
**KOMMUNEREVISJONSDISTRIKT 2
MØRE OG ROMSDAL**

Forvaltningsrevisjonsrapport

Samhandlingsreformen

i

Neset kommune

25.10.2015

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	7
2.1	BAKGRUNN.....	7
2.2	PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER.....	7
2.3	AVGRENSING AV UNDERSØKELSEN.....	8
2.4	METODE OG DATA	8
2.5	HØRING	8
3	NESSET KOMMUNE.....	9
3.1	UTVIKLING AV TJENESTER OG KOMPETANSE	9
3.2	ØKONOMI	12
4	FOLKEHELSEARBEIDET	14
4.1	PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER.....	14
4.2	FAKTA OG BESKRIVELSE.....	15
4.2.1	<i>Folkehelse i planlegging i Neset kommune.....</i>	<i>15</i>
4.2.2	<i>Tiltak for å fremme folkehelse herunder tverrfaglig samarbeid.....</i>	<i>19</i>
4.3	KOMMUNEREVISJONENS VURDERINGER OG ANBEFALINGER.....	22
5	KOORDINERTE OG HELHETLIGE TJENESTER.....	23
5.1	PROBLEMSTILLING OG REVISJONSKRITERIER	23
5.2	FAKTA OG BESKRIVELSE.....	24
5.2.1	<i>Koordinerende enhet, individuell plan, koordinator.....</i>	<i>24</i>
5.2.2	<i>Andre tiltak for å sikre helhetlige tilbud og koordinerte tjenester</i>	<i>26</i>
5.2.3	<i>Samarbeidet med helseforetaket/sjukehusa.....</i>	<i>28</i>
5.3	KOMMUNEREVISJONENS VURDERINGER OG ANBEFALINGER.....	32
6	SAMARBEIDSAVTALEN MED HELSE MØRE OG ROMSDAL.....	34
6.1	PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER.....	34
6.2	FAKTA OG BESKRIVELSE.....	35
6.2.1	<i>Samarbeidsavtalen mellom Neset kommune og Helse Møre og Romsdal.....</i>	<i>35</i>
6.3	KOMMUNEREVISJONENS VURDERINGER OG ANBEFALINGER.....	38
7	REFERANSER OG KILDER	39
	VEDLEGG 1 SAMHANDLINGSREFORMEN.....	40
	VEDLEGG 2 REVISJONSKRITERIER OG BAKGRUNNSINFORMASJON.....	44
	VEDLEGG 3 DATA	48
	VEDLEGG 4 FOLKEHELSETILTAK	51
	VEDLEGG 5 SENTRALE TJENESTER I NESSET KOMMUNE	53

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:

- Neset kommune bør i folkehelsearbeidet sikre bedre sammenheng mellom kommunens helseutfordringer, mål og strategier og rapportering.
- Neset kommune bør i arbeidet med å sikre helhetlige og koordinerte tjenester vurdere om funksjonen som koordinator og koordinatorfunksjonen for den enkelte bruker/pasient, blir tilstrekkelig ivaretatt.
- Neset kommune bør opprettholde og videreutvikle samarbeidet med Helse Møre og Romsdal for å sikre koordinerte og helhetlige tilbud til pasienter/brukere.
- Neset kommune bør sikre medvirkning, forankring og klargjøre ansvarsfordelingen for oppfølging av samarbeidsavtalen mellom Neset kommune og Helse Møre og Romsdal.

Innledning

Kommunestyret har vedtatt overordnet plan for forvaltningsrevisjon for 2012–15.

Kontrollutvalget vedtok med utgangspunkt i denne planen å prioritere et forvaltningsrevisjonsprosjekt om «Samhandlingsreformen i Neset kommune».

Samhandlingsreformen ble innført 1. januar 2012. Reformen har sin hovedforankring i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og lov om folkehelsearbeid. Målet med samhandlingsreformen er bedre folkehelse og bedre og mer helhetlig helsetilbud. Den forventede behovsveksten skal i størst mulig grad finne sin løsning i kommunene.

Vurderingene i denne rapporten må sees i lys av at dette er en reform som innføres over tid, i hovedsak i perioden fram til 2016.

