefordeling ved opphold i, og utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten (vedtatt av kommunestyret 26.6.2012)
- Tjenesteavtale nr. 9 mellom Finnmarkssykehuset HF (daværende Helse Finnmark HF) og Alta kommune; Samarbeid om IKT-løsninger lokalt (vedtatt av kommunestyret 22.10.2012)
- Tjenesteavtale nr. 10 mellom Finnmarkssykehuset HF (daværende Helse Finnmark HF) og Alta kommune; Samarbeid om forebygging (vedtatt av kommunestyret 22.10.2012)

Andre avtaler

- Samarbeidsavtale mellom Alta kommune og Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet (2016)

Kommunale dokumenter

- Alta kommune: Strategisk kompetanseplan helse- og omsorgstjenestene 2012-2015
- Alta kommune: Kompetanseplan 2017-2021, Helse- og sosialtjenesten
- Alta kommune: Folkehelse i Alta (2013)
- Alta kommune: Folkehelsearbeid i Alta, Tiltaksplan 2014
- Alta kommune: Folkehelsearbeid i Alta, Strategiplan 2015
- Alta kommune: Folkehelse i Alta 2016, Del 1: Oversiktsdokument
- Alta kommune: Folkehelse i Alta 2016, Del 1: Oversiktsdokument, sammendrag
- Alta kommune: Folkehelsearbeid i Alta 2016, Del 2: Utfordringsdokument
- Alta kommune: Folkehelsearbeid i Alta 2016, Del 3: Målsetting og strategier
- Alta kommune: Kommuneplanens arealdel 2011 – 2030
- Alta kommune: Kommunedelplan for helse og sosial 2013-2020
- Alta kommune: Kommuneplanens samfunnsdel 2015-2027 «Alta vil»
- Alta kommune: Kommunedelplan for fysisk aktivitet, idrett og friluftsliv 2017-2029
- Alta kommune: Kommunedelplan for kultur («kulturplan») 2016-2028

Referat

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

Vedtekter

- Vedtekter for Overordnet samarbeidsorgan (OSO)

Andre kilder

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

Internett

Helsedirektoratet: Samhandlingsstatistikk:

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

Statistisk sentralbyrå: KOSTRA:

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

Alta kommune: Frisklivssentralen:

<http://www.alta.kommune.no/frisklivssentralen-i-alta.381222.no.html>

VEDLEGG 1: RÅDMANNENS KOMMENTARER

Rådmannen har i e-post av 1. februar 2018 gitt følgende tilbakemelding på rapporten:

Som generell tilbakemelding vil rådmannen hevde at rapporten gir en god beskrivelse av Alta kommunes implementering av samhandlingsreformen.

Til de forholdene som Alta kommune må forbedre de kommende årene foreligger det konkrete planer for gjennomføring. Her kan nevnes bygging av nytt omsorgssenter, organisasjonsutviklingsprosjektet i Helse og sosial, kompetanseplan og omstillingsprosjektet «Alta kommune – Endret for livskraftig drift i 2018». Disse tiltakene vil bidra til riktigere dimensjonering/organisering av tjenestetilbudet, korrigert driftsnivå mellom hjemmebaserte og institusjonsbaserte tjenester og kompetanseheving.

VEDLEGG 2: REVISJONSKRITERIER

Samarbeid og informasjonsflyt

Ett av satsingsområdene i samhandlingsreformen er økt samarbeid og samhandling mellom kommuner og helseforetak (sykehus). Dette for å få til gode og helhetlige pasientforløp.¹⁹

I helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 annet ledd heter det at kommunen skal samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat, slik at helse- og omsorgstjenesten i landet best mulig kan virke som en enhet. Kravet til slikt samarbeid er nærmere konkretisert i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6. I § 6-1 framgår det at kommunen (ved kommunestyret selv) skal inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helseregionen eller med helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer. Det heter videre at samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. I § 6-2 angis det nærmere innholdet i disse avtalene.²⁰

Alta kommune og Finnmarkssykehuset HF har inngått én overordnet avtale, 11 tjenesteavtaler og en ledsageravtale, som danner grunnlaget for oppgavefordeling og samarbeid på ulike områder. Avtalene omfatter en rekke samarbeids-elementer, herunder overordnet samarbeidsorgan (OSO), dialogforum, samarbeidsforum (et særskilt organ for helseforetaket og Alta kommune), kommunekoordinator, håndtering av meldingsutveksling og håndtering av avvik. Helseforetaket vil i det følgende bli benevnt Finnmarkssykehuset HF, og ikke Helse Finnmark HF som det står i de fleste avtalene, siden dette er det gjeldende navnet på foretaket.

Overordnet samarbeidsorgan

I overordnet samarbeidsavtale mellom Finnmarkssykehuset HF og Alta kommune punkt 6.1 framgår det at det skal etableres et overordnet samarbeidsorgan (OSO), sammensatt av fem representanter fra kommunene i Finnmark og 5 representanter fra Finnmarkssykehuset HF. Kommunenes representanter velges av styret i KS Finnmark²¹. Organets formål er å legge til rette for gode og sammenhengende pasientprosesser ved å utvikle et velfungerende samarbeid mellom kommunene og Finnmarkssykehuset HF.

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

Samarbeidsforum Alta

I henhold til overordnet samarbeidsavtale punkt 6.5 skal det etableres et kontakt- og drøftingsorgan på rådmanns-/direktørnivå og farlig nivå mellom Finnmarkssykehuset HF og Alta kommune. Formålet med forumet er å skape en arena for dialog om administrative,

¹⁹ Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse og omsorgstjenesteloven), på side 327.

²⁰ Praksis er at det inngås én overordnet avtale og 11 tjenesteavtaler.

²¹ Dette framgår av Overordnet samarbeidsorgans vedtekter, § 3 første avsnitt andre setning.

faglige, ledelsesmessige og kunnskaps- og kompetanseutviklende forhold. Det skal gjennomføres møte minst én gang i året.

Andre samhandlingsarenaer

Samhandlingsleder ved Finnmarkssykehuset har overfor revisjonen gitt noen opplysninger som vedrører samarbeidsorganer for Finnmark generelt, og ikke spesielt for Alta kommune²². Samhandlingsleder opplyste at kontakt/drøfting på faglig nivå har vært ivaretatt gjennom *samhandlingskonferanser* og at lokale samarbeidsutvalg er under etablering. Rådmanns-/direktørnivåets behov for inkludering ivaretas i Overordnet samarbeidsorgan.

Det framgår av protokoll fra møte i Overordnet samarbeidsorgan²³ at det skal etableres *lokale faglige samarbeidsorgan* for henholdsvis Øst-Finnmark og Vest-Finnmark fra høsten 2017. I disse organene har hver kommune i nedslagsområdet én representant, men det åpnes også for at flere kommuner kan samarbeide om en felles representant. Det framgår videre at fastlege, kommuneoverlege og ansatt fra sykepleieleidelsen bør være representert. Representantene fra helseforetaket vil bestå av klinikk-sjef, en enhetsleder fra somatisk sykehus, enhetsleder fra klinikk psykiisk helsevern og rus og en overlege innen området indremedisin/geriatri.

Helseforetakets kommunekoordinator

I overordnet samarbeidsavtale punkt 6.3 framgår det at Finnmarkssykehuset HF skal ha en kommunekoordinator, som skal fungere som bindeledd mellom helseforetaket og kommunene. Dette forutsetter at kommunen også har «én klar adressat» vedrørende samhandlingsspørsmål mellom tjenesteyterne.²⁴

Rutiner for meldingsutveksling

God samhandling forutsetter at det er etablert hensiktsmessige rutiner for kommunikasjon mellom sykehus og kommunen. I flere av de inngåtte tjenesteavtalene er det forutsatt at det finnes systemer for meldingsutveksling mellom sykehus og kommunen.²⁵ Ett av målene i samhandlingsreformen er at meldingsutvekslingen skal skje elektronisk.²⁶ Dette framgår også av tjenesteavtale nr. 9 mellom Alta kommune og Finnmarkssykehuset HF (pkt. 3). Her heter det at samarbeid om IKT-løsninger og utvikling av IKT-systemer lokalt er av stor betydning for å få til god samhandling.

Rutiner for håndtering av avvik

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

Samarbeid og kommunikasjon innad i kommunen

Det framgår av punkt 7 i overordnet samarbeidsavtale at avtalepartene skal gjøre avtalens innhold/konsekvenser og beslutninger/vedtak kjent og iverksatt innenfor eget ansvarsområde. Dette innebærer blant annet at kommunen må ha rutiner for intern informasjonsflyt. Samarbeid mellom enheter i kommunen sikres gjennom rutiner for den operative

²² Telefonsamtale 9. august 2017.

²³ Protokoll fra møte avholdt 5.12.2016, sak 46/2016.

²⁴ Se overordnet avtale mellom Alta kommune og Finnmarkssykehuset HF, punkt 7 tredje avsnitt bokstav e).

²⁵ Se blant annet tjenesteavtale nr. 3, nr. 5 og nr. 9.

²⁶ St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, på side 136.

virksomheten, for eksempel håndtering av utskrivningsklare pasienter. Dette behandles i et eget punkt nedenfor.

Utleddning av revisjonskriterier:

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

- Kommunen skal være involvert i det som skjer i Overordnet samarbeidsorgan (OSO)
- Kommunen skal gjennomføre møter med helseforetaket på rådmanns-/direktørnivå og faglig nivå årlig
- Kommunen skal delta i lokalt faglig samarbeidsorgan
- Kommunen bør delta på de årlige samhandlingskonferansene
- Kommunen skal ha rutiner for kontakt med helseforetakets kommunekoordinator
- Det skal foreligge rutiner for håndtering av meldingsutveksling
- Det skal foreligge rutiner for håndtering av avvik
- Kommunen skal ha rutiner for intern informasjonsflyt

Håndtering av utskrivningsklare pasienter

Mottak av utskrivningsklare pasienter: Liggetid – Utvikling

Ett av målene med samhandlingsreformen har vært å overføre ansvaret for og ressurser knyttet til utskrivningsklare pasienter fra sykehusene til kommunene.²⁷ I forbindelse med reformen har kommunen fått full betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter.²⁸ I dette ligger det et økonomisk insitamant til å etablere kommunale plasser med lavere kostnader, med muligheter til å bruke de sparte midlene til andre helsetiltak.

En pasient defineres som utskrivningsklar når lege på sykehus vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten.²⁹ Hensikten er at utskrivningsklare pasienter skal overføres til kommunene så snart de er ferdigbehandlet, slik at man frigjør kapasitet i spesialisthelsetjenesten, og får behandlet pasientene på lavest mulig omsorgsnivå, som er kommunehelsetjenesten (dersom det er behov for det). Statistikk som viser antall liggedøgn på sykehus for utskrivningsklare pasienter gir en indikasjon på om kommunen ivaretar sin rolle i denne sammenheng.

Håndtering av meldinger/varsler om innlagte pasienter

I tjenesteavtale nr. 5 mellom Alta kommune og Finnmarkssykehuset HF pkt. 4.1 (Helseforetakets ansvar og oppgaver) framgår det at helseforetaket skal sende melding til aktuell instans i kommunen med informasjon om forventet eller endret behov for kommunale tjenester etter utskriving. I samme tjenesteavtale pkt. 5.3.1 heter det at helseforetaket skal sende varsel til kommunen om innlagt pasient dersom pasienten vurderes å kunne ha behov for hjelp fra kommunal helse- og omsorgstjeneste etter utskriving. Et slikt varsel skal minimum inneholde pasientens status, antatt forløp og forventet utskrivningstidspunkt. Dette

²⁷ St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, på side 32.

²⁸ St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, på side 106.

²⁹ Se tjenesteavtale nr. 5 mellom Alta kommune og Finnmarkssykehuset HF, pkt. 5.3.2.

skal gjøre kommunen i stand til å planlegge sin håndtering av utskrivningsklare pasienter. En forutsetning for dette er at kommunen har rutiner for mottak av slike meldinger/varsler.

Håndtering av meldinger fra sykehuset om utskrivningsklare pasienter

I tjenesteavtale nr. 5 mellom Alta kommune og Finnmarkssykehuset HF pkt. 4.3.1 (Helseforetakets ansvar og oppgaver) skal helseforetaket varsle aktuell instans i kommunen om at pasienten er utskrivningsklar. I forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter § 11 første ledd fremgår det at kommunen straks skal gi beskjed til helseforetaket om de kan ta imot pasienten etter å ha mottatt varsel om utskrivningsklar pasient fra helseforetaket. Videre skal kommunen sørge for et forsvarlig mottak av pasient hjemme eller i kommunal institusjon.³⁰ En forutsetning for at dette fungerer på en forsvarlig måte er at kommunen har rutiner for mottak av meldinger fra helseforetaket om utskrivningsklare pasienter.

Håndtering av pasienter som har blitt utskrevet

I tjenesteavtale nr. 5 mellom Alta kommune og Finnmarkssykehuset HF pkt. 4.3.1 (Kommunens ansvar og oppgaver) framgår det at kommunen skal ha forsvarlig mottak av pasient hjemme eller i kommunal institusjon. For at pasienter blir mottatt på en forsvarlig måte forutsetter det at kommunen har rutiner for avklaring av pasientenes hjelpebehov i kommunen samt at kommunen faktisk tilbyr den hjelp til pasienten som er foreskrevet.

Utledning av revisjonskriterier:

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

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

Kommunens kontroll med utgifter for utskrivningsklare pasienter

Ett av målene med samhandlingsreformen har vært å overføre ansvaret for og ressurser knyttet til utskrivningsklare pasienter fra sykehusene til kommunene.³¹ I forbindelse med reformen har kommunen fått full betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter.³² I dette ligger det et økonomisk insitament til å etablere kommunale plasser med lavere kostnader, med muligheter til å bruke de sparte midlene til andre helsetiltak.

I forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter § 13 første ledd heter det at kommunen skal betale for utskrivningsklare pasienter som er innlagt i sykehus i påvente av et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud. I tjenesteavtale nr. 5 mellom Alta kommune og

³⁰ Tjenesteavtale nr. 5 mellom Alta kommune og Finnmarkssykehuset HF pkt. 4.3.1 (Kommunens ansvar og oppgaver).

³¹ St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, på side 32.

³² St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, på side 106.

Finnmarkssykehuset HF pkt. 5.4.1 framgår det at betalingskravet gjelder fra og med den dagen sykehuset har varslet om at pasienten er utskrivningsklar. Betalingskravet gjelder til den datoen kommunen melder fra om at kommunen er klar til å ta imot pasienten.

Kommunens utgifter knyttet til utskrivningsklare pasienter kan sees på som en indikasjon på om kommunen har kontroll på dette området eller ikke. Videre vil kommunens kontroll med betalingskrav (faktura med mer) fra helseforetaket kunne være av betydning for kommunens utgifter på dette området. Dette innebærer blant annet kontroll med at betalingskrav gjelder riktig periode og at betalingskrav gjelder pasienter som faktisk er utskrivningsklare.³³ Dette sikres blant annet gjennom etterlevelse av anbefalte krav til håndtering av fakturaer/ utbetalinger.³⁴

Utledning av revisjonskriterier:

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

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

Bemanning og kompetanse

Bemanning

I St.meld. nr. 47 (2008-2009) heter det at kommunale helsetjenester gjennomgående er billigere enn spesialisthelsetjenestens tjenester.³⁵ Det heter videre at dersom kommunene oppgraderer tilbudet av helsetjenester før, i stedet for etter sykehusopphold, vil de kommunale tjenestene i noen grad kunne erstatte de dyrere spesialisthelsetjenestene. Det heter videre at reformen skal bidra på en slik måte at et *«helhetlig pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON)»*. I den sammenheng heter det videre at en framtidig kommunerolle vil kreve en tydeligere politikkutforming med hensyn til innhold, fagutvikling/kvalitet, kompetanse, utdanning, forskning m.v. I samhandlingsreformen legges det til grunn at den forventede veksten i behov i en samlet helsetjeneste i størst mulig grad *«må finne sin løsning i kommunene»*.³⁶ Videre er det lagt til grunn at veksten i legeressurser *«i hovedsak skal komme i kommunene»*.³⁷ Dette må igjen sees i sammenheng med kommunenes økte ansvar for å ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehus.

Kompetanse

I helse- og omsorgstjenesteloven § 8-2 framgår det at kommunen skal sørge for at egne ansatte som utfører tjeneste eller arbeid etter denne loven, får påkrevd videre- og etterutdanning. Dette innebærer at kommunen skal sørge for at dens ansatte som utfører tjeneste eller arbeid etter helse- og omsorgstjenesteloven får påkrevet videre- og

³³ Tjenesteavtale nr. 5 mellom Alta kommune og Finnmarkssykehuset HF pkt. 9 omhandler prosedyrer som gjelder ved uenighet mellom kommunen og Finnmarkssykehuset HF om betalingskrav.

³⁴ Se for eksempel KS: Rådmannens internkontroll: Hvordan holde orden i eget hus?, på side 21. Se også PWC: Internkontroll i kommuner (2009), på side 16.

³⁵ St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, på side 27.

³⁶ St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, på side 26.

³⁷ St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, på side 26 og 29.

etterutdanning, slik at de kan holde sine kvalifikasjoner ved like.³⁸ Tradisjonelt sikter etterutdanning mot ajourføring, supplering og komplettering av grunnutdanning med sikte på å vedlikeholde kompetanse, og å bedre mestringen i den stilling som innehas. Videreutdanning kjennetegnes ved at den tar sikte på å gi kvalifikasjoner på et høyere nivå enn det grunnutdanningen gir.

For at samhandlingsreformen skal lykkes forutsettes det at det må arbeides med helsepersonellens kompetanse i sektoren.³⁹ I St.meld. nr. 47 (2008-2009) sies det at å rekruttere og beholde personell er en viktig forutsetning for god kvalitet på tjenesten i kommunenes pleie- og omsorgstjeneste, og vil bli en stor utfordring i gjennomføringen av samhandlingsreformen.⁴⁰ Det heter videre at blant annet gode faglige arbeidsmiljøer og muligheter for fagutvikling innenfor sitt felt er viktige virkemidler i denne sammenheng. Konkrete virkemidler i den sammenheng vil være de ansattes muligheter til å delta på kurs og kunne ta etter- og videreutdanning. Kompetanseplaner vil også være et nyttig verktøy i så henseende.

Utleddning av revisjonskriterier:

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

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

Det forebyggende arbeidet

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

I folkehelse-loven § 4 første ledd framgår det at kommunen skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen.

I folkehelse-loven § 5 framgår det at kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne.

³⁸ Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), på side 500.

³⁹ St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, på side 125.

⁴⁰ St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, på side 125.

Oversikten skal være skriftlig og identifisere folkehelseutfordringene i kommunen, herunder vurdere konsekvenser og årsaksforhold. Nærmere krav til oversiktens innhold er fastsatt i forskrift om oversikt over folkehelsen § 3. Oversikten skal omfatte opplysninger om og vurderinger av befolkningssammensetning, oppvekst- og levekårsforhold, fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø, skader og ulykker, helserelatert atferd og helsetilstand. Det framgår videre at kommunen skal ha en løpende oversikt over folkehelsen, som skal dokumenteres på hensiktsmessig måte.

Den nevnte folkehelseoversikten skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi, jf. folkehelseloven § 6 annet ledd. En drøfting av kommunens folkehelseutfordringer bør inngå i strategien, jf. plan- og bygningsloven § 10-1. Kommunen skal i sitt arbeid med kommuneplaner etter plan- og bygningsloven kapittel 11 fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet til å møte de utfordringer kommunen står overfor med utgangspunkt i oversikten etter § 5 annet ledd.

Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer, jf. folkehelseloven § 7 første ledd. Dette kan blant annet omfatte tiltak knyttet til oppvekst- og levekårsforhold som bolig, utdanning, arbeid og inntekt, fysiske og sosiale miljøer, fysisk aktivitet, ernæring, skader og ulykker, tobakksbruk og alkohol- og annen rusmiddelbruk.

Kommunen skal gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom, jf. folkehelseloven § 7 annet ledd. Helseopplysning innebærer både kunnskapsformidling, bevisstgjøring og holdningsskapende arbeid med mål om endret adferd.⁴¹ Helseopplysning bør videre rette seg mot arenaer der man når aktuelle målgrupper, og forskjellige virkemidler kan tas i bruk, herunder kampanjer, skriftlig materiell, direkte kommunikasjon, sosiale medier mv.

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

Utleddning av revisjonskriterier:

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

- Kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen
Oversikten skal være gjenstand for oppdatering.
- Folkehelseoversikten skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi
- Kommunen skal i sitt arbeid med kommuneplaner fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet
- Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer

⁴¹ Prop. 90 L (2010-2011) Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven), på side 211.

- Kommunen skal gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom

Tabell 1: Koblingsskjema - Revisjonskriterier

Underproblemstilling	Revisjonskriterier	Kilder til revisjonskriterier
<i>Er det etablert tilfredsstillende rutiner for samarbeid og informasjonsflyt, internt og opp mot helseforetakene?</i>	<p>Kommunen skal være involvert i det som skjer i Overordnet samarbeidsorgan (OSO)</p> <p>Kommunen skal gjennomføre møter med helseforetaket på rådmanns-/direktørnivå og faglig nivå årlig</p> <p>Kommunen skal delta i lokalt faglig samarbeidsorgan</p> <p>Kommunen bør delta på de årlige samhandlingskonferansene</p> <p>Kommunen skal ha rutiner for kontakt med helseforetakets kommune-kordinator</p> <p>Det skal foreligge rutiner for håndtering av meldingsutveksling</p> <p>Det skal foreligge rutiner for håndtering av avvik</p> <p>Kommunen skal ha rutiner for intern informasjonsflyt</p>	<p>Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4</p> <p>Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6</p> <p>Overordnet samarbeidsavtale mellom Alta kommune og Finnmarkssykehuset HF</p> <p>Tjenesteavtale nr. 9 mellom Alta kommune og Finnmarkssykehuset HF</p> <p>Vedtak fattet av Overordnet samarbeidsorgan</p>
<i>Blir utskrivningsklare pasienter håndtert på en forsvarlig måte?</i>	<p>Kommunen bør være i stand til å ta imot pasienter på det tidspunkt de er vurdert som utskrivningsklare</p> <p>Kommunen skal ha rutiner for mottak av meldinger/varsler fra sykehus om innlagte pasienter</p> <p>Kommunen skal ha rutiner for mottak og svar på meldinger om utskrivningsklare pasienter</p> <p>Kommunen skal ha rutiner som sikrer forsvarlig mottak av utskrivningsklare pasienter</p>	<p>St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen kapittel 9.5.2</p> <p>Tjenesteavtale nr. 5 mellom Alta kommune og Finnmarkssykehuset HF</p> <p>Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter</p>
<i>Har kommunen tilfredsstillende kontroll på sine utgifter for utskrivningsklare pasienter?</i>	<p>Kommunens utgifter til sykehusopphold for utskrivningsklare pasienter bør vise en nedadgående tendens</p> <p>Kommunen bør ha rutiner som sikrer betryggende kontroll av betalingskrav fra helseforetaket</p>	<p>St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen kapittel 9.5.2</p> <p>Generelle krav til internkontroll i kommuner</p> <p>KS: Rådmannens internkontroll: Hvordan få orden i eget hus?</p>

<p><i>Har kommunen iverksatt tiltak som sikrer tilstrekkelig bemanning og kompetanse?</i></p>	<p>Kommunen skal sikre at ansatte får påkrevd etter- og videreutdanning</p> <p>Bemanningen i kommunens helse-, pleie- og omsorgstjenester bør vise en voksende trend</p> <p>Utdanningsnivået blant de ansatte i kommunens pleie- og omsorgstjenester bør vise en voksende trend</p>	<p>Helse- og omsorgstjenesteloven § 8-2</p> <p>St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, kapittel 3.3.3</p> <p>St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, kapittel 13</p>
<p><i>Har kommunen styrket det forebyggende arbeidet?</i></p>	<p>Kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen. Oversikten skal være gjenstand for oppdatering.</p> <p>Folkehelseoversikten skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi</p> <p>Kommunen skal i sitt arbeid med kommuneplaner fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet</p> <p>Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer</p> <p>Kommunen skal gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom</p>	<p>Lov om folkehelse §§ 3 til 7</p> <p>Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3</p> <p>Tjenesteavtale nr. 10 mellom Alta kommune og Finnmarkssykehuset HF</p>

VEDLEGG 3: METODE OG GJENNOMFØRING

Generelt om forvaltningsrevisjon

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

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

Formålet med forvaltningsrevisjon er å bidra til:

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

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

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

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

Bestilling fra kontrollutvalget

Revisor må gjennomføre forvaltningsrevisjonen i samsvar med kontrollutvalgets bestilling.⁴²

Kontrollutvalget i Alta kommune vedtok 15. desember 2015 oppstart av prosjektet (sak

⁴² RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon, pkt. 10.

22/2015) med følgende hoved- og underproblemstillinger:

Har Alta kommune implementert samhandlingsreformen på en tilfredsstillende måte?

- Er det etablert tilfredsstillende rutiner for samarbeid og informasjonsflyt, internt og opp mot helseforetakene?
- Blir utskrivningsklare pasienter håndtert på en forsvarlig måte?
- Har kommunen tilfredsstillende kontroll på sine utgifter for utskrivningsklare pasienter?
- Har kommunen iverksatt tiltak som sikrer tilstrekkelig bemanning og kompetanse?
- Har kommunen styrket det forebyggende arbeidet?

Oppstart

Revisor skal sende oppstartsbrev til administrasjonssjefen så tidlig som mulig i prosjektet.⁴³

Oppstartsbrev ble sendt 3. oktober 2016. Rådmannen utpekte samhandlingskoordinator Aslaug Murberg til kontaktperson.

Datainnsamling

Revisor må innhente data i tilstrekkelig omfang til å kunne gjøre vurderinger og svare på problemstillingen(e) i undersøkelsen. Eksempler på metoder som kan benyttes er intervju, spørreskjema, observasjon, dokumentanalyse, statistiske analyser, regnskapsanalyse og systemanalyse.⁴⁴ I den grad det er tjenlig, bør det benyttes flere metoder for innsamling av data (data- og metode-triangulering).

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

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

Den primære datakilden har vært intervjuer med personer vi antar har kunnskap om hvordan kommunens praksis er på de relevante områdene. Her har kommunens representant i OSO – kommuneoverlegen – vært sentral, men også kommunalleder, rådmann og samhandlingskoordinator er personer/roller det har vært naturlig å prate med om dette. Vi har også hatt en samtale med helseforetakets kommunekoordinator om temaet. I tillegg har vi gjennomgått referater fra møter i OSO.

Det har vært gjennomført et innledende møte med kommunen, hvor kommunalleder helse og sosial, kommuneoverlegen, virksomhetsleder hjemmetjenester og samhandlingskoordinator deltok fra kommunens side. Vi har også gjennomført individuelle intervjuer med de samme personene, samt rådmannen. I intervjuene gikk vi mer i dybden enn det vi gjorde i det innledende møtet. Det nevnte møtet og intervjuene ble alle gjennomført i kommunens lokaler i november 2017, med unntak av intervjuet med kommuneoverlegen, som ble gjort i januar

⁴³ RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon, pkt. 13.

⁴⁴ RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon, pkt. 26.

2018. Som nevnt har vi også pratet med helseforetakets kommunekoordinator. Denne samtalen skjedde pr. telefon.

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

For å belyse kapasiteten i kommunens helse- og omsorgssektor har vi innhentet opplysninger om liggedøgn for utskrivningsklare pasienter som er offentlig tilgjengelig på Helsedirektoratets nettside. I tillegg har vi gjennomført et fellesmøte og individuelle intervjuer for å få kommunens egen oppfatning av situasjonen. Rådmannen, kommunalleder, kommuneoverlege, virksomhetsleder hjemmetjenester og samhandlingskoordinator er intervjuet om dette. Det er gjennomført både fellesmøte og individuelle intervjuer for å få emnet belyst best mulig.

Kommunens rutiner for meldingsutveksling og mottak av utskrivningsklare pasienter er kartlagt gjennom intervjuer med samhandlingskoordinator og hennes nærmeste leder, som er virksomhetsleder hjemmetjenester.

Når og hvor møte og intervjuer er gjennomført er beskrevet under problemstilling 1.

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

Størrelsen på ilagte gebyrer er kartlagt ved å innhente regnskapstall fra kommunen. For å finne ut hvordan rutineene for kontroll er har vi i fellesmøte spurt hvem som gjør dette. Deretter har vi gått nærmere inn på dette i intervju med vedkommende (altså samhandlingskoordinator). Vi har videre sjekket noen tilfeldig valgte fakturaer for å finne ut hvem som har attestert og anvist.

Når og hvor møte og intervjuer er gjennomført er beskrevet under problemstilling 1.

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

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

Kompetanseutviklingen er undersøkt ved å innhente opplysninger fra KOSTRA-databasen om utdanningsnivået i pleie- og omsorgssektoren. Disse tallene har vi sammenlignet med gjennomsnittet for KOSTRA-gruppen, Finnmark og landet. Vi har også gjennomgått kommunens kompetanseplaner, både den som forelå ved innføringen av samhandlingsreformen og den som nylig er utarbeidet.

Kommunens arbeid med etter- og videreutdanning er undersøkt ved å spørre personer i sentrale stillinger om dette, nærmere bestemt rådmannen, kommunalleder helse og sosial, kommuneoverlege, virksomhetsleder hjemmetjenester og samhandlingskoordinator. I tillegg er kompetanseplanene gjennomgått.

Når og hvor møte og intervjuer er gjennomført er beskrevet under problemstilling 1.

Problemstilling 5: Har kommunen styrket det forebyggende arbeidet?

Det forebyggende arbeidet er kartlagt ved å gjennomgå dokumentene kommunen har utarbeidet på folkehelseområdet, samt de planer hvor folkehelseperspektivet skal tas hensyn til. Når det gjelder spørsmålet om hvordan folkehelseperspektivet er innarbeidet i kommuneplanene har vi hatt en kort e-postutveksling med kommunalleder samfunnsutvikling og kommunalleder oppvekst og kultur. Vi har også spurt rådmann, kommunalleder helse og sosial, kommuneoverlege, virksomhetsleder hjemmetjenester, samhandlingskoordinator og helsekonsulent med ansvar for miljørettet helsevern om kommunens folkehelsearbeid. Vi ser at det i utgangspunktet ville vært naturlig å gjennomføre intervju med kommunens folkehelsekoordinator om dette, men årsaken til at vi ikke har gjort det er at vi i det innledende møtet med kommunen fikk opplyst at helsekonsulent var den vi kunne prate med om folkehelsearbeidet. I intervju med henne ble vi fortalt at hun hadde hatt en gjennomgang av våre spørsmål sammen med folkehelsekoordinator i forkant av intervjuet. Vi har derfor ikke sett det som nødvendig å gjennomføre et særskilt intervju med folkehelsekoordinator for å få belyst kommunens arbeid på folkehelseområdet.

Når og hvor møte og intervjuer er gjennomført er beskrevet under problemstilling 1. Intervju med helsekonsulent ble gjort i november 2017 i kommunens lokaler.

Gyldighet og pålitelighet

I valg av metode må revisor sikre dataens relevans (gyldighet/validitet) i forhold til problemstillingen(e).⁴⁵ Datainnsamlingen må gjennomføres på en måte som sikrer dataens pålitelighet (reliabilitet).

Gyldigheten av dataene er sikret ved at all datainnsamling er gjort med utgangspunkt i revisjonskriteriene. Dette gjelder både hvilke dokumenter, statistikk og regnskapsdata vi skal innhente, samt hvilke spørsmål vi skal stille. Alle innsamlede data er gruppert etter revisjonskriteriene.

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

Verifisering

Data som er innsamlet ved hjelp av intervju skal som hovedregel verifiseres.⁴⁶ I praksis innebærer dette at et utkast til rapport blir sendt til informantene i revidert(e) enhet(er) for gjennomlesing. Dette gjøres for å unngå faktafeil, og for å sikre at det materialet som undersøkelsen bygger på blir mest mulig fullstendig og pålitelig.

Utkast til rapport er sendt på verifisering til alle personer vi har intervjuet, det vil si rådmann, kommunalleder helse og sosial, kommuneoverlege, virksomhetsleder hjemmetjenester, samhandlingskoordinator og helsekonsulent. Dette skjedde 26. januar 2018.

⁴⁵ RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon, pkt. 27.

⁴⁶ RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon, pkt. 29.

Informantene har gitt tilbakemelding om noen ønsker om endringer, som vi i stor grad har tatt hensyn til i høringsutgaven.

Intern kvalitetssikring

Utføring av forvaltningsrevisjon skal kvalitetssikres.⁴⁷ Kvalitetssikringen skal sikre at undersøkelsen og rapporten har nødvendig faglig og metodisk kvalitet. Videre må det sikres at det er konsistens mellom bestilling, problemstillinger, revisjonskriterier, data, vurderinger og konklusjoner.

Fagansvarlig forvaltningsrevisor har kvalitetssikret prosjektplanen, samt verifiseringsutgaven og høringsutgaven av rapporten. Prosjektmedarbeider har også gitt tilbakemelding de ulike rapportutgavene. Både fagansvarlig forvaltningsrevisor og prosjektmedarbeider var involvert i vurderingen av hvordan vi skulle ta hensyn til tilbakemeldingene vi fikk på verifiseringsutgaven av rapporten. Videre er ulike problemstillinger diskutert og avklart fortløpende.

Høring

Administrasjonssjefen skal gis anledning til å gi uttrykk for sitt syn på de forhold som fremgår av rapporten.⁴⁸ Høringssvaret skal vedlegges rapporten som går til behandling i kontrollutvalget.

Rapporten ble sendt på høring til rådmannen 5. februar 2018.

⁴⁷ RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon, pkt. 45.

⁴⁸ RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon, pkt. 16.

