
**KOMMUNEREVISJONSDISTRIKT 2
MØRE OG ROMSDAL**

Forvaltningsrevisjonsrapport

Samhandlingsreformen

i

Fræna kommune

25. februar 2015

Kommunerevisjonsdistrikt 2 Møre og Romsdal er interkommunalt selskap etter kommuneloven § 27. Eiere er kommunene Aukra, Eide, Fræna, Gjemnes, Molde, Nesset, Rauma, Sunndal og Vestnes. Selskapet utfører regnskapsrevisjon, forvaltningsrevisjon og selskapskontroll for eierkommunene og har i dag seks revisorer. Selskapet har hovedkontor i Molde.

1	OPPSUMMERING, SAMLEDE VURDERINGER OG ANBEFALINGER.....	4
2	INNLEDNING	6
2.1	BAKGRUNN.....	6
2.2	PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER.....	6
2.3	AVGRENSING AV UNDERSØKELSEN.....	7
2.4	METODE OG DATA	7
2.5	HØRING	8
3	FRÆNA KOMMUNE.....	8
4	FOREBYGGENDE OG HELSEFREMMEDE ARBEID.....	10
4.1	PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER.....	10
4.2	FAKTA OG BESKRIVELSE.....	10
4.2.1	<i>Folkehelse i planlegging</i>	<i>10</i>
4.2.2	<i>Tiltak for å fremme folkehelse herunder tverrfaglig samarbeid.....</i>	<i>13</i>
4.3	KOMMUNEREVISJONENS VURDERING OG ANBEFALING.....	15
5	TJENESTEUTVIKLING OG KOMPETANSE.....	16
5.1	PROBLEMSTILLINGER	16
5.2	FAKTA OG BESKRIVELSE.....	17
5.2.1	<i>Utvikling av tjenestetilbudet og kompetansen</i>	<i>17</i>
5.2.2	<i>Kompetanseplan - opplæring</i>	<i>23</i>
5.2.3	<i>Samarbeid med helseforetaket – kunnskapsoverføring</i>	<i>24</i>
5.3	KOMMUNEREVISJONENS VURDERING OG ANBEFALING.....	24
6	KOORDINERTE OG HELHETLIGE TJENESTER.....	25
6.1	PROBLEMSTILLING OG REVISJONSKRITERIER	25
6.2	FAKTA OG BESKRIVELSE.....	26
6.2.1	<i>Koordinerende enhet, individuell plan og koordinator</i>	<i>26</i>
6.2.2	<i>Andre tiltak.....</i>	<i>27</i>
6.3	KOMMUNEREVISJONENS VURDERING OG ANBEFALING.....	30
7	SAMARBEIDSAVTALENE	31
7.1	PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER.....	31
7.2	FAKTA OG BESKRIVELSE.....	31
7.3	KOMMUNEREVISJONENS VURDERING OG ANBEFALING.....	34
8	ØKONOMI	35
8.1	PROBLEMSTILLINGER	35
8.2	FAKTA OG BESKRIVELSE.....	35
8.3	KOMMUNEREVISJONENS OPPSUMMERING OG VURDERING.....	41
9	REFERANSER OG KILDER	42
	VEDLEGG 1: SAMHANDLINGSREFORMEN	43
	VEDLEGG 2: REVISJONSKRITERIER OG BAKGRUNNSINFORMASJON	46
	VEDLEGG 3: DATA	51
	VEDLEGG 4: ÅRSRAPPORT 2014 – GOD HELSE PARTNERSKAPET	56

1 Oppsummering, samlede vurderinger og anbefalinger

Anbefalinger

Forvaltningsrevisjonsprosjektet har avdekket noen forbedringspunkter, som det er gjort rede for i rapporten. De forhold som revisjonen trekker fram som anbefalinger er:

1. Fræna kommune bør vurdere hvordan folkehelse i planleggingen skal ivaretas i henhold til krav i lovverket og avtaler, og hvordan kommunen kan sikre rapportering.
2. Fræna kommune bør videreutvikle det tverrfaglige samarbeidet (om folkehelse) og avklare nærmere organisering og ansvarsfordeling.
3. Fræna kommune bør videreføre arbeidet med kompetanseutvikling herunder kompetanseplan og samarbeidet med helseforetaket.
4. Fræna kommune bør videreutvikle arbeidet med å sikre helhetlige og koordinerte tjenester herunder legge til rette for koordinator og tverrfaglig samarbeid.
5. Fræna kommune bør sikre medvirkning, forankring og vurdere ansvarsfordelingen for oppfølging av samarbeidsavtalen mellom kommunen og Helse Møre og Romsdal.

Samhandlingsreformen ble innført 1. januar 2012. Reformen har sin hovedforankring i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og lov om folkehelsearbeid. Reformen skal innføres gradvis i løpet av fire år. Målet med samhandlingsreformen er bedre folkehelse og bedre og mer helhetlig helsetilbud. Den forventede behovsveksten skal i størst mulig fram finne sin løsning i kommunene. Vurderingene i denne rapporten må sees i lys av at dette er en reform som skal innføres fram mot 2016.

Med utgangspunkt kontrollutvalgets bestilling har revisjonen sett på status og utvikling innenfor folkehelsearbeidet, tjenesteutvikling og kompetanse, samarbeid med helseforetaket, helhetlige og koordinerte tjenester og økonomi. Vi har vurdert dette opp mot sentrale lover og vedtak. Sentralt er folkehelseloven, helse- og omsorgstjenesteloven, plan- og bygningsloven og samarbeidsavtalen mellom Fræna kommune og Helse Møre og Romsdal.

Vi vil nedenfor kort presentere de sentrale problemstillingene og de funn vi har gjort. Revisjonskriterier framgår av de ulike kapitlene.

Hva er status for å styrke det forebyggende og helsefremmende arbeidet?

Revisjonen har hatt fokus på de krav som følger av ny folkehelselov. Revisjonens gjennomgang viser at Fræna kommune har integrert folkehelseperspektivet i ulike planer og arbeider for å ivareta folkehelse i planleggingen og i alle sektorer i henhold til krav i lovverket og avtaler. Dette gjelder blant annet oversikt over helsetilstanden som grunnlag for planlegging og mål og strategier for å møte utfordringene. Kommunen bør videreføre dette arbeidet, og også vurdere hvordan kommunen kan sikre rapportering. Fræna kommune har ulike tiltak for å fremme folkehelse, blant annet folkehelsekoordinator, «God helse partnerskapet» med fylkeskommunen og frisklivssentral. Folkehelsearbeid skal omfatte hele kommunens virksomhet. Fræna kommune bør videreutvikle det tverrfaglige samarbeidet og avklare nærmere hvordan folkehelsearbeidet best kan ivaretas herunder framtidig organisering og ansvarsfordeling.

Har kommunen utviklet tjenestetilbudet og styrket kompetansen?

Fræna kommune har gjort tilpasninger og utviklet tilbudet for å kunne iverksette samhandlingsreformen. Kommunen behandler sykere pasienter enn tidligere og har klart å ta imot alle utskrivningsklare pasienter. Kommunen etablerte tidlig øyeblikkelig hjelp tilbud og har styrket kompetansen i den sammenhengen. Kommunen har gjennom prosjektmidler og effektiviseringstiltak sikret økt kompetanse. Kommunen har i ulike planer påpekt behov for videre utvikling av tjenestene og styrking av kompetansen, blant annet innen rehabilitering og psykisk helse. Knappe økonomiske ressurser har gitt begrensninger. Behovet for kompetanseplan blir framhevet. Kommunens samarbeidsavtale med helseforetaket om kunnskapsoverføring m.m. bør sees i denne sammenhengen.

Hva blir gjort for å sikre at pasient/bruker får koordinerte og helhetlige tjenester?

Kommunen har etablert koordinerende enhet og legger til rette for individuell plan og koordinator. Det framstår noe usikkert i hvilken grad kommunen legger tilstrekkelig til rette for koordinator. Kommunen har iverksatt ulike tiltak for å sikre koordinerte og helhetlige tilbud blant annet gjennom forvaltningskontoret og det tverrfaglige samarbeidet som er etablert rundt dette. Det er også etablert samarbeidsprosjekt med helseforetaket. Det kommer fram at det er ønskelig å videreutvikle det tverrfaglige samarbeidet blant annet samarbeidet med fastlegene.

Hvordan sikrer kommunen iverksetting av samarbeidsavtalene med Helse Møre og Romsdal?

Fræna kommune har til en viss grad sikret medvirkning, forankring og ansvar for oppfølging av samarbeidsavtalene med Helse Møre og Romsdal. Dette gjelder særlig for delavtalene knyttet til utskrivning og innleggelse av pasienter i sjukehus. Fræna kommune har i samarbeid med andre kommuner planer for opplæring. Fræna kommune har ikke lagt til rette for brukermedvirkning. Brukermedvirkning bør blant annet sikres gjennom involvering av Eldrerådet og Kommunalt råd for funksjonshemmede. Ansvarsfordelingen for oppfølging av samarbeidsavtalen mellom Fræna kommune og Helse Møre og Romsdal bør vurderes.

Hva er de økonomiske virkemidlene og de økonomiske kostnadene for kommune?

Ser en isolert på overføring av midler knyttet til medfinansiering og utskrivningsklare pasienter og kommunens utgifter til helseforetaket/sjukehuset, har kommunen hatt anslagsvis merinntekter på ca. 2 mill. kroner i 2012, vel 1,5 mill. kroner i 2013 og ca. 1 mill. kroner i 2014. Kommunen har etablert ØH-hjelp døgntilbud med en seng som har en utnyttelsesgrad på 30 %. Kommunen får vel 2 mill. kroner per år for dette tilbudet.

Liggetiden ved sykehusene går ned, og det er planlagt ytterligere nedgang. Kommunen behandler sykere pasienter enn før. Dette får konsekvenser for kommunen, også økonomisk. Kommunerevisjonen viser til samarbeidsavtalen. Kommunen kan med fordel diskutere disse problemstillingene med helseforetaket.

Kommunerevisjonen har ikke utarbeidet noen fullstendig oversikt over alle kommunens kostnader til samhandlingsreformen. Det kommer fram fra kommunen at det ikke er samsvar mellom nye oppgaver som følge av samhandlingsreformen, og de økonomiske ressursene.

2 Innledning

2.1 Bakgrunn

Kommunens revisor har som en av sine oppgaver å utføre forvaltningsrevisjon, jf. [kommuneloven](#) § 78 nr. 2 og [forskrift om revisjon](#) §§ 6–8. Forvaltningsrevisjon innebærer å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets vedtak og forutsetninger, jf. kommuneloven § 77 nr. 4.

Kommunestyret i Fræna kommune vedtok overordnet plan for forvaltningsrevisjon for 2012–15, sak 41/2012. Kontrollutvalget vedtok i møte 27.11.13, sak 35/2013, å prioritere et forvaltningsrevisjonsprosjekt om «Samhandlingsreformen i Fræna kommune».

2.2 Problemstillinger og revisjonskriterier

Samhandlingsreformen ble innført 1. januar 2012. Reformen har sin hovedforankring i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og lov om folkehelsearbeid. Reformen skal innføres gradvis i løpet av fire år. Målet med samhandlingsreformen er å få et bedre og mer helhetlig helsetilbud.

Med utgangspunkt kontrollutvalgets bestilling vil revisjonen se på **status og utvikling** innenfor følgende områder:

- **Folkehelsearbeidet/ det forebyggende og helsefremmende arbeidet**
Vi vil her se på folkehelse i planlegging og tiltak for å fremme folkehelse.
- **Tjenestetilbudet og fagkompetanse**
Vi vil her se på om kommunen har utviklet tjenestetilbudet og styrket kompetansen.
- **Samarbeidsavtalene med Helse Møre og Romsdal**
Vi vil her se på hvordan kommunen sikrer iverksetting av avtalene.
- **Helhetlige tjenester**
Vi vil her se på om kommunen har etablert koordinerende enhet, legger til rette for individuell plan og koordinator, og om kommunen har iverksatt andre tiltak for å sikre koordinerte og helhetlige tilbud.
- **Økonomi**
Vi vil her ha fokus på midler knyttet til utskrivningsklare pasienter, medfinansiering og andre kostnader.

Revisjonen gir en kort omtale av samhandlingsreformen i vedlegg 1.

Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er de krav og forventninger som funnene i undersøkelsen blir vurdert opp mot. Revisjonskriteriene vil ta utgangspunkt i blant annet følgende lover og avtaler: Folkehelseloven, Plan og bygningsloven, Helse- og omsorgstjenesteloven og Samarbeidsavtale mellom Fræna kommune og Helse Møre og Romsdal.

Revisjonskriterier blir utdypet i rapporten i tilknytning til det enkelte kapittel. Vi viser også til vedlegg 2, revisjonskriterier og bakgrunnsinformasjon. Noen problemstillinger er av beskrivende art, og revisjonskriterier vil da ikke være aktuelt.

2.3 Avgrensning av undersøkelsen

Samhandlingsreformen er en retningsreform. Iverksetting skal skje over tid. Dette må undersøkelsen ta hensyn til. Det kan være noe vanskelig å skille mellom samhandlingsreformen og vanlig utviklingsarbeid. Dette vil i liten grad bli problematisert i undersøkelsen.

Resultater fra flere av de nasjonale undersøkelsene viser at det er utfordringer knyttet til samhandling og brukervedvirkning i helsetjenesten. Både brukervedvirkning og informasjonsutveksling er områder som jevnt over kommer dårlig ut for ulike pasientgrupper. ([Status for samhandlingsreformen Helsedirektoratet 2013](#)). Tilsvarende resultat kom fram i en brukervedvirkning gjennomført i hjemmetjenesten 2014 i Fræna kommune. Brukervedvirkning på individ- og systemnivå vil i liten grad blir tatt opp i denne undersøkelsen.

Kommunen har egen [samarbeidsavtale med Rusbehandling Midt-Norge](#). Rusbehandling i Møre og Romsdal er nå overført til Helse Møre og Romsdal, men det er ikke inngått noen ny avtale. Endring/integrering av avtalen vil skje ved neste revisjon. Revisjonen har holdt status for samarbeidsavtalene innenfor rus utenfor denne undersøkelsen.

Helse Møre og Romsdal og kommunene innfører nå elektronisk utveksling av meldinger. Elektronisk meldingsutveksling er sentralt i samhandlingen. Meldingsutveksling med sjukehusene og med legekantora (fra 2012) har vært et prioritert område i Fræna kommune. Meldingsutveksling blir bare i begrenset grad omtalt i denne undersøkelsen.

Helse Møre og Romsdal og kommunene har startet arbeidet med en [samhandlingsstrategi](#). Dette vil komme i tillegg til samarbeidsavtalen. Vi går ikke nærmere inn på dette arbeidet.

Folkehelse og forebyggende arbeid omfatter mange områder. Vi vil i første rekke ha fokus på de krav som følger av ny folkehelselov.

Når det gjelder økonomi, vil det være kostnader og rammevilkår vi ikke går nærmere inn på. Dette gjelder blant annet kommunenes administrative kostnader og generelle økonomiske rammeoverføringer til kommunen.

2.4 Metode og data

Denne undersøkelsen er basert på Norges Kommunerevisorforbunds (NKRF) standard for forvaltningsrevisjon *RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon*.

Undersøkelsen er hovedsakelig lagt opp som en kombinasjon av dokumentanalyse og intervju. Det er gjennomført samtaler med: rådmann, kommunalsjef, folkehelsekoordinator, leder for institusjon/sykehjem, leder for hjemmetjenesten, leder for forvaltningskontoret, leder for Eldrerådet, leder for Kommunalt råd for funksjonshemmede, økonomisjef, leder for ungdomsrådet, leder for kultur og fritid og leder for helse-familie.

Denne rapporten tar opp mange problemstillinger. Sett i lys av dette har revisjonen hatt samtale med forholdsvis få. Vi har fått ulike innspill, og data vil i noen tilfeller ikke være tilstrekkelig til at vi kan trekke klare konklusjoner selv om vi kombinerer dette med dokumentanalyse. Revisjonen har tatt hensyn til dette i vurderingene og anbefalingene.

2.5 Høring

Et høringsutkast ble sendt til Fræna kommune ved rådmannen i forkant av høringsmøte 25.2.2015. Rådmannen hadde ikke kommentarer til dette utkastet utover mindre justeringer som er tatt inn i dokumentet i etterkant av møtet.

3 Fræna kommune

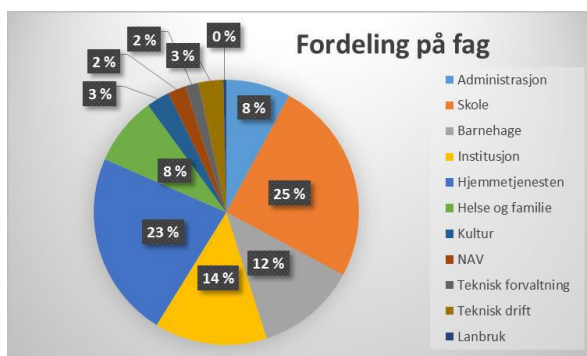
Fræna kommune hadde 9 720 innbyggere i 2014. Prognosen viser at kommunen får en aldrende befolkning, jf. tabell 5, vedlegg 3. Kommunen har et *netto* driftsbudsjett på ca. 520 mill. kroner. Fræna kommune er organisert med rådmann og to kommunalsjefer, og har en flat struktur.

Kommunen har innen [helse og omsorg](#) (PROF-tjenesten) organisert i følgende enheter:

- Helse/familie (helsestasjon, fysioterapi/ rehabilitering, kommuneoverlege, barnevern etc.)
- Heimebaserte tjenester inklusiv blant annet kreftkoordinator og dagsenter.
- Institusjonstjenesten med felles sjukeheimslege:
 - Fræna sjukeheim og omsorgssenter med langtidsplasser, korttidsplasser, rehabilitering og øyeblikkelig hjelp.
 - Bøtunet med plasser for personar med demens.
 - Farstad omsorgssenter.

I tillegg kommer Forvaltningskontoret for helse- og omsorgstjenester som er organisert i rådmannen sin stab, folkehelsekoordinator og frivilligsentralen som er organisert i kulturavdelingen. Psykisk helsetjeneste er lagt til NAV Fræna og Eide. Dette er interkommunalt samarbeid med Eide kommune som vertskommune.

Fræna kommune hadde *brutto* driftsbudsjett på ca. 670 mill. kroner i 2013. Kostnadene fordeler seg slik på ulike fagområder:



Kilde: Budsjett 2015 – Fræna kommune

Sentrale planer - virksomhetsstyring

Kommunen har utarbeidet plan innenfor Pleie, Rehabilitering, Omsorg og Førebygging; [PROF-plan 2014-2020](#). Dette er den andre PROF planen. Planen er en retningsplan som skal rulleres hvert år og samordnes med økonomiplanen. Kommunen arbeider med å få planene til å henge sammen. Handlingsplanen ble ikke ferdig før økonomiplanen som planlagt i 2014. Samhandlingsreformen er sentral premiss i planen, og blir omtalt slik:

Den 01.01.2012 gjekk startskottet for samhandlingsreforma, ei reform vedteken av stortinget. Reforma sin intensjon var å gje helsetenestene ei ny retning, og ein skulle førebyggje framfor

berre å reparere, samt tidleg i staden for sein innsats. I tillegg er det eit mål å få dei ulike ledda i helsetenesta til å arbeide betre saman, og å flytte tenestene nærare der folk bur. Kommunane har fått fleire oppgåver og midlar til å utføre desse tenestene. Samhandlingsreforma legg vidare opp til å samle spesialiserte fagmiljø for å gjere dei sterkare. Reforma har eit mål om at helsehjelpa skal verte betre for pasientane, og at det skal bli meir brukar-medverknad. Ein skal lettare få helsehjelp lokalt, få hjelp til koordinering av behandling og oppfølging mv, og merke meir fokus på helsefremjande arbeid i nærmiljøet. Konsekvensane og tiltaka av samhandlings-reforma er planlagt å skje over tid, og nokre tenesteområde er enno ikkje avklart i høve ansvarsdeling mellom kommunane og helseføretak, til dømes tilbodet til menneske med rusproblem og/eller psykiske lidingar. Kommunane har hatt eit stort fokus på å handtere utskrivingsklare pasientar, noko som er å ha fokus på reperasjon. Vi må ha dreie fokus frå dette området til meir førebygging. Vi har i Fræna mellom anna etablert ein frisklivssentral, og har vore tidleg ute med å etablere tilbod om akutt hjelp ved Fræna sjukeheim og omsorgssenter.

Det blir i [økonomiplan 2015-2018](#) pekt på at det blir økt antall eldre og pleietrengende de kommende årene, og konkurranse om kvalifisert arbeidskraft. Gjennom PROF-planen skal kommunen finne nye muligheter for å løse oppgavene. Sentrale virkemidler er ny teknologi, hverdagsrehabilitering og samling av tjenestetilbud for dem med størst omsorgsbehov. Dette gir behov for investeringsmidler i planperioden. Mål og premiss innenfor omsorg:

- Omsorgstrappa som utgangspunkt for tjenesteyting.
- Etablere hverdagsrehabilitering og felles dagsenter.
- Bygge omsorgsboliger med plan om tilpasning til tjenesten
- Samle omsorgstjenester på Feten.

Det framgår av [budsjett 2013](#) at kommunen så langt har klart å takle samhandlingsreforma på en god måte. [Budsjett 2014](#) omtaler også samhandlingsreformen i flere sammenhenger. I budsjett 2015 er det ikke fokus på samhandlingsreformen.

Arbeid med samhandlingsreformen

Rådmannen satte ned en gruppe i 2011, bestående av enhetsledere for institusjon, hjemmetjenesten, helse-familie, kommuneoverlege, folkehelsekoordinator og NAV. Det kommer fram at det ble jobbet mye med reformen før 2012. Representanter fra kommunen trekker fram at kommunen tok tak i sentrale punkter i samhandlingsreformen. Kommunen er nå over i en ny fase. Arbeid med samhandlingsreformen inngår i dag som del av ordinært arbeid. Det er etablert et helseforum som er arvtager. Der møter også rådmann og kommunalsjef. Det er nå nye problemstillinger som er i fokus som velferdsteknologi og hverdagsrehabilitering.

Kommunen har deltatt i interkommunalt samarbeid knyttet til felles utfordringer ved innføring av reformen. [Romsdal Regionalråd](#) (ROR) har hatt en prosjektstilling og har etablert et nettverk mellom kommunene. Daglig leder for ROR har koordineringsansvaret for nettverket i dag.

Administrasjonen har holdt orientering i planutvalg og kommunestyret om samhandlingsreformen Det har ikke blitt lagt fram egen sak med unntak for sak om samarbeidsavtalen med Helse Møre og Romsdal.

4 Forebyggende og helsefremmende arbeid

4.1 Problemstillinger og revisjonskriterier

Problemstilling

Hva er status for arbeidet med å styrke det forebyggende og helsefremmende arbeidet?