Med utgangspunkt i kontrollutvalgets bestilling har revisjonen sett på følgende problemstillinger: (kapittel 4, 5, 6)

- Hva er status for arbeidet med å styrke folkehelsearbeidet i kommunen?
- Hva blir gjort for å sikre at pasient/bruker får koordinerte og helhetlige tjenester?
- Hvordan sikrer kommunen iverksetting av [samarbeidsavtalen](#) med Helse Møre og Romsdal?

Revisjonen har i tillegg beskrevet utvikling av tjenester og kompetanse og økonomi. (kapittel 3)

Rapporten er basert på dokumentanalyse og samtaler med utvalgte personer i kommunen. Det er gjennomført samtaler med forholdsvis få personer. Brukermedvirkning står også sentralt i samhandlingsreformen. Bruker/pasient har ikke vært intervjuet i denne undersøkelsen.

Hva er status for arbeidet med å styrke folkehelsearbeidet i kommunen?

Revisjonen har sett på om Neset kommune har fastsett mål og strategier for folkehelsearbeidet for å møte kommunens utfordringer. Revisjonen har videre sett på om Neset kommune har iverksatt tiltak og etablert samarbeid mellom alle kommunale sektorer.

Folkehelse i planlegging

Neset kommune har integrert folkehelseperspektivet i ulike planer. Kommunen har skissert mål og tiltak, og det rapporteres på folkehelsearbeidet i årsmeldinga. Konsekvenser for folkehelse inngår som fast del i alle saksframlegg.

Kommunen skal fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet til å møte de utfordringer kommunen står overfor med utgangspunkt i oversikt over helsetilstanden. Kommunen har ikke tilstrekkelig oversikt over helsetilstanden. Revisjonen mener kommunen kan sikre bedre sammenheng mellom oversikt over helsetilstanden/utfordringer, mål og strategier og rapportering i forhold til mål og strategier. Samtidig vil revisjonen understreke at det framgår av ulike planer, årsmelding og samtaler at kommunen har stort fokus på folkehelsearbeidet. Kommunen har startet med oversiktsarbeidet som vil danne grunnlag for planer framover.

Tiltak for å fremme folkehelse herunder tverrfaglig samarbeid

Neset kommune har flere folkehelseiltak i ulike sektorer. Kommunen har folkehelsekoordinator og deltar i «God helse partnerskapet» med fylkeskommunen. Med unntak for delfinansiering av folkehelsekoordinatorstillingen, har ikke Neset kommune satt av egne midler, men gjennomfører tiltak innenfor vedtatte økonomiske rammer.

Det skjer tverrfaglig samarbeid blant annet i ulike planprosesser og prosjekt. Neset kommune bør ta vare på det etablerte tverrfaglige samarbeidet og videreutvikle dette, herunder sikre formelle samarbeidsarenaer. Det er en utfordring å sikre at folkehelsearbeidet ivaretas i hele organisasjonen og ikke i for stor grad blir avhengig av enkeltpersoners innsats.

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

Revisjonen har sett på interne forhold i kommunen, blant annet om kommunen har etablert koordinerende enhet og legger til rette for individuell plan og koordinator. Revisjonen har videre sett på om kommunen har andre tiltak for å sikre koordinerte og helhetlige tilbud. Revisjonen har med utgangspunkt i samarbeidsavtalen også sett på samarbeidet med helseforetaket.

Det kommer fram i denne undersøkelsen at Neset kommune vektlegger koordinering og helhetlig tilbud til brukerne. Neset kommune har etablert koordinerende enhet som blant annet skal veilede ansatte som blir valgt som koordinatører for bruker/pasient. Det skjer lite veiledning av koordinatører.

Neset kommune bruker ulike virkemidler for å sikre koordinerte og helhetlige tilbud til brukere, blant annet elektroniske meldinger og faste møtестrukturer også med fastlegene. Det er samarbeid både rundt den enkelte pasient/bruker og på fag- og ledernivå. Det blir framhevet at det i en liten kommune er lett å ta kontakt mellom ulike faggrupper.

Kommunerevisjonens undersøkelse viser at kommunen har flere tiltak og virkemidler for å sikre koordinerte og helhetlige tilbud til brukere. Kommunerevisjonen mener det er forbedringsområder knyttet til bruk av og veiledning av koordinator i henhold til lov, og koordinatorfunksjonen generelt.

Kommunerevisjonens undersøkelse viser at samarbeidet med helseforetaket har utviklet seg i en positiv retning og i samsvar med samarbeidsavtalen mellom kommunen og helseforetaket. Det kommer likevel fram at det er noen forbedringsområder knyttet til inn- og utskrivning av

pasienter i sjukehus. Kommunen har planer når det gjelder hospitering i sjukehus, men har bare i begrenset grad gjennomført dette.

Hvordan sikrer Neset kommune iverksetting av [samarbeidsavtalen](#) med Helse Møre og Romsdal?

Revisjonen har sett på om Neset kommune sikrer medvirkning, forankring/opplæring og ansvar for oppfølging av avtalene.

Denne undersøkelsen viser at Neset kommune har noen system for å sikre iverksetting av samarbeidsavtalen med Helse Møre og Romsdal. Enhetsleder for helse og omsorg har et overordnet ansvar, og koordinerende enhet har et ansvar for delavtaler. Ansvarsfordelingen for andre deler av avtalen bør klargjøres.

Pasient- og brukerorganisasjoner skal medvirke i forbindelse med utarbeidelse, praktisering, oppfølging og endring av avtalen. Neset kommune har ikke lagt til rette for brukermedvirkning knyttet til samarbeidsavtalen. Medvirkning blant noen ansatte skjer i første rekke via møter i Romsdals Regionråd.

Neset kommune har i noen grad lagt til rette for opplæring. Neset kommune samarbeider med andre kommuner og helseforetaket om å lage et opplegg for å sikre opplæring av samarbeidsavtalen mellom kommunen og helseforetaket.

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 til 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 Neset kommune vedtok overordnet plan for forvaltningsrevisjon for 2012–15 i møte 29.3.2012 i sak 37/12. Kontrollutvalget vedtok i møte 8.12.14 i sak 31/14, å prioritere et forvaltningsrevisjonsprosjekt om «Samhandlingsreformen i Neset kommune».

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. Reformen skal innføres gradvis i løpet av fire år. I «Meld. St.26 2014-2015 Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet» blir det pekt på at det var og er bred politisk enighet om utfordringsbildet som ligger til grunn for samhandlingsreformen. Det blir pekt på tre hovedutfordringer:

- Pasienter og brukeres behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok. Tvert i mot opplever brukerne tjenestene som fragmenterte og usammenhengende. I særlig grad gjelder dette brukere med behov for tverrfaglige og sammensatte tjenester fra flere nivåer.
- Tjenestene preges av at de tradisjonelt har hatt stort fokus på behandling av sykdommer og i mindre grad satset på forebyggende arbeid og tidlig intervensjon for å forebygge sykdomsutvikling.
- Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne.

Det blir i stortingsmeldingen vist til at virkemidlene i samhandlingsreformen derfor har hatt som mål å bidra til en mer helhetlig tjeneste, økt fokus på forebygging, og at mer skal gjøres i kommunene når dette gir bedre kvalitet og kostnadseffektivitet. Revisjonen viser til nærmere omtale av samhandlingsreformen i vedlegg 1.

2.2 Problemstillinger og revisjonskriterier

Med utgangspunkt i kontrollutvalgets bestilling har revisjonen utarbeidet følgende problemstillinger for prosjektet:

Problemstilling

- Hva er status for arbeidet med å styrke folkehelsearbeidet i kommunen?
- Hva blir gjort for å sikre at pasient/bruker får koordinerte og helhetlige tjenester?
- Hvordan sikrer kommunen iverksetting av [samarbeidsavtalen](#) med Helse Møre og Romsdal?

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](#)
- [Samarbeidsavtalen](#) mellom Neset kommune og Helse Møre og Romsdal HF.

Revisjonskriterier blir utdypet i rapporten i tilknytning til det enkelte kapittel. I tillegg viser vi til vedlegg 2.

Vi vil i tillegg i kapittel 3 beskrive utvikling av tjenester og kompetanse i kommunen og økonomiske forhold knyttet til samhandlingsreformen.

2.3 Avgrensning av undersøkelsen

Samhandlingsreformen er en retningsreform og reformens målsetninger skal gradvis nå gjennom et sett av virkemidler. Iverksetting skal skje over tid. Dette må undersøkelsen ta hensyn til. Det kan være noe vanskelig å skille mellom samhandlingsreformen og annen utviklingsarbeid. Dette vil i liten grad bli problematisert i undersøkelsen.

Resultater fra flere nasjonale undersøkelser viser at det er utfordringer knyttet til samhandling og brukermedvirkning i helsetjenesten. Både brukermedvirkning og informasjonsutveksling er områder som jevnt over kommer dårlig ut for ulike pasientgrupper. Brukermedvirkning på individ- og systemnivå vil i liten grad blir tatt opp i denne undersøkelsen.

Kommunen har hatt egen [samarbeidsavtale med Rusbehandling Midt-Norge](#). Rusbehandling i Møre og Romsdal er nå overført til Helse Møre og Romsdal. Endring/integrering av tverrfaglig spesialisert rusrelatert behandling inngår i revidert avtale som vil gjelde fra 2016. Revisjonen har holdt samarbeidsavtalen innenfor rus utenfor denne undersøkelsen.

2.4 Metode og data

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

Undersøkelsen er lagt opp som en kombinasjon av dokumentanalyse og intervju. Det er gjennomført samtaler med: rådmann, enhetsleder helse/omsorg, folkehelsekoordinator, økonomisjef, plankoordinator/miljøvernleder, avdelingssjukepleier/leder for hjemmetjenesten og avdelingssjukepleier/leder for sjukeheimsavdeling.

Denne rapporten tar opp ulike problemstillinger. Sett i lys av dette har revisjonen intervjuet forholdsvis få. Revisjonen 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 utkast ble sendt til Neset kommune ved rådmannen i forkant av høringsmøte 7. oktober 2015. Høringsutkast ble sendt kommunen i etterkant av møtet. Rådmannen hadde ikke kommentarer til utkastene utover mindre justeringer som er tatt inn i dokumentet.

3 Nesset kommune

3.1 Utvikling av tjenester og kompetanse

Kommunerevisjonen vil i dette avsnittet beskrive sentrale utviklingstrekk i Nesset kommune etter samhandlingsreformen, men gir ingen fullstendig oversikt over tjenester og kompetanse. Arbeidet knyttet til folkehelse er særskilt omtalt i neste kapittel. I vedlegg 5 gis en oversikt over organisering av sentrale tjenester i Nesset kommune.

Utviklingen fra 2012 på landsbasis blir oppsummert på følgende måte i «[Meld.St.26 2014-2015](#) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet»:

- Årsverkstallene viser en dreining mot høyere kvalifisert personell i de kommunale tjenestene. Veksten er sterkest for sykepleiere med spesialisering, en økning fra 12 til 17 pst. Antallet leger i primærhelsetjenesten har økt med 7,4 pst. Utviklingen i kostnader og årsverk følger imidlertid samme utviklingstakt og retning som i årene før reformen startet. For aktivitetsutviklingen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er det imidlertid et tydelig skifte fra 2012 i retning av økt antall mottakere av korttidsopphold og hjemmetjenester. Tallet på liggedøgn for utskrivningsklare pasienter er kraftig redusert.

[Helse og omsorgsplan 2011-2030](#) ble vedtatt av Nesset kommunestyre 16.6.2011, sak 62/11. I helse- og omsorgsplan blir det vist til mål og føringer i samhandlingsreformen:

- Økt livskvalitet og redusert press på helsevesenet gjennom satsing på helsefremmede og forebyggende arbeid.
- Dempet vekst i bruk av sykehus tjenester ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten – forutsatt like god eller bedre kvalitet, samt kostnadseffektivitet
- Mer helhetlig og koordinerte tjenester til pasienter og brukere gjennom forpliktende samarbeidsavtaler og avtalte behandlingstilbud.

Det blir pekt på at samhandlingsreformen gir føringer om at flere oppgaver vil bli flyttet fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, og at dette i første rekke vil gjelde pasienter med sammensatte lidelser med behov for langvarig og koordinerte tjenester. (KOLS, rus, psykiatri, demens, diabetes, lindrende behandling). Det blir videre pekt på reduksjonen av rehabiliteringsplasser i andrelinjetjenesten, og at utviklingen innebærer at en økt andel av sykehjemsplassene må bli aktive behandlingsplasser.

Kommuneplan 2012-2020 ble vedtatt i Nesset kommunestyre 29.3.2012, sak 030/12. Det står følgende om blant annet samhandlingsreformen i kommuneplanen:

- Det er i dag uklart hvor stort behovet er for institusjonsplasser og kompetanse er etter innføringen av Samhandlingsreformen. Vi har fått tilbud fra Molde kommune om å delta i et interkommunalt lokalmedisinsk senter på Råkhaugen. Så langt er dette utsatt inntil videre av våre politikere i påvente av å høste noen erfaringer fra Samhandlingsreformen.
- Det er og har vært et stort problem å få leger til mindre distrikts-kommuner, og legetilgangen må forbedres dersom flere oppgaver skal legges over til kommunene. I Nesset har kommunestyret gjort vedtak om at vi skal delta i en interkommunal legevaktordning sammen med Molde, Fræna og Eide. Denne ordningen starter i april 2012 og skal i første omgang ha 1 års prøvetid. Et slikt interkommunalt legevakt samarbeid vil være med å redusere vaktbelastningen betydelig for våre leger.

- Kommunen opplever et stadig økende behov for tjenester i brukernes hjem. Det er flere som vil motta sine tjenester i egen bolig. Det er derfor viktig at vi mot 2020 har en langsiktig planlegging på hvordan vi ønsker at omsorgstrappa i kommunen skal være for å kunne gi våre brukere best mulig tilrettelagte tilbud.
- Statistikken viser at Nesset kommune ikke får noen ”eldrebølge” i årene som kommer. Likevel vil en kunne påregne at behovene for de ulike bo- og tjenestetilbudene innenfor helse og omsorgssektoren vil kunne endre seg fram mot 2020. Dette spesielt som en følge av Samhandlingsreformen.

I Kommuneplan 2012-2020 blir kommunens hovedmål for tjenestene, vedtatt i kommunestyret 18.6.2009, omtalt:

- God kvalitet på tjenesten
- Motiverte medarbeidere
- God økonomistyring
- Helhetlig og langsiktig planlegging
- Effektiv og rasjonell drift gjennom bruk av IKT
- God utnyttelse og bruk av kommunale bygg, samt et godt vedlikehold.

Det framgår videre i [økonomiplan](#) 2015-2018 (Vedtatt av Nesset kommunestyre 11.12.2014, sak 111/14) at det i helse og omsorgsplanen er satt opp følgende hovedsatsingsområder, som bl.a. skal følges opp i resultatmål, tiltak og ikke minst handlinger.

- Økt satsing på forebygging, rehabilitering og habilitering
- Styrke tilbudet til demente gjelder tilbud på dag, avlastningstilbud og institusjonstilbud
- Økt fokus på rekruttering av helse og omsorgspersonell
- Økt fokus på koordinering og helhetlig tenking
- Tilrettelegge et tjenestetilbud i kommunen i forhold til de forventinger som ligger i samhandlingsreformen
- Styrke arbeidet i forhold til intern kontroll og saksbehandling.
- Nye heldøgns plasser for tilsyn pleie og omsorg fra ca. 2030.

Det framgår av økonomiplanen at helse og omsorgsplanen er evaluert i juni 2013.

Kommunestyret i Nesset vedtok 26.3.2015, sak 31/15, som ledd i oppfølging av helse og omsorgsplanen at administrasjonen, sammen med en politisk valgt arbeidsgruppe, skal utarbeide detaljprosjekt for utbygginger av omsorgsboliger m.m., institusjonsplasser til demente, dagsenter for demente, rehabiliteringsplasser/opptrening og uteområder. Det skal opprettes prosjektgruppe med brukerrepresentanter.

Kompetanse

Det kommer fram følgende i helse og omsorgsplanen:

- Det vil på de fleste områdene innen helse og omsorgstjenesten bli behov for kompetanseøkning. Samhandlingsreformens intensjoner tilsier at det kreves kompetanseøkning innenfor en rekke fagområder. Det er også behov for kompetanseøkning i forhold til samhandling og ledelse.

Det kommer fram i Kommuneplan 2012-2020 at det er innen helse og omsorg kommunen i framtiden vil ha størst utfordringer med å rekruttere inn ansatte med kompetanse.

Kommuneplanen skisserer følgende retningslinjer/ føringer mot 2020:

- Arbeide for å rekruttere inn kvalifisert personale til enheten, gjerne lærlinger.
- Sørge for kompetanseheving av egne ansatte.

Det framgår av Strategisk kompetanseplan for Helse og omsorgstjenesten i Neset kommune 2015-2016 at blant annet Samhandlingsreformen vil kreve generell økt og spesialisert kompetanse både medisinsk faglig og teknisk kompetanse. I tillegg vil fokus på Folkehelsearbeidet kreve strategisk planlegging og kompetanse. Det framgår av økonomiplanen at strategisk kompetanseplan skal rulleres årlig.

Data fra KOSTRA, se tabell 4 i vedlegg 3, viser at Neset kommune har høyere andel årsverk i brukerrettede tjenester med fagutdanning enn kommunegruppen, Møre og Romsdal og landet med og uten Oslo. Andelen med fagutdanning fra høyskole/universitet økte fra 35 i 2012/2013 til 37 i 2014. KOSTRA viser videre at lege- og fysioterapitimer pr uke pr beboer i sykehjem var lavere enn kommunegruppen, Møre og Romsdal og landet med og uten Oslo.

Det kommer fram i samtale at kommunen har god dekning når det gjelder fagpersonell, og at kommunen er flink til å rekruttere sykepleiere. Det kommer videre fram at det ikke har skjedd noe mer spesialisering etter samhandlingsreformen.

Hjemmetjenesten er organisatorisk slått sammen og har felles leder, blant annet for å sikre god sjukepleierdekning i hele kommunen. Kompetansen blir brukt i hele kommunen etter behov. Det har vært en samkjøringsperiode. Det kommer fram i samtale at det forventes at mer skal gjøres i heimen og hjemmetjenesten er beredt og forberedt på dette. Det blir vist til at sjukepleierdekninga er god. Det er sjukepleiere med langt erfaring og sjukepleiere med spesialisering. Det blir vist til at hjemmetjenesten gjorde mye også før samhandlingsreformen. Pasientene er nå tidligere ute fra sykehuset, og det kreves tettere oppfølging etter for eksempel kirurgiske inngrep. Det kommer fram i samtale at det er økt forventning til kommunen og at hjemmetjenesten klarer å håndtere dette. Kommunen oppdaterer seg i forhold til den teknologiske og medisinske utviklingen, og får veiledning fra sykehuset ved behov.

Det har i hjemmetjenesten vært prosjekt innen hverdagsrehabilitering for noen brukere med gode resultat. Det er behov for oppfølging. Det er fokus på hjelp til selvhjelp. Dette er særlig aktuelt for nye brukere. Det er også fokus på forebygging når det gjelder psykisk helse. Dagsenteret er for eksempel en viktig møteplass. Det kommer fram i samtale at det er utfordringer knyttet til å få personalet til å ha felles og bevisste strategier.

Hjemmetjenesten mangler nattjeneste. Det kommer fram i samtale at det er stort behov for dette. Brukere vil da for eksempel kunne legge seg når de vil, og flere kan i framtiden bo hjemme. Nattevakten på korttidsavdelingen har ansvaret for trygghetsalarmen på natt. De som bor i nærområdet til omsorgssenteret kan betjenes derfra. Det er ellers gjort avtale med familie og personalet (frivillig) slik at tilbudet om trygghetsalarmen fungerer på natt for hele kommunen. Ved spesielle behov kan en leie inn ekstra personalet.

Lederne for de ulike enhetene/avdelingene tilrettelegger innenfor sine rammer. Det kommer fram i samtale at det til tider er et press særlig innen hjemmetjenesten. De sliter med å finne folk, og tjenesten er sårbar ved fravær. På korttidsavdelingen er det færre ansatte per bruker, da pasientene skal ha et mindre pleiebehov enn pasientene på sykehjemsavdelingen. Det er ikke sykepleier hele døgnet. På langtidsavdelingen er det mer folk, og det er sykepleierdekning hele døgnet. Korttidsavdelingen og sykehjemsavdelingen er lokalisert i

samme bygg, så ved akutt situasjoner/behov for sykepleiere på natt kan sykepleier på sykehjemsavdelingen gå over til korttidsavdelingen. De fleste på korttidsavdelingen har vedtak om langtids plass.

Det kommer fram i samtale at sjukeheimen har erfarne sjukepleiere og hjelpepleiere. Ansatte har spesialisering innen geriatri og ressurs sjukepleier innen kreft. Kreftsjukepleier (hjemmetjenesten) brukes også ved sjukeheimsavdelingen. (veiledning) Kompetansen brukes på tvers. Det kommer fram i samtale at det er fordel med liten kommune. Det er lett å ta kontakt. Det er vekt på forebygging blant annet trim og musikkterapeut. Det er nå er flere yngre brukere under 70 år. Det kan være komplekse tilfeller. Disse var før på sjukehus. Blant annet nye behandlingsmetoder gjør at pasienter kan skrives ut tidligere.

Antall eldre er stabil i Nesset kommune, men antall demente øker. I juli 2015 var det fire ledige rom ved omsorgssenteret. Dette svinger litt. Det kommer fram at det kan være utfordring når det er behov for døgnkontinuerlig pleie i heimen.

Kommunen tilrettelegger for å kunne ta flere oppgaver gjennom tilbud om videreutdanning innen blant annet kreft, demensomsorg, palliasjon, jf. Strategisk kompetanseplan for Helse og omsorgstjenesten i Nesset kommune 2015-2016. Kommunen har også fysioterapeut med kompetanse innen hverdagsrehabilitering.

3.2 Økonomi

Kommunerevisjonen vil i dette avsnittet gi noe sentrale data knyttet til økonomien i samhandlingsreformen.

I 2010 fikk kommunene økte frie inntekter begrunnet med samhandlingsreformen. Dette skulle bidra til bedre helse i befolkningen, forebygge sykdom og sykdomsutvikling, begrense unødvendige innleggelse i sykehus, redusere behandlingsbehov og bidra til at eldre er funksjonsfriske lengst mulig. Anslagsvis har Nesset kommune fra 2010 fått lagt til rammen ca. kr 140 000. (Beregnet tilskudd i forhold til antall innbyggere.)

Fra 2012 måtte kommunene betale for utskrivningsklare pasienter i sjukehus som venter på tilbud i kommunen. Ordningen med medfinansiering ble videre innført. Kommunene fikk overført midler og skulle betale en del av kostnadene for pasienter innlagt i sjukehus (unntak for psykisk helse, fødsler m.m.). Medfinansiering ble avvirket fra 2015.

Nesset kommune fikk et tilskudd på 3,9 mill. kroner til medfinansiering og utskrivningsklare pasienter. Tabellen nedenfor viser kommunens anslag for tildelte midler i 2012, 2013 og 2014 og kommunens utgifter/betaling til helseforetaket.

Tabell 3.1 Anslag overføring samhandlingsreformen til Nesset kommune – regnskap/utgifter til helseforetaket. (1000 kr)

	2012		2013		2014	
	Overføring	Utgifter	Overføring	Utgifter	Overføring	Utgifter
Medfinansiering	3 529	3 682	3 648	3 550	3 667	4 028
Utskrivningsklare pasienter	395	0	408	29	410	298
Sum	3 924	3 682	4 056	3 579	4 077	4 326

Kilde: Nesset kommune

Ser en isolert på overføringene av midler knyttet til medfinansiering og utskrivningsklare pasienter og kommunens utgifter til helseforetaket/sjukehuset var kommunens utgifter til

sjukehusa mindre enn overføringene både i 2012 og 2013. I 2014 derimot var utgiftene større enn overføringene.

Etter at medfinansieringsordningen ble avvirket fra 2015, fikk kommunen et trekk i sine rammer og sitter i 2015 igjen med anslagsvis 320 000 kroner i følge økonomisjefen i Neset kommune. (Anslag der det er tatt hensyn til delkostnadsnøkkel for samhandling hvert år.)

Andre midler

Midler til oppbygging og drift av døgntilbud om øyeblikkelig hjelp (ØH-hjelp) i kