

Samhandlingsreformen

Forvaltningsrevisjonsrapport – Ås kommune



Moer sykehjem (Foto: Ove Skår AS).

Ski, 26.1.2015

Innhold

1	INNLEDNING	3
2	SAMMENDRAG - KONKLUSJON.....	3
2.1	Utskrivningsklare pasienter	3
2.2	Bemanning og kompetanse	3
2.3	Økonomistyring.....	4
2.4	Forebyggende arbeid	4
2.5	Follo-samarbeid.....	4
3	ANBEFALINGER.....	4
4	FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER.....	5
5	METODE	5
6	UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER.....	6
6.1	Revisjonskriterier	6
6.2	Faktabeskrivelse	7
6.3	Vurdering	11
7	BEMANNING OG KOMPETANSE.....	13
7.1	Revisjonskriterier	13
7.2	Faktabeskrivelse	13
7.3	Vurdering	16
8	ØKONOMISTYRING	17
8.1	Revisjonskriterier	17
8.2	Faktabeskrivelse	17
8.3	Vurdering	19
9	FOREBYGGENDE ARBEID	20
9.1	Revisjonskriterier	20
9.2	Faktabeskrivelse	20
9.3	Vurdering	23
10	SAMARBEID MED FOLLO-KOMMUNENE	24
10.1	Revisjonskriterier	24
10.2	Faktabeskrivelse	24
10.3	Vurdering	25
11	LITTERATUR	26
	VEDLEGG 1: GENERELT OM SAMHANDLINGSREFORMEN.....	27
	VEDLEGG 2: RÅDMANNENS UTTALELSE TIL REVISJONSRAPPORTEN	29

1 Innledning

Forvaltningsrevisjon er en lovpålagt oppgave for kommunene etter Kommune-loven av 25. september 1992 med endringer av 12. desember 2003. Formålet med forvaltningsrevisjon er nedfelt i Kommune-lovens § 77 nr. 4: "Kontrollutvalget skal påse at kommunens eller fylkeskommunens regnskaper blir revidert på en betryggende måte. Kontrollutvalget skal videre påse at det føres kontroll med at den økonomiske forvaltning foregår i samsvar med gjeldende bestemmelser og vedtak, og at det blir gjennomført systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak og forutsetninger (forvaltningsrevisjon)."

På grunnlag av *Plan for gjennomføring av forvaltningsrevisjon 2013 - 2016*, vedtatt av Ås kommunestyre, vedtok kontrollutvalget i møte 5. november 2013 (sak 25/13) *Samhandlingsreformen* som tema for forvaltningsrevisjon i 2014. Follo distriktsrevisjon la frem prosjektplan i møte 4. februar 2014 (sak 5/14), som ble godkjent.

Vi takker for godt samarbeid med Ås kommune i prosjektet.

2 Sammendrag - konklusjon

I denne forvaltningsrevisjonen har Follo distriktsrevisjon undersøkt om Ås kommune har styring og kontroll med innføringen av samhandlingsreformen med fokus på utskrivningsklare pasienter, bemanning og kompetanse, økonomistyring, forebyggende arbeid og Follo-samarbeid. Vi konkluderer slik på kontrollutvalgets problemstillinger:

2.1 Utskrivningsklare pasienter

Dokumentasjonsrutinene mellom Akershus Universitetssykehus HF (Ahus) og Ås kommune fungerer generelt sett bra. Kommunen har meldt få avvik fra avtalen i 2014, men har ikke et system som registrerer antall og type avvik. Ahus og kommunene er i ferd med å forbedre opplegget for avviksmelding gjennom et eget prosjekt, og revisjonen forutsetter at prosjektet frembringer tilfredsstillende rutiner for registrering og håndtering av avvik.

Kommunestyret i Ås har vedtatt som målsetting at antall bo-enheter med heldøgns bemanning skal dekke 20 % av antall 80+-åringer. Ås kommune har i dag en dekningsgrad på ca. 19 %. Utfra forventet befolkning har Ås kommune planer for å utvide kapasiteten når det gjelder både akutte døgnplasser, plasser for demenspasienter og sykehjemsplasser.

Kommunens brukerundersøkelse 2011 ga en overveiende positiv tilbakemelding fra brukerne av tjenestene, men undersøkelsen fant sted før samhandlingsreformen trådte i kraft.

Antall reinnleggelser fremstår ikke som et problem for Ås kommune.

2.2 Bemanning og kompetanse

Ås kommune har identifisert områder som krever økt fokus, både i forhold til bemanning og kompetanse. Reformen har også ført til en økning i bemanningen på visse områder. Totalt er økningen i antall sykepleiere 26,3 årsverk.

2.3 Økonomistyring

Ås kommune har rutiner og systemer for kontroll av økonomien i forbindelse med samhandlingsreformen. Statstilskuddet til Ås kommunes medfinansiering av sykehusinnlegging har ligget høyere enn kommunens utgifter til dette.

Kommunens kostnader for overliggerdøgn ligger under statstilskuddet, som dermed også går til drift av kommunens behandlingstilbud for de utskrevne pasientene. Revisjonen har ikke avdekket svikt i kommunens kontroll av fakturaene fra Ahus.

2.4 Forebyggende arbeid

Ås kommunes helseforebyggende arbeid, herunder forebygging av sykehusinnlegging, er forankret i kommunale planer, men planverket kan fremstå som noe fragmentert og som en videreføring av det forebyggende arbeidet fra før 2012. Det fremkommer heller ikke hvordan forebyggende tiltak skal redusere antall sykehusinnleggelser. Forebyggende tjenester ytes til innbyggerne i praksis ved sykehjem, hjemmetjenesten, eldresenter og dagsenter, helsestasjon og skolehelsetjeneste, frisklivsentral og frivillighetssentral, samt ved skoler og barnehager.

2.5 Follo-samarbeid

Ås kommune deltar i et omfattende regionalt samarbeid om samhandlingsreformen. Follorådet har gått foran med politiske vedtak om prosjekt *Samhandlingsreformen i Follo* med en rekke delprosjekter. Erfaringsutveksling og faglige nettverk for helse- og omsorgspersonell hører med i Follo-samarbeidet, samt felles tjenesteyting gjennom Friskliv Follo og kommende Lokalmedisinske senter.

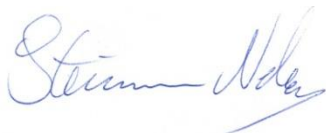
Administrative ledere beskriver Follo-samarbeidet som hensiktsmessig for Ås kommunes tilpasning til samhandlingsreformen.

3 Anbefalinger

Follo distriktsrevisjon IKS anbefaler Ås kommune å vurdere følgende tiltak:

- Utvikle sitt system for registrering og melding av avvik i KvalitetsLøsen.
- Gjennomføre brukerundersøkelse i helse og omsorg.
- Gjennomføre analyser av fremtidig kompetanse- og bemanningsbehov.
- Spisse forebyggingsarbeidet i tråd med reformens intensjoner.

Ski, 26.1.2015.



Steinar Neby
Revisjonssjef



Rune Gran
Prosjektleder

4 Formål og problemstillinger

Ås kommunes kontrollutvalg har bestilt et forvaltningsrevisjonsprosjekt med følgende *formål*: "Formålet med prosjektet er å undersøke om Ås kommune har styring og kontroll med innføringen av samhandlingsreformen og om de delene av reformen som er satt ut i livet, virker etter hensikten."

Bestillingen angir fem *problemstillinger*:

1. "Hvordan håndterer kommunen de utskrivningsklare pasientene?
 - Hvordan fungerer samarbeidet med Akershus Universitetssykehus, Ahus?
 - Har kommunen kapasitet til å ta i mot de utskrivningsklare pasientene?
 - Hvordan er de utskrivningsklare pasientene fornøyd med behandlingen de har fått?
2. Hvordan har kommunen innrettet seg for å ivareta nye og økte krav til bemanning og kompetanse?
3. Har kommunen rutiner og systemer for kontroll av økonomien i forbindelse med reformen?
4. Hvordan ivaretar kommunen kravene til det forebyggende arbeidet?
5. Har samarbeidet mellom Follo-kommunene om innføringen av reformen vært positiv for Ås kommune?"

Kontrollutvalget presiserte at samhandlingsreformen innføres gradvis og at prosjektet primært skal fokusere på de elementer som allerede er innført: kommunal medfinansiering, avtaleverk og ansvar for forebygging.

5 Metode

Problemstillingene belyses gjennom dokumentanalyse og intervjuer med helse- og sosialsjef og ledelsen ved virksomhet for hjemmetjenester, forvaltningstjenester, folkehelse og frivillighet og Moer sykehjem.

Revisjonen har gjennomført møte med Samhandlingsavdelingen ved Akershus Universitetssykehus (Ahus) for å bli informert om deres syn på problemstillingene. Vi har også vært i kontakt med pasientombudet for Akershus for å få et inntrykk av virkninger av reformen ut fra den informasjonen som pasientombudet har.

Rapporten er kvalitetssikret gjennom kommunens gjennomgang av faktadelen. Rådmannens uttalelse til revisjonsrapporten følger som vedlegg.

6 Utskrivningsklare pasienter

Problemstilling: Hvordan håndterer kommunen de utskrivningsklare pasientene?

- Hvordan fungerer samarbeidet med Akershus Universitetssykehus, Ahus?
- Har kommunen kapasitet til å ta i mot de utskrivningsklare pasientene?
- Hvordan er de utskrivningsklare pasientene fornøyd med behandlingen de har fått?