Revisjonskriterier

- Folkehelse i planlegging herunder oversikt over helsetilstanden og mål og strategier.
- Tiltak for å fremme folkehelse herunder tverrfaglig samarbeid.

Revisjonskriteriene er henta fra samarbeidsavtalen mellom Fræna kommune og Helse Møre og Romsdal, folkehelseloven, helse- og omsorgstjenesteloven, plan- og bygningsloven (PBL) og partnerskapsavtalen med Møre og Romsdal fylkeskommune. (Se nærmere omtale i vedlegg 2)

Kommunen skal etter folkehelseloven ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Kommunen skal i sitt arbeid med kommuneplaner etter plan- og bygningsloven fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet til å møte de utfordringer kommunen står overfor med utgangspunkt i oversikten. Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer.

Det går også fram av samarbeidsavtalen med helseforetaket at kommunen skal ha oversikt over helsetilstanden og identifisere faktorer som påvirker helsa. Kommunen skal videre etablere tverrfaglig samarbeid mellom alle kommunale sektorer for å fremme helse og forebygge sjukdom.

Det framgår blant annet følgende av [God helse partnerskapet](#)/Partnerskapsavtalen med fylkeskommunen (2013-2016):

- Bruk av alle kommunale sektorar i folkehelsearbeidet.
- Fastsette mål og strategiar for folkehelsearbeidet – med forankring i det kommunale planarbeidet.
- Tilsette folkehelsekoordinator i minimum 50 % stilling. Koordinator bør ha ei sentral plassering i organisasjonen, då folkehelsearbeid omfattar heile kommunen si verksemd.

4.2 Fakta og beskrivelse

4.2.1 Folkehelse i planlegging

Kommuneplanens samfunnsdel 2005-2017 ble vedtatt i Fræna kommunestyre 12.12.2005. Fræna kommune skal rullere samfunnsdelen i løpet av 2015. Det kommer fram i samtale at kommunen arbeider med oversikt over helsetilstanden, og at kommunen vil være godt forberedt ved utarbeidelse av samfunnsdelen.

Kommunal planstrategi 2012-2015 ble vedtatt av kommunestyret februar 2013. Folkehelsearbeid er omtalt i dokumentet. Det ble vedtatt at det skulle lages en egen folkehelseplan.

Møre og Romsdal fylkeskommune gav slik uttale angående folkehelse i planstrategien:

«Kommunane skal ha ei naudsynt oversikt over helsetilstanda i befolkninga og dei positive og negative faktorar som kan virke inn på denne. Dette oversiktsarbeidet som er definert i folkehelseloven § 5, skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi. Ei drøfting av kommunen sine folkehelseutfordringar bør inngå i strategien. ...Fræna kommune har i sin planstrategi gått inn på fleire av dei tema som er lista opp i "Forskrift om oversikt over folkehelsen" og peiker på nokre folkehelseutfordringar. Dette er ein start på oversiktsarbeidet i kommunen og bør utviklast vidare. Det vert og nemnt at det er tenleg å utarbeide temaplan for folkehelse i kommunen. Folkehelseansvaret til kommunane er meir enn det som kjem inn under kultur og trivselstiltak, folkehelse bør inn som perspektiv i all planlegging i kommunen.»

Fylkesmannen i Møre og Romsdal gav slik uttale:

«Fylkesmannen ser positivt på den tyngda arbeidet med folkehelse har fått i planstrategien. Den nye folkehelselova gir kommunane ansvar for å fremme folkehelsa. Prinsippet om å fremme befolkninga si helse i alle sektorar («helse i alt vi gjør») gjeld for kommunane. Det betyr at omsynet til befolkninga si helse skal integrerast i avgjerdsprosessar og i handlingar som kommunen har i ulike roller, som til dømes; som eigar av verksemd og eigedom, arbeidsgivar, tenesteytar, utviklingsaktør mv.»

Fylkesmannen peker på at mange viktige moment om befolkningas helse ikke kan leses av offisielle statistikk:

«Det er derfor viktig at kommunen i tillegg nyttar lokal kunnskap og erfaringar i arbeidet med å få oversikt over utfordringar i befolkninga si helse.»

Kommunal planstrategi skal revideres innen utgangen av 2016. (Innen utgangen av første år etter nytt kommunestyre.)

Planstrategien vedtok at det skal utarbeides temaplan for folkehelse. Det kommer fram i samtale at det i ettertid er kommet anbefaling om at folkehelse i stedet bør innarbeides i alle kommunale planer. Det blir understreket at det er bedre å få folkehelse inn i ulike planer/planprosesser, og at de ulike sektorene tar ansvar for folkehelse. Det kommer fram at dette bør kunne skje uavhengig av om folkehelsekoordinator er med eller ikke.

Det kommer fram i samtale at kommunen ikke kom i gang med arbeidet med **oversikt over helsetilstanden** for perioden 2012-2015. Det blir arbeidet med dette nå. Det kommer videre fram at dette er et kontinuerlig arbeid. Kommunen har så langt en kladd. Leder av hjemmebaserte tjenester har vært sentral i utarbeidelsen av helseoversikten sammen med folkehelsekoordinator. Kommunen har brukt mal fra Ålesund kommune. Det kommer fram i samtale at det er naturlig at folkehelsekoordinator arbeider med og har ansvaret for helseoversikten. Folkehelsekoordinator følger opp folkehelseoversikt som del av sine ordinære oppgaver. Så langt har arbeidet vært del av oppfølgingen av PROF-planen der flere har et ansvar. Det kommer fram i samtaler at oversikten med fordel kan være et eget selvstendig dokument.

Det kommer videre fram i samtaler at det i forbindelse med ny kommunestrategi (planstrategi) i 2016 kan være aktuelt å arrangere folkemøte i forbindelse med oversiktsarbeidet som bør utarbeides i 2015. Det framheves som ønskelig med mest mulig bredde som grunnlag for planstrategien. Ungdata-undersøkelse skal gjennomføres mellom nyttår og påske 2015 da det er ønskelig med mer fokus på barn og unge.

Det kommer fram i samtale at kommunen har jobba best med **PROF-plan 2014-2020** og handlingsdelen siste åra. Det kommer videre fram at det er mye folkehelse i planen. Det er blant annet fokus på det tverrfaglige og det frivillige. I avsnittet «Den forebyggjande tanke» framgår det at kommunen skal ha fokus på forebygging og tidlig innsats i stedet for

reparasjon. I eget avsnitt om folkehelse framgår der at Fræna kommune skal jobbe med god fysisk helse, god psykisk helse, godt kosthold, god rusforebygging, redusering av tobakkskader og utjevning av sosiale forskjeller i helse.

Kommunen arbeider med Handlingsplan for PROF-tjenestene i Fræna kommune. Så langt har kommunen et arbeidsdokument som består av:

- Oversikt over helsetilstanden
- Analyse og styringsdata
- Tiltaksdel/handlingsplan

Ansatte i kommunen var våren 2013 på kurs om styringsdata. Det kommer fram at det er ønskelig å samle all styringsdata og ha dette som grunnlag for tiltaksdelen. Tiltaksdelen skal gi oversikt over hva som er gjort og foreslå nye tiltak.

I kommunens **rusmiddelpolitiske handlingsplan (2012-2016)** «Færre til rusen» er det eget avsnitt om forebygging. I planen blir det vist til nytt lovverk i forhold til folkehelse som pålegger alle instanser å jobbe forebyggende: «I framtida må verksemdene i kommunen blir flinkare til å samarbeide kring førebygging, hindre rekruttering til uheldige miljø og etablering av nye.» Det går fram av PROF-plan at gjeldende rusmiddelpolitisk handlingsplan legger klare føringer for at virksomhetene i kommunen skal jobbe aktivt med forebyggende rusarbeidet, og at tiltak blir å innarbeide i planene til de enkelte enheter.

Budsjett og økonomiplan tar utgangspunkt i Fræna kommunes fire overordnede mål: samfunn og livskvalitet, tjenestetilbud/bruker, organisasjon/medarbeider og økonomi. I [Budsjett 2013](#) og 2014 (helse/familie) er det fokus på ny folkehelselov og forebyggende helsetjeneste knyttet til de overordnede målene:

«Ny folkehelselov styrkar kommunen sitt ansvar for førebygging og helsefremjande arbeid. Dette krev samordning av innsatsen i folkehelsearbeidet. Fleire oppgåver er lagt til kommunehelsetenesta noko som krev høgare kompetanse og meir ressursar om ein skal møte etterspurnaden. I høve eininga sine overordna mål om å bidra til gode bo og oppvekstvilkår, har eining Helse-Familie ei utfordring i høve å komme tidleg inn i planlegging av kommunale og private verksemdar. Eininga sitt resultatmål har vore at kommuneoverlegen skulle bli invitert, invitere seg til deltaking.»

«Det har vore eit mål at den førebyggjande helsetenesta skal bli betre tilpassa utfordringar knytt til psykisk helse og levevanar. Eit mål har vore å få etablert gode førebyggjande helsetiltak.»

Budsjett og økonomiplan 2015 – 2018 tar også utgangspunkt i Fræna kommunes fire overordnede mål. Det er utarbeidet mål for de største sektorene; oppvekst, omsorg og teknisk. Folkehelse har ingen synlig eller sentral plass i budsjett/økonomiplan 2015. Men blant annet mobbing blir nevnt innenfor oppvekst, og hverdagsrehabilitering innenfor omsorg.

Kommuneplanens arealdel 2015-2027 (vedtatt av kommunestyret 15.12.2014) har et eget avsnitt om folkehelse:

«Det har vore eit mål i plana å unngå at nye næringsområde kjem i konflikt med bustadføreml. Dette har blant anna ut frå eit ønskje om å unngå uheldige biverknader for befolkninga i form av støy, lukt og anna ureining. Dette målet er for det meste nådd. Alle bustadområde i kommunen har god tilgang til uteområde, slik at folk skal ha gode mulegheiter til fysisk aktivitet i nærområdet. Det er og lagt vekt på tilgang til samanhengande gang og

sykkelvegar. Samla sett er det vurdert at planforslaget tek tilstrekkeleg omsyn til prinsippet om folkehelse.»

Når det gjelder mål og strategier for folkehelse, blir det blant annet vist til kommunens deltakelse i «**God helse-partnerskapet**». Satsingsområda i partnerskapet er; ernæring, fysisk aktivitet, psykisk helse, rus- og tobakksforebygging og forebygging av sosiale ulikheter i helse. Dette inngår også i PROF-planen, og det blir vist til disse satsingsområdene på [hjemmesida](#) til Fræna kommune. Der blir videre prinsippet om å fremme folkehelse i alle sektorer ("helse i alt vi gjør") nevnt.

Kommunen skulle i 2013 rapportere på følgende tema med utgangspunkt i fylkesdelplan for folkehelse; samfunnsutvikling for en god start i livet, helsevennlig arbeidsliv, aktiv, trygg og frisk alderdom, trygt og helsefremmende fysisk miljø, inkludering og deltakelse i kultur og frivillige organisasjoner, organisering og samhandling, et kunnskapsbasert folkehelsearbeid.

Fræna kommune rapporterte i 2011 og 2012, men ikke i 2013 pga. fravær i stillingen.

Det kommer fram i samtale at folkehelsekoordinator gjennom arbeidet i partnerskapet har hatt mål og strategier å arbeide etter.

Plansaker

Kommunalt planforum behandler/drøfter plansaker/enkelsaker. Kultursjef, folkehelsekoordinator og kommuneoverlege er blant annet med i planforumet og får kommentere på ulike plansaker. Det kommer fram i samtale at dette sikrer et økt fokus på folkehelse. Konsekvensutredning for folkehelse er punkt i enkelte saker.

Årsmelding - rapportering

Kulturavdeling rapporterer på måloppnåelse på folkehelseområdet (folkehelsekoordinator sine områder). I tillegg rapporterer Helse-Familie på forebyggende helsearbeid. Det skjer noe rapportering knyttet til kommuneplanens mål om *samfunn og livskvalitet*. Det framgår av årsrapport 2013 for eksempel at kommuneoverlege nå tar del i fora der planlegging skjer. Det kommer fram i samtale at forankringen av folkehelsearbeid i alle avdelingene kunne vært klarere med forventninger om rapportering i forhold til folkehelse.

Helse og omsorg i plan – opplæring

Folkehelsekoordinator, kommuneplanlegger, planlegger på teknisk (2013/2014) og enhetsleder i Hjemmebaserte tjenester (2012/2013) har gjennomført studiet «Helse og omsorg i plan». Det er et ettårig deltidsstudium i kommune- og samfunnsplanlegging med bakgrunn i samhandlingsreformen. Studiet er et resultat av et samarbeid mellom KS og Helsedirektoratet.

4.2.2 Tiltak for å fremme folkehelse herunder tverrfaglig samarbeid

Det framgår følgende på Fræna kommunes [hjemmeside](#):

Ved å legge til rette for en sunn livsstil, lavterskel-aktiviteter innen idrett og friluftsliv, kultur og gode fellesskap i lokalmiljøene, skal en på sikt nå målet om en bedre folkehelse Fræna. For å få til dette må vi jobbe mye tverrfaglig og langsiktig og få til en god oversikt over helseutfordringene vi står over for. Ut fra dette skal vi iverksette nødvendige tiltak, komme med støtte, prioriteringer som er bra for folkehelsen. Kommunen skal gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom.

Fræna kommune er del av Møre og Romsdal fylkeskommunes satsing på folkehelsearbeid og deltar i et nettverkssamarbeid med 33 kommuner. Fylkeskommunen betaler 25 % av kostnadene for stillingen som **folkehelsekoordinator**. (125 000 kroner). Fræna kommune har ansatt folkehelsekoordinator i 100 % stilling fra 2005. Folkehelsekoordinator er organisert i enhet for Kultur og var prosjektstilling fram til 2011 da stillingen ble gjort fast.

Fram til 2011 var det styringsgruppe for folkehelsearbeidet. Leder for helse og sosial var leder for styringsgruppa. Det er ingen styringsgruppe i dag. Kommunen har ikke hatt folkehelseutvalg. Det kommer fram i samtale at det kunne være ønskelig med en gruppe som hadde fokus på folkehelsearbeid.

Folkehelsekoordinator har vært med på mange planprosesser og deltok i utarbeidelse av planstrategi, PROF-planen, strategigruppe for samhandlingsreformen og ruspolitisk handlingsplan. Folkehelsekoordinator møter også i planforum.

Det kommer fram i samtaler at det er forventninger om at folkehelsekoordinator skal håndtere folkehelsearbeidet. Enkelte avdelinger er flink til å ha fokus på folkehelse, andre er mindre flink til dette.

Det kommer videre fram at stillingen har mye frihet, men kunne vært bedre forankret i ledelse og hos andre i kommunen. Plassering i kulturavdelingen skaper noen utfordringer i forhold til samarbeid med ansatte i andre avdelinger. Det blir vist til at det er ulik kultur i ulike avdelinger. Det kommer fram at det er ønskelig å diskutere om det er riktig organisatorisk plassering av stillingen. Det kommer samtidig fram at det med tiden har blitt lettere, at samarbeidet har blitt stadig bedre og at organisering i kulturavdelinga også har sine fordeler.

Det kommer fram i samtale at Samhandlingsreformen/Folkehelseloven har gitt mer innhold til arbeidet med folkehelse/folkehelsekoordinatorstillingen.

Det kommer videre fram at mye av folkehelsearbeidet er prosjektarbeid og at dette skjer på tvers av ulike avdelinger. Folkehelsekoordinator deltar blant annet i ulike småprosjekt på kultur og har en utfører-rolle.

Fræna kommune gir informasjon om folkehelse på [hjemmesida](#). Her er også informasjon om blant annet inneklima, vaksinasjon og strålevern.

Statusrapport God helse partnerskapet blir lagt fram for kommunestyret. Dette ble sist utarbeidet i 2011 og 2012. Statusrapportene gir oversikt over ulike aktiviteter og prosjekt som også i dag er sentrale. Dette gjelder blant annet «Aktiv på dagtid» og «Aktiv på søndag». I årsrapport 2014 for God helse partnerskapet blir det gitt en oversikt over ulike aktiviteter, se vedlegg 4.

Fræna Frisklivssentral er videre et sentralt tiltak innenfor folkehelse og er en del av tilbudet i fysio/rehab. Dette er et oppfølgingstilbud for personer over 18 år, som har økt risiko for livsstilssjukdommer. Fræna kommune fikk etter søknad midler til planlegging av frisklivssentral. Sentralen åpnet i slutten av 2012. Eksisterende stillinger i kommunen ble brukt slik at sentralen kunne åpne. Totalt benyttes 60 % stilling, herav 20 % av folkehelsekoordinators stilling og 40 % av fysioterapeutstillinger. Tilbudet ble starta uten å ansette nye folk.

Helsestasjons- og skolehelsetjeneste og ansvaret for forebyggende tverrfaglig arbeid for barn og unge/Tverrfaglig Råd er lagt til enhet for Helse-familie. I budsjett 2013 og 2014 blir blant behov/utfordringer innenfor forebyggende helsearbeid blant barn og unge tatt opp:

«Det har vore ein aukande etterspurnad på råd og vegleiing i høve rolla som foreldre og i høve utfordringar som barn og unge står overfor.»

Det blir pekt på at det er en utfordring å ha mulighet til å møte behov for bistand i saker som trenger litt mer enn vanlig rutineoppfølging. Det blir videre pekt på at det er et mål at den forebyggende helsetjenesten skal bli bedre tilpasset utfordringer knyttet til psykisk helse og levevaner.

Fræna kommunes frie inntekter ble økt med kr 348 000 i 2014 og kr 777 000 i 2015 grunnlagt behovet for styrking av helsestasjonstjenesten inkludert skolehelsetjenesten og jordmortjenesten. Fræna kommune bevilga i 2014 midler til en stilling for å styrke skole og helsestasjonstilbudet. I budsjett 2015 bevilga kommunestyret 500 000 kroner for å styrke skolehelsetjenesten.

Ungdomsrådet har hatt møte med politi, skolerådgiver, NAV og ledende helsesøster. Der er det tatt opp hva ungdomsrådet kan bidra med i forhold til rusforebyggende tiltak.

Ungdomsrådet skal kontakte ungdomsskolene og bidra til at det blir arrangert ulike rusfrie kvelder. Ungdomsrådet skal videre delta i oppfølgingen av rusforebyggende handlingsplan gjennom møte med kommunen en gang i året. (Det kommer fram i samtale at Ungdomsrådet etter hvert har fått god kontakt med kommunen.)

4.3 Kommunerevisjonens vurdering og anbefaling

Folkehelse i planlegging herunder oversikt over helsetilstanden

Fræna kommune har integrert folkehelseperspektivet i ulike planer.

Kommunen har så langt i liten grad benyttet oversikt over helsetilstand som grunnlag for planlegging. Kommunen arbeider med utarbeidelse av slik oversikt og vil inkludere dette i videre planlegging i samsvar med krav i plan- og bygningsloven.

Oversikt over helsetilstanden og de positive og negative faktorer som innvirker på denne, skal foregå på en systematisk måte og være et grunnlag for planlegging. Arbeidet krever innsats fra mange aktører, og oversikten skal også bygge på lokal kunnskap. Kommunen vil blant annet legge til rette for dette gjennom en undersøkelse blant ungdom i kommunen.

Oversiktsarbeidet er for tiden knyttet til arbeidet med handlingsplan for oppfølging av PROF-planen. Det kommer fram i samtale at dette bør være et eget dokument. Oversikten bør danne grunnlag for planlegging i alle sektorer.

Kommunen skal fastsette mål og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet til å møte de utfordringer kommunen står overfor med utgangspunkt i oversikten.

Mål og strategier, eller satsingsområder, for folkehelseområdet framgår i ulike dokumenter.

Det framgår i ulike sammenhenger at det skal være «Helse i alt vi gjør». Det er videre vedtatt at det skal utarbeides en egen folkehelseplan. Det kommer fram noe usikkerhet knyttet til om dette er en god løsning med hensyn til å sikre at folkehelse skal ivaretas og integreres i alle sektorer og virksomheter. Det er på denne bakgrunn grunnlag for å vurdere dette. Det vil være opp til kommunestyret å omgjøre dette.

Det blir i ulik grad rapportert på folkehelse fra de ulike sektorene.

Ansatte i kommunen har tatt utdanning innenfor studiet helse og omsorg i plan. Kommunen har gjennom blant annet dette lagt til rette for arbeidet med oppfølging på dette området.

Revisjonens gjennomgang viser at Fræna kommune arbeider for å ivareta folkehelse i planleggingen. Kommunen bør videreføre dette arbeidet, slik at folkehelse i planleggingen blir ivaretatt i henhold til krav i lovverket og avtaler. Fræna kommune bør også vurdere hvordan kommunen kan sikre rapportering.

Tiltak for å fremme folkehelse herunder tverrfaglig samarbeid

Fræna kommune har ulike tiltak for å fremme folkehelse; folkehelsekoordinator, god helse partnerskapet, frisklivssentral etc. Det skjer også forebyggende arbeid i regi av helsestasjon etc. Kommunerevisjonen har presentert eksempel på tiltak og gir dermed ingen fullstendig oversikt over tiltak i kommunen.

Kommunen skal sikre tverrfaglig samarbeid mellom alle kommunale sektorer for å fremme helse og forebygge sykdom. Det framgår videre i partnerskapsavtalen at folkehelsekoordinator bør ha en sentral plassering i organisasjonen, da folkehelsearbeid omfatter hele kommunens virksomhet.

Det skjer tverrfaglig samarbeid blant annet i ulike planprosesser og prosjekt. Fræna kommune bør videreutvikle det tverrfaglige samarbeidet og avklare nærmere hvordan dette best kan ivaretas herunder framtidig organisering og ansvarsfordeling.

Anbefaling

- Fræna kommune bør vurdere hvordan folkehelse i planleggingen skal ivaretas i henhold til krav i lovverket og avtaler, og hvordan kommunen kan sikre rapportering.
- Fræna kommune bør videreutvikle det tverrfaglige samarbeidet og avklare nærmere organisering og ansvarsfordeling.

5 Tjenesteutvikling og kompetanse

5.1 Problemstillinger

Problemstillinger

- Har kommunen utviklet tjenestetilbudet og styrket kompetansen?

I dette kapitlet vil vi gi en beskrivelse av hovedtrekk i utviklingen av tjenestene. Det gir ingen fullstendig oversikt over tilbudet. Vi vil spesielt se på om kommunen har styrket kompetansen og om kommunen legger til rette for kompetanseutvikling og veiledning i samsvar med samarbeidsavtalen.

Revisjonskriterier:

- Fræna kommune har styrket kompetansen og legger til rette for kompetanseutvikling og veiledning i samsvar med samarbeidsavtalen.

5.2 Fakta og beskrivelse

5.2.1 Utvikling av tjenestetilbudet og kompetansen

Fræna kommune har arbeidet med utvikling av tjenesten, blant annet gjennom organisatoriske tiltak. Det er samling av tjenester og spesialisering. Fræna kommune ligger noe over landsgjennomsnittet og kommunegruppe 11 når det gjelder institusjonsplasser og heldøgnsbemannet bolig. Dette gjelder også for andel plasser satt av til tidsbegrenset opphold. (Vi viser også til tabell 6 i vedlegg 3.) Det kommer fram i samtaler at kommunen jobber målbevisst for å få ned institusjonsplasser og satse på hjemmetjenesten.

Status for gjennomføring av tiltak i PROF-plan 2010 framgår av PROF-plan 2014–2020. Planlagt styrking av stillinger og ulike tiltak er i begrenset grad gjennomført.

KOSTRA tall, jf. tabell 8 i vedlegg 3, viser blant annet følgende for Fræna kommune i 2013:

- Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/fagutdanning er på nivå med kommunegruppe 11 og landet, men lavere enn Møre og Romsdal.
- Andel med fagutdanning fra høyskole/universitet er lavere enn kommunegruppe 11, Møre og Romsdal og landet.
- Legeårsverk per 10 000 innbygger er noe under kommunegruppe 11, Møre og Romsdal og landet.
- Legetimer pr uke pr beboer i sjukeheim er høyere enn kommunegruppe 11, Møre og Romsdal og landet.
- Fysioterapiårsverk per 10 000 innbygger og fysioterapitimer pr uke pr beboer i sjukeheim er lavere enn kommunegruppe 11, Møre og Romsdal og landet.
- Årsverk ergoterapeuter og psykiatrisk sjukepleier pr 10 000 innbygger er lavere enn kommunegruppe 11, Møre og Romsdal og landet.
- Årsverk jordmødre pr 10 000 fødte er høyere enn kommunegruppe 11, Møre og Romsdal og landet.

Utvikling fra 2012 til 2013 har med unntak for lege, psykiatrisk sykepleier og jordmor, vært negativ eller stabil.

Hjemmetjenesten beskriver følgende utviklingstrekk og utfordringer i perioden i budsjett 2014:

«Samhandlingsreforma som starta 01.01.2012, har medført at vi har fått heim sjukare brukarar enn tidlegare. Dei har inga liggetid på sjukehus etter at dei er ferdigbehandla lengre, og heimetenesta er av dei som tek i mot dei som er utskrivingsklare. Det har dei to siste åra vore ein reduksjon i talet på institusjonsplassar i kommunen. Dette har stor innverknad på heimetenesta sitt tenestefang. Mange bur heime lengre, og dei har krav på lovpålagte tenester der dei bur. Som ein følgje av samhandlingsreforma og nedgang i talet på institusjonsplassar i kommunen, har vi opplevd ei stor endring i høve brukarane vi yt teneste til. Det er fleire med stadig meir kompliserte sjukdomstilfelle vi skal yte teneste til. Dette har medført eit stort press på dei tilsette, både i omsorgssenter og ute i heimetenesta. Dette medfører eit auka press, og vi ser at det er behov for å setje i verk ulike tiltak for å avhjelpe dette. Døme på slike tiltak er kvardagsrehabilitering (i samarbeid med ergo- og fysioterapitenesta) og oppsøkjande heimebesøk med fokus på førebygging.»

Tilsvarende kommer fram i samtale:

Hjemmetjenesten gjorde mer for folk før. Terskelen er høyere for å få tjenester. Det er mer kompliserte oppgaver, som for eksempel bruk av smertepumpe knyttet til kreftbehandling ved livets slutt. Det er sjukere folk som er heime no. De trenger tettere og mer komplisert oppfølging. Derfor er det også flere sjukepleier i hjemmetjenesten enn før. De siste årene har hjemmetjenesten omgjort noen stillinger fra pleiemedarbeider/fagarbeider til sykepleier.

Det kommer videre fram at pasienter blir skrevet ut tidligere enn før. Pasienter kan etter sjukehusopphold få korttidsopphold eller avklaringsplass, men som regel reiser pasienter rett heim etter sjukehusopphold. Det kommer videre fram at kommunen forventet å få flere oppgaver etter samhandlingsreformen, men hjemmetjenesten har ikke fått ekstra ressurser til dette. Det har aldri vært signalisert at en skulle få flere midler.

Det framgår følgende av budsjett 2014, Hjemmetjenesten, utviklingstrekk og utfordringer i perioden:

«Rekruttering av sjukepleiarar er ei stor utfordring.....Faktorar som m.a. samhandlingsreforma, samt ein gradvis auke i talet på personar med demens, gjer at det er naudsynt med ei styrking av talet på sjukepleiarar. Vi har for liten tilgang på kvalifiserte vikarar for å dekkje ledige vakter som følgje av permisjonar, ferieavvikling og sjukefråver.»

I Budsjett 2014 blir det vist til hovedkonklusjoner fra årsmelding 2012 – tiltak/forbedringer innenfor pleie og omsorg:

«Sjukdomsbilda til dagens brukarar er samansett og kompleks. Dette krev høg fagkompetanse blant dei tilsette. Ein har behov for fleire tilsette med høgskole og vidareutdanning. Rekruttering av sjukepleiarar har vært særdeles vanskeleg, dette gjeld ikkje berre Fræna kommune, men dei fleste kommunane. Vi må sjå på lønsvivå, ansiennitetsutmåling, samt skape attraktive arbeidsplassar og fleksible arbeidstidsløysingar.»

Hjemmetjenesten konkluderer slik i årsmelding 2012:

«Vi bør auke kompetansen i Heimebaserte tenester ved å tilsette ergoterapeut og fysioterapeut. Heimebaserte tenester bør styrkast med fleire sjukepleiarar for å kunne møte utfordringa med samhandlingsreforma. Stillinga som kreftsjukepleiar bør vere 100 %.»

Det går fram av Budsjett 2014 at hjemmetjenesten er organisatorisk samlet for å benytte personalressursen på en mer hensiktsmessig måte. Det blir vist til PROF-plan som viser oversikt over tiltak som burde settes i verk. Det blir konkludert slik:

«Noko av dette er gjort, men det meste står som ikkje gjennomført på grunn av manglande ressurser. Vi har etablert stilling for kreftkoordinator, men det er ved støtte frå Kreftforeninga.»

Kommunen har kreftkoordinator i 60 % stilling. Kreftforeningen dekker 75 % av en 50 % stilling som Fræna deler med Eide kommune. Det er en fordeling etter folketall, slik at Fræna har 33,1 % og Eide 16,9 %. Dette betyr at Fræna selv finansierer 31,2 % stilling, slik at det blir 60 % stilling til sammen. Kreftkoordinatoren er ansatt i full stilling som sykepleier i hjemmetjenesten, og 60 % av tiden er avsatt til kreftkoordinatorarbeid.

Tjenesten er effektivisert gjennom multidoser og mobil dokumentasjon. Tjenesten har gjennom dette frigjort tid til nye oppgaver. Hjemmetjenesten har tatt unna uten å få tilført nye stillinger. Stillinger har blitt omgjort til sjukepleierstillinger. Det har gått med mer midler til utstyr. Det har vært fokus på hva en kunne gjøre sjøl. Det kommer fram i samtale at det blir opplevd som spennende å få til dette. De ansatte har lyst til å lære. Det er entusiasme. Det er blitt mer interessant å arbeide i hjemmetjenesten. Hjemmetjenesten har ulik kompetanse som vernepleiere og sykepleiere.

Flere fra hjemmetjenesten gikk tidligere til institusjonstjenesten. Hjemmetjenesten har det siste året vært aktiv med hensyn til rekruttering, og har ikke noe problem med dette nå. Det kommer fram i samtale at det er lett å rekruttere. Det er mange nyutdanna og et ungt miljø.

De har begynt å bruke kompetanse på tvers mer målretta. Det blir lagt vekt på mestring. Det kommer fram i samtale at det er ønskelig med intern gruppe i kommunen knyttet til opplæring, og at det er behov for plan hvert år. Dette bør knyttes til arbeidet med kompetanseplanen.

Institusjonshelsetjenesten

Det kommer fram i budsjett 2014 at det er lagt ned mye tid til å planlegge gode endringsprosesser for oppfølging av vedtak av juni 2012 der en skal ned på antall institusjonsplasser, endre plassering av tilbud om korttidsplasser, samt plan for reduksjon av bemanning. For eksempel nevnes omgjøring til omsorgsboliger i Bud og fra 26 til 22 plasser på Farstad.

Det kommer fram i budsjett 2012 og 2013 at det er lagt ned mye tid for kontinuerlig å ha et godt og forsvarlig tilbud til utskrivningsklare pasienter og øyeblikkelig hjelp døgnopphold, samt ordinære korttidsopphold. En avdeling er omgjort fra langtidsplasser til korttidsplasser ved Fræna sjukeheim. Det er gjennomført god opplæring og sjukepleiere har hospitert i helseforetaket for å kunne gi faglig forsvarlige tilbud ved Fræna sjukeheim.

I Budsjett 2014 trekkes blant annet følgende fra årsmelding 2012 fram:

«Vi har ingen utgifter til helseforetaket pr dato på utskrivningsklare pasienter. Dette har sammenheng med nok tilgang på og effektiv bruk av korttidsplassane, samt at ein har nok tilbud til dei som treng langtidsopphald. Dersom det vert eit misforhold her, vil dette raskt gi seg utslag i at ein ikkje greier å ta imot utskrivningsklare pasienter frå helseforetaket.»

Følgende går fram av budsjett 2014:

«Helseforetaket har kortare liggetid og dette merkast ved institusjonane. Det har vore ei aukande utvikling spesielt dei siste 3 åra. Samhandlingsreforma trådte i kraft pr 01.01.2012, og ein har vore godt forberedt på dette. Alle med eit behov for oppfølging på ein korttidsplass etter utskriving frå Helseforetaket har fått dette pr. dato. Korttidsopphald (rehabilitering, utgreiing/kartlegging, lindrande behandling, øyeblikkelig hjelp døgnopphold).»

Fræna sjukeheim har langtidsavdeling, korttidsavdeling, ø-hjelp tilbud og rehabiliteringsavdeling. I 2014 var det 233 beboere ved sjukeheimen. På korttidsavdelinga var det 122, av disse 42 ØH-pasienter.

Det kommer fram i samtale at kommunen gjør mye som sjukehuset før gjorde. Sjukehuset sender ut mye tidligere enn før, og pasienter er oftere sykere enn tidligere. Det blir vist til at

legene på sykehuset bestemmer når pasientene er utskrivningsklare, men at legene veit at kommunen har god kompetanse. Det er god dialog med legene ved sjukehusa i Kristiansund og Molde. Det er gjerne mye hofte- og kneoperasjoner og slag som krever oppfølging i kommunen.

Det kommer fram i samtale at sjukeheimen har god kompetanse og kan ta imot sykere pasienter, men at sjukeheimen ikke hadde ikke klart dette uten lege. Sykehjemselege i full stilling gjør at sykehjemmet er i stand til å håndtere sykere pasienter enn tidligere. Fræna sjukeheim har lege i 80 % stilling, de resterende 20 % nyttes i andre institusjoner.

Det blir pekt på at oppgavene har blitt mer interessant for de ansatte, og at kommunen klarer å beholde kompetansen. Sykehjemmet har blitt mer attraktiv for sykepleiere og andre fagpersoner. Det blir sett på som positivt med flere oppgaver. Det er interessant faglig.

Sjukeheimen er organisert med teamledere på hver avdeling uten personalansvar. Sjukeheimen har 22 sykepleiere med ulik kompetanse og funksjon. Det er kompetanse innen kreft, geriatri, smertelindring og rehabilitering. Sjukeheimen har fagutviklingssjukepleier.

Sjukeheimen har ikke psykiatrisk sykepleiere ansatt. Det er pasienter ved sjukeheimen med psykiske problemer og rusproblemer. Sjukeheimen vil søke etter psykiatrisk sykepleier. Det blir pekt på behov for hospitering ved psykiatriske sykehusavdelinger.

Sjukeheimen har de siste fire årene erstattet fire hjelpepleiere med sykepleiere. Sjukeheimen trenger kompetansen, men har ikke fått midler. Etablering av ØH-plass førte til 2,5 nye stillinger som sykepleiere.

Det kommer fram i samtaler at sjukeheimen har lite ressurser/bemanning innenfor fysioterapi. Annet personell må dekke opp dette. Oppgaven blir derfor prioritert etter pleie og omsorgsoppgavene. Det kommer fram at pasienter antakelig kunne blitt utskrevet til hjem tidligere hvis fysioterapeut hadde fulgt opp pasientene bedre. Det kommer fram at det er ønskelig med en fysioterapistilling ved sykehjemmet. Det kommer videre fram at kommunen bare har en ergoterapeut.

Det kommer videre fram at etter- og videreutdanning, kurs og hospitering er viktig for at ansatte kan løse sine oppgaver. Det skjer mye av dette. Ansatte må holde seg oppdatert.

I samtale kommer det fram at det er særlige utfordringer knyttet til økonomi, bemanning på kveld/helg, at pasientene blir dårligere og sjukere og at både pasienter og pårørende har forandret seg.

Øyeblikkelig hjelp tilbud (ØH-hjelp)

Kommunal plikt til å tilby døgnopphold for pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp skal innføres gradvis fram til 2016, og fullfinansieres med overføring av midler fra helseforetak til kommuner. Fræna kommune planla etablering av øyeblikkelig hjelp tilbud vinter/vår 2012 og fikk klarsignal fra Helsedirektoratet til oppstart innen utgangen av 2012. Kommunen har fått støtte til etablering etter avtale med helseforetaket. En ØH-plass ble etablert 11. februar 2013. Kommunen har en seng, og pasienter skal ligge der maksimalt i 72 timer. En seng betyr at kommunen må si nei til noen. Pasienten blir da sendt til sykehuset. Det er eget inntaksskjema. Informasjon og prosedyre skal evalueres. Det kommer fram i samtale at det er viktig å ha et godt system og gode prosedyrer.

Fræna kommune var, sammen med Hareid kommune, først i fylket med å etablere ØH-plass. Det kommer fram i samtale at en ville bygge opp kompetanse og skape entusiasme rundt de ansatte en har i kommunen. Det blir pekt på at Fræna kommune er en stor kommune, og at utvikling av et interessant fagmiljø er viktig. Kommunens egen sykehjemslege (ØH-lege) er tilgjengelig fram til kl. 16.00 da legevakten tar over. Ansatte ved sjukeheimen kan likevel ringe legen fram til kl. 23.00.

Leger henviser til ØH-plassen og informerer forvaltningskontoret. Forvaltningskontoret tar en faglig vurdering av hvordan pasienten ut fra behov skal ivaretas etter utskrivning fra ØH-plassen (72 timer).

Det kommer fram at det vil bli flere utfordringer knyttet til rus og psykisk helse også når det gjelder øyeblikkelig hjelp. Ved behov kan sjukeheimen ringe psykiatrisk sjukepleier. Ruskonsulent har vært inne om deres pasienter kommer inn. Hvilke pasienter kommunen kan ta inn vil være avhengig av kompetansen. Det er eksempel på at det er sagt nei og at pasienten må sendes til sjukehuset. Vakthavende på sjukeheimen har med seg egen ØH-telefon. Det er dialog med legene om hvem som skal legges inn. Det kommer fram i samtale at dette fungerer greit.

Det framgår av Budsjett 2014 at det innenfor pleie og omsorg er gjennomført god opplæring og hospitering av sykepleierne i helseforetaket for å kunne gi faglig forsvarlige tilbud ved Fræna sjukeheim. Det kommer fram i samtale at alle sykepleiere på korttidsavdelingen har hospitert på sjukehuset i forbindelse med etablering av ØH-tilbudet.

Lindrende behandling

Det er et palliativt team i kommunen. To ansatte på sykehjemmet deltar i teamet. Det kommer fram at det er godt samarbeid om lindrende behandling med spesialisthelsetjenesten. Overlege fra sjukehuset/palliativt team bistår og kommer ut til pasienten/kommunen.

Det er eget rom på sjukeheimen. Det kommer fram i samtale at noen pasienter heller vil være på sjukeheimen enn på sjukehuset. Det kommer videre fram at kommunen prøver å unngå unødvendig innleggelse i sjukehus ved livets slutt.

Kommunen deltok tidlig i prosjektet «Lindring på tvers» sammen med Eide kommune og Molde sjukehus. Prosjektet er i dag et 3-årig prosjekt i regi av ROR; «[Sammen for lindring](#)». Kommunen bruker en sjekklister (LPC-system) som skal iverksettes av lege. Kommunen bruker prosedyre. Helseforetaket har opplæringsansvar. Det kommer fram i samtale at etiske sider er viktig og at opplegg for behandling må skje i et samspill.

Psykisk helsevern for voksne er organisert sammen med Eide kommune. Ansvar er lagt til Eide kommune som er vertskommune. Det er også [dagtilbud](#) (Gnisten). Eide kommune valgte å legge tjenesten til NAV Eide og Fræna. Det var tidligere faste møte med kommunale tjenester i Fræna. I dag blir det tatt kontakt ved behov. Det kommer fram at hjemmetjenesten samarbeider godt med tjenestene. Sykehjemmet ber om hjelp ved behov. Tilbudet er under evaluering. Tjenestene i Fræna gav felles uttalelse i forbindelse med evalueringen.

Ruspolitisk handlingsplan er vedtatt. Det kommer fram i samtale at ruskonsulent har et ansvar for oppfølging, men at dette i for liten grad blir fulgt opp. Alle enheter skulle i årsmelding

rapportere på hvordan de arbeider med oppfølging av handlingsplanen. Tiltak skulle inngå i virksomhetsplan for enhetene. (**Rusomsorg**)

I budsjett 2013 blir det blant annet pekt på at innenfor forebyggende helse kunne en familierettleder og/eller stilling som kommunepsykolog bidra til en mer effektiv tiltakskjede. Det kommer fram i samtale at det innenfor arbeidet med folkehelse har blitt mer fokus på psykisk helse blant annet med kurs i depresjonsmestring.

I PROF-plan 2014-2020 er blant annet tidlig innsats for barn og unge og psykiatri og rus satsingsområde.

Rehabilitering

Enhet for Helse-Familie viser i budsjett 2013 og 2014 til samhandlingsreformen og de to nye lovene som får virkning for flere tjenester i Helse-Familie:

«Tidleg utskrivning etter operasjonar og utan opphald på rehabiliteringsinstitusjonar gjer at fleire kjem heim med stort behov for fysioterapitenester. Det er ventelister ved Fræna fysikalske institutt og avd. fysio/rehab.»

Det blir videre vist til PROF-plan som med sine føringer setter krav til «heimerehabilitering» og opprusting av fysio/rehab tjenester. Det kommer fram at en mangler fysioterapeuter og ergoterapeuter for å kunne oppfylle intensjonene i Samhandlingsreformen.

I Budsjett 2013, Helse-Familie, blir det vist til Kostra:

«Kostratala viser at ressursar til rehabiliteringstenestene, fysioterapi/ergoterapi ligg vesentleg lågare i Fræna enn i fylket og i gr. 11. Det vært då vanskeleg å yte eit godt rehabiliteringstilbod utan rett kompetanse tilgjengeleg. Ny helse- og omsorgstjenestelov med etterpurnad og krav til kommunale rehabiliteringstiltak gjer at det vert stort press på fysio/rehab avdelinga. Utan tilførsel av nye stillingar her vil ein ikkje greie å møte nye behov.»

Det kommer fram i samtale at det er fokus på rehabilitering. PROF-plan 2010 hadde fokus på dette. Rehabiliteringsavdelinga er lagt til Fræna sjukeheim. Denne var etablert før samhandlingsreforma. Det faglige ansvaret ved ergoterapeut og fysioterapeut er lagt til Helse-Familie. Fysioterapeuter, ergoterapeut er organisert i helse og familieavdelingen. Helse-Familie bidrar også inn i hjemmetjenesten og støtter hjemmetjenesten ved behov. Hjelpemiddelansvarlig ligger til Helse-Familie. Det kommer fram at det er ønskelig med mer bistand til hverdagsrehabilitering med trening og opplæring av hjelpepleiere, helsefagarbeidere etc. Kommunen arbeider med å få på plass hverdagsrehabilitering. Dette er et satsningsområde i 2015. Det er etablert nettverk i regi av KS. Fræna kommune ønsket å være med, men foreløpig har de ikke fått plass.

Det kommer fram i samtale at pasientforløp i forbindelse med behov for rehabilitering i kommunen er planlagt sammen med helseforetaket.

Tilbudet til personer med demens

Det går fram av Budsjett 2014 at det i PROF-plana (2011) var planlagt oppstart av dagsenter for personer med demens. Og videre:

«Dette tilbudet er det stort behov for og bør settas i verk fort. Eit viktig ledd i arbeidet med personar med demens er demensteam. Disse to tiltaka kan bidra til at personar med demens kan bu lengre heime.»

Det kommer fram i samtale at dagsenter for personer med demens ikke har hatt framdrift grunna kommunens økonomi, og diskusjon om plassering. Forsterka skjermet enhet for personer med demens er ikke satt på dagsorden. Det er til tider et stort behov, og er beskrevet i PROF- planen.

I PROF-plan 2014-2020 er blant annet demenskoordinator og dagsenter for demente satsingsområde. Det kommer fram i samtale at dagtilbud demente må på plass i 2015. Det blir også pekt på behovet for demenskoordinator, demensteam og helseteam for eldre.

5.2.2 Kompetanseplan - opplæring

I rapport om behov for institusjonsplasser som følge av Samhandlingsreformen fra september 2011 er det en gjennomgang av bemannings- og kompetansebehov. I tillegg til vurdering av behovet for fagstillinger, er det fokus på kompetanseutvikling knyttet til ulik type behandling. Det ble samme året utarbeidet rapport om behov for kompetanse og utstyr i hjemmebasert tjenester som følge av Samhandlingsreformen. Det blir også pekt på behovet for å øke det tverrfaglige samarbeidet mellom ulike arbeidsgrupper som vernepleier, sjukepleier, fysioterapeut, ergoterapeut, lege og helsefagarbeider.

Ansvar for kompetanseplan for pleie- og omsorgstjenesten er lagt til personalsjef. Det har blitt arbeidet med dette over tid blant annet med kartlegginger. Det kommer fram i samtale at kartleggingen av behov er utdatert. Planen har vært på vent i flere år blant annet på grunn av skifte av ledere. Kommunen arbeider med en kompetanseplan. Kommunen deltok i 2012 i KS sitt program for Strategisk kompetanseplanlegging.

Det kommer fram i PROF-plan at en av de viktigste forutsetningene for å kunne møte framtidens krav og behov er å ha en systematisk tilnærming og satsing på kvalitet og kompetanseutvikling. Det kommer der fram at en derfor har satt i verk et arbeid med å utarbeide en strategisk kompetanse- og rekrutteringsplan.

Det kommer fram i samtale at kommunen utvikler kompetansen kontinuerlig. Ansatte har fått etter- og videreutdanning. Kommunen har fått midler fra kompetanseløftet. Det har vært opplæring i forhold til lovverket, demensomsorgens ABC og gjennom prosjekt som lindring på tvers, og medisinhåndtering. Demensomsorgens ABC er gjennomført både for ansatte i institusjonstjenesten og hjemmebaserte tjenester.

I samtaler kommer det fram at kompetansehevende opplæring har ført til mer kompetanse og større trygghet hos ansatte. Det blir pekt på at kompetansen er god, og at kommunen håndterer de aller fleste tilfeller på en god måte. Gjennom organisatoriske endringer sikrer kommunen også at en kan nytte rett kompetanse på rett sted til rett tid. Det kommer imidlertid fram at hjemmetjenesten mangler sykepleiere med spesialutdanning. Hjemmetjenesten trenger sykepleiere med videreutdanning i for eksempel geriatri, psykiatri og palliasjon.

Det kommer fram i samtale at kompetanse er noe av det som står igjen i forhold til samhandlingsreformen. I PROF-plan 2014-2020 er kompetanseutvikling ett av satsingsområdene.

5.2.3 Samarbeid med helseforetaket – kunnskapsoverføring

Det er egen delavtale som omfatter retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglig nettverk og hospitering (se vedlegg 2). Det blir i avtalen vist til veiledningsplikten.

Samarbeidsavtalen legger opp til at foretaket skal gi en funksjonsbeskrivelse, men ikke angivelse av hvilke tjenester pasienten trenger. Det kommer fram i samtale at det skjer at epikrise/ e-melding gir angivelse av hvilke tjenester pasienten trenger. Vurderinger fra helseforetaket er ikke alltid like korrekt. Pasienter kan da tas inn på sjukeheimen til vurdering. Dette har bedret seg. Ved spesielle tilfeller/behov er det egne møter med sjukehuset, ellers blir telefon, e-mail etc. brukt. Elektronisk meldingsutveksling er sentralt for å sikre god informasjonsutveksling.

Helseforetaket kommer ut til kommunen og veileder ansatte innen for eksempel rus, psykiatri og alderspsykiatri. Det kommer fram at kommunen sjelden får pasienter inn til alderspsykiatrisk avdeling. Avdelingen kommer til kommunen og bistår. Det blir pekt på at det er god kontakt. Det er mer begrenset med ambulante tjenester innenfor somatikk. Palliativt team og Parkinson-sykepleier er en del ute.

Det kommer fram i samtale at foretaket gir råd og veiledning når dette etterspørres. Det kommer videre fram at kommunen bør være litt «spissere» når de ber om veiledning. Det kommer videre fram at opplegg for veiledning vil være del av opplæringspakken knyttet til samarbeidsavtalen i regi av ROR. (se kapittel 7) Det blir pekt på at det er behov for avklaring av forventninger som kommunen har til veiledning fra foretaket.

Det er tilrettelagt for at ansatte på sykehjemmet kan hospiterer ved ulike sykehusavdelinger. Det har vært hospitering, og det kan bli aktuelt på nytt om ett års tid. Det er også aktuelt innen psykisk helse og rehabilitering.

5.3 Kommunerevisjonens vurdering og anbefaling

Vurdering

Fræna kommune har gjort tilpasninger og utviklet tilbudet for å kunne iverksette samhandlingsreformen. Kommunen behandler sykere pasienter enn tidligere og har klart å ta imot alle utskrivningsklare pasienter.

Kommunen etablerte tidlig øyeblikkelig hjelp tilbud. Kommunen fikk midler til tilbudet og har rekruttert flere sykepleiere. Kommunen har egen sykehjemslege.

Kommunen har gjennom prosjektmidler styrket kreftomsorgen. Kommunen har lagt vekt på utvikling av samarbeidet med helseforetaket gjennom ulike prosjekt blant annet innen lindrende behandling.

Kommunen har i ulike planer påpekt behov for videre utvikling av tjenestene og styrking av kompetansen. Knappe økonomiske ressurser har gitt begrensninger.

Det er særlig innfor fagområder knyttet til rehabilitering og psykiatri og rus det kommer fram behov for å styrke og videreutvikle kompetansen. Det går også fram av KOSTRA tall at kommunen har forholdsvis små ressurser innfor fysioterapi og ergoterapi.

Når det gjelder psykiatri, er ansvaret lagt til Eide kommune. Kommunerevisjonen har ikke gått nærmere inn på dette tilbudet, men viser til egen evaluering av tilbud/organisering.

Rekruttering har vært en kritisk faktor, men kommunen klarer nå å rekruttere godt. Kommunen har gjennom effektiviseringstiltak frigjort ressurser og dermed fått midler til omgjøring av stillinger og økt kompetanse.

Det framstår som det er entusiasme knyttet til utvikling av tilbud og kompetanse, noe som er en ressurs for kommunen.

Revisjonens gjennomgang viser at Fræna kommune arbeider for å sikre fagkompetansen i forhold til behov og tjenestene som kommunen har etablert. Kommunen har arbeidd med kompetanseplan, men dette arbeidet har stoppet opp. Behovet for kompetanseplan herunder tverrfaglig kompetanse blir framhevet. Kommunens samarbeidsavtale med helseforetaket bør også sees i denne sammenhengen.

Anbefaling

- Fræna kommune bør videreføre arbeidet med kompetanseutvikling herunder kompetanseplan og samarbeidet med helseforetaket.

6 Koordinerte og helhetlige tjenester

6.1 Problemstilling og revisjonskriterier

Problemstilling

- Hva blir gjort for å sikre at pasient/bruker får koordinerte og helhetlige tjenester?

Revisjonskriterier

- Kommunen har etablert koordinerende enhet.
- Kommunen legger til rette for individuell plan og koordinator.
- Kommunen har iverksatt tiltak for å sikre koordinerte og helhetlige tilbud.

Revisjonskriterier bygger på samarbeidsavtalen og helse- og omsorgstjenesteloven m.m., se nærmere omtale i vedlegg 2. Samarbeidsavtalen skal bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. Vedlegg 2 i avtalen omhandler samarbeid for å sikre helhetlig og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester.

Bestemmelsen om koordinerende enheter i kommunene og i spesialisthelsetjenesten er løftet fra forskrift til lov. Samtidig tydeliggjøres at enhetene skal ha «overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator». Styrkingen av lovgivningen på dette området er et sentralt virkemiddel i å sikre bedre koordinerte tjenester til de som trenger det.

Retten til individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, ble innført i 2001 og videreført i helse og omsorgstjenesteloven fra 2012. Ny lov åpner også for at pasient og bruker kan få en koordinator, uavhengig av individuell plan.

I samsvar med samarbeidsavtalen skal Helse Møre og Romsdal melde fra om en ser behov for individuell plan eller kommunal koordinator, ta initiativ til samarbeidsmøte og delta i nødvendige tverrfaglig samarbeid i ansvarsgrupper også etter at pasientene er utskrevet, når det er faglig behov for det. Kommunen skal i følge samarbeidsavtalen sørge for individuell plan, koordinator og ansvarsgrupper der det er behov. Kommunen skal videre delta i nødvendig informasjonsutveksling og samarbeidsmøter under opphold, for planlegging av nødvendige tiltak etter utskrivning.

6.2 Fakta og beskrivelse

6.2.1 Koordinerende enhet, individuell plan og koordinator

Forvaltningskontoret ivaretar funksjonen som koordinerende enhet. I PROF-plan 2014 -2020 sies følgende:

«Forvaltningskontoret har delegert mynde frå rådmannen til å gjere enkeltvedtak i høve helse- og omsorgstenestelova. Vidare har kontoret ein rådgjevande funksjon, og er overordna koordinerende eining i kommunen. Forvaltningskontoret gjer individuelle vurderingar av hjelpebehov. På bakgrunn av denne vurderinga, vert det gjort vedtak som i sin tur vert utførte av andre einingar i kommunen. I vurderinga vert det lagt vekt på ressursane til den enkelte og brukarmedverknad.»

Kommunen deltar i nettverk for koordinerende enheter mellom kommuner og helseforetak.

Forvaltningskontoret treffer vedtak om individuell plan etter helse- og omsorgstjenesteloven, og er kjent med andre relevante lover som barnevernslov og opplæringsloven.

Det kommer fram i samtale at individuell plan og koordinator ivaretas av Forvaltningskontoret. Det blir vist til at det er leder for forvaltningskontoret sitt ansvar. Det kommer videre fram at brukernes ønsker skal vektlegges, og at forvaltningskontoret skal ivareta dette.

Koordinerende enhet oppnevner koordinatører eller ber enhetene om å gjøre dette. Forvaltningskontoret har gjennomført litt veiledning og opplæring av koordinatører.

I notat knyttet til innføringsprosjekt ACOS IP (elektronisk individuell plan) er det blant annet fokus på koordinatorrollen. Det kommer der fram at det kan være utfordringer knyttet til denne rollen, alt fra å finne en koordinator til å fylle rollen på en god måte.

Det kommer fram i samtale at behov for individuell plan og koordinator oppstår på forskjellige måter. I kartleggingssamtale skal kommunen informere om individuell plan, jf. kommunens kartleggingsskjema. Kommunen har sjekklister i kartleggingsskjema og sikrer dermed at det blir gitt informasjon om individuell plan.

Det kommer fram i samtale at det ikke er alle som trenger individuell plan. Kommunen får henvendelse fra mange (ulike) angående behov for individuell plan. Brukere kan også få andre type planer som behandlingsplan, tiltaksplan, rehabiliteringsplan jf. avsnitt 6.2.2.

Det er samarbeid med IKT Orkide om utvikling av system for individuell plan på nett. (elektronisk individuell plan - skytjeneste)

Det kommer fram i samtale at det er lite snakk om individuell plan og koordinator.

Fræna kommune orienterer om [individuell plan og koordinator](#) på sin hjemmeside. Det går ikke fram av hjemmesiden hvor man skal henvende seg.

Det går fram av KOSTRA at 10,9 % av brukere i Fræna kommune har individuell plan i 2013. Fræna kommune ligger litt over gjennomsnittet for kommunegruppe 11 og Møre og Romsdal og noe under gjennomsnittet for landet, jf. tabellen nedenfor.

Tabell 6.1 Andel brukere (eksklusiv langtidsbeboere på institusjon) med individuell plan

KOSTRA funksjon	Kommune		Fræna		Kommune-gruppe 11		Møre og Romsdal		Landet	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
	10,9	10,9	10,5	10,4	9,4	9,9	10,8	11,1		

Kilde: KOSTRA (reviderte tall 27.6.2014)

Det kommer ikke fram at noen så langt har fått oppnevnt koordinator uten å ha individuell plan.

6.2.2 Andre tiltak

I tillegg til individuell plan er behandlingsplan, tiltaksplan, rehabiliteringsplan etc. og ansvarsgrupper sentrale virkemidler som kommunen benytter for å sikre helhetlige tjenester.

Pasienter som skal hjem fra sjukeheim, har møte med fysioterapeut og hjemmetjenesten. Det er møte med sjukehuset knyttet til enkeltpasienter ved behov.

I Budsjett 2014 blir det vist til at brukerne av helsetjenestene ofte har sammensatte behov og at det derfor er viktig med et godt fungerende tverrfaglig arbeid i tiltaksrekke; forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering. (lege-, fysioterapeut-/rehabiliteringstjenester) Det blir pekt på at det er viktig med arenaer der helsepersonell kan møtes og samarbeide om tjenester til beste for brukerne. Det blir videre pekt på at det er en forutsetning at det blir lagt til rette for slikt arbeid, og at det er tilstrekkelig med ressurser til å gjennomføre arbeidet.

Helse-Familie viser i budsjett 2013 og 2014 til samhandlingsreformen og de to nye lovene. Det blir pekt på at dette stiller store krav til lokal organisering, omstilling og tverrfaglig samarbeid. Helse-Familie har etablert Tverrfaglig råd for barn og unge. Enhetsleder for helse/familie leder Tverrfaglig råd for barn og unge. Forvaltningskontoret er med ved behov. Det kommer fram i samtale at enheten Helse-familie skal etablere et internt tverrfaglig forum der også forvaltningskontoret skal delta.

Et eget avsnitt i [PROF-plan 2014-2020](#) omhandler barn og ungdom. Det framgår der at Fræna kommune skal styrke det tverrfaglige samarbeidet for barn og ungdom 0-20 år. Behovet for tverrfaglig samarbeid/tverrfaglig tilnærming blir også understreket knyttet til kreftomsorg, demensomsorg, habilitering/rehabilitering. Planen har videre et eget avsnitt som omhandler samhandling. Det blir pekt på at samhandling skjer mellom og på tvers av ulike nivå, organisasjoner, spesialiteter og profesjoner. Fræna kommune skal jobbe for å bli ledende i samhandling med ulike forvaltningsnivå, for eksempel helseforetaket, økte samhandling med frivillige, organisasjoner og pårørende, tverrfaglig samhandling internt i kommunen der forebygging er sentralt.

Det går fram følgende av kommunens målekart i budsjett 2013:

Strategisk fokusområde	Kritisk suksessfaktor	Måleindikator	Målemetode	Resultatmål	
				Ønska	Nedre
Tenestetilbud/ Brukarar	God koordinering av kommunale Tenester	Brukertilfredsheit ift. koordinering	Brukarundersøking	4,5	4

Kilde: Fræna kommune, målekart i budsjett 2013. Skala: 1 = svært misfornøyd, 6 = svært fornøyd

Det framgår av Budsjett 2014 (rådmannens stab) under ett av kommunens fire fokusområder, tjenestetilbud/brukere, at det skal gjennomføres brukerundersøkelser. Dette er så langt ikke gjennomført.

Det kommer fram i samtale at det ikke er tilstrekkelig fokus på helhetlige tilbud til brukerne.

Det kommer videre fram at det er viktig å sikre koordinering og kompetanse, og at alt for eksempel ikke må innom forvaltningskontoret. Det blir sendt endringsmelding i Gerica ved behov. Tjenestene kan sette i verk tiltak med en gang. Vedtak endres av Forvaltningskontoret i etterkant.

Det kommer fram i samtale at epikrisene fra sykehusene nå kommer via data. Det har blitt en «litt annen verden». Sjukeheimen har vært prøve kandidat for meldingsutveksling med legekantoret og sjukehuset. Kommunikasjon og informasjon om pasienten mottas på e-link. Det kommer fram at elektronisk meldingsutveksling mellom sykehjemmet, legekantoret og sykehjemmet fungerer greit. Det er stort fokus på å dokumentere den helsehjelpen som ytes. Kommunikasjon med helseforetak og andre skal dokumenteres.

Samarbeid med fastlegene

Det framkommer følgende i intern rapport om behov for institusjonsplasser som følge av Samhandlingsreformen fra september 2011:

«Legerollen blir utfordret gjennom samhandlingsreformen. Ny pasientlogistikk gir nye roller og ny ansvarsfordeling. Når kommunene skal ta over pasientbehandling som tidligere har vært gitt på sykehus, må legene tenke nytt og samhandle på nye måter.»

Pasienter på korttidsavdelingen får tilbud om å bruke sjukeheimslegen. Sykehjemslege, sykepleier, fysioterapeut skriver sin dokumentasjon som via fagsystemet gjøres kjent for fastlegen.

Det kommer fram i samtale at samarbeidet mellom hjemmetjenesten og legene er viktig og har blitt bedre. Gjennom meldingsutveksling får en snart svar fra legene. Melding til legene blir sendt via fagsystemet. Det blir vist til at fastlegene har fått en ny rolle, jf. fastlegeforskriften. Legene er ikke ute i så stor grad som en ønsker, men mer enn før.

Fræna kommune fikk ny avtale med fastlegene i oktober 2014. Samarbeidet med kommunen er ikke omhandlet i avtalen. Kommunene har et ansvar for å tilrettelegge for samarbeid og legene har ansvar for medisinsk faglig koordinering og samarbeid jf. fastlegeforskriften. Det kommer fram at kommunen må være mer bevisst og aktiv her framover.

I PROF-planen blir det pekt på at fastlegeforskriften presiserer at fastlegen har et ansvar for sjukebesøk til fastlegen sine pasienter og økt deltakelse i samarbeid med andre faggrupper. Det kommer fram at Fræna kommune skal jobbe for å delta i tverrfaglig samarbeid.

Prosjekt

Kommunen har deltatt sammen med Helse Møre og Romsdal i utarbeidelse med pasientforløp for barn og unge. Kommunen fikk invitasjon til å delta i prosjektet «Samarbeid om pasientforløp og koordinerte tjenester for barn og unge». (Kvalitet i alle ledd – et samarbeidsprosjekt mellom klinikk for barn og unge, Helse Møre og Romsdal, og kommunene Averøy, Fræna, Molde og Smøla.)

Sentralt prosjekt er også samarbeidsprosjektet innenfor palliasjon eller lindrende behandling. Tidligere har kommunen deltatt i prosjekter vedrørende hjertelidelser og kols.

Prosjekt Jordmor@hjem (2012/2013) har vært et tiltak for å ha fokus på endringer med at mer ansvar blir lagt til kommunen. (Budsjett 2014) Det er et samarbeid med Helse Møre og Romsdal for mor og barn som reiser tidlig heim etter fødsel. Kommunen fikk ikke videreført prosjektmidler slik at prosjektet nå er avslutta. Kommunen fikk på plass en del rutiner slik at mødre kan komme hjem etter 48 timer. Det ble utviklet tettere samarbeid med fødeavdelinga. (Melding fra fødeavdelingen kommer på sms på egen telefon.)

Det er etablert en samarbeidsavtale mellom Helse Møre og Romsdal HF og kommunene i Romsdal samt kommunene Eide og Gjemnes i forbindelse med etablering ACT-team som prosjekt. (ACT-tverrfaglige og tverrsektorielle aktivt oppsøkende behandlingsteam). Det er helsedirektoratet som er initiativtaker og finansierer deler av prosjektet. (Kilde: [\(Psykisk helsearbeid\)](#))

Møtestruktur

I 2011 ble det satt ned en gruppe bestående av enhetsledere for institusjon, hjemmetjenesten, helse-familie, kommuneoverlege, folkehelsekoordinator og NAV for å arbeide med samhandlingsreformen. Arbeid med samhandlingsreformen inngår i dag som del av ordinært arbeid. Det er etablert et helseforum som er arvtager.

Hver onsdag er det møte mellom forvaltningskontor, fagkoordinator i hjemmetjenesten, sykehjemslege og fysioterapeut. Det er drøftingsmøte knyttet til tildeling av tjenester. Det kommer fram at det over tid har utviklet seg et godt samarbeid. Det er et ønske om at sykehjemmet også blir representert med sjukepleier i disse møtene. Det blir ellers vist til at det er god dialog med forvaltningskontoret.

Gjennom etablering av forvaltningskontor er vedtakskompetansen samlet. Det kommer fram i samtale at det blir kvalitet i enkeltvedtak både juridisk og faglig. Det skjer en rolleavklaring der en gjør vurderinger i et samarbeid. Myndigheten ligger til forvaltningskontoret.

Ved sjukeheimen er det etablert ny stilling som fagkoordinator som koordinerer tjenestene.

Psykiatritjenesten i NAV Fræna og Eide treffer vedtak om psykiatrisk sykepleietjenester. Hvis det er pasienter som også skal ha andre tjenester, blir dette koordinert i avklaringsmøter.

Det kommer fram at tjenestene tidligere var fragmentert med mange enhetsledere. De tre styrerne for institusjonene møter kommunalsjef en gang hver 14. dag. Kommunalsjef er deres leder etter at stilling som enhetsleder blir holdt vakant. Hver 6. uke er det møte mellom institusjonstjenesten og hjemmetjenesten der sonelederne er med. Det er også ledermøte med rådmannen.

Ulike ledere og fagkoordinator i hjemmebaserte tjenester har møter med forvaltningskontoret hver sjettede uke. I tillegg har alle soneledere i hjemmebaserte tjenester, enhetsleder for hjemmebaserte tjenester, samt merkantil funksjon faste møter annenhver uke. Det blir også vist til at en gjennom arbeidet med ulike planer møtes på tvers av enheter blant annet i forbindelse med oppfølging av PROF-plan.

Det ble som ledd i oppfølging av rusmiddelpolitiske handlingsplan (2012-2016) satt ned en tverrfaglig strategisk, «forebyggende arbeidsgruppe» som skulle holde fokus på det forebyggende arbeidet i kommunen, da særlig med tanke på barn, unge og bedre samkjøring av ulike tiltak i skolen. Leder for denne gruppa vart lagt til Ruskonsulenten på NAV. Folkehelsekoordinator er sekretær.

6.3 Kommunerevisjonens vurdering og anbefaling

Koordinerende enhet, individuell plan og koordinator

Kommunen har etablert koordinerende enhet og legger til rette for individuell plan og koordinator. Det kommer fram at det skjer litt veiledning av koordinator. Det blir vist til at kommunen også bruker andre virkemidler for å sikre koordinerte og helhetlige tilbud til brukere. Det framstår noe usikkert i hvilken grad kommunen legger tilstrekkelig til rette for koordinator også for de som ikke trenger eller ønsker individuell plan.

Tiltak for å sikre koordinerte og helhetlige tilbud

Kommunen har iverksatt ulike tiltak for å sikre koordinerte og helhetlige tilbud. Dette gjelder blant annet samarbeidsprosjekt med helseforetaket. Kommunen kan med fordel bruke samarbeidsavtalen mer aktivt. Samarbeidsavtalen vektlegger helhetlige tilbud til brukerne.

Revisjonens gjennomgang viser eksempel på tiltak på ulike nivå både samarbeid rundt den enkelte pasient/bruker og på ledernivå.

Det kommer fram blant annet i ulike planer at det er ønskelig å videreutvikle det tverrfaglige samarbeidet blant annet samarbeidet med fastlegene.

Gjennom forvaltningskontoret og det tverrfaglige samarbeidet som er etablert rundt dette, framstår det som det blir sikret god kvalitet på vedtakene både juridisk og faglig.

Kommunen har pekt på brukerundersøkelse som aktuelt for å finne ut om brukerne opplever at tjenestene er koordinerte. Brukermedvirkning blir pekt på som viktig. Kommunen bør sikre tilstrekkelig brukermedvirkning i arbeidet med å sikre koordinerte og helhetlige tilbud.

Anbefaling

- Fræna kommune bør videreutvikle arbeidet med å sikre helhetlige og koordinerte tjenester herunder legge til rette for koordinator og tverrfaglig samarbeid.

7 Samarbeidsavtalene

7.1 Problemstillinger og revisjonskriterier

Problemstilling

- Hvordan sikrer kommunen iverksetting av samarbeidsavtalene med Helse Møre og Romsdal?

Oppfølging av avtalene vil til en viss grad også være berørt i de andre kapitlene. Vi vil her ha fokus på om kommunen har system for å sikre iverksetting.

Revisjonskriterier

- Fræna kommune sikrer medvirkning, forankring og ansvar for oppfølging av avtalene.

Revisjonskriteriene tar utgangspunkt i samarbeidsavtalen og helse- og omsorgstjenesteloven. Det går fram av [lov om kommunale helse- og omsorgstjenester](#) § 6-1, at det er ei plikt for kommunene ved kommunestyret å inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket/helseforetaket. Samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. Pasient- og brukererfaringer skal inngå i vurderingsgrunnlaget ved utarbeidelsen av avtalen. Pasient- og brukerorganisasjoner skal medvirke i forbindelse med utarbeidelse av avtalene.

Det framgår blant annet av samarbeidsavtalen at pasient- og brukerorganisasjoner skal medvirke i forbindelse med utarbeidelse, praktisering, oppfølging og endring av avtalen, og at brukermedvirkning som et minimum skal oppfylles ved at synspunkter og tilbakemeldinger som kommer frem gjennom brukerundersøkelser, elderrådet og rådet for funksjonshemmede i kommunen skal tillegges vekt. Partene forplikter seg til å forankre avtalen, involvere og informere. Vi viser til nærmere omtale i vedlegg 2.

7.2 Fakta og beskrivelse

Kommunestyret i Fræna kommune vedtok 13.2.2012, sak 32/2012, samarbeidsavtale med Helse Møre og Romsdal HF. Det var et forhandlingsutvalg som på vegne av kommunene framforhandla avtalene med helseforetaket.

[Kommunestyret](#) vedtok 18.6.2012, sak 64/2012, ulike vedlegg til samarbeidsavtalen.

Det framgår av saksframlegget at det ikke var stor uenighet mellom kommunene og helseforetaket i denne forhandlingsrunden. Det ble senere samme år vedtatt egne avtaler med Rusbehandling Midt Norge.

Høsten 2013 reforhandlet kommunene i Møre og Romsdal og helseforetaket samarbeidsavtalene med vedlegg. Samarbeidsavtalen ble reforhandlet av et partssammensatt utvalg, og behandlet i Overordnet samarbeidsutvalg i Møre og Romsdal.

[Reforhandlet samarbeidsavtale](#) mellom Helse Møre og Romsdal HF og Fræna kommune ble vedtatt av kommunestyret i Fræna, 8.9.2014, sak 27/2014. Følgende vedtak ble truffet:

1. *Fræna kommunestyre vedtar Samhandlingsavtalen mellom Fræna kommune og Helse Møre og Romsdal HF slik den er lagt frem i vedlegg til saken, inklusiv vedlegg 14 om avvikshåndtering og forbedringsarbeid.*

2. *Fræna kommunestyre tar til orientering merknadene forhandlingsutvalget har hatt til vedlegg 12, og forslag om revidering av samhandlingsstrukturen. Vedlegget opprettholdes uendret til revisjonen er gjennomført.*
3. *Rådmannen gis fullmakt til å vedta retningslinjer og prosedyrer som følger av avtalen, dersom disse ikke er av vesentlig eller prinsipiell betydning.*

Egen avtale for avviksrutiner og forbedringsarbeid ble behandlet for første gang. Det skal arbeides videre med samhandlingsstrukturen. Utvidelse av praksiskonsulentordninga har fått tilslutning gjennom vedtak i ROR, og Fræna kommune har gjort administrativt vedtak om å slutte seg til vedtaket. Avtalen med det tidligere rusforetaket skal revideres/integreres ved neste revisjon.

Medvirkning

Eldrerådet er oppretta etter Lov om kommunale og fylkeskommunale eldreråd. Eldrerådet er et rådgivende organ som skal ha til behandling alle saker som gjelder levekåra for eldre. Eldrerådet kan sjøl ta opp saker som angår eldre i kommunen. Protokollen fra rådsmøtet skal følge saksdokumenta til de kommunale organ som tar endelig beslutning i saka.

Kommunalt råd for menneske med nedsett funksjonsevne (2011-2015) er oppretta etter Lov om råd eller anna representasjonsordning i kommuner og fylkeskommuner for menneske med nedsett funksjonsevne m.m.

Det kommer ikke fram i saksdokumenta at Eldrerådet og Kommunalt råd for menneske med nedsett funksjonsevne har behandlet samarbeidsavtalene.

Det kommer fram i samtale at avtalen har blitt lagt fram for Eldrerådet, men at det har kommet for sent til at Eldrerådet kunne påvirke behandlingen i kommunestyret. Det blir påpekt at helseforetaket/sjukehuset legger premissene blant annet når det gjelder tidspunkt for utskrivning av pasientene. Eldrerådet har tatt opp spørsmålet om kompetansen er tilstrekkelig når pasienter blir sendt tidlig heim fra sjukehuset. Eldrerådet har bedt om tall. Dette er saker de vil ta opp igjen. Eldrerådet tok på møte i 2012 opp at utskrivningsklare pasienter fra sjukehus ikke måtte fortrenge folk som har bruk for permanente plasser.

I Årsmelding for 2012 fra Eldrerådet blir det vist til kommunelova der det framgår at Eldrerådet skal få oversendt saker som omfatter interesse- og ansvarsområde til uttale, men at dette ikke har fungert særlig godt, og vidare: *«Dersom det er meininga at Eldrerådet sine synspunkt skal kome fram, må det ha sakene i så god tid at intensjonane i lova vert ivareteke.»* Eldrerådet understreker at sakene måtte komme i så god tid at høring/uttalelse ble reell. Eldrerådet fekk orientering om samhandlingsreformen på eit av møta i 2012, og ville i 2013 ha fokus på Samhandlingsreformen.

Det går fram av Årsmelding 2013 at eldrerådet har bedt inn fagpersoner i kommuneadministrasjonen til å orientere om viktige saker, og at Eldrerådet her har møtt stor velvilje. Eldrerådet skriv også at de ønsker å være i «forkant» av saksbehandlinga, og vidare: *«Det kan vere at sakene kjem noko seint til rådet – reell høyring skjer berre dersom det er mogeleg å påverke vedtaka.»*

Det går fram av Årsmelding 2014 fra Eldrerådet at det fremdeles er «slett rutiner» i å sende aktuelle og relevante saker til rådet, og at rådet må ta seg fram på egen hånd ut fra sakslister og postlister.

Det kommer fram i samtale at Rådet for menneske med nedsett funksjonsevne har ikke hatt samhandlingsreformen eller samarbeidsavtalen til behandling. Rådet har møte når det er saker og får i første rekke saker fra kommunen knyttet til areal/reguleringssaker. Rådet har bedt om et møte med kommuneledelsen i forhold til aktuelle saker, men har så langt ikke fått dette.

Begge råda har behandlet PROF- plan og har gitt uttalelse som følger saka. Rådet for menneske med nedsett funksjonsevne ba i sin uttale spesielt om å få til behandling handlingsplan for oppfølging av planen.

Det kommer fram i samtale at kommunen bidrar til innspill til samarbeidsavtalene gjennom samarbeidet i ROR. Ved utarbeidelse av de første samarbeidsavtalene opprettet ROR et forhandlingsutvalg der Fræna kommune ved kommunalsjefen var representert. Ansvar i Fræna kommune har vært forankret hos kommunalsjef. Kommunalsjef er saksbehandler i kommunen. Kommunalsjef informerer og legger opp til diskusjon internt om avtalen.

Forankring og ansvar

Det framgår av budsjett 2014 at rådmannens stab har et ansvar for samarbeidsavtalene. Det blir pekt på følgende utfordring knyttet til samhandlingsreformen; jobbe med gode rutiner, samarbeidsavtaler og samhandling.

Det kommer fram i samtale at en av de to kommunalsjefene har ansvaret for helheten og hovedansvaret for oppfølging av samarbeidsavtalen med helseforetaket. Det er ingen ansvarfordeling knyttet til de ulike delene (eller hver del) av avtalen.

Det kommer også fram i samtale at samarbeidsavtalene forvaltes av Forvaltningskontoret og at dette er leder for forvaltningskontoret sitt ansvar. Det kommer videre fram at enheten/tjenestene har kunnskap om avtalen i den grad de er involvert. Det blir vist til at det er tett kontakt i disse tilfellene med Forvaltningskontoret.

Det kommer fram at Forvaltningskontoret har særlig ansvar for og forvalter (har særlig fokus på) vedlegg 3 (innleggelse på sjukehus) og 5 (utskrivning fra sjukehus). For avtalens vedlegg 3 og 5 har kommunen laget en sjekkliste. (Kontrollskjema utskrivning fra sjukehus) Det kommer fram i samtalen at det er løpende fokus på avtalen. Kommunen klarer å sikre omløp slik at pasienter ikke blir liggende unødvendig på sjukehuset. Det er god kontroll på tildelingen av plasser, både de som kommer fra sjukehuset og de som venter på korttidsplass. Forvaltningskontoret har godt kjennskap også til avtalens vedlegg 3 b og 5 b (psykisk helse), men det er Eide kommune som fatter vedtak innenfor psykiatri og rus.

Samarbeidsavtalene har egen delavtale om forebygging. Folkehelsekoordinator har ikke fått noe ansvar knyttet til oppfølging av denne.

Fræna kommunes gruppe for forberedelse av samhandlingsreformen hadde i følge samtale fokus på å gi informasjon om avtalene til de i kommunen som hadde behov for dette. Det ble gjennom forvaltningskontoret aktivt informert internt og eksternt, og kommunen var godt forberedt.

Det kommer videre fram at det har blitt orientert om samarbeidsavtalen på personalmøte. Deler av avtalen har blitt gjort kjent for de som trenger det.

Det kommer fram i samtale at enhver myndiggjort medarbeider har ansvar for å sette seg inn i avtalene.

ROR i samarbeid med Orkidé, Sunnmøre Regionråd og Helse Møre og Romsdal skal utarbeide opplegg for presentasjon av avtalen som ledd i opplæringa. Dette vil være et opplæringsopplegg som kommunene får, og der kommunen kan velge ut det som trengs. Fræna kommune tok initiativet. Leder for forvaltningskontoret er med i gruppe sammen med andre kommuner og helseforetaket. Grappa ser på e-læring og har fokus på kommunens rolle og ansvar. Det kommer fram i samtale at det er behov for å sette fokus på noen områder. (Foretakets oppgaver, kommunens oppgaver, IKT etc.)

Det kommer fram i samtale at kommunen er aktiv i forhold til helseforetaket. Kommunalsjef er medlem, og leder for forvaltningskontoret er varamedlem til administrativt [samhandlingsutvalg](#) for Nordmøre og Romsdal.

Kommunen er med i nettverk i regi av Romsdal Regionråd (ROR). ROR har tatt initiativ til møte med Molde sjukehus/Helseforetaket. Det er planlagt to møter i året.

Leder for forvaltningskontoret, enhetsledere (institusjon og hjemmetjenesten) og andre deltar på samarbeidsmøtene. Leder for sjukeheimen har vært med på ulike møter. Det kommer fram i samtale at samarbeidet med helseforetaket hadde en del utfordringer i starten, men at samarbeidet fungerer greit nå. Det er fokus på gjensidige forbedringsområder.

7.3 Kommunerevisjonens vurdering og anbefaling

Fræna kommune har til en viss grad system for å sikre iverksetting av samarbeidsavtalene med Helse Møre og Romsdal. Dette gjelder særlig for delavtalene knyttet til utskrivning og innleggelse av pasienter i sjukehus. (delavtale 3 og 5 somatikk). Med unntak for det overordnede ansvaret og ansvaret for delavtale 3 og 5, framstår ansvarsfordelingen noe uklar.

Fræna kommune har i noen grad lagt til rette for medvirkning og forankring. Fræna kommune har i samarbeid med andre kommuner planer for å sikre opplæring i større grad.

Fræna kommune har ikke lagt til rette for brukermedvirkning. Vi viser til at pasient- og brukerorganisasjoner skal medvirke i forbindelse med utarbeidelse, praktisering, oppfølging og endring av avtalen.

Revisjonen ser noen forbedringspunkter knyttet til medvirkning, forankring og ansvarsfordeling for oppfølging av samarbeidsavtalen som kommunen har inngått med Helse Møre og Romsdal. Brukermedvirkning bør blant annet sikres gjennom involvering av Eldrerådet og Kommunalt råd for funksjonshemma. Ansvarsfordelingen for oppfølging av samarbeidsavtalen med Helse Møre og Romsdal bør vurderes.

Anbefaling

- Fræna kommune bør sikre medvirkning, forankring og vurdere ansvarsfordelingen for oppfølging av samarbeidsavtalen mellom kommunen og Helse Møre og Romsdal.

8 Økonomi

8.1 Problemstillinger

Problemstilling

Hva er de økonomiske virkemidlene og de økonomiske kostnadene for kommunen?

I dette kapitlet vil det være en beskrivelse av økonomiske virkemidler, økonomiske kostnader og kommunens bruk av sjukehus tjenester. Vi har også sett på om kommunen har etablert tiltak og rutiner knyttet til utskrivningsklare pasienter. Vi vil ha fokus på sentrale virkemidler som omfatter betaling for utskrivningsklare pasienter, medfinansiering og midler til øyeblikkelig-hjelp tilbud.

8.2 Fakta og beskrivelse

Generelt

Det framgår av budsjett 2014 at ressurs situasjonen fører til at kommunens planer bare delvis blir iverksatt:

«I PROF-plan 2010-2015 (s 63) var det laga ei oversikt over driftsmessige tiltak som burde setjast i verk. Noko av dette er gjort, men det meste står som ikkje gjennomført på grunn av manglande ressursar.»

Budsjettet for 2014 ble blant annet balansert gjennom følgende tiltak:

- Reduksjon i institusjonstjenesten 2,0 mill. kroner
- Reduksjon i heimebaserte tjenester 1,5 mill. kroner

Regnskapet for 2014 viser et merforbruk innenfor helse og omsorgssektoren:

Tabell 8.1 Regnskap, budsjett og avvik 2014. Tusen kroner (Kilde: Fræna kommune pr 28.1.2015)

Virksomheter i Fræna kommune	Regnskap 2014	Regnskap	Budsjett	Avvik
Institusjonshelsetjenesten		58 172	55 705	2 467
Heimebasert		109 174	107 265	1 909
Helse/familie		42 188	38 874	3 314

Det framgår av budsjett 2015 at det blir lagt opp til en styrking av budsjetttrammene for tjenestene. Dette gjelder i første rekke for institusjonstjenesten.

KOSTRA tall viser at netto driftsutgifter per innbygger til kommunehelsetjenesten og pleie og omsorg ligger noe lavere enn kommunegruppe 11, Møre og Romsdal og Landet, jf. tabell 7 i vedlegg. KSs Nøkkeltalsrapport 2014 viser at netto driftsutgifter til pleie og omsorg i prosent av kommunens totale netto driftsutgifter ligger noe høyere enn landet i 2013.

Fræna kommune har fokus på ressursbruken innenfor sektoren. Både Agenda Kaupang og KS Konsulent har analysert data for Fræna kommune. Vi viser til disse og vil samtidig understreke at KOSTRA- tall må tolkes med varsomhet.

Midler til samhandlingsreformen

Kommunene fikk økte fri inntekter begrunnet med samhandlingsreformen i 2010:

«Kommuneopplegget i statsbudsjettet 2010: «Samhandlingsreformen ... 230 mill. kr av veksten i frie inntekter er begrunnet i arbeidet med å bidra til bedre helse i befolkningen, forebygge sykdom

og sykdomsutvikling, begrense unødvendige innleggelser i sykehus, redusere behandlingsbehov og bidra til at eldre er funksjonsfriske lengst mulig.»

For Fræna kommune innebar dette en vekst i de frie inntekter på anslagsvis 400 000 kroner fra 2010.

Finansieringen av samhandlingsreformen omtales blant annet i [Kommuneprp 2015](#):

«Ved innføringen av kommunal medfinansiering i 2012 fikk kommunene overført om lag 5 mrd. kroner som kompensasjon for den nye oppgaven. Kommunene er over tid tilført midler til medfinansiering også utover dette. I 2010 fikk kommunene økte frie inntekter begrunnet med samhandlingsreformen. I 2012 ble deler av veksten i frie inntekter fordelt til kommuner som fikk mindre gjennom fordeling etter kostnadsnøkkelen enn deres anslåtte utgifter til kommunal medfinansiering og betaling for utskrivningsklare pasienter. Videre har utgifter til medfinansiering inngått i merkostnadene av befolkningsutviklingen som har blitt hensyntatt gjennom den årlige veksten i frie inntekter.»

Det framgår følgende av [budsjett 2012](#) for Fræna kommune:

«Det er mykje uavklart med den nye reforma, men kommunen får ei bruttoløyving for å dekke primært 2 forhold. Medfinansiering av deler av sjukehusinnleggingane frå kommunen og betaling for evt. ferdigbehandla pasientar som ikkje vert henta heim. Kommunen har motteke melding om å konto-innbetaling av 10,2 mill til Helseforetaket for medfinansiering 2012.»

Det framgår av [budsjett 2013](#) og [budsjett 2014](#) at kommunen fikk 13,2 mill. kroner til samhandlingsreformen:

«Kommunen får overført kr. 13,2 mill. for å dekke utgiftene til reforma. Ut over 11 mill. til Medfinansiering av bruk av sjukehusenester, har ein hatt få direkte utgifter. Det vert meldt om auka press spesielt på heimesjukepleien knytt til utskrivne pasientar. Det vert føresett at kommunen greier å vinne inn ei innsparing på 1 mill. kr. på tiltaket i 2013. Desse midla er eingongsoverføring i 2012, 13 og 14 og må ikkje resulterer i permanente kommunale utgifter.»

I tillegg til innføring av egen delkostnadsnøkkel i inntektssystemet ble det også innført en treårig kompensasjonsordning. Ordningen gav de kommunene som er underfinansiert, et tilskudd etter særskilt fordeling. Fræna kommune er én av kommunene som fikk dette tilskuddet jf. engangsoverføringen som det blir vist til ovenfor.

Fræna kommune fikk følgende kompensasjon (Kilde: Statsbudsjettet/KS-modell for skatte- og rammeoverføring):

- 2012: 2,56 mill. kroner
- 2013: 2,64 mill. kroner
- 2014: 2,72 mill. kroner

Siden tilskudd til medfinansiering og utskrivningsklare pasienter ikke er spesifisert i statsbudsjettene etter 2012, har vi utarbeidet et anslag ved å justere med kostnadsdeflatoren (pris og lønnsvekst 3 %) for de påfølgende år.

Tabellen nedenfor viser anslag for tildelte midler i 2012, 2013 og 2014 og kommunens utgifter/betaling til helseforetaket.

Tabell 8.2 Anslag rammeoverføring samhandlingsreformen Fræna kommune – regnskap/utgifter til helseforetaket. (1000 kr)

	2012		2013		2014	
	Overføring	Utgifter	Overføring	Utgifter	Overføring	Utgifter
Medfinansiering	10 200	11 172	10 506	11 963	10 821	13 003
Utskrivningsklare pasienter	440	0	450	0	459	0
Kompensasjon	2 560		2 640		2 720	
Sum	13 200	11 172	13 596	11 963	14 000	13 003

Ser en isolert på disse overføringene og utgiftene til helseforetaket/sjukehuset, har Fræna kommune hatt merinntekter. Mens merinntektene var ca. 2 mill. kroner i 2012, vel 1,5 mill. kroner i 2013, var de ca. 1 mill. kroner i 2014. Kommunen hadde bare utgifter til medfinansiering, og disse var økende fra 2012-2014.

Tabellen nedenfor viser kommunens utgifter i forhold til Fræna kommunes budsjett. I forhold til kommunens budsjett er det samlet for medfinansiering og utskrivningsklare pasienter et mindreforbruk på ca. 1 mill. kroner i 2012 og 2013 og balanse i 2014.

Tabell 8.3 Regnskap og Budsjett Fræna kommune - tusen kroner

Medfinansieringsordningen			Utskrivningsklare pasienter		
År	Regnskap	Budsjett	År	Regnskap	Budsjett
2012	11.172	11.200	2012	215*	1.163
2013	11.964	11.700	2013	55*	1.563
2014	13 003	11.700	2014	126*	1.413

*Inventar og utstyr, medisinsk utstyr, telefon, opplæring etc. Det er ikke betalt ut midler til sjukehuset for utskrivningsklare pasienter. Budsjettposten er redusert med 1mill kroner i 2015 budsjettet.

Medfinansiering ligger i budsjettet under administrasjon og har i forhold til budsjettet en merutgift på 1,3 mill. kroner i 2014. Øyeblikkelig hjelp og utskrivningsklare pasienter ligger under institusjonshelsetjenesten.

Ordningen med medfinansiering blir avvirket fra 2015. Uttrekket fra kommuneramma er basert på beste anslag for faktiske KMF-utgifter i 2015, dvs. utgiftsnivået kommunene ville hatt til oppgava ved uendra ansvar. Det ble foreslått at kommuneramma blir redusert med 5 509,4 mill. kroner i 2015. ([Statsbudsjettet 2015](#))

Ut fra beregningsteknisk dokumentasjon til Prop. 1 S (2014-2015) er det vanskelig å si hvor stort trekket blir for den enkelte kommune. KS har beregnet at reversert kommunal medfinansiering gir et trekk i rammene for 2015 på 10,9 mill. kroner for Fræna kommune. (Kilde: KS-modell for skatte- og rammeoverføring) Kommunen har lagt inn et trekk på 11,7 mill. kroner i budsjettet for 2015. Dette med utgangspunkt i kommunens budsjett i 2014.

Helsedirektoratet har gitt tilbakemelding om «Beste estimat – 2014» for medfinansiering. For Fræna kommune er dette kr 13 003 193. Kommunen er trukket med et A konto beløp (kr 12 775 000), og må dermed betale ekstra kr 228 193.

Midler til ØH-plasser blir trukket fra rammetilskuddet til kommunene. Dette innebærer at alle kommunene får sin andel av trekket uavhengig om de har eget tilbud med tilskudd fra helsedirektoratet og helseforetakene. For Fræna kommunen innebærer dette et trekk i rammen for Fræna komme er anslagsvis kr 90 000 i 2012 og kr 170 000 i 2013 og 2014. Det betyr at samlet trekk for ØH-plasser i 2014 (akkumulert) blir kr 430 000. (Kilde: Fræna kommune)

I tabellen nedenfor gis en samlet oversikt over økonomien knyttet til samhandlingsreformen i 2015 (med unntak for midler til øyeblikkelig hjelp som omtales nedenfor)

Tabell 8.4 Anslag overføring av midler og trekk knyttet til samhandlingsreformen.

Samhandlingsreformen 2015 (tusen kroner)	
Uttrekk medfinansiering	10 929
Uttrekk øyeblikkelig hjelp	171
Uttrekk tilleggskompensasjon	2 722
Rammeoverføring 2014 samhandlingsreformen (anslag)	14 000
Stipulert 2015, justert 2014 med deflator	14 400
Rest (før INGAR) som kommunen sitter igjen med – anslagsvis	578

Formålet med inntektsgarantiordningen (INGAR) er å gi en helhetlig skjerming mot plutselige endringer i rammetilskuddet, og gjennom dette gjøre inntektssystemet mer fleksibelt og forutsigbart.

Oppbygging og drift av **døgntilbud om øyeblikkelig hjelp (ØH)** i kommunene er fullfinansiert gjennom overføring fra Helse- og omsorgsdepartementets budsjett og direkte bidrag fra de regionale helseforetakene. I henhold til avtalen mellom kommunen og helseforetaket, er ØH-tilskuddet kr 2 008 000,- hvert år, frem til 2016. (Fra 2016 skal alle kommunene ha etablert dette tilbudet.) En ØH-hjelp plass ble etablert 11. februar 2013. Den ene senga har hatt et belegg på 30 % og er dermed på landsgjennomsnittet (31 %).

Kommunen mottok tilskudd på kr 2 140 600 i 2014. Det var budsjettet med tilskudd på kr 2 008 000. (en differanse på 132 600 kroner). Regnskapet viser et mindreforbruk på 563 018 kroner. Ansvar for budsjettet er lagt til leder for sjukeheimen.

Kommuner som søkte om, og fikk tilskudd i 2012, 2013 og/eller 2014, får automatisk utbetalt samme beløp (pris- og lønnsjustert) årlig i perioden til og med 2015. ([Helsedirektoratet](#))

Midlene har gått til å dekke utgifter til 2,5 sjukepleierstilling. Utgifter til utstyr og lege er ikke regnskapsført på denne budsjettposten. I forbindelse med etableringen av tilbudet var det krav om økning av legeressursen med 50 %. (Økte fra 50 % stilling til 80 % stilling.)

Det kom fram i samtale at hjemmetjenesten ikke har fått økt ressursen pga. samhandlingsreformen. Det har blitt gjennomført effektivisering av driften blant annet gjennom tiltak som innføring av multidoser og mobilt dokumentasjonsverktøy. ([Budsjett 2014](#))

Andre inntekter og utgifter

Kommunerevisjonen har ikke gitt noen fullstendig oversikt over de økonomiske virkemidlene og de økonomiske kostnadene for kommunen. Kommunen fikk blant annet sammen med andre kommuner i ROR midler til prosjektleder i ROR. Fræna kommune har også fått prosjektmidler til kreftkoordinatorstilling. På den andre siden har kommunen fått økte utgifter til medisin og forbruksvarer.

I statsbudsjettet for 2014 ble 180 mill. kroner av veksten i kommunesektorens frie inntekter grunnlagt med behovet for styrking av **helsestasjons- og skolehelsetjenesten**. Det var også en styrking i statsbudsjettet 2015 av helsestasjonstjenesten, inkludert skolehelsetjenesten og jordmortjenesten. Fræna kommune fikk kr 348 000 i 2014 og kr 777 000 i 2015. Fræna kommune bevilga i 2014 midler til en stilling for å styrke skole og helsestasjonstilbudet. I budsjett 2015 ble det bevilga 500 000 kroner for å styrke skolehelsetjenesten.

Det kom fram i samtale at tilstrekkelig økonomiske midler gjenstår for å sikre gjennomføring av samhandlingsreformen. Det kommer fram at det ikke er samsvar mellom nye oppgaver som følge av samhandlingsreformen, og de økonomiske ressursene. De økonomiske utfordringene er en kontinuerlig sak i kommunen.

Utskrivningsklare pasienter

Kommunerevisjonen har sett spesielt på kommunens tiltak knyttet til utskrivningsklare pasienter blant annet om kommunen følger opp samarbeidsavtalen og har etablert rutiner knyttet til utskrivningsklare pasienter.

Det er følgende hovedkonklusjoner etter første året, årsmelding 2012 Fræna kommune:

«Gjennomføring av samhandlingsreforma og oppstart av øyeblikkelighjelpdøgnopphald går etter plan, kontinuerlig evaluering. Vi har ingen utgifter til helseforetaket pr. dato på utskrivningsklare pasienter. Dette har samanheng med nok tilgang på og effektiv bruk av korttidsplassane, samt at ein har nok tilbod til dei som treng langtidsopphald. Dersom det vert eit misforhold her, vil dette raskt gi seg utslag i at ein ikkje greier å ta imot utskrivningsklare pasienter frå helseforetaket.»
Budsjett 2014

Det framgår følgende av budsjett 2012 for Fræna kommune:

«Det vert lagt opp til å øyremærke 2 institusjonsplassar ved Fræna sjukeheim for å kunne ta i mot pasientar når dei er ferdigbehandla. I utgangspunktet har Fræna kommune høvesvis mange innlegging ved sjukehus, men få ferdigbehandla som ikkje får anna tilbod.»

Det kom fram i samtale revisjonen har hatt med ansatte i kommunen, at kommunen håndterer utskrivningsklare pasienter på en god måte pga. blant annet følgende:

- Forvaltningskontoret var etablert da ordningen om utskrivningsklare pasienter kom, og var i stand til å håndtere dette.
- Forvaltningskontoret har klare kriterier for tildeling av tjenester.
- Det var styring av inntaket med vektlegging av behov.
- Det var kultur for å takle dette i kommune og flinke medarbeidere.
- Det var opplæring i samarbeidsavtalen.

Det kom også fram i samtale at pasienter blir skrevet ut tidligere enn før, og at det ikke er alt som blir opplevd som like greit.

Hvert år siden Samhandlingsreformen ble iverksatt i 2012 har antallet opphold for utskrivningsklare pasienter på sykehus økt kraftig på landsbasis. Kommunene må gi et helse- og omsorgstilbud til stadig flere syke pasienter. Det viser tallene i Samhandlingsstatistikken 2013-14 fra [Helsedirektoratet](#). Fræna kommune registrerer ikke antall meldinger om utskrivningsklare pasienter på bakgrunn av at kommunen har klart å ta imot alle og ikke fått utgifter knyttet til dette.

Kommunen har fått noen regninger som de ikke har akseptert. Kommunen har fått medhold i alle klagene.

Det kom videre fram i samtale at kommunen har fått kritikk for å ha for mange senger, men at det har vært en fordel ved innføring av samhandlingsreformen. Kommunen har lyktes siden kommunen har klart en omlegging og en god utnyttelse av plassene; sentralisering av plasser og etablering av korttidsplasser.

Kommunens bruk av sjukehus – liggetid - medfinansiering

Det kommer fram i samtaler at det har vært en nedgang i **liggetid** ved sjukehusene, og at dette får konsekvenser for kommunen.

Det kommer blant annet fram i Budsjett 2013 at Samhandlingsreforma får virkning for flere av tjenestene i Helse-Familie:

*Kortare liggetid i sjukehusa er eit tema i samband med reforma, også på fødeavd.
Konsekvens: Større press på kommunale tenester som helsestasjon og rehabiliteringstenesta.
Kortare liggetid på fødeavdelingane gjer at nokre av utfordringane som i dag vert handtert på sjukehuset kjem til kommunane. Her vert det lagt opp til tettare samarbeid
Helseregionar/Helseføretak og kommunar.*

Når det gjelder liggetid, har trenden over lang tid vært en nedgang. Gjennomsnitt liggetid i Helse Møre og Romsdal lå i 2012 noe over landet, men var på samme nivå i 2013. (se tabell 2 vedlegg 3) Antall senger er redusert fra 567 til 517 i perioden 2009-2013.

Tabellen nedenfor viser liggetid for pasienter fra Fræna kommune for noen utvalgte klinikker.

Tabell 8.5 Liggetid* for pasienter fra Fræna kommune ved ulike klinikker i Helse Møre og Romsdal 2013

	Psykisk helsevern	Kirurgi Molde	Kvinne-klinikken	Medisin	Rehabilitering
Liggetid	19,8	3,5	3,3	4,5	6,2

*Antall liggedøgn for døgnopphold dividert på antall døgnopphold.

Tendensen en nedgang i liggetid fra 2010 til 2013 med noen variasjoner fra år til år jf. tabell 1 i vedlegg 3.

I langtidsplan/langtidsplan for Helse Møre og Romsdal blir det konkludert med en målsetting om at alle liggetider skal reduseres til et nivå som tilsvarer korteste liggetid for samme diagnose i sammenlignbare helseforetak. (Sykehuset Østfold har til sammenligning gjennomsnitt liggetid på 3,5, mot Møre og Romsdal på 4,1.)

Kostnader per innbygger til **medfinansiering** varierer mellom kommunene. Gjennomsnittet var ca. 1100 kroner i 2012. Det høyeste var over 3000 kroner og det laveste ca. 600 kroner. ([Helsedirektoratet](#)) Fræna kommune lå i 2013 noe over gjennomsnittet, jf. tabellen nedenfor.

Tabell 8.6 Sum kostnader pr innbygger – medfinansiering 2013

	Poliklinikk	Innleggelse	Blanding *	I alt
Fræna	247	844	79	1249
Molde	254	803	79	1235
Vestnes	232	821	107	1251
Rauma	228	732	90	1125

*blanding av poliklinikk og innleggelse Helsedirektoratet

Kostnadene til medfinansiering i Fræna kommune har økt i perioden 2012-2014. Befolkningen i Møre og Romsdal har et «merforbruk» målt i antall pasienter per 1000 innbygger innenfor poliklinisk behandling somatisk jf. tabell 2 i vedlegg 3. (Det motsatte er tilfelle for psykisk helsevern.)

Kostnadene til medfinansiering er størst for innlagte pasienter og i aldergruppen 67-79 år jf. tabell 3 og 4 i vedlegg 3.

Kommunen kan påvirke noen innleggelser, mens andre er upåvirkelige, i alle fall i løpet av en to-tre årsperiode. (professor Terje P Hagen) De viktigste diagnosegruppene der kommunen kan forhindre innleggelse er:

- rehabilitering, lungebetennelser, hjertesvikt, KOLS, palliasjon.

I forbindelse med kommunes oppfølging av PROF-planen har kommunen gjennomgått styringsdata knyttet til blant annet bruk av sykehus. Dette arbeidet er ikke slutført.

8.3 Kommunerevisjonens oppsummering og vurdering

Samhandlingsreformen trådte i kraft fra 2012. Det første året fikk Fræna kommune et tilskudd på 13,2 mill. kroner. Kommunens utgifter til sjukehusa har i årene 2012, 2013 og 2014 vært lavere enn tildelte midler, men i redusert grad.

Ser en isolert på overføring av midler knyttet til medfinansiering og utskrivningsklare pasienter og kommunens utgifter til helseforetaket/sjukehuset, har kommunen hatt anslagsvis merinntekter på ca. 2 mill. kroner i 2012, vel 1,5 mill. kroner i 2013 og ca. 1 mill. kroner i 2014.

Kommunen har ikke hatt utgifter til utskrivningsklare pasienter. Kommunen har hatt en god institusjonsdekning, har arbeidet aktivt og hatt rutiner for å ta imot utskrivningsklare pasienter.

Kommunen har hatt økende utgifter til medfinansiering. Samtidig har kommunen tatt imot sykere pasienter enn tidligere.

Kommunen har etablert ØH-hjelp døgntilbud med en seng som har en utnyttelsesgrad på 30 %. Kommunen får vel 2 mill. kroner per år for dette tilbudet.

Med unntak for ØH-hjelp døgntilbudet har nye tilbud og styrking av tilbudet i første rekke skjedd gjennom effektivisering og prosjektmidler. Kommunen har for eksempel gjennom dette fått flere sykepleierstillinger og stilling som kreftkoordinator.

Kommunen har fått kompensasjonsmidler i tre år og siden medfinansieringsordningen avvikles, får kommunen et trekk i rammene fra 2015. Det er noe usikkerhet knytte til hva kommunen sitter igjen med av midler til å iverksette samhandlingsreformen.

Kommunerevisjonen har ikke utarbeidet noen fullstendig oversikt over alle kommunens kostnader til samhandlingsreformen, og den oversikten som er gitt, bygger på anslag. Det kommer fram fra kommunen at det ikke er samsvar mellom nye oppgaver som følge av samhandlingsreformen, og de økonomiske ressursene.

Det er sykehuslegen som avgjør når en pasient er utskrivningsklar. Det kommer fram i samtale at pasientene blir sendt ut fra sykehuset tidligere enn før blant annet fordi sykehuset kjenner til at kommunen har god kompetanse. Data viser også at liggetiden ved sykehuset går ned, og at helseforetaket planlegger ytterligere nedgang i liggetiden. Dette vil kunne få konsekvenser for kommunen, også økonomiske. Kommunerevisjonen viser til samarbeidsavtalen. Kommunen kan med fordel diskutere disse problemstillingene med helseforetaket.

9 Referanser og kilder

RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon, [Norges Kommunerevisorforbunds hjemmeside](#).
Folkehelseloven
Helse- og omsorgstjenesteloven
Plan- og bygningsloven (PBL)
[Samhandlingsstatistikk 2012-2013](#) – Helsedirektoratet
[Helse og sosialmelding 2013](#) Fylkesmannen i Møre og Romsdal
[Status for samhandlingsreformen – 2012](#) - Helsedirektoratet
[Status for samhandlingsreformen – 2013](#) – Helsedirektoratet
[Helse- og omsorgsdepartementet](#) – kommunal medfinansiering (1)
[Helse- og omsorgsdepartementet](#) – kommunal medfinansiering (2)
[Regjeringen](#) – pressemelding
[Prop. 1 S \(2013–2014\)](#)
Statsbudsjettet 2012 – [inntekter kommunene](#)
Helsedirektoratet [Økonomiske virkemidler i samhandlingsreformen](#)
[Prop. 91 L \(2010-11\) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.](#)
(Til barns beste NOU 2012: 1 - [Kommuneplanprosessen – veileder](#))
Statsbudsjettet 2012 [Helse og omsorgsdepartementet](#)
[Helse og omsorgsdepartementet](#) – om samhandlingsreformen
[Fastlegeforskrift § 20](#)
[Helsedirektoratet](#) styringsdata for kommuner.
[Helsedirektoratet](#) – styringsdata utskrivningsklare pasienter
[Helsedirektoratet](#) – økonomiske virkemidler
[Helsedirektoratet](#) foredrag
[Veileder - Forskrift helsestasjon](#)
[Veileder](#) - Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold
[Veileder](#) for samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner
[Sykehusenes veiledningsplikt – rundskriv](#)
[Samdata 2012](#) Spesialisthelsetjenesten Helsedirektoratet
[Samarbeidsavtale](#) mellom Fræna kommune og Helse Møre og Romsdal.
Rusmiddelpolitisk handlingsplan Fræna kommune 1.7.2012-30.6.2016
Resultat fra brukerundersøkelse i hjemmetjenesten 2014, Fræna kommune
Rapport om behov for institusjonsplasser som følge av Samhandlingsreformen, 2011, Fræna kommune
Informasjon og prosedyrer Øyeblikkelig hjelp-innleggelse Fræna sjukeheim og omsorgssenter, 2013
Kontrollskjema – Utskriving fra sykehus – Fræna kommune
Årsrapport 2012 og 2013 for Fræna kommune
Årsrapport fra Eldrerådet 2012, 2013, 2014
Budsjett 2012/ økonomiplan 2012 – 2015
Budsjett 2013/økonomiplan 2013-2016
Budsjett 2014/økonomiplan 2014-2017
PROF plan (2010) 2015
PROF plan 2014-2020
Kommunal planstrategi 2012-2015 Fræna kommune
Kommuneplanen sin samfunnsdel 2005-2017 Fræna kommune
Kommuneplanens arealdel 2015-2027
Kommunebilde Fræna kommune Fylkesmannen i Møre og Romsdal 27.3.2014
[KSs Nøkkeltalsrapport 2014](#) innenfor pleie og omsorg, Møre og Romsdal
[SØF-rapport nr. 01/13 - SENTER FOR ØKONOMISK FORSKNING AS](#)
[Rapport - KS](#) samhandlingsreformen
[DRG](#) Foreløpig regelverk Innsatsstyrt finansiering 2014
[Analyse kommunal medfinansiering](#) Risør m. fl.
[Samhandlingsreformen KS](#)
[Nasjonal helsekonferanse om samhandlingsreformen 2014](#)
Helse Møre og Romsdal, foretaksmøte 13. februar 2014/ [Styringskrav og rammer 2014](#)
[Langtidsplan/langtidsbudsjett](#) for Helse Møre og Romsdal
[Rapport KS](#) – samhandlingsreformen
[ROR – samhandling - sluttrapport](#)

Vedlegg 1: Samhandlingsreformen

Målet med samhandlingsreformen er bedre folkehelse og bedre helse- og omsorgstjenester på en bærekraftig måte. Strategiene er å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Pasienter og brukere skal få tidlig og god hjelp nærmest mulig der de bor. ([Helsedirektoratet](#))

Samhandlingsreformen ble innført 1. januar 2012. Reformen har sin hovedforankring i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og lov om folkehelsearbeid, og er beskrevet i ulike stortingsmeldinger jf. kap. 11.1. Reformen skal innføres gradvis i løpet av fire år. Målet med samhandlingsreformen er å få et bedre og mer helhetlig helsetilbud. ([Helse og omsorgsdepartementet.](#))

Med utgangspunkt i dagens og fremtidens utfordringer er et av hovedgrepene i Samhandlingsreformen å utvikle kommunerollen, slik at kommunene i større grad enn i dag kan oppfylle ambisjonene om forebygging og innsats tidlig i sykdomsforløpet. Samhandlingsreformen legger til grunn at den forventede behovsveksten i en samlet helse- og omsorgstjeneste fremover i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene. Kommunene gis insitammenter til å fremme god helse, øke den enkeltes mestringsevne, forhindre sykdomsutvikling og begrense innleggelse i sjukehus. Samhandlingsreformen er en retningsreform og reformens målsetninger skal gradvis nås gjennom et sett av virkemidler.

De viktigste økonomiske virkemidlene er kommunal medfinansiering for bruk av spesialisthelsetjenester, overføring av midler fra regionale helseforetak til kommunene knyttet til utskrivningsklare pasienter og innføring av plikt for kommunene til å etablere tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp. I forbindelse med overføring av oppgaver som i dag ivaretas av spesialisthelsetjenesten, skal det også skje en overføring av budsjettmidler fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Regionale helseforetak skal bidra til å etablere lokale tilbud i kommunene der dette er kostnadseffektivt. I tillegg skal en større del av veksten i helsebudsjettene komme i kommunene. ([Prop. 91 L \(2010–2011\)](#) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester)

Det kommer fram i Statsbudsjettet 2012 at kommunene fikk over 5,6 milliarder kroner i 2012 i forbindelse med innføring av samhandlingsreformen. Dette skulle gi kommunene handlingsrom til å løse de nye oppgavene som følger av reformen. Det blir vist til at disse midlene blir overført i tillegg til inntektsveksten for kommunene året etter. Kompensasjonsordningen med ekstra midler i tre år til noen kommuner ble innført, fordi enkelte kommuner kunne ha høyere kostnader ved innføringstidspunktet enn det som fordeling etter kostnadsnøkler fanger opp.

Medfinansiering innebærer at kommunene skal betale en del av regningen når innbyggerne legges inn på sjukehus. Når kommunene er med på å betale for innleggelsene, vil det føre til at de blir mer bevisst på viktigheten av å fremme helse, forebygge sykdom og bygge opp lokale tilbud. Målet er å få kommunene til å ta større ansvar for innbyggernes helse. ([Helse- og omsorgsdepartementet.](#)) Ordningen gjelder ikke for psykiske helsevern, kirurgi, fødsler m.m.

Kommunen skal medfinansiere behandlingen av kommunens pasienter i spesialisthelsetjenesten etter systemet for diagnoserelaterte grupper (DRG-systemet). Medfinansieringsplikten gjelder ikke for innleggelse og polikliniske konsultasjoner gruppert til diagnoserelaterte grupper med følgende hovedinnhold

- a) kirurgiske inngrep
- b) fødsler
- c) behandling av nyfødte barn
- d) behandling av nærmere bestemte kostbare legemidler

Medfinansieringsandelen er 20 prosent av prisen for ett DRG-poeng. Medfinansieringsandelen skal likevel ikke overstige mer enn 20 prosent av inntil fire DRG-poeng for ett enkeltopphold. ([Forskrift](#) om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter § 3 og 4)

Helsedirektoratet har fått et ansvar knyttet til oppgjørsordninger m.m. ([Økonomiske virkemidler i samhandlingsreformen](#)) Oppgjøret for medfinansiering foregår ved at kommunene betaler sin andel til det regionale helseforetaket (RHF) i sin region. Kommunene betaler a konto hver måned. A konto-beløpene er fastsatt av Helsedirektoratet. Hvert tertial foretas en avregning mot faktisk forbruk. ([Kommunerevisoren nr 1-2013](#))

[Regjeringen](#) har besluttet å avvikle ordningen med medfinansiering fra 2015. Det foreslås derfor at kommunerammen reduseres med 5 674,7 mill. kroner i 2015. ([Kommuneopplegget i statsbudsjettet](#)) [Regjeringen](#) foreslår å øke bevilgningene til helsetjenesten med 400 millioner kroner i kommuneproposisjon. Pengene skal brukes til å styrke områdene rus, psykisk helse og helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Betalingsplikten for **utskrivningsklare pasienter** er innført fra første dag pasienten er registrert som utskrivningsklar, for å sikre at kommunene gis et økonomisk insentiv til å etablere tilbud til antatt lavere kostnad. Dette finansieres ved at de regionale helseforetakene får trekk i sine rammer, basert på historiske tall for utskrivningsklare pasienter sammenholdt med betalingsssatsen. Midlene fordeles mellom kommunene etter objektive kriterier i inntektssystemet for kommunene. ([Prop. 91 L \(2010–2011\)](#))

Kommunene fikk finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter på bakgrunn av at for mange utskrivningsklare pasienter ble liggende på sykehus og vente, fordi kommunen ikke har et tilbud til dem. Det ble pekt på at dette ikke er bra for pasientene, og at det er kostbart for fellesskapet. Kommunene overtok det finansielle ansvaret for utskrivningsklare pasienter på sykehus fra første dag. De fikk overført rundt 560 millioner kroner fra sykehusene til å etablere tilbud for disse pasientene. Tilbudene kan blant annet være korttidsopphold på kommunal institusjon eller forsterket oppfølging i hjemmet. Det ble videre pekt på at det for noen kommuner vil det ta tid å etablere tilbud for utskrivningsklare pasienter.

Blant annet følgende framgår av [forskrift](#) om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter:

- *Sykehuset skal vurdere om en pasient som legges inn på sykehus, har behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskrivning fra sykehuset.*
- *Sykehuset skal i så fall varsle kommunen om dette innen 24 timer etter innleggelsen.*
- *Varslet skal omfatte pasientens status, antatt forløp og forventet utskrivningstidspunkt.*
- *En pasient er utskrivningsklar når lege på sykehus vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten. Vurderingen skal være basert på en individuell helsefaglig vurdering, og ulike punkter skal være vurdert og dokumentert i pasientjournalen.*
- *Kommunen skal etter å ha mottatt varsel straks gi beskjed om kommunen kan ta imot pasienten. Dersom kommunen ikke kan ta imot pasienten, skal sykehuset varsles om når et kommunalt tilbud antas å være klart.*
- *Ved utskrivning fra sykehuset skal epikrise eller tilsvarende informasjon sendes det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging.*
- *Kommunen skal betale for utskrivningsklare pasienter som er innlagt i sykehus i påvente av et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud.*

Tilbudet om øyeblikkelig hjelp døgnopphold fullfinansieres ved at midler overføres fra de regionale helseforetakenes driftsrammer til kommunene. Det er lagt opp til at tilbudet fases inn over en fireårsperiode, 2012-2015. I denne perioden gis halvparten av midlene gjennom en egen tilskuddsordning forvaltet av Helsedirektoratet, og den andre halvparten finansieres direkte fra regionale helseforetak/helseforetak. ([Helsedirektoratet.](#)) Helse Møre og Romsdal har i budsjett 2015 forutsett at 8. mill. kroner kommer i 2015 og ytterligere 6,5 mill. kroner i 2016 og har lagt dette inn som trekk i sine rammer.

«Uttrekk av midler ved utbygging av tilbud om øyeblikkelig hjelp Ved beregningen av uttrekket fra kommunerammen i tilknytning til avvikling av KMF er anslått aktivitet knyttet til nye døgntilbud i kommunene holdt utenom, og det foreslås derfor at kommunerammen reduseres med 89 mill. kroner i forbindelse med oppbyggingen av tilbudet om øyeblikkelig hjelp.» ([Kommuneopplegget i statsbudsjettet](#))

Reformen følges nøye opp bl.a. gjennom bredt anlagt følgeforskning i regi av Norges forskningsråd og et forvaltningsmessig følge-med opplegg i regi av Helsedirektoratet. ([Prop. 1 S \(2013–2014\)](#)) Blant annet følgende problemstillinger tas opp:

- Innhold i og effekt av samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak.
- Endringer i de kommunale helse- og omsorgstilbudene, blant annet i fastlegenes rolle.
- Endringer i organisering, tjenestetilbud og ressursbruk i spesialisthelsetjenesten.
- Effekten av de økonomiske virkemidlene.
- Om tjenestene framstår som mer helhetlige og koordinerte for pasientene.

Forskningsrådet plikter å gjøre oppmerksom på forhold som kan bidra til å justere og korrigere mål og virkemidler underveis i prosessen.

Det er undertegnet samarbeidsavtale mellom KS (Kommunesektorens organisasjon) og sentrale helsemyndigheter om gjennomføring av reformen. ([Samhandlingsreformen KS](#)) KS trekker fram tilgangen på tilstrekkelige ressurser og kompetanse som bekymringsområder. Statsråd [Bent Høie](#) i Helse- og omsorgsdepartementet har understreket at reformen ligger fast og at regjeringen ønsker å utvikle den videre i samarbeid med KS og kommunesektoren. ([Nasjonal helsekonferanse om samhandlingsreformen 2014](#))

I oppdragsdokument/styringskrav og rammer til Helse Midt-Norge og Helse Møre og Romsdal blir det sagt følgende om samhandlingsreformen (Helse Midt-Norge, foretaksmøte 7. januar 2014, Helse Møre og Romsdal, foretaksmøte 13. februar 2014/[Styringskrav og rammer](#)):

«Samhandlingsreforma, Nasjonal helse- og omsorgsplan og Stortingets behandling (Innst. 212 S [2009–2010] og Innst. 422 S [2010–2011]) utgjer eit overordna rammeverk og gjev føringar for den vidare utviklinga av den samla helse- og omsorgstenesta. Gode pasientforløp og fleire tenester nær der pasientane bur, er sentrale mål. Helse Møre og Romsdal HF skal bidra til å desentralisere spesialisthelsetenester der dette er tenleg, og til å utvikle og styrkje den kommunale helse- og omsorgstenesta. Viktige verkemiddel er samarbeidsavtalane og den rettleiingsplikta spesialisthelsetenesta har overfor dei kommunale helse- og omsorgstenestene. Omstilling av tenester innanfor somatikk, psykisk helsevern, rusbehandling og rehabilitering som vedkjem kommunane, skal vere synkroniserte slik at dei ikkje blir gjennomførte før kommunane er i stand til å handtere dei nye oppgåvene. Det er ein føresetnad at omstillingane gjev brukarane eit kontinuerleg og minst like godt tenestetilbod som tidlegare. Det krev eit nært samarbeid mellom regionale helseføretak/føretak og kommunane og dessutan med brukarane og organisasjonane deira.

Tenestene innanfor psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling skal vere samordna og tilpassa pasientar med samansette lidingar. Det er eit mål at det blir meir forpliktande samhandling mellom tenestene, både innanfor spesialisthelsetenesta og mellom spesialisthelsetenesta og kommunane. Tenestene bør helst vere tilbydde i nærleiken av der pasienten bur. Det er eit mål at poliklinisk oppbygging innanfor rusbehandling ikkje fører til dårlegare kapasitet for døgntilbud der dette trengst.»

Vedlegg 2: Revisjonskriterier og bakgrunnsinformasjon

Samhandlingsreformens innhold og veivalg er beskrevet blant annet i St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid, Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, Meld. St. 34 (2012–2013) Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar, Meld. St. 16 (2010–2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) og Meld. St. 10 (2012–2013) God kvalitet – trygge tjenester.

Folkehelse – helsefremmende og forebyggende arbeid

Ny lov om folkehelse i kommunene, trådte i kraft 1. januar 2012. Formålet er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse.

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

- opplysninger som statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen gjør tilgjengelig etter §§ 20 og 25,
- kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 og
- kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse

Oversikten skal være skriftlig og identifisere folkehelseutfordringene i kommunen, herunder vurdere konsekvenser og årsaksforhold. Kommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller. Departementet kan gi nærmere forskrifter om krav til kommunens oversikt. ([Folkehelseloven](#) § 5 Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommunen.)

§ 3-3. Helsefremmende og forebyggende arbeid: Kommunen skal ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning. Helse- og omsorgstjenestene skal bidra i kommunens folkehelsearbeid, herunder til oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter folkehelseloven § 5. Helse- og omsorgstjenesten skal arbeide for at det blir satt i verk velferds- og aktivitetstiltak for barn, eldre og funksjonshemmede og andre som har behov for det. [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester](#)

Oversikten etter § 5 annet ledd skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi. En drøfting av kommunens folkehelseutfordringer bør inngå i strategien, jf. plan- og bygningsloven § 10-1. Kommunen skal i sitt arbeid med kommuneplaner etter plan- og bygningsloven kapittel 11 fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet til å møte de utfordringer kommunen står overfor med utgangspunkt i oversikten etter § 5 annet ledd. I samsvar med § 7. *Folkehelseiltak skal kommunen iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer, jf. § 5.* Dette kan blant annet omfatte tiltak knyttet til oppvekst- og levekårsforhold som bolig, utdanning, arbeid og inntekt, fysiske og sosiale miljøer, fysisk aktivitet, ernæring, skader og ulykker, tobakksbruk og alkohol- og annen rusmiddelbruk. Kommunen skal gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom. ([Folkehelseloven](#) § 6. Mål og planlegging)

I ny folkehelselov er planlegging vektlagt som et sentralt virkemiddel i folkehelsearbeidet, og folkehelseloven er tett koblet til plan- og bygningsloven. Plan- og bygningsloven har som formål å fremme bærekraftig utvikling til beste for den enkelte, samfunnet og fremtidige generasjoner. Plan- og bygningsloven skal samtidig fremme helhet ved at sektorer, oppgaver og interesser ses i sammenheng. Planer skal i henhold til plan- og bygningsloven § 3-1 første ledd bokstav f «fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller, samt bidra til å forebygge kriminalitet». Plan- og bygningsmyndighetene skal etter § 1-4 samarbeide med andre offentlige myndigheter som har interesse i saker etter plan- og bygningsloven. [Plan og bygningsloven Folkehelse i planlegging \(Kommuneplanprosessen – veileder\)](#)

Det går fram av [Meld. St. 34 \(2012-2013\) Folkehelsemeldingen](#), kap.1: En stor del av innsatsen for å bedre helsen i befolkningen kan skje innenfor eksisterende økonomiske rammer og administrative systemer. Det viktigste grepet for å få dette til er å legge til rette for å ivareta hensynet til befolkningens helse i politikktutvikling på tvers av sektorer. Effektiv oppfølging av folkehelseloven i kommunene vil imidlertid kreve at folkehelsearbeidet styrkes.

Samarbeidsavtalen mellom Fræna kommune og Helse Møre og Romsdal, vedlegg 10 omhandler samarbeid om forebygging. Samarbeidsavtalen viser til Prp. 91L/2011 der det blir skilt mellom tre nivåer for forebygging: primærforebyggende, sekundærforebyggende og tertiærforebyggende. Formålet er:

- Fremme helse og forebygge sykdom i befolkningen gjennom samarbeid om forebyggende tiltak. Ha oversikt over befolkningens helsetilstand og påvirkningsfaktorer.
- Følgende er et felles ansvar:
- Samarbeide om forebygging av livsstilssykdommer. Videreutvikle lærings- og mestringstiltak med sikte på å føre tiltakene nærmere kommunen. Samarbeid om tiltak for tidlig intervensjon for å forebygge psykiske lidelser hos barn og unge.

Det går fram av samarbeidsavtalen at kommunen skal ha oversikt over helsetilstanden og identifisere faktorer som påvirker helsa. Helse Møre og Romsdal skal bidra med nødvendig data for overvåking av helsetilstanden i kommunen. Kommunen skal videre etablere tverrfaglig samarbeid mellom alle kommunale sektorer for å fremme helse og forebygge sykdom. Helseforetaket skal bidra med nødvendig data for overvåking av helsetilstanden i kommunen, og bistå kommunen i utvikling av lærings- og mestringstjenester/frisklivssentraler.

Fastleger

[Forskrift om fastlegeordning i kommunene – utdrag](#)

§ 8. *Kommunens ansvar for å tilrettelegge for samarbeid.*

Kommunen skal legge til rette for samarbeid mellom kommunen og fastlegene. Kommunen skal legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og andre tjenesteytere og sikre en hensiktsmessig og god integrering av fastlegeordningen i kommunens øvrige helse- og omsorgstjenestetilbud. Kommunen skal legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten.

§ 19. *Medisinskfaglig koordinering og samarbeid*

Fastlegen skal ivareta en medisinskfaglig koordineringsrolle og samarbeide med andre relevante tjenesteytere om egne listeinnbyggere. Dersom en innbygger på listen har behov for langvarige og koordinerte tjenester, plikter fastlegen å informere om, og medvirke til utarbeidelse av, individuell plan og koordinator i kommunen, jf. forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.

Merknader

Til § 19 Medisinskfaglig koordinering og samarbeid, blant annet: Fastlegens koordineringsansvar etter denne bestemmelsen er ikke sammenfallende med koordinators oppgaver etter forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Fastlegen har ansvar for koordinering av de medisinskfaglige tjenester. Rehabiliteringsfasen er inkludert i forløpet. - Andre ledd sier at dersom en innbygger på listen har behov for langvarige og koordinerte tjenester, plikter fastlegen å informere om rettigheter knyttet til individuell plan og koordinator i kommunen. Fastlegen skal medvirke ved utarbeidelse og annen oppfølging av individuell plan for innbyggere på sin liste. Det er kommunen som er ansvarlig for å utpeke en koordinator for den enkelte pasient/bruker. I de fleste tilfeller vil det uansett være behov for dialog og samarbeid mellom fastlegen og koordinatoren.

Koordinerende enhet

Gjennom tidligere forskrift om habilitering og rehabilitering har kommunene og spesialisthelsetjenesten vært pålagt å ha en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering, siden 2001. I lovgiving i forbindelse med samhandlingsreformen, er dette pålegget løftet fra forskrift til lov, jfr. Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-5b. Her tydeliggjøres at enhetene på begge nivåer skal ha «..overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.» ([Helse og omsorgstjenesteloven](#))

Det framgår av [Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator](#) at det skal finnes en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3. Den koordinerende enheten skal bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering. Koordinerende enhet skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Overordnet ansvar for individuell plan innebærer at enheten blant annet skal:

- a) motta meldinger om behov for individuell plan jf. § 23*
- b) sørge for at det blir utarbeidet rutiner og prosedyrer for arbeide med individuell plan.*

De kommunale enhetenes ansvar og oppgaver utdypes slik i Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015 (St. meld. nr16, 2010 -2011):

- «Den koordinerende enheten i kommunen skal sørge for at tjenestene sees i sammenheng og at det er kontinuitet i tiltakene, over tid, uavhengig av hvem som har ansvaret. Enheten skal bidra til at de forskjellige tjenesteyterne samarbeider om planlegging og organisering av habiliterings- og rehabiliteringstilbudene og tilrettelegger for brukermedvirkning»

Individuell plan og koordinator

Retten til individuell plan etter helselovgivningen ble innført i 2001. Dette er videreført i ny lovgivning fra 2012. Bestemmelsene er utdypet i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. *Helsedirektoratet har utarbeidet [forslag til veileder](#) som hadde høringsfrist 1. september 2014.* Individuell plan er også hjemlet i lov om arbeids- og velferdsforvaltningen, lov om sosiale tjenester i arbeids og velferdsforvaltningen samt i barnevernloven. Formålet med individuell plan er å sikre et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Tjenester fra ulike fagområder og sektorer skal samordnes, og det skal arbeides i samsvar med tjenestemottakerens mål.

Pasient og bruker har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan, og det skal legges til rette for dette. Pårørende skal trekkes inn i arbeidet i den utstrekning pasienten og brukeren og pårørende ønsker det.

Vurderingen av hvem som faller inn under kriteriene *langvarig og koordinerte tjenester* beror til en viss grad på skjønn. (*Veileder*) Individuell plan er innført som et virkemiddel for å bidra til et helhetlig, koordinert og *individuelt tilpasset* tjenestetilbud til pasienter og brukere. Kravet om at plikten skal gjelde ved behov for "langvarige" tjenester innebærer ikke at behovet skal være varig, men at det skal strekke seg over et visst tidsrom. Departementet legger til grunn at dette vilkåret i praksis ikke har vært tolket restriktivt, og at det fortsatt bør tolkes slik at det fanger opp de som har et reelt behov for individuell plan og en koordinator. (Prop.91 L (2010-2011))

Helsetjenesten er pålagt en plikt til å utarbeide individuell plan for den enkelte, uavhengig av om det er satt fram krav om dette. (Prinsippet om samtykke fra pasienten eller brukeren gjelder.) [Helsepersonelloven](#) pålegger helsepersonell en plikt til å delta i arbeidet med individuell plan.

Selv om det lovfestes en plikt for det enkelte personell til å delta i arbeidet, må ansvaret for å utarbeide individuell plan være forankret i virksomhetsledelsen på det aktuelle offentlige tjenestenivået. Ansvaret for om planarbeidet lykkes eller ikke kan ikke forskyves til det enkelte personell. ([Prop. 91 L \(2010-11\) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.](#))

Helsepersonell skal snarest mulig gi melding om pasienters og brukeres behov for individuell plan og koordinator, jf. helsepersonelloven § 38a. Det samme gjelder annet personell som yter helse- og omsorgstjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1.

Helsedirektoratet utga i 2008 et tipshefte om individuell plan, jf. IS-1544 *Gjør det så enkelt som mulig*. Her er det gitt eksempler på hvordan utvikling av individuell plan kan medvirke til økt mestring av livet og gi nødvendig bistand fra ulike deler av tjenesteapparatet.

Bestemmelsen om koordinator er tydeliggjort i revidert lovgivning fra 2012. Fram til dette har denne funksjonen vært utledet av forskrift om individuell plan, omtalt som «.en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren». Ny lovgivning åpner også for at pasient og bruker kan få en koordinator, uavhengig av individuell plan, jfr. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 7-2 og lov om spesialisthelsetjenester § 2-5a. I spesialisthelsetjenesten erstattes koordinator bestemmelsen om pasientansvarlig lege. Oppstart av individuell plan og oppnevning av koordinator krever samtykke fra tjenestemottakeren. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av pasient, eller bruker, sikre samordningen av tjenestetilbudet og framdrift i arbeidet med individuell plan. ([Helsedirektoratet – samhandlingsstatistikk 2012-2013](#))

I Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) (samhandlingsreformen) blir det påpekt at det dreier seg om at det vil være en person som gjennom sin ordinære stilling får et særlig ansvar for å være kontaktpunkt for pasienten. I Innstilling til Stortinget (Innst.212 S, 2009-2010) støtter komiteen stortingsmeldingens påpeking av at koordinator kan fylles av flere faggrupper, eksempelvis fastlege, sykepleier, sosionom, fysioterapeut, ergoterapeut eller annet.

Departementet uttaler følgende om koordinator i [Prop. 91 L \(2010-11\) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. \(helse- og omsorgstjenesteloven\)](#):

- Hvis en bestemt person i kommunen utpekes som koordinator, vil pasienten eller brukeren slippe å forholde seg til mange forskjellige personer. På den annen side kan det å overlate koordineringsansvaret til en enkeltperson føre til økt sårbarhet ved fravær mv. En egen enhet eller et team med koordineringsansvar kan være en mer robust måte å ivareta ansvaret på.
- Etter departementets vurdering, og i tråd med høringsinstansenes uttalelser, bør dagens regler om at en bestemt person skal ha et hovedansvar for koordinering og oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, videreføres. I praksis vil dette innebære at vedkommende skal ha en rolle som koordinator, men ikke at vedkommende skal ha et eneansvar for å koordinere tjenestetilbudet. Ansvaret for å utarbeide individuell plan må være forankret hos ledelsen av virksomheten, og **ledelsen må sørge for rammebetingelser som gjør det mulig å fylle en koordinatorrolle**. I enkelte tilfeller kan det være nødvendig å utpeke en stedfortreder.
- Koordinatorrollen skal som i dag innebære at koordinator skal være kontaktperson og ha hovedansvar for å følge opp innspill fra pasient og bruker og pårørende. Koordinator har en viktig rolle i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten, og skal bidra til at pasienten eller brukeren får et "sømløst" tilbud. Det bør ved behov etableres kontakt mellom koordinatorene på de to nivåene. Når koordinator ikke er fastlege, bør det etableres kontakt med fastlegen. I tillegg skal vedkommende ha et hovedansvar for å ta initiativ til og påse at pasienten eller brukeren får et koordinert tjenestetilbud. Dersom ansvarsforholdene for de forskjellige tjenestetilbudene er uklare, må vedkommende ta initiativ for å få nødvendige avklaringer slik at pasienten eller brukeren ikke blir kasteball i systemet.

Skole har ansvar for individuell opplæringsplan. Individuell plan og individuell opplæringsplan er forankra i ulike lovverk. Lovverket er ikke samkjørt, men skoleverket og helsetjenesten skal samarbeide. (Til barns beste NOU 2012: 1) Koordinator er forankra i helse og sosialloven.

Samarbeidsavtale

Det går fram av helse- og omsorgstjenesteloven at kommunene og helseforetaket har plikt til å inngå samarbeidsavtale (§ 6-1). Det framgår av § 6-2 hva avtalen som et minimum skal omfatte. Det er også utarbeidet Veileder samhandlingsavtalene

Det framgår blant annet følgende av samarbeidsavtalene side 2 og 4:

- Forankre avtalen i toppledelsen både i kommunen og Helse Møre og Romsdal HF
- Forankre og involvere på fag- og avdelingsnivå, ved at alle mellomlederne kjenner avtalen og ser til at den blir praktisert i det daglige arbeidet
- Partene forplikter seg til å gjøre avtalen kjent for egne ansatte og brukere. Partene skal også sette av nok ressurser knyttet til medvirkning i de avtalte former for samarbeid, blant annet vedtatte utvalg og koordinerende enhet.
- Partene forplikter seg til å opprette en klar adressat i egen virksomhet som har overordnet ansvar for å veilede og hjelpe ved samhandlingsbehov mellom tjenesteyterne
- Pasient- og brukerorganisasjoner skal medvirke i forbindelse med utarbeidelse, praktisering, oppfølging og endring av avtalen.
- Partene er enige om at kravet til brukermedvirkning som et minimum skal oppfylles ved at synspunkter og tilbakemeldinger som kommer frem gjennom brukerundersøkelser, brukerutvalget ved Helse Møre og Romsdal HF, eldrerådet og rådet for funksjonshemmede i kommunen skal tillegges vekt.

Vedlegg 6 til Samarbeidsavtalen

Sentrale plikter, oppgaver og ansvar **Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering**

1. Formål

Dette vedlegget har som formål å bidra til gode helsetjenester i et helhetlig pasientforløp gjennom gjensidig kompetanseutvikling og kunnskapsoverføring mellom Helse Møre og Romsdal og kommunene. «En av de viktigste forventningene til spesialisthelsetjenesten er å bidra til kompetanseutvikling og kompetanseoppbygging i en forsterket kommunehelsetjeneste. Dette berører en rekke områder, bl.a. forebygging, tidlig intervensjon, behandling av eldre og pasienter med kronisk sykdom, herunder psykisk helsevern og rusbehandling, samt lærings- og mestringsstrategier.» St.meld.nr.47 (2008-2009) S.112, kap.10.2.1)

2. Virkeområde

Dette vedlegget skal regulere samhandlingen mellom partene vedrørende kunnskapsoverføring, informasjonsutveksling, faglig nettverk, felles møteplasser og hospitering. Samhandlingen skal være preget av gjensidighet. Informasjonsutveksling når det gjelder inn- og utskrivning av pasienter er ivaretatt i vedlegg 3a og b,

og 5a og b til samarbeidsavtalen. Informasjon om endring i tilbud og gjensidige forpliktelser rundt dette omtales i vedlegg 1 til samarbeidsavtalen. Faglige nettverk og felles møteplasser kan opprettes blant annet via samhandlingsutvalgene etter innmeldte behov fra fagmiljøene.

3. Lovgrunnlag

- Helse- og omsorgstjenesteloven, Specialisthelsetjenesteloven, Pasient- og brukerrettighetsloven
- Helsepersonelloven, Psykisk helsevernloven

4.1. Felles

Helseforetaket og kommunen skal sørge for at faglig, organisatorisk og mellommenneskelig kunnskap som formidles dem imellom, implementeres i egen organisasjon. Begge parter skal informere koordinerende enhet i helseforetaket om felles møteplasser og faglige nettverk.

4.2. Helse Møre og Romsdal

Specialisthelsetjenesten har veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten og pasient/pårørende. Viser til rundskriv Specialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Plikten er både generell og klinisk rettet mot enkeltpasientforløp, jfr. § 6-3 i spesialisthelsetjenesteloven. Form og innhold på veiledningen avtales mellom partene.

- Gi opplæring og veiledning til pasienter og pårørende som er knyttet til spesialiserte pasientforløp (lærings- og mestringsansvar)
- Legge praktisk og økonomisk til rette for gjensidig hospitering
- Medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helse- og omsorgspersonell
- Ha tilgjengelige praksisplasser, herunder stillinger for leger under spesialisering i allmenntilleggsmedisin
- Opprette og delta i faglige nettverk
- Koordinerende enhet holder oversikt over og informerer om felles møteplasser og faglige nettverk mellom kommunene og helseforetaket
- Samarbeide med kommunen om nødvendig kunnskapsoverføring som sikrer forsvarlighet ved overføring av oppgaver
- Skal sørge for at egne ansatte får påkrevd videre- og etterutdanning

4.1 Kommunen

- Sørge for at egne ansatte får påkrevd videre- og etterutdanning. Gi opplæring og veiledning til pasienter/brukere og pårørende (lærings- og mestringsansvar)
- Legge praktisk og økonomisk til rette for gjensidig hospitering
- Medvirke til undervisning og opplæring av helse- og omsorgspersonell
- Ha tilgjengelige praksisplasser
- Opprette og delta i faglige nettverk

Vedlegg 3: Data

Tabell 1 Opphold og liggetid Helse Møre og Romsdal fordelt klinikker og kommunene Molde, Fræna, Rauma, Vestnes (Kilde: Helse Møre og Romsdal)

Klinikk for psykisk helsevern

	2010		2011		2012		2013	
	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid
Fræna	28	27,36	47	36,62	44	24,39	53	19,83
Molde	278	21,02	302	25,11	306	24,60	352	19,97
Rauma	51	17,41	73	34,42	54	35,69	36	29,25
Vestnes	31	12,58	44	30,95	54	28,44	49	21,82

Liggetid varierer.

Klinikk for kirurgi Molde

	2010		2011		2012		2013	
	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid
Fræna	327	4,30	337	4,15	302	3,54	348	3,54
Molde	983	4,73	931	4,81	906	4,69	946	4,26
Rauma	303	4,44	305	4,40	266	4,14	269	4,00
Vestnes	198	4,85	192	5,11	182	4,21	194	4,33

Liggetid har gått ned.

Kvinneklinikken

	2010		2011		2012		2013	
	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid
Fræna	240	3,58	244	3,59	268	3,56	242	3,33
Molde	704	3,89	717	3,34	699	3,76	706	3,59
Rauma	213	3,70	238	3,12	176	3,29	176	3,31
Vestnes	154	3,47	132	3,23	176	3,11	137	2,75

Liggetid varierer.

Klinikk for medisin

	2010		2011		2012		2013	
	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid
Fræna	483	6,04	475	4,96	553	4,34	583	4,50
Molde	1192	5,60	1334	5,07	1340	5,55	1381	4,76
Rauma	443	5,39	419	5,48	458	4,75	343	5,17
Vestnes	310	5,84	307	5,50	354	5,69	386	5,04

Liggetid varierer.

Klinikk for rehabilitering

	2010		2011		2012		2013	
	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid
Fræna	178	7,04	186	8,56	194	6,70	196	6,21
Molde	495	8,14	505	8,19	483	6,47	545	6,62
Rauma	147	7,84	157	8,73	163	5,75	123	5,91
Vestnes	116	10,63	103	9,98	128	7,67	96	6,96

Liggetid varierer. Lavere i 2012 og 2013 enn i 2010 og 2011.

Tabell 2 SAMDATA 2012 – SAMDATA 2013 – Helsedirektoratet

	Møre og Romsdal		Helse Midt-Norge		Landet	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Antall pasienter per 1000 innbyggere	405		368		353	
Antall pasienter per 1000 innbyggere 67-79 år	616		563		537	
Antall pasienter per 1000 innbyggere 80 år+	732		665		648	
Antall pasienter per 1000 innbyggere – innlagte pasienter	121		122		122	
Antall pasienter per 1000 innbyggere – polikliniske pasienter	377		333		318	
Planlagt opphold i kirurgisk DRG per 1000 innbygger	28		25		25	
Øyeblikkelig hjelp ikke-kirurgisk DRG per 1000 innbygger	108		105		109	
Gjennomsnitt liggetid døgnopphold	4,36	4,1	4,28	4,2	4,13	4,1
Snitt liggetid øyeblikkelig medisinsk hjelp 67-79 år	4,9		4,9		4,7	
Snitt liggetid øyeblikkelig medisinsk hjelp 80 år +	5,2		5,2		4,9	
Andel reinnleggelser totalt innen 30 dager	10,1	10,3	10,1	10,4	10,3	10,4
Andel reinnleggelser totalt innen 7 dager	4,0		4,4		4,6	
Andel reinnleggelser etter medisinsk behandling	10,6		11,2		11,6	
Andel reinnleggelser etter kirurgisk behandling	5,8		7,0		6,9	
Andel reinnleggelser etter medisinsk behandling 67-79 år	13,5		14,2		15,3	
Andel reinnleggelser etter medisinsk behandling 80 år +	14,2		14,9		16,2	
Psykisk helsevern						
Pasienter per 10 000 innbygger 0-17 år /barn og unge	474	498	492	510	513	509
Pasienter per 10 000 innbygger 18 år +/voksne	416	418	422	425	428	426
Årsverk per 10 000 innbygger 0-17 år	28,4	29,1	31,0	30,8	32,0	33,1
Årsverk per 10 000 innbygger 18 år +	37,1	35,8	40,4	39,6	42,4	40,3
Døgnplasser per 10 000 innbygger 0-17 år	2,1	2,3	2,5	2,5	2,7	2,7
Døgnplasser per 10 000 innbygger 18 år +	9,8	9,0	9,7	9,2	10,2	9,7
Årsverk ved somatiske sykehus per 1000 innbygger	14,9	14,6	13,9	14,0	13,6	13,7

Utviklingstrekk:

- Stor grad av stabilitet i bruk og tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester (veksten i antall pasienter i spesialisthelsetjenesten har i hovedsak fulgt veksten i befolkningen)
- Målt per innbygger, viser det generelle bildet av utviklingen i bruk av somatiske spesialisthelsetjenester de siste ti år en reduksjon i døgnvirksomheten og en økning i poliklinisk virksomhet.
- Økning i perioden poliklinikk i perioden 2008-20012: psykisk helsevern 11 prosent, TSB 67 prosent, somatikk 7 prosent.
- Tydelig nedgang i liggetid/oppholdsdøgn i både somatisk spesialisthelsetjeneste og psykisk helsevern. 2008-2012: 17 prosent i psykisk helsevern, 14 prosent innen somatikk og 4 prosent innen TSB/ tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer.
- Det har vært en betydelig nedgang i liggetid ved døgnbehandlingen, og andelen døgnopphold for øyeblikkelig hjelp har økt fra 68 til 71 prosent fra 2009-2013.

Gjennom de siste 15 år har antall døgnplasser i det psykiske helsevernet for voksne blitt redusert med 36 prosent. Korrigert for veksten i befolkningen var nedgangen på 45 prosent.

Tabell 3 Antall innleggelser fordelt på aldersgrupper - medfinansiering
Helsedirektoratet**2013**

	Antall innleggelser og konsultasjoner	Summer av Korrigerte DRG-poeng	Summer av Kommunepoeng	Summer av Beregnet kostnad
1548 Fræna	12 545	1 524,023	1 521,455	12 003 367
0-17 år	1 617	130,752	130,752	1 031 555
18-49 år	3 678	269,211	269,211	2 123 913
50-66 år	3 282	363,111	363,111	2 864 728
67-79 år	2 956	484,008	481,440	3 798 273
80-89 år	827	210,422	210,422	1 660 103
90 år eller eldre	185	66,519	66,519	524 795

2014

1548 Fræna	12 970	1 542,215	1 542,215	12 575 838
0-17 år	1 632	122,614	122,614	999 844
18-49 år	4 148	325,466	325,466	2 653 980
50-66 år	3 070	310,641	310,641	2 533 091
67-79 år	3 044	406,306	406,306	3 313 182
80-89 år	876	300,733	300,733	2 452 297
90 år eller eldre	200	76,455	76,455	623 445

Diagnose Relaterte Grupper (DRG) gir en oversiktlig beskrivelse av aktiviteten ved sykehusene. Det er et pasientklassifiseringssystem hvor sykehusopphold eller polikliniske konsultasjoner i somatiske institusjoner klassifiseres i grupper som er medisinsk meningsfulle og ressursmessig tilnærmet homogene. Helsedirektoratet

Tabell 4 Kostnad og opphold 2013 – medfinansiering
Helsedirektoratet

	Polikliniske konsultasjoner	Ordinær innleggelse med overnatting	Blanding *	Annet**	I alt
Fræna					
-opphold	9 679	1098	289	1 479	1 2545
-kostnad	2 376 958	8 114 492	756 735	755 181	12 003 367
Molde					
-opphold	27 636	2 741	709	4 690	35 776
-kostnad	6 599 333	20 816 119	2 052 861	2 569 120	32 037 433
Vestnes					
-opphold	6 118	663	242	1 205	8 228
-kostnad	1 538 307	5 439 055	710.504	601 693	8 289 558
Rauma					
-opphold	6 997	684	211	1139	9 031
-kostnad	1 690 193	5 430 708	665 187	565 725	8 351 814

*Andre spesifikke behandlingstilbud, blanding mellom ordinær innleggelse og poliklinikk.

**Spesifikk polikliniske tjenester og innleggelser uten overnatting.

Tabell 5 Tallet på 67 år og eldre per 100 personer 20-66 år

	2013	2023
Fræna	22,7	30,7
Molde	23,3	29,9
Rauma	30,6	38,6
Vestnes	25,1	34,5
Kristiansund	22,5	30,4
Ålesund	20,7	25,3
Møre og Romsdal	24,7	30,4
Landet	21,5	25,9

Fylkesstatistikk 2013, Møre og Romsdal fylkeskommune.

Tabell 6 Pleie og omsorgstjenesten

Kommune KOSTRA funksjon	Fræna		Kommune- gruppe 11		Molde		Møre og Romsdal		Landet	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Plasser i institusjon i % av innbyggere 80 år og over	23,6	20,5	18,3	18,2	19,1	20,9	19,7	19,4	18,8	18,8
Andel plasser i institusjon og heldøgnsbemannet bolig i prosent av befolkningen over 80 år	39	35	29	29	23	25	31	30	29	29
Andel innbyggere 80 år og over som bor i institusjon	20,8	14,4	14,1	13,6	15,9	15,3	15,2	14,8	14,2	13,8
Andel beboere 80 år og over i institusjon	81,5	72,5	75,6	75,1	77,4	73,7	76,4	76,3	71,4	71,0
Andel plasser avsatt til tidsbegrenset opphold	16,7	24,1	15,2	17,1	18,3	21,4	18,3	18,7	16,1	18,1
Andel plasser til skjermet enhet for demens	26,5	19,3	27,4	28,1	13,8	13,0	21,1	21,2	22,8	23,4
Andel plasser satt av til rehabilitering/ habilitering	8,3	9,6	5,5	8,9	3,3	3,1	5,6	8,7	5,4	7,4
Andel plasser i enerom i pleie og omsorgsinstitusjoner	98,5	92,8	94,7	95,1	90,7	80,2	93,9	92,7	93,5	93,9
Mottakere av hjemmetjenester pr 1000 innbygger 0-66 år	20	21	24	25	15	16	20	20	19	19
Mottakere av hjemmetjenester pr 1000 innbygger 67-79 år	89	84	82	80	66	59	78	72	74	71
Mottakere av hjemmetjenester pr 1000 innbygger 80 år og over	399	394	359	359	306	303	349	347	338	336
Andel av alle brukere som har omfattende bistandsbehov	29,0	28,9	24,7	24,9	23,1	24,5	26,3	26,7	23,4	24,0

KOSTRA – reviderte tall 27.06.2014

Tall fra **Kostra**, tabell 11.2.8 viser følgende trekk ved tilbudet i Fræna kommune:

- Plasser i institusjon i % av *innbyggere* 80 år+ og andel plasser i institusjon og heldøgnsbemannet bolig i prosent av befolkningen over 80 år ligger over kommunegruppe 11, Møre og Romsdal og landet.
- Andel *innbyggere* 80 år+ som bor i institusjon ligger over kommunegruppe 11 og landet, men noe under gjennomsnittet for Møre og Romsdal.
- Andel *beboere* 80 år+ som bor i institusjon ligger under gjennomsnittet for kommunegruppe 11 og Møre og Romsdal, men noe over gjennomsnittet for landet.
- Andel plasser satt av til tidsbegrensa opphold ligger over kommunegruppe 11, Møre og Romsdal og landet.
- Andel plasser til skjermet enhet for demens ligger under kommunegruppe 11, Møre og Romsdal og landet.

- Andel plasser til rehabilitering/habilitering ligger over kommunegruppe 11, Møre og Romsdal og landet.
- Andel enerom ligger på nivå med Møre og Romsdal, men under kommunegruppe 11 og landet.
- Andel mottakere av hjemmetjenester pr 1000 innbygger 0-66 år ligger noe over Møre og Romsdal og landet, men under kommunegruppe 11.
- Andel mottakere av hjemmetjenester pr 1000 innbygger 67-79 år ligger over kommunegruppe 11, Møre og Romsdal og landet.
- Mottakere av hjemmetjenester pr 1000 innbygger 80 år + ligger over kommunegruppe 11, Møre og Romsdal og landet.
- Andel av alle brukere som har omfattende bistandsbehov ligger på nivå med Møre og Romsdal og over kommunegruppe 11 og landet.

Tabell 7 Prioritering og produktivitet

Kommune KOSTRA funksjon	Fræna		Kommune gruppe 11		Møre og Romsdal		Landet	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Netto driftsutgifter per innbygger i kr til kommunehelsetjenesten	1 659	1746	2279	2394	2158	2190	2041	2132
Netto driftsutgifter pr. innbygger i kr pleie og omsorg	16740	16 961	17590	17855	16 955	17 164	14 899	15 245
Netto driftsutgifter pr. innbygger over 80 år i kr pleie og omsorg	396 401	408 072	323 362	332 602	321 632	330 009	339 635	352 815
Netto driftsutgifter pr. innbygger over 67 år i kr pleie og omsorg	122 573	120 074	111 599	110 506	114 435	113 387	111 789	111 471
Utgifter pr oppholdsdøgn i institusjon	2 896	3100	2 725	2817	2 593	2 662	2 774	2 907
Korrigerte brutto driftsutgifter, institusjon pr kommunal plass	843 980	958 839	914 564	941 835	872 472	906 965	967 882	994 850
Korrigerte brutto driftsutgifter, pr mottaker av hjemmetjeneste	238 240	252 803	214 131	218 692	223 494	237 312	211 435	221 125

Reviderte tall 27.06.2014. (Korrigert for dobbeltføringer som skyldes viderefordeling av utgifter(internkjøp mv.)

Tabell 8 Personell

Kommunegruppe KOSTRA funksjon	Fræna		Kommune gruppe 11		Molde		Møre og Romsdal		Landet	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
2012 – 2013	12	13	12	13	12	13	12	13	12	13
Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/fagutdanning	77	74	74	74	72	73	75	76	74	74
Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/ fagutdanning fra videregående skole	46	45	43	43	33	33	42	42	41	41
Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/ fagutdanning fra høyskole/universitet	30	29	31	39	39	39	32	33	33	34
Årsverk eks fravær i bruker-rettede tjenester pr mottaker	0,49	0,54	0,48	0,59	0,65	0,65	0,49	0,51	0,48	0,49
Legeårsverk per 10 000 innbygger*	9,0	10,1	11,1	9,9	10,5	10,5	10,5	10,7	9,9	10,2
Fysioterapiårsverk per 10 000 innbygger*	6,7	6,6	9,4	9,9	10,0	8,4	8,3	8,8	8,8	8,9
Legetimer pr uke pr beboer i sykehjem	0,61	0,62	0,41	0,30	0,36	0,38	0,41	0,43	0,43	0,46
Fysioterapitimer pr uke pr beboer i sykehjem	0,08	0,08	0,28	0,30	0,28	0,25	0,25	0,36	0,36	0,38
Årsverk ergoterapeuter pr 10 000 innbygger**	2,0	1,0	2,9	3,3	3,0	2,6	2,6	3,2	3,2	3,4
Årsverk psykiatrisk sykepleier pr 10 000 innbygger**	3,7	4,0	4,8	9,7	9,6	5,1	5,2	4,1	4,1	4,2
Årsverk jordmødre pr 10 000 fødte	90,9	125	78,1	59,5	-	72,1	64,2	46,3	46,3	47,9

KOSTRA Reviderte tall per 27.06.2014 * kommunehelsetjensten, **(khelse og plo)

Kostra-tall sammenligner kommunen med andre kommuner, kommunegruppen og gjennomsnittstall for landet. Disse sammenligningene må brukes med varsomhet, fordi det kan være ulike og spesielle forhold i de enkelte kommunene. Det kan også være ulik rapportering i kommunene.

Vedlegg 4: Årsrapport 2014 – God Helse Partnerskapet

Fræna kommune.

Innbyggertall: 9787

Folkehelsekoordinator Ragnhild Aas Mørkøre

1. Samfunnsutvikling for en god start i livet:

Barnehage: Våre 9 barnehager har et godt innarbeidet syn på forebyggende folkehelse for de minste barna, og jobber stadig med å forbedre seg innen ulike områder. I Fræna har vi de siste åra jobbet med å gjøre terskelen lavere mellom hjelpeapparat og barnehagene. Vi har mellom annet utarbeidet egne brosjyrer og rutineskjema for våre barnehager i samarbeid med egen Helsestasjon, folkehelsekoordinator og Kompetansesenteret for Rus. Vi har også opprettet en egen ringetid mellom Barnevernet og barnehagene, der de kan ringe inn og få råd i anonyme saker. I tillegg har vi også et tverrfaglig råd i kommunen som jobber spesielt med saker knyttet til å løse situasjoner/konflikter rundt barn og unge.

Helsestasjon: Ammekyndig Helsestasjon fra starten av 2014. Hjemmebesøk av jordmor innen 48 timer etter fødselen på virkedager, og alle får også hjemmebesøk av helsesøster innen 14 dager. Dette skal sikre en god start for de nyfødte og familien.

Aktiv på Søndag/Barnas Turlag: Et lavterskeltilbud til barnefamilier som vi har arbeidet med siden 2008. Vi har ca 12 turer i året, der vi introduserer ulike aktiviteter som man ikke alltid ellers får prøve seg på. Alt er selvfølgelig gratis og uten påmelding. Fokuset er på vanlig turaktivitet med innslag av bål, grilling, kajakk, klatring i trær, fiske, skøyter, ski, sykkel, spikking og masse fri lek.

Ungdomsrådet: Ungdomsrådet jobber aktivt med saker som angår barn og unge. De uttaler seg om kommunereform, skolesammenslåing, rusforebygging, sosiale møteplasser, busstilbud i distriktene, m.m. UKM blir planlagt og arrangert av Ungdomsrådet og Kulturavdelinga, og hvert år står mange flinke artister på scenen for første gang på lokalmønstringen. Også unge kunstnere debuterer i vår UKM-utstilling, og det er flott at disse får en arena å vise seg frem på.

2. Helsevennlig Arbeidsliv:

Fræna Frisklivssentral: Fræna Friskliv ble etablert i 2012, og har hatt et jevnt trykk med deltakere siden. Her fokuseres det på livsstilsendringer innen trening, kosthold og røykeslutt. I 2014 har fokuset vært særlig på diagnosegruppene Diabetes, Kols og Kreft. Vi arrangeres Bra Mat-kurs, Diabeteskurs, kurs i depresjonsmestring og Livslystkurs for når livet røyner på.

Gnisten: Gnisten er kommunens dagsenter innen rus- og psykiatritjenestene, og har i 2014 virkelig fått opp øynene for at trening og friluftsliv kan bistå med positive endringsprosesser for sine brukere. De har opprettet egen trening/friluftslivgruppe som er på varierte turer gjennom hele året, og har fått seg egen treningstid i Frænahallen. De hadde med seg en stort følge av deltakere på årets Sommerfestival på Hove Leir, som er en ukes treningsfestival. Dette gav stor mersmak og nyvunnet mestringsfølelse, som igjen resulterte i større treningsiver i det daglige. Et flott tiltak på veien tilbake til arbeidsliv og en god hverdag!

3. Aktiv, frisk og trygg alderdom:

Aktiv på Dagtid: Aktiv på Dagtid startet i 2006 og har nå et godt og bredt tilbud gjennom hele uka til folk i Fræna. Med to svømmegrupper, helsestudiogrupper, spinning, egentrening, turgruppe, ridegruppe og i år også kajakkgruppe, føler vi at vi treffer mange ulike deler av befolkninga. Aktiviteten og popularitet har bare økt med årene og turgruppa vår er den absolutt største, med opp til over 60 personer på tur hver torsdag.

4. Trygt og Helsefremmende fysisk miljø

Turstier og løyper: Samarbeid om turstinetet er av viktig karakter for folkehelsearbeidet, og aktiverer både Bud Velforening, Fræna Jeger- og Fiskerforening og flere andre foreninger og enkeltpersoner. Herunder kommer også arbeidet med Stikk-UT, og skilting og merking av løypenett. Et stort arbeid er lagt ned de siste årene, og vi ser at bruken av turstier og løypenettet øker for hvert år. Gjennom medlemskapet i Friluftsrådet har kommunen også fått tilgang på midler fra Gjensidiges nasjonale «Turskiltprosjekt».

5. Inkludering og deltakelse i kultur og frivillige organisasjoner

Fræna Frivilligsentral ligger til Kulturavdelingen og har god kontakt med lag og foreninger av ulik karakter i kommunen. Arrangerer også flere eldre-kaféer, språkkafè, besøkstjenester og annen hjelp til private. Kulturavdelinga har ellers et utstakt samarbeid med frivillig sektor, spesielt gjennom prosessene rundt spillemidler, tilrettelegging av anlegg og friområder, idrettsråd, utleie av Frænahallen, m.m. Vi har nå også opprettet et årlig dialogmøte mellom Kulturavdeling, Frivilligsentral og lag/foreninger i Fræna, slik at mer og bedre samarbeid mellom frivillig og offentlig sektor kan få grobunn.

6. Organisering og samhandling, et kunnskapsbasert folkehelsearbeid

Helseoversikt: Arbeidet kom skikkelig i gang etter at flere fra administrasjon og ledelse deltok på «Styringskurs for Samhandlingsreformen». Herfra videreutviklet vi en helseoversikt, som vi jobber videre med gjennom hele året. Dette ble også en del av arbeidet med rullering av handlingsplanen for PROF-tjenestene i kommune.

Kompetanseheving av ansatte innen folkehelse og planlegging: Dette året har 3 stk. fra vår kommune tatt studiet «Helse og Omsorg i Plan» ved Høgskulen i Volda. Vi har nå 4 stk. som har fullført studiet, alle fra ulike avdelinger. Dette skaper tverrfaglighet og bedre samarbeid. I tillegg til at Folkehelsekoordinator er trukket inn i «Planforum» som fast medlem. I tillegg har vi arrangert kurs i Motiverende Intervju-samtaleteknikk for de som jobber i Hjemmetjenestene.