6.1 Revisjonskriterier

Helse- og omsorgstjenestelovens § 6-1 og § 6-2 stiller krav om at kommunen skal inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket. I henhold til § 6-2 skal avtalen inneholde retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon.

Follo-kommunene har sammen med kommunene på Øvre- og Nedre Romerike inngått samarbeidsavtale med Ahus: *Samarbeidsavtale om helhetlige pasientforløp – ansvars- og oppgavefordeling mellom Ås kommune og Akershus universitetssykehus HF*. Avtalens punkt 4 omhandler utskriving av pasienter.

Avtalen fastslår innledningsvis at en pasient er utskrivningsklar når lege på sykehus vurderer at pasienten ikke har behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten. Det ligger m.a.o. til Ahus å beslutte dette. Ahus skal gjøre en individuell helsefaglig vurdering som dokumenteres i pasientens journal.

Revisjonen har trukket ut enkelte hovedpunkter fra avtalen. Ved utskrivning skal Ahus:

- Når utskrivningstidspunkt er satt, sender Ahus skriftlig melding om utskrivningsklar pasient til kommunen, som normalt dokumenteres i pasientjournal. Meldingen skal inneholde nødvendig informasjon for videre behandling/oppfølging av pasienten.
- Epikrise/sykehistorie skal følge pasienten og sendes det helsepersonell som trenger opplysningene. Epikrise skal fortrinnsvis sendes elektronisk. Epikrisen må inneholde plan for videre behandling og kontroll, med angivelse av ansvars plassering.
- Fristen for melding fra Ahus mandag til fredag/virkedag før helligdag, er senest kl. 14:30 den dagen pasienten er utskrivningsklar.
- Samme frist gjelder lørdag, søndag eller helligdag når pasienten allerede har et tilbud på institusjon eller i hjemmet og hjelpebehovet er tilnærmet uendret. Tilsvarende gjelder også pasient som tidligere i uka er varslet til kommunen med antydning om at vedkommende vil bli utskrivningsklar i løpet av helgen.
- Ved behov for nytt eller endret tjenestetilbud og pasienten meldes utskrivningsklar på lørdag, søndag eller helligdag, og dette ikke er kjent/meldt til kommunen senest kl. 14:30 fredag/virkedag før helligdag, er ikke kommunen forpliktet til å gi tilbakemelding på meldingen fra Ahus eller ta imot pasienten før første påfølgende virkedag. I disse tilfellene skal pasienten være vederlagsfritt i sykehus til mandag/første virkedag.
- Ahus kan ikke skrive ut en utskrivningsklar pasient med behov for kommunale tjenester, før kommunen har bekreftet at de kan ta imot pasienten.
- Ahus skal også vedlegge resepter og medisinliste, vurdere oppfølging av fastlege og helsetjeneste, om nødvendig gi pasienten timeavtale for oppfølging ved Ahus, samt skrive ut rekvisisjon på hjelpemidler og eventuelt sykemelding.

Ås kommune har bl.a. følgende ansvar ved utskriving:

- Følge opp melding om utskrivningsklar pasient og eventuelle søknader fra pasienten for å kunne etablere helse- og omsorgstjenester innen varslet utskrivningstidspunkt.
- Gi melding til sykehuset om tidspunkt for hvor pasienten skal mottas og med hvilke tjenestetilbud. Dersom tilbud ikke kan ytes fra den dagen pasienten er utskrivningsklar, skal kommunen oppgi tidspunkt for når tjenestetilbudet kan iverksettes.
- Følge opp varslet behov for hjelpemidler, bistå pasient i kartlegging og vurdering av nødvendig tilrettelegging for best mulig funksjon.
- Ivareta oppfølging av pasientens behov inkludert behov for sykdomsforebyggende og helsefremmende tiltak iht. avtaler, planer og vedtak om tjenester. Kommunen skal medvirke til at pasienten får nødvendig legetilsyn, gi medisinsk oppfølging hos pasientens faste lege eller annen legetjeneste.

Ut fra ovenstående legger revisjonen følgende revisjonskriterier til grunn for håndteringen av utskrivningsklare pasienter:

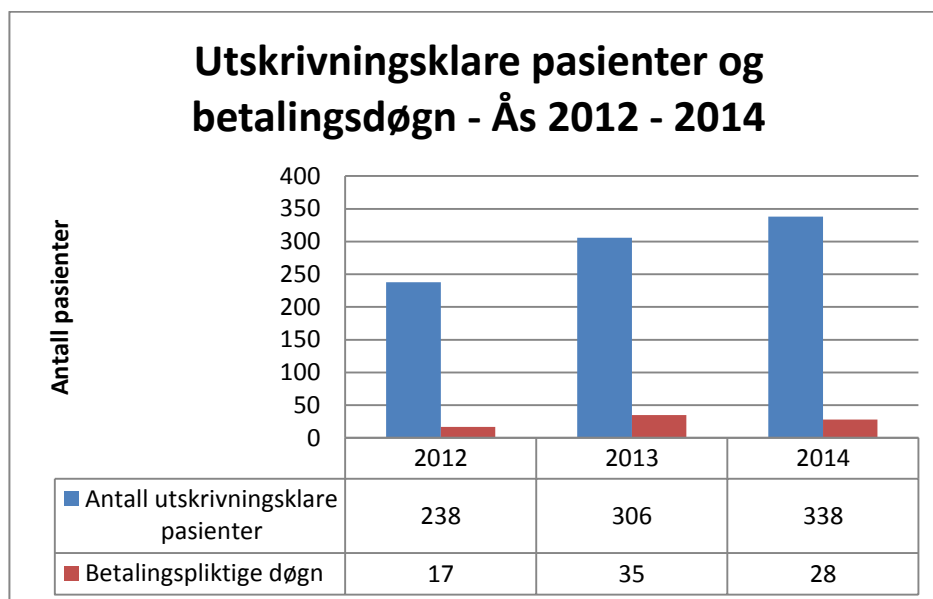
- Kommunens rutiner skal oppfylle samarbeidsavtalen med Ahus, herunder melding til sykehuset om når kommunen kan motta pasienten.
- Kommunen må sørge for at den har tilstrekkelig kapasitet til å motta de utskrivningsklare pasientene.
- Kommunen må sørge for at målsetting vedtatt av Ås kommunestyre om at antall boenheter med heldøgns bemanning skal dekke 20 % av antall 80+-åringer.

6.2 Faktabeskrivelse

Samarbeid med Ahus

Administrasjonen rapporterer om status for utskrivningsklare pasienter til hovedutvalg for helse og sosial, samt til formannskapet ved utfordringer.

Antall utskrivningsklare pasienter med bistandsbehov og betalingspliktige døgn (betalingsdøgn/overliggedøgn) har utviklet seg slik siden samhandlingsreformen trådte i kraft:



Antall utskrivningsklare pasienter økte med 28,6 % fra 2012 til 2013, mens økningen fra 2013 til 2014 var på 10,5 %.

Ås kommunes betalingspliktige døgn ved sykehus ble mer enn doblet fra 2012 til 2013. Fra 2013 til 2014 har antall betalingsdøgn gått ned med 20 %.

Økningen i antall overliggerdøgn i 2013 skyldtes bl.a. at Ahus meldte grønn beredskap i fem perioder, og pasienter ble da skrevet ut tidligere og hadde behov for noe lengre opphold i sykehjem. Grønn beredskap vil si akutt-situasjoner hvor sykehuset må prioritere dem som er kritisk syke. Kommuner tok opp denne praksisen med Ahus medio 2013, og siden har grønn beredskap ikke blitt iverksatt.

Avtalen mellom Ahus og kommunene er for tiden under reforhandling etter initiativ fra Ahus. Reforhandlingen omfatter:

- Tidspunkt for varslings av utskrivning. Dette er innen kl. 14:30 alle hverdager. Ahus ønsker tidspunktet fjernet og utskrivning alle dager, hele døgnet.
- Bruk av beredskapsprosedyrer ved Ahus som overstyrer avtalen når akuttfunksjonene og ressursene i akuttmottaket er truet.

Revisjonen får opplyst at kommunens erfaring er at Ahus normalt sender melding innen de frister avtalen angir. Imidlertid varierer det i hvilken grad informasjonen som medfølger pasienten, er i tråd med avtalen og av en slik kvalitet som Ås kommune har behov for.

Slik kommunen ser det, er den individuelle helsefaglige vurderingen som gjøres, ikke alltid godt nok underbygget i meldinger fra Ahus. Informasjon omkring medisinske problemstillinger, diagnose, oppfølging, funksjonsnivå og forventet utvikling som meddeles kommunen, skal være dokumentert i pasientens sykehusjournal.

Det blir videre opplyst at kun spesielle medisiner følger med fra Ahus, resten har Moer sykehjem selv. Epikriser og sykepleierrapport følger stort sett med pasienten fra Ahus. Moer sykehjem har imidlertid registrert at plan for videre behandling ikke alltid følger med pasienten ved utskrivning, spesielt ved utskrivning på fredager. I de tilfeller pasienten kommer uten skriftlig epikrise, er rutinen at sykehuset skal kontaktes. Kommunen fører imidlertid ingen dokumentasjon på disse forholdene.

Når melding mottas fra Ahus om utskrivningsklare pasienter, gir kommunen normalt rask bekreftelse til Ahus om at den kan motta pasienten. Ahus bekrefter dette. Ahus gir uttrykk for at samarbeidet med Ås kommune fungerer bra og at kommunen har god kontroll med de utskrivningsklare pasientene.

Kommunen har etablert et innsatsteam bestående av sykepleier, ergoterapeut og fysioterapeut, som kommer i tillegg til hjemmetjenesten. Hovedoppgavene er å tilrettelegge for rehabilitering i eget hjem og kartlegge brukeren over tid.

I ukentlige inntaksmøter tildeles utskrivningsklare pasienter plass ved sykehjem (korttids, langtids og rullerende opphold) og aktivitetssenter (demens og somatisk).

Forvaltningsenheten i Ås kommune har daglig kontakt med Ahus for oppfølging av kommunens pasienter og er på vurderingsbesøk på Ahus om lag én gang i måneden. Ahus og kommunenes forvaltningsenheter/bestillerkontoret avholder kvartalsvise nettverksmøter der utskrivningsklare pasienter er hovedtema.

Oppstartsfasen i 2012 var preget av utfordringer med å etablere en praksis som fungerte bra for begge parter. I denne tiden ble det registrert flere mangler og utfordringer enn tilfellet er

dag (jf. registrerte avvik hos Ahus). Flere informanter gir uttrykk for at samarbeidet mellom kommunen og Ahus har blitt stadig bedre etter hvert som tiden har gått. Det antydtes at en årsak til flere registrerte avvik kunne ligge i at det i en tidlig fase var et høyere fokus blant kommunens ansatte på å registrere avvik gjort av Ahus.

Avvik fra samarbeidsavtalen skal meldes til leder på forvaltningsavdelingen, som igjen melder avvikene videre til Ahus. Meldingen må gi en beskrivelse av hva avviket omfatter. Avvik som meldes til Ahus, skal registreres og følges opp av Ahus.

Det blir i flere sammenhenger vist til avvik fra avtalen og utviklingen av antallet avvik. Avviksmeldinger registreres i Kvalitetslosen, men ikke alle avvik blir registrert.

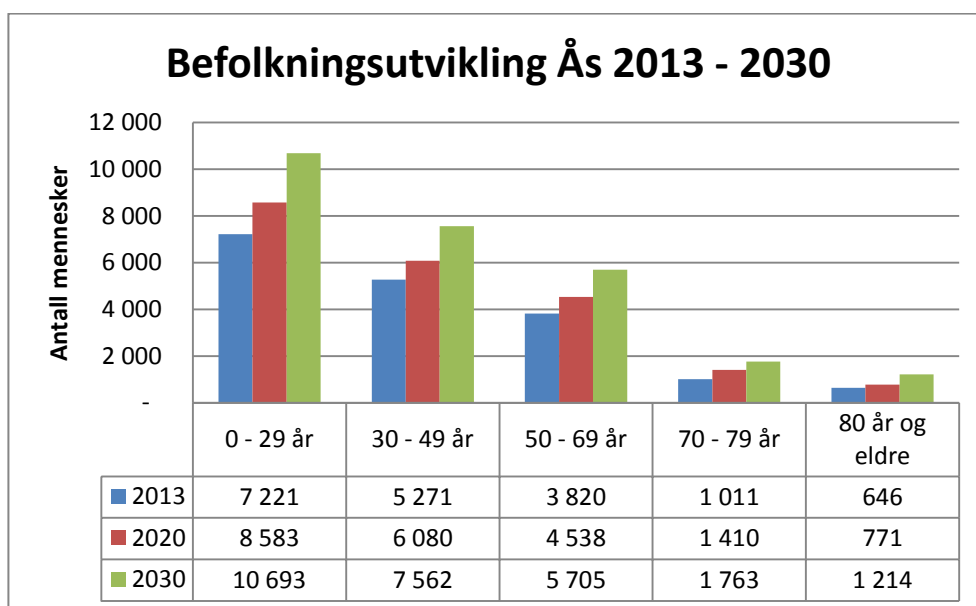
Ahus' samhandlingsavdeling opplyser (epost 25.7.2014 fra ass. avdelingsleder) at Ahus i 1. halvår 2014 mottok 35 avviksmeldinger fra hele opptaksområdet. Kommunenes avviksmeldinger går i hovedsak på manglende dokumentasjon fra sykehuset ved utskriving. Av de 35 avviksmeldingene kom fire avviksmeldinger fra Ås kommune. Ahus har per september 2014 mottatt fem avvik som gjelder Ås kommune, hvorav fire gjaldt manglende dokumentasjon fra sykehuset ved utskrivelse og ett avvik gjaldt manglende melding.

Høsten 2013 ble elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger tatt i bruk mellom Ahus og alle kommunene. Erfaringene etter innføringen av den elektroniske meldingsutvekslingen er at antall avvik for manglende dokumentasjon har gått ned.

Administrativt Samarbeidsutvalg (ASU) mellom Ahus og kommunene og direktørmøtet mellom Ahus og bydelene har nedsatt et prosjekt som skal utvikle "Et system for overvåking av avtalen som bidrar til at Ahus og kommunene sikrer gode pasientforløp ved inn-/ utskriving av pasientene. Et system som fremmer godt samarbeidsklima og positiv læring hvor hovedfokus rettes mot å ta lærdom av de gode pasientforløpene" (23.1.2014).

Kommunens mottakskapasitet

Statistisk sentralbyrå (SSB) anslår følgende befolkningsvekst i Ås fremover:



Kilde: SSB, prognose 2014-05-19, tilbudsstyrt boligmarked revidert.

Veksten i den eldre delen av befolkningen forventes å bli betydelig.

Prosjekt *Samhandlingsreformen i Follo* ble nedsatt av Follorådet høsten 2009. En av prosjektets oppgaver er etablering av et felles Follo lokalmedisinske senter og legevakt. Prosjektgruppen har i samarbeid med Åhus kommet med en anbefaling om etablering av et lokalmedisinsk senter i Follo med lokalisering ved Ski sykehus.

Det er anslått et behov for 16 døgnplasser for å ivareta plikten til øyeblikkelig hjelp, som inntrer fra 2016.¹ Antall plasser bygger på Helsedirektoratets beregninger (2012) for den enkelte kommune. Prosjektgruppen anbefaler at den nye døgnenheten dimensjoneres for ytterligere 8 sengeplasser, slik at den til sammen får 24 plasser. Begrunnelsen er forventet befolkningsvekst, behov for å ta i mot utskrivningsklare pasienter og at utvidelsen vil gi rimeligere plasser enn ved opphold i sykehus. Plassene fullfinansieres gjennom statlige tilskudd.

Prosjektgruppen skriver at løsningen med et felles senter gir flere fordeler vedrørende kompetansekrevende oppgaver, herunder rekruttering og samlokalisering med legevakten, som har personell med erfaring med behandling av akutte tilstander og tilgang til spesialisert diagnostisk utstyr og spesialkompetanse. Prosjektgruppen har også anbefalt kommunalt samarbeid innen administrasjon og systemarbeid, IKT, friskliv og støttetjenester (radiologi- og laboratorietjenester).

Utkast til selskapsavtale for Follo Lokalmedisinske senter og legevakt er behandlet i kommunestyrene.

Helsedirektoratet oppgir en veiledende dekningsgrad på boenheter med heldøgnplasser på 25 % av innbyggere over 80 år. Kommunestyret i Ås har vedtatt at målet er en dekningsgrad på 20 %. Ås kommune har pr. i dag en dekningsgrad på ca. 19 %.

For å øke sykehjemskapasiteten, har kommunen bygget om enkeltrom til dobbeltrom. Retningslinjer for hvem som kan bli lagt på et dobbeltrom, er utarbeidet.

Kommunen har i dag 20 korttidsplasser fordelt på 10 rom. Når det gjelder langtidsplasser har kommunen 77 plasser for vanlig somatikk. I tillegg er det 24 skjermede plasser for demente og 4 forsterkede skjermede plasser. Totalt har kommunen 105 langtidsplasser.

Kommunen har beregnet hvor mange plasser til utskrivningsklare pasienter man har behov for. Utfra erfaringsutveksling og vurdering i forhold til antall innbyggere har kommunen etablert 3 mottaksplasser for utskrivningsklare pasienter. Her kan pasientene være inntil 7 dager uten vedtak. Det gjennomføres daglig vurdering, og pasienter flyttes så raskt som mulig. Plassene blir stående tomme dersom det ikke er utskrivningsklare pasienter fra sykehuset.

Kommunens institusjonsplasser skal etter planen utvides slik:

- Et demenssenter med 20 – 30 plasser skal bygges. Seks demente som i dag bor på Moer sykehjem, vil bli flyttet til demenssenteret, det vil si at seks plasser blir frigjort på Moer. Senteret kommer trolig i drift i 2. halvår 2016.
- Moer sykehjem utbygges frem mot 2040. Kapasiteten vil øke med 150 – 160 plasser.

¹ Prosjekt *Samhandlingsreformen i Follo*, sluttrapport 20.11.2012, side 13.

Pasientenes tilfredshet

Revisjonen har fått opplyst at det ikke er etablert brukerråd i Ås kommune. En brukerundersøkelse ("Bedre kommune") ble gjennomført ved Moer sykehjem i 2011, før samhandlingsreformen trådte i kraft. Kommunens resultater lå på mange spørsmål litt lavere enn landsgjennomsnittet, men på spørsmål om det å bo på sykehjem samlet sett, var beboerne på Moer litt mer fornøyd enn landsgjennomsnittet.

Fagkoordinator og de pårørende har løpende møter, der temaet bl.a. er vurdering av om kommunens tjenesteyting er tilfredsstillende. Pasienter kan delta i møtene dersom det er praktisk mulig.

Reinnleggelse

Reinnleggelse er definert som en akutt innleggelse innen 30 dager etter utskrivning fra et sykehus. Et høyt eller økende antall reinnleggelser *kan* tolkes som at pasienten ble utskrevet for tidlig eller at kommunen ikke har den nødvendige kompetansen til å ta imot pasientene.

Ahus opplyser at det for Ås kommune er registrert følgende reinnleggelser:

År	Antall innlagte	Reinnlagt <=30 dager	Andel reinnlagt
2012	1 498	144	9,6 %
2013	1 481	125	8,4 %
Pr. sept. 2014	1 111	90	8,1 %
Totalt	4 090	359	8,8 %

Nasjonale tall for reinnleggelser lå rundt 15 % i 2013. Ås kommunes pasienter hadde 8,4 % reinnleggelser i 2013, det vil si klart lavere enn landsgjennomsnittet.

Moer sykehjem opplyser at det har vært få reinnleggelser fra dem og at reinnleggelser ikke oppfattes som et problem for kommunen. Kommunen fører ikke en samlet oversikt over dette, da reinnleggelser kan skje både fra sykehjem, legevakt og fastlege.

Pasient- og brukerombudet i Akershus har kritisert sykehusene generelt for å skrive ut pasienter for tidlig. Revisjonen får opplyst at ombudet ikke har spesiell dokumentasjon for Ås kommune, men at reinnleggelser generelt har økt.

6.3 Vurdering

Samarbeid med Ahus

Revisjonens hovedinntrykk er at informasjons- og dokumentutvekslingen mellom Ahus og kommunen fungerer bra når det gjelder Ås kommunes utskrivningsklare pasienter. Den elektroniske informasjonsutvekslingen omkring den enkelte pasient ser ut til å fungere. Meldinger sendes stort sett innen de frister som samarbeidsavtalen setter.

Ås kommune har ikke hatt den samme store økningen i utskrivningsklare pasienter som flere av de andre Follo-kommunene. Når det gjelder betalingspliktige døgn, registrerer revisjonen at disse økte i begynnelsen, men at utviklingen har snudd i 2014. Kommunen har tett oppfølging, bl.a. gjennom rapportering til politisk nivå.

Ahus mottar forholdsvis få avviksmeldinger fra Ås kommune. Avvik gjelder bl.a. manglende helsefaglig vurdering av pasientene ved utskrivning. Kommunen registrerer avvik i KvalitetsLosen, men ikke alle avvik registreres. Hva som er det reelle omfanget av avvik er derfor usikkert. Revisjonen ser positivt på at Ahus' rutiner for avviksregistrering er under endring.

Kommunens mottakskapasitet

Gjennom prosjekt *Samhandlingsreformen i Follo* tas det sikte på å etablere 24 døgnplasser ved Follo lokalmedisinske senter i Ski i 2016. Dette er 8 flere plasser enn beregnet behov i 2016 tilsier.

Ås kommune har vedtatt å bygge et demenssenter med 20-30 plasser, som vil øke kapasiteten for demente pasienter og frigjøre plasser på Moer sykehjem. Kommunen har også lagt planer for utbygging av Moer sykehjem frem mot 2040, med en økning i kapasitet med 150-160 plasser. Revisjonen oppfatter derfor at utviklingen går i riktig retning i forhold til å møte fremtidige behov, men har ikke fått seg forelagt beregninger som viser om antallet er tilstrekkelig

Pasienters tilfredshet

Brukerundersøkelse 2011 ga en overveiende positiv tilbakemelding fra brukerne av tjenestene. Undersøkelsen er fra 2011, og gir ikke grunnlag for å vurdere brukernes tilfredshet med dagens tjenestetilbud etter innføringen av samhandlingsreformen. Kommunen har dessuten ikke etablert brukerråd som kunne ha bidratt med synspunkter på virkningene av reformen.

Reinnleggelse

Ved innføringen av samhandlingsreformen fryktet flere at reformen skulle medføre at pasienter ble skrevet ut for tidlig fra sykehus for så å bli reinnlagt. Statistikk fra Ahus viser at Ås kommune har lavere andel reinnleggelse enn landsgjennomsnittet. Reinnleggelse av pasienter fra Ås har dessuten sunket noe - fra 9,6 % i 2012 til 8,1 % i 2014. Antall reinnleggelser fra Ås kommune er etter hva revisjonen kan se, ikke spesielt urovekkende.

7 Bemanning og kompetanse

Problemstilling: Hvordan har kommunen innrettet seg for å ivareta nye og økte krav til bemanning og kompetanse?

7.1 Revisjonskriterier

Kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester følger bl.a. av helse og omsorgstjenestelovens § 3-1: "Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester."

Helse- og omsorgstjenestelovens § 4.1 (bokstav d) pålegger kommunen å sørge for at den har tilstrekkelig kompetanse til å løse sine arbeidsoppgaver.

Samarbeidsavtalen med Ahus sier følgende om oppfølging av utskrivningsklare pasienter (kapittel 4.2): "Kommune/bydel skal ivareta oppfølging av pasientens behov inkl. behov for sykdomsforebyggende og helsefremmende tiltak iht. avtaler, planer og vedtak om tjenester. Hvis nødvendig, skal kommunen medvirke til at pasienten får nødvendig legetilsyn, gi medisinsk oppfølging hos pasientens faste lege eller annen legetjeneste."

Kommunens bemanning og kompetanse vurderes utfra følgende revisjonskriterium:

- Kommunen skal sørge for å ha tilstrekkelig bemanning og kompetanse til å motta og behandle de utskrivningsklare pasientene.

7.2 Faktabeskrivelse

Behovsendringer

Ahus' generelle liggetid for pasienter med døgnopphold er redusert fra 4,7 døgn i 2011 (før samhandlingsreformen trådte i kraft) til 3,9 døgn i 2014. Dette er i tråd med målene for samhandlingsreformen, men skyldes også utvidet opptaksområde ved overgangen fra Aker sykehus til Ahus. Press på sengekapasiteten har medført tiltak for å redusere liggetiden. Som en konsekvens av redusert liggetid, øker antallet utskrivningsklare pasienter

Fordi pasientene blir utskrevet tidligere enn før, trenger de i større grad videre behandling og oppfølging. Ved Moer sykehjem beslaglegger dette kapasitet til å motta nye pasienter.

Samhandlingsreformen fører dermed til et mer spesialisert tjenestebehov som krever mer medisinsk og sykepleiefaglig spisskompetanse. Kommunen ønsker dessuten at flere brukere av pleie-, omsorg- og rehabiliteringstjenestene skal bo hjemme lenger. Pleie- og omsorgstjenestene bør derfor dreies i retning av å styrke og utvide det hjemmebaserte tilbudet. «I 2015 vil palliativ omsorg, spesialistrehabilitering, avansert hjemmesykehus for barn og ungdom og rus og psykiatri være fokusområder».²

Etter at samhandlingsreformen ble innført, har Moer sykehjem erfart at tilstanden til de utskrivningsklare pasientene ofte gir utfordringer på følgende områder:

- Hjertepasienter
- Intravenøs behandling
- Pasienter med nyresykdommer
- Kreftpasienter

² Jfr. Handlingsprogram med økonomiplan 2015 – 2018 s.51flg.

- Pasienter med demens.

Det blir videre opplyst at kommunen har kompetansemessige utfordringer i å motta pasienter som er terminale. Disse pasientene får ofte kun palliativ behandling, noe Ås kommune ikke har spesialplasser for i dag.

Bemanning

Kommunen har styrket bemanningen av sykepleiere. Korttidsavdelingen på Moer sykehjem har en sykepleier-dekning på 4-5 sykepleiere på dagtid, 2 sykepleiere på kveldstid og 1 sykepleier på natt.

Det er ansatt flere medarbeidere med nye arbeidsoppgaver:

- Tverrfaglig innsatsteam
- Kreftkoordinator
- Demenskoordinator
- Kommuneoverlege (har én arbeidsdag i uka på sykehjemmet)
- Institusjonslege ved Moer sykehjem

Hjemmetjenesten har en dekningsgrad på 30 % sykepleiere, som kommunen anser å være for lavt. Det er lite "turnover" blant de ansatte, noe som gjør at det tar tid å høyne sykepleierdekningen.

Samlet ser endringen i sykepleierdekningen slik ut fra 2011-2015:

Økning i bemanning på tjenestesteder	Antall sykepleiere totalt	Omgjøring av stillinger	Nye stillinger
Moer sykehjem	+ 14 årsverk	+ 4 årsverk	+ 10 årsverk
Hjemmebaserte tjenester	+ 6,74 årsverk	+ 2,3 årsverk	+ 4,44 årsverk
Demensomsorgen	+ 5,6 årsverk	+ 2,6 årsverk	+ 3 årsverk
Totalt	+ 26,34 årsverk	+ 8,9 årsverk	+ 17,44 årsverk

Moer sykehjem har ansatt en institusjonslege, i tillegg at kommuneoverlegen har en arbeidsdag i uka på sykehjemmet. Det blir opplyst at legeforeningen anbefaler 1 lege pr. 20 korttidspasienter / 6 palliative pasienter. I tillegg anbefales det en lege for langtidspasienter. Som følge av økningen i pasientantallet og at pasientene er sykere, blir legetjenesten meget presset.

Kompetanse

Gjeldende kompetanseplaner er ikke innrettet spesielt mot samhandlingsreformen. Det er tatt utgangspunkt i enhetenes samlede behov for opplæring, herunder behov som følge av samhandlingsreformen.

Ås kommune ble i 2011 med i KS' landsomfattende arbeid om strategisk kompetansestyring. Formålet med planen var å finne gapet mellom hva kommunen har av kompetanse og hva kommunen vil trenge av kompetanse i fremtiden og lage en strategi med konkrete tiltak for hva kommunen skal jobbe med de neste 4 årene.

Strategisk kompetanseplan for helse og sosialetaten 2012-2015 bygger på kompetansebehov ut fra nasjonale og kommunale krav, kompetansen helse- og sosialetaten besitter og gapet

mellom eksisterende og fremtidige behov. Målet for planen er å ha:

«Kompetente medarbeidere og en fleksibel, lærende og kostnadseffektiv organisasjon.»

Det ble identifisert 4 hovedutfordringer i planen:

- Kommunens tilgang på og forvaltning av egen arbeidskraft
- Kommunens evne til utvikling og nyskaping
- Samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten som likeverdige parter
- Interkommunalt samarbeid

Det interkommunale samarbeidet blir ivaretatt i prosjekt *Samhandlingsreformen i Follo* og følges ikke opp i denne kompetanseplanen.

Ved Moer sykehjem finnes ulike lærings- og utviklingsplaner for hhv. langtidsavdelingene og medisinsk korttidsavdeling. I tillegg er det utarbeidet en oversikt over internundervisning for Moer sykehjem som helhet.

Ved langtidsavdelingen fokuserer planen på ny kompetanse innen følgende områder:

- Dokumentasjon
- Omsorg ved livets slutt
- Infeksjonsforebyggende plan
- Alderspsykiatri
- Etikk og kommunikasjon
- Sykepleierprosedyrer for veneflon, iv-behandling, sår
- Senil demens
- Utagerende atferd og Pasientrettighetslovens kap 4A
- Arbeidsmiljø
- Etniske minoriteter

Ved den medisinske korttidsavdeling fokuserer planen på ny kompetanse innen palliativ behandling, rehabilitering og akutt geriatri.

Sykehjemmet har for øvrig to sykepleiere som utdanner seg til kreftsykepleiere, og en sykepleier som utdanner seg til legevaktsykepleier.

Kompetanseplanen for hjemmetjenesten redegjør for at tjenesten har behov for medarbeidere med høyere faglig kompetanse med vekt på følgende satsningsområder:

- Dokumentasjon og informasjonsflyt
- Etikk og rollemodeller
- Uttrykke taus kunnskap på tvers av avdelingene og i egen enhet
- Andre relevante kurstilbud, herunder tett samarbeid med sykehus og ambulerende team
- Førstehjelp
- Medikamenthåndtering
- Forflytningsteknikk / forebygge slitasjeskader
- Hverdagsrehabilitering og helhetlig pasientforløp i hjemmet

Endringer i kompetansebehov vurderes ved nyansettelser. Stilling som hjelpepleier/helsefagarbeider erstattes tidvis med stilling som sykepleier.

Samarbeid

Ahus har et ambulerende team som bistår med opplæring, noe Ås kommune har benyttet seg av. Ahus arrangerer også kurs som kommunen sender deltagere til og som er gratis for kommunen som en del av samarbeidsavtalen. Akuttmottaket på Ahus driver en veiledningstjeneste med døgnåpen telefon, som kommunenes ansatte kan benytte dersom det oppstår behov for akutt bistand.

Ås kommune er med i Follo-samarbeidet om Kompetansehjulet, der kommunene tilbyr felles kurs for ansatte i helse- og omsorgstjenestene. I 2014 har kurstilbudet hatt fokus på demensomsorg.

7.3 Vurdering

Revisjonen registrerer at Ås kommune har identifisert områder som krever økt fokus, både i forhold til bemanning og kompetanse. Kommunen har også gjort tilpasninger av organisasjonen og foretatt nytilsetninger for å møte de nye utfordringene. Dette skjer som en løpende prosess der eksisterende bemanning og kompetanse vurderes mot nye behov. Bemanningen er styrket.

Revisjonen kan imidlertid ikke se at kommunen har beregninger som tydeliggjør konsekvensene av økte kompetansekrav og satsing på utvidet hjemmebasert tilbud. Av hensyn til de økonomiske planprosessene vil det være en fordel å identifisere slike behov tidligst mulig.

8 Økonomistyring

Problemstilling: Har kommunen rutiner og systemer for kontroll av økonomien i forbindelse med reformen?

8.1 Revisjonskriterier

Ås kommunes økonomistyring i samhandlingsreformen vurderes utfra følgende revisjonskriterier:

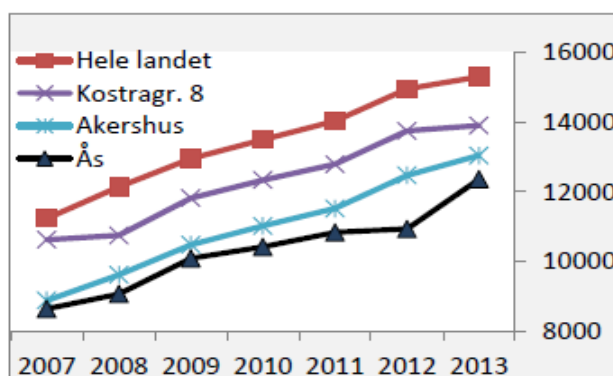
- Kommunens reelle kostnader til medfinansiering av sykehusinnlegging bør ikke overstige statstilskuddet.
- Kommunens kostnader til utskrivningsklare pasienter bør ikke overstige statstilskuddet.
- Kommunen bør ha rutiner som sikrer at utbetalinger til Ahus følger kravene til økonomisk internkontroll i økonomireglementet.

8.2 Faktabeskrivelse

Generelt

Ås kommune opplyser at det er vanskelig å isolere merutgiftene som har tilkommet som en direkte konsekvens av samhandlingsreformen. Flere av oppgavene var der fra før. Mange nye oppgaver har blitt ivaretatt innenfor det ordinære tjenesteapparatet, men med merutgifter og økt press på tjenestene.

Kommunen anser at den har hatt lavere utgiftsvekst som følge av innføringen av samhandlingsreformen enn mange andre kommuner har meldt.



Figur 14. Utviklingen i netto driftsutgifter pr. innbygger til pleie og omsorgstjenester 2007-2013. Ås er sammenlignet med andre. (KOSTRA)

Figuren viser at Ås kommunes utgifter flatet ut i 2011, men økte vesentlig igjen i 2013. «Dette kan forklares med at Ås kommune ikke hadde tilsvarende vekst i 2012 som øvrige grupper. Utgiftsøkning som følge av samhandlingsreformen har først hatt markant virkning i 2013.³

³ Handlingsprogram med økonomiplan 2015-2018 s. 53.

Kommunal medfinansiering av sykehusinnlegging

Kommunal medfinansiering ble etablert fra 2012 som en økonomisk forbindelse mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Kommunene ble fra da av belastet med 20 prosent av gjennomsnittskostnadene for medisinske innleggelser og konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten.

Ås kommune fikk i 2013 et statstilskudd på 15,1 mill. kr til kommunal medfinansiering av sykehusinnlegging. Kommunens kostnadsestimat utgjorde 13,5 mill. kr. Det utgjør et mindreforbruk på ca. 1,6 mill. kr.

Regjeringens forslag til statsbudsjett for 2015 foreslår følgende: "Om lag 5,7 milliarder kr flyttes fra Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjett til Helse- og omsorgsdepartementets budsjett i forbindelse med avvikling av kommunal medfinansiering. Pengene tilføres de regionale helseforetakene."

Overliggerdøgn

Døgnprisen var 4 255 kr i 2014. Betalingsplikten gir kommunene et økonomisk insentiv til å etablere et tilbud til pasienter som er ferdig behandlet i spesialisthelsetjenesten.

I 2012 hadde Ås kommune 17 overliggerdøgn/betalingsdøgn for utskrivningsklare pasienter. I 2013 hadde kommunen 35 betalingsdøgn for utskrivningsklare pasienter. I de ni første månedene av 2014 hadde kommunen 11 betalingsdøgn for utskrivningsklare pasienter, hvorav samtlige betalingsdøgn var i september måned.

Internkontroll

Forvaltningsenheten har ansvaret for å følge opp fakturaene fra Ahus, det vil si å sjekke at fakturagrunnlaget er korrekt.

Proseduren vedrørende fakturering er at Ahus sender kommunen en foreløpig faktura med underdokumentasjon. Ås kommune har mulighet til å komme med innsigelser. Deretter blir endelig faktura utstedt av Ahus. Kommunen har etablert en fast rutine ved at alle pasientlister og fakturaer skal sjekkes mot hva som er registrert i PLO-meldingene og i journalene i Gerica. Kommunen opplyser at det i snitt blir oppdaget feil ved 40 % av postene på fakturaene.

Forvaltningsavdelingen opplyser at følgende fakturafeil er vanligst:

- Pasienten kommer ikke når vedkommende er utskrevet eller skal utskrives.
- Endringsmeldinger – pasienten meldes utskrivningsklar, men meldingen trekkes tilbake.
- Tidspunkt for når betalingsplikt oppstår: Pasienten ble meldt utskrivningsklar etter kl. 14:30, dvs. at betalingsplikten skal utsettes. Eller pasienten meldes utskrivningsklar på "røde dager", for eksempel helligdagene i julen, og kommunen faktureres for disse.

Forvaltningsavdelingen anser at kommunen har god kontroll på hva som skal betales og dokumentasjon som underbygger deres innsigelser. Kommunen har i all hovedsak fått medhold i sine innsigelser.

8.3 Vurdering

Ås kommune har vurdert økonomien rundt samhandlingsreformen utfra de tilskudd kommunen mottar. Kommunen har ikke utarbeidet en totaloversikt over kostnadene, men følger med på utviklingen i kostnadsnivået på både kommunal medfinansiering av sykehusinnlegging og utskrivningsklare pasienter. Kommunen anser at den har hatt lavere utgiftsvekst enn mange andre kommuner.

Ås kommune har betalt mindre i kommunal medfinansiering av sykehusinnlegging enn statens tilskuddsberegning legger til grunn.

Antall overliggerdøgn i Ås kommune steg fra 2012 til 2013, mens det for 2014 ligger an til å gå ned. Kommunen har hatt fokus på å motta pasientene så snart de er meldt utskrivningsklare. Tre øremerkede mottaksplasser på Moer sykehjem har resultert i at Ås kommune har få betalingsdøgn i 2014. Kommunen har et mindreforbruk i forhold til det mottatte tilskuddet også for betalingsdøgn.

Rutinen for fakturakontroll sikrer at kommunen ikke betaler for mye for overliggerdøgn til Ahus. I de tilfeller kommunen avdekker feil på fakturagrunnlaget, får den i all hovedsak godkjent sine innsigelser av Ahus. Rutinen betinger at kommunen klarer å holde en løpende oversikt. Utviklingen i antall betalingsdøgn for overliggere er synkende, og revisjonen vurderer at kommunen har kontroll med kostnadene for overliggerdøgn.

9 Forebyggende arbeid

Problemstilling: Hvordan ivaretar kommunen kravene til det forebyggende arbeidet?

9.1 Revisjonskriterier

I Stortingsmelding *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (nr. 47 2008-2009) pekte regjeringen på at helsetjenesten har sterkt fokus på behandling av sykdom og senkomplikasjoner og lite fokus på å forebygge helseproblemer.

Med utgangspunkt i fremtidige helseutfordringer er det behov for å styrke de forebyggende helsetjenestene i kommunen. Målet er å videreutvikle tiltak som styrker individets egenmestring og reduserer risiko for sykdomsutvikling og funksjonstap med frafall fra skole og yrkesliv.

Etter departementets vurdering bør kommunene fokusere bl.a. på følgende områder:

- Bygge opp systemer som gir oversikt over helsetilstanden og faktorer for utviklingen av henholdsvis god og dårlig helse.
- Spisse forebyggingsinnsatsen med tiltak som gir resultater i form av færre sykehusinnleggelser og mindre omfattende behandling.
- Lærings- og mestringstilbud og egenbehandling. Oppgavene kan omfatte kurstilbud og selvhjelpsgrupper for ulike brukergrupper eller fagpersonell, f.eks. mestringskurs, innføringskurs for likemenn/veiledere, livsstilskurs og kurs i helsepedagogikk.
- Kompetanseoppbygging innen forebyggende helsetjenester, for eksempel innen ernæring og samfunnsmedisin, slik at tiltakene er kunnskapsbaserte.

Staten forventer at forebyggingsinnsatsen forankres i kommunale planer. Kommunen vurderer selv hvordan dette skal skje, det vil si om kommunen vil inkludere forebygging i kommuneplan og økonomiplan/handlingsprogram eller utarbeide delplan om forebyggende helsearbeid.

Kommunens forebyggende arbeid vurderes utfra følgende revisjonskriterier:

- Kommunens helseforebyggende arbeid, herunder forebygging av sykehusinnlegging, skal forankres i helhetlige kommunale planer.
- Helse- og omsorgstjenesten skal utføre et betydelig arbeid med forebyggende tiltak i praksis, herunder rehabilitering og livsstils- og mestringskurs for innbyggere.

9.2 Faktabeskrivelse

Kommunale styringsdokumenter

Kommunen har ikke utarbeidet en egen plan for det forebyggende arbeidet. Arbeidet med å utarbeide planer er ressurskrevende, og kommunen anser at det må være et stort behov for en plan før man igangsetter utviklingsarbeidet. Kommunen tar derfor utgangspunkt i tre hovedplaner: kommuneplan, handlingsprogram og virksomhetsplaner for den enkelte virksomhet eller fagfelt. I tillegg til disse planene er det utarbeidet en strategisk kompetanseplan og temaplan for helse og omsorg.

Ås kommunes *Kommuneplan 2011 – 2023* angir fokusområdene samfunn, folkehelse og miljø. *Handlingsprogram med økonomiplan 2015 – 2018* følger opp ved å trekke frem forebyggende arbeid som et prioritert innsatsområde.

Etableringen av en frisklivsentral med frisklivskoordinator fremheves som et viktig moment innen det forebyggende arbeidet.

Som en konsekvens av brukervekst, medisinsk utvikling og samhandlingsreform, kreves det mer medisinsk og sykepleierfaglig spisskompetanse. For å møte veksten som kommer, foreslås det flere tiltak:

- Bygge opp brukernes egenomsorgsevne.
- Tilby tilrettelagte bomiljø med ulike servicetilbud.
- Forebyggende og helsefremmende arbeid trappes opp og videreutvikles.

Revisjonen har i intervjuer mottatt synspunkter på at kommunens forebyggende innsats bare er en videreføring fra før 2012, det vil si at kommunen ikke har analysert hvilke områder som bør gripes fatt i på en ny måte som følge av samhandlingsreformen.

Basert på Helsedirektoratets veileder *God oversikt – en forutsetning for god folkehelse*, utarbeidet Ås kommune *Oversiktsdokument Folkehelse 2014-2017*, som tar for seg helsetilstanden til befolkningen i Ås. Rapporten konkluderer med fem områder som kommunen skal prioritere de neste fem årene:

- Utjevning av sosiale forskjeller.
- Redusere antall ungdommer som dropper ut av skolen.
- Tilbud om sunn mat i skoler og fritidsordninger.
- Forebyggende tiltak rettet mot personer med livsstilsproblematikk.
- Tilrettelegging av møteplasser og utemiljø.

Kommunens forebyggende helsearbeid har følgende mål:

- Forebygge uheldige levevaner, samt å sette inn tiltak ved tegn på skjevutvikling og risikoatferd.
- Reduksjon av overvekt/ fedme hos barn etter gjennomføring av lokale tiltak.
- Tidlig satsing ved tegn på psykiske vansker. Redusere antall elever som ikke fullfører videregående opplæring.

Dernest fokuserer kommunen på:

- Kommunens folkehelseprofil er veiledende for forebyggende tjenesteutvikling i kommunen.
- Tidlig intervensjon til barn som viser tegn til risikoutvikling eller lever i en bekymringsfull omsorgssituasjon.
- Utjevne sosiale forskjeller.
- Ha fokus på forebyggende tilbud som er med på å redusere muskel-, skjelett- og psykiske lidelser.
- Friskliv som forebyggende satsing med relevant kompetanse til den gruppa som trenger inngående livsstilsendring.

Kommunens innsatsteam arbeider med pasienter som nylig er kommet hjem fra sykehus. Man erfarer at mange pasienter forstår at de må ta vare på seg selv; de sitter ikke passive og bare mottar helsetjenester. Dette er i tråd med samhandlingsreformens intensjon. Kommunen har fått tilskuddsmidler til et prosjekt om innføring av hverdagsrehabilitering, i regi av innsatsteamet og hjemmetjenesten.

Forebyggende tiltak i praksis⁴

Ås kommunes forbyggende innsats i praksis har følgende hovedtrekk:

- *Moer sykehjem* driver rehabilitering av pasienter mottatt fra sykehus.
- *Hjemmetjenesten* driver også rehabilitering av pasienter hjemsendt fra sykehus.
- *Eldresenter og dagsenter* tilrettelegger for sosialt samvær, driver fallforebyggende balansekurs m.m.
- *Folkehelse og frivillighet* driver hjelpemiddellager med rask og hensiktsmessig tildeling av tekniske hjelpemidler. De forebygger funksjonssvikt hos eldre mennesker og bidrar til at brukere kan bo hjemme lenger.
- *Forebyggende enhet* yter helsetjenester til barn og unge i aldersgruppen 0 - 30 år (inkludert studenter i kommunen), herunder helsestasjon for barn, skolehelsetjeneste og familie- og nettverksteam, samt tverretatlige barneteam, ungdomsteam og "aktive familier". Arbeidet inkluderer tiltak overfor barn og unge med overvekt.
- *Frisklivsentralen i Ås*, som startet opp i 2013, er lokalisert ved Moer sykehjem. Frisklivsentralen har tilbud til kommunens innbyggere over 18 år som har eller står i fare for å utvikle livsstilsykdommer. Det er ansatt en frisklivskoordinator ved sentralen. Fastleger, Nav og fysioterapeuter kan skrive ut frisklivresept, det vil si henvise innbyggere til oppfølging ved frisklivsentralen i tre måneder, som kan utvides til inntil 12 måneder. 210 personer deltok i 2013 på forskjellige kurs, herunder 89 henvist med frisklivresept og 121 andre påmeldte på kurs. Kursene dekket i 2013 emner som bra mat, tobakksslutt, mestring av depresjon, naturen som inspirasjon og *mindfulness* (oppmerksomt nærvær). Gjennom Friskliv Follo samarbeider kommunenes frisklivsentraler om felles kurs, der Ås arrangerte et kurs i mestring av depresjon i 2014.
- *Frivillighetssentralen* formidler frivillig innsats til innbyggere i kommunen, inkludert forebyggende tiltak. Et eksempel er et samarbeid mellom frivilligsentralen og ungdomsskolene om valgfaget *Omsorg for andre*, der en klasse yter frivillig innsats to timer hver mandag.
- *Skole og barnehage* har fokus på mestring. Skolene samarbeider med:
 - Nav Ås sitt ungdomsteam (tre ansatte), som driver forebyggende ungdomsarbeid.
 - Akershus fylkeskommunes oppfølgingstjeneste, for å redusere frafall i videregående skole.
- *Håndboken Aktiv i Ås* er utarbeidet av kommunen for å gi en oversikt over hvilke muligheter for fysisk aktivitet som finnes i Ås i regi av kommunen, lag, foreninger og private tilbydere.

⁴ Handlingsprogram med økonomiplan 2015-2018 s. 55 flg.

9.3 Vurdering

Ås kommunes styringsdokumenter har styrket fokuset på forebyggende innsats, slik samhandlingsreformen forutsatte. *Kommuneplan 2011 – 2023* angir fokusområdene samfunn, folkehelse og miljø. *Handlingsprogram med økonomiplan 2014 – 2017* følger opp ved å trekke frem forebyggende arbeid som et prioritert innsatsområde. *Oversiktsdokument Folkehelse 2014-2017* tar for seg helsetilstanden til befolkningen og utpeker prioriterte tiltak.

En rekke forebyggende tjenester ytes til innbyggerne i praksis – ved Moer sykehjem, hjemmetjenesten, eldresenter og dagsenter, forebyggende enhet, frisklivsentral, frivillighetssentral og skoler og barnehager.

Revisjonen bemerker at forebyggende tiltak skal spisses slik at de reduserer sykehusinnleggelser og føre til mindre omfattende behandling. Denne målsettingen kunne vært bedre fulgt opp i planverket.

10 Samarbeid med Follo-kommunene

Problemstilling: Har samarbeidet mellom Follo-kommunene om innføringen av reformen vært positivt for Ås kommune?

10.1 Revisjonskriterier

- Samarbeidet mellom Follo-kommunene om samhandlingsreformen skal oppsummeres.
- Ås kommunes egen vurdering av nytten av Follo-samarbeidet vektlegges.

10.2 Faktabeskrivelse

Follorådet etablerte prosjekt *Samhandlingsreformen i Follo* i 2009, for å samarbeide om implementeringen av reformen i regionen.⁵ Prosjektet omfatter en rekke delprosjekter:

- *Friskliv Follo* ble etablert i 2012 som et nettverk mellom de seks kommunene i Follo som har frisklivsentral. Samarbeidet har muliggjort gjennomføring av flere kurs i livsstil og mestring. Tiltak gjennomføres av den enkelte kommunes frisklivsentral, men deltakere kommer fra hele Follo. Kurstilbudet blir dermed større enn om kommunene jobbet hver for seg. Gjennom Friskliv Follo sender kommunene dessuten søknader om tilskuddsmidler for gjennomføring av tiltak, noe som finansierer mye av kurstilbudet.
- *Helhetlig pasientforløp i hjemmet* ble igangsatt i mai 2013. Prosjektgruppen, som besto av ledere i hjemmebaserte tjenester der Ski hadde prosjektansvaret, avga rapporten *Helhetlig pasientforløp i hjemmet - Follo* (30.4.2014). Et overordnet mål har vært å forbedre informasjonsflyt og samhandling mellom instanser og aktører som er delaktige ved utskrivning fra sykehus og ved behandling og oppfølging av pasienter på kommunalt nivå. Ås kommune fikk blant annet ansvaret for å utarbeide sjekklister for mottak av pasienter til kommunen. Sjekklister, som også er utarbeidet i lommeformat, er under utprøving ved forvaltningsenheten og medisinsk korttidsavdeling på Moer sykehjem.
- *Follo lokalmedisinske senter* med legevakt og øyeblikkelig hjelp/døgntilbud: I samarbeid med Ahus har prosjektgruppen anbefalt å etablere et lokalmedisinsk senter ved Ski sykehus. Oppegård kommune har prosjektansvaret for nybygget, som kan stå ferdig med 24 døgnplasser (senger) i 2016, da plikten til øyeblikkelig hjelp inntreffer. Lokalmedisinsk senter skal organiseres som et interkommunalt selskap (IKS); selskapsavtalen behandles i kommunestyrene.
- *Rus og psykiatri i Follo*: Rus/psykiatri fases inn i samhandlingsreformen nasjonalt i 2016. En prosjektgruppe med representanter for kommunene og Ahus forbereder implementeringen i Follo.

Follo-samarbeidet om samhandlingsreformen knytter seg primært til Follorådets prosjekter. I tillegg samarbeides det administrativt blant Follo-kommunene uten at dette er formalisert.

Både politisk og administrativt er det uttrykt ønske om at Ås kommune skal delta i Follo-samarbeidet, ikke minst på helseområdet. Ås kommune har ikke evaluert om samarbeidet har

⁵ Follorådet ble etablert i 2001 av Enebakk, Frogn, Nesodden, Oppegård, Ski, Vestby og Ås kommuner og Akershus fylkeskommune som et regionalt samarbeidsorgan. Ledervervet går på omgang blant ordførerne og innehas for tiden av Nina Sandberg, ordfører i Nesodden kommune.

vært positivt for kommunen. Revisjonen har derfor spurt noen enhetsledere og helse- og sosialsjefen om hvordan de oppfatter Follo-samarbeidet.

De gir uttrykk for at samarbeidet i Follo er nyttig og positivt. Samarbeidet gjør at man kan høste erfaringer fra de andre kommunene, herunder alternative løsninger, når avgjørelser skal tas i Ås kommune.

Samarbeidet mellom Follo-kommunene innebærer også oppgavedeling, som utarbeiding av høringssvar, og felles tjenesteproduksjon ved arrangering av felles kurs ved frisklivscentralene. Dette medfører bredere tilbud til innbyggerne og lavere kostnader for kommunene.

Follo-samarbeidet kan også medføre noen utfordringer. Selv om kommunene skal løse samme problemstilling, kan økonomisk situasjon og prioriteringer være forskjellig for kommunene.

10.3 Vurdering

Ås kommune deltar i et omfattende regionalt samarbeid om samhandlingsreformen. Follo-rådet har gått foran med politisk vedtak om prosjekt *Samhandlingsreformen i Follo*, som har resultert i etablering av nettverket Friskliv Follo (2012) og utredningen *Helhetlig pasientforløp i hjemmet – Follo* (2014). Med sikte på oppstart i 2016 pågår også delprosjektene *Follo lokalmedisinske senter og legevakt* og *Rus og psykiatri i Follo*.

Erfaringsutveksling på administrativt ledernivå, faglige nettverk og felles opplæringstiltak for helse- og omsorgspersonell hører med i Follo-samarbeidet. Bygging av Follo lokalmedisinske senter i Ski medfører at felles tjenesteproduksjon får et løft fra 2016.

Administrative ledere beskriver samarbeidet som hensiktsmessig for Ås kommunes iverksetting av samhandlingsreformen. Uten samarbeidet ville reformen ha vært vanskeligere, både når det gjelder kostnader og personell.

11 Litteratur

Lov:

- Lov om folkehelsearbeid, LOV-2011-06-24-29
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., LOV – 2011–06–24 – 30.

Stortingsmelding:

- Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.

Avtale:

- Avtale Ahus - kommunene: Samarbeidsavtale om helhetlige pasientforløp pr 14. desember 2011 m/ vedlegg.

Annet:

- Handlingsprogram med økonomiplan 2015 – 2018 (Rådmannens forslag – 22. oktober 2014)
- Oversiktsdokument Folkehelse 2014-2017
- Protokoll fra møte i Kontrollutvalget
- Samhandlingsreformen i kortversjon. Helse- og omsorgsdepartementet, 3.10.2014.
- Status for samhandlingsreformen. Helsedirektoratet, 15. mars 2014.
- Samhandlingsstatistikk 2012-2013. Helsedirektoratet, februar 2014.
- Presentasjon gitt om Samhandlingsreformen, Helse- og omsorgsdepartementet
- IPLOS Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk. Betegnelsen på et sentralt helseregister som danner grunnlag for blant annet nasjonal statistikk for pleie- og omsorgssektoren
- Prosjektbeskrivelse "System for overvåking av samarbeidsavtalen" versjon II (23. januar 2014)
- Prosjekt Helsebygg - Presentasjon - informasjonsmøte 18.9.13
- Prosjekt Samhandlingsreformen i Follo – Sluttrapport – utredning 20.11.12
- Presentasjon fra seminar med Helsedirektoratet 15.11.12.
- www.as.kommune.no
- www.follo.no/folloradet
- www.frisklivfollo.no

Vedlegg 1: Generelt om samhandlingsreformen

Reformen er presentert i St.meld. nr. 47 (2008-2009). Reformen ble begrunnet med at:

- Pasientenes behov for koordinerte tjenester ikke ble møtt
- Det er for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom
- Situasjonen med flere å forsørge og færre i jobb, truer den økonomisk bæreevne i velferdsstaten.

Meldingen viser til at vi i liten grad har systemer som understøtter pasientens behov for helhet i pasientforløpet⁶. Derimot har vi mange systemer som er rettet inn mot deltjenestene. Ansvar og oppgaver er fordelt på to forvaltningsnivå. Kommunene forvalter primærhelsetjenesten og omsorgstjenestene, og stat/helseforetak forvalter spesialisthelsetjenesten. I tillegg er det mange organisatoriske oppsplittinger både innad i kommunen og innad i helseforetakene.

Mangelen på en helhetlig tilnærming til pasientforløp beskrives som et problem for den enkelte pasient ved at pasienten ikke mottar godt nok koordinerte tjenester. Det er også et problem i forhold til utfordringene med bærekraftig utvikling dersom det ikke legges til rette for helhetlige tiltak mot de samlede pasientforløpene.

Meldingen viser blant annet til at strukturen i helsetjenestene i for liten grad er tilpasset kroniske sykdommer og også framveksten av de kroniske sykdommene. Helsetjenesten har sterkt fokus på behandling av sykdom og senkomplikasjoner, og lite på å fremme helse ved å forebygge helseproblemer. Som en konsekvens av dette skjer behandlingen i spesialisthelsetjenesten når de kroniske sykdommene har kommet langt, i stedet for at disse begrenses gjennom primærforebygging og tidlig intervensjon.

Dernest påpeker meldingen de utfordringer som følger av at Norge fram mot 2050 vil få en betydelig økning i antall eldre. Antall personer over 80 år kan komme til å øke fra 190 000 i 2000 til over 500 000 i 2050. I 2000 var det 4,7 personer i yrkesaktiv alder per eldre, mens koeffisienten reduseres til 2,9 i 2050. Forholdet mellom den yrkesaktive befolkningen og den eldre delen av befolkningen er av vesentlig betydning for finansieringen av bl.a. helse- og omsorgstjenester.

Regjeringen mener at dersom det ikke settes inn tiltak, vil utviklingen bli en trussel mot samfunnets bæreevne, både med hensyn til tilgang på arbeidskraft og samfunnsøkonomi.

For å møte disse utfordringene fokuserer reformen på fem hovedgrep:

- *Klarere pasientrolle* – rett behandling på rett nivå, sterkere brukervedvirkning og rett til koordinator. Pasientene og deres organisasjoner skal i større grad delta i arbeidet med å utvikle bedre helhetlige pasientforløp. Regjeringen vil etablere lovpålagt plikt til å sørge for at pasienter med behov for koordinerte tjenester får én person som kontaktpunkt i tjenestene.
- *Ny kommunerolle* mellom sykehus og lokalsamfunn – nærhet til folk kombinert med strategisk analyse, kompetanse og langsiktig planlegging. Veksten i behovet for helsetjenester må i stor grad finne sin løsning i kommunene. Kommunene skal sørge for

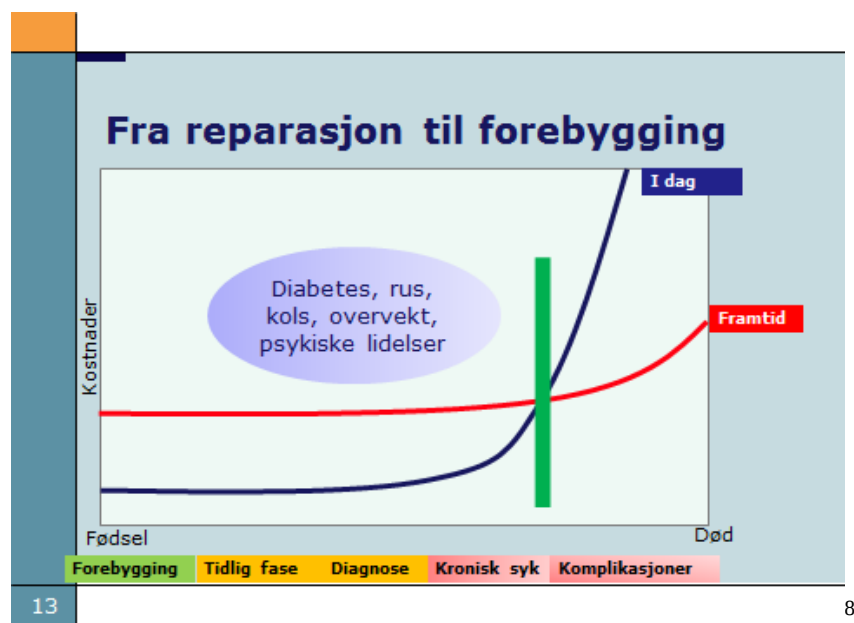
⁶ Forløp er den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientenes møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene (St.meld. nr. 47 (2008-2009)).

en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging.

- *Nytt økonomisystem* – kommunal medfinansiering⁷. De økonomiske insentivene skal understøtte og gi grunnlag for gode pasienttilbud og kostnadseffektive løsninger. Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunalt økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter er de viktigste virkemidlene på dette området. De økonomiske ordningene skal stimulere til å vurdere om det kan oppnås bedre effekter gjennom annen bruk av ressursene, herunder riktigere bruk av sykehusene.
- *Spesialisthelsetjenesten* – rett spesialist på rett nivå, samarbeid med kommunene og redusert vekst i antallet leger. Spesialisthelsetjenesten skal styrkes gjennom riktigere oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten skal i større grad konsentrere seg de spesialiserte helsetjenestene. Et sterkere søkelys på helhetlige pasientforløp skal legge bedre til rette for at pasienter med behov for spesialiserte tjenester finner fram til tjenestestedene som har den aktuelle kompetansen.
- *Tydeligere prioriteringer på tvers*. Myndighetene har ikke et tilstrekkelig koordinert beslutningssystem for helse- og omsorgstjenestene. Framtidige prioriterings-beslutninger må rettes inn mot helheten i de pasientforløp som svarer på de aktuelle behovene.

Regjeringen ønsker å supplere de fem hovedgrepene med tiltak på flere områder. Tiltak som vurderes er knyttet til utvikling av IKT-systemer, utvikling av en forsknings- og utdanningspolitikk og en personalpolitikk som understøtter målene i reformen og samarbeid mellom helsemyndighetene og andre sektorer.

En sentral ambisjon i reformen er å endre ressursinnsatsen mot forebygging:



⁷ Regjeringen har forslått å avvikle kommunal medfinansiering fra 2015.

⁸ Presentasjon gitt om Samhandlingsreformen, Helse- og omsorgsdepartementet

Vedlegg 2: Rådmannens uttalelse til revisjonsrapporten



Ås kommune

Follo distriktsrevisjon
Postboks 3010
1402 SKI

Rune Gran

Deres ref.

Vår ref.
14/02351-4

Saksbehandler
Marit Roxrud Leinhardt

Dato
21.01.2015

Forvaltningsrevisjon av Samhandlingsreformen i Ås kommune - høring hos rådmannen

Rådmannen i Ås mener at revisjon av samhandlingsreformen er en omfattende oppgave da reformen berer vidt om seg og inn i store delen av helse og omsorgssektoren. Sett i lys av dette er rådmannen totalt sett tilfreds over resultatet og opplever at «vi kjenner oss igjen» i beskrivelsene, vurderingene og delvis i anbefalingene i rapporten.

Follo distriktsrevisjon IKS anbefaler Ås kommune å vurdere følgende tiltak:

1. Utvikle sitt system for registrering og melding av avvik i KvalitetsLosen.
2. Gjennomføre brukerundersøkelse i helse og omsorg.
3. Gjennomføre analyser av fremtidig kompetanse- og bemanningsbehov.
4. Spisse forebyggingsarbeidet i tråd med reformens intensjoner.

1: I og med at Ahus og kommunene / bydelene i opptaksområdet i disse dager avslutter forbedringsarbeidet med overvåkning av samarbeidsavtalen, regner man med at dette vil påvirke dagens avvikshåndtering og - system, oss i mellom. Når dette er avklart kan det være behov for tilpasninger i Kvalitetslosen og tilhørende rutiner. Dette vil kommunen da se nærmere på.

2: Ås kommune vil gjennomføre nye pårørende – og brukerundersøkelser med systemet «bedrekommune.no» i helse og omsorg.

3: Ås kommune vil gjennomføre ny kompetanse – og bemanningsvurdering ved rullering av «Strategisk kompetansestyringsplan for helse og sosialetaten 2012 – 2015», samt i planer for videre utbygging av tjenestetilbudet.

Postadresse
Postboks 195
1431 Ås
post@as.kommune.no

Besøksadresse
Skoleveien 1
www.as.kommune.no

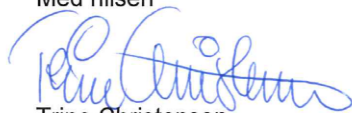
Telefon 64 96 20 00
Telefaks

Org.nr. 964 948 798
Bankgiro 1654.07.99605

Side 1 av 2

4: Folkehelsearbeidet er et altomfattende og langsiktig arbeid. Kommunen har som intensjon å spisse det forebyggende arbeidet ut i fra den faktiske helsetilstanden i Ås kommune / blant kommunens innbyggere. Folkehelseoversikten som ligger til grunn for rullering av kommuneplanen trekker frem innsatsområder hvor Ås kommune har et forbedringspotensial, og som er i tråd med reformens intensjoner og nasjonale føringer.

Med hilsen



Trine Christensen
Rådmann



Marit Roxrud Leinhardt
Helse og Sosialsjef

Dokumentet er elektronisk godkjent.

Kopi:
Service- og kommunikasjon

Postmottak P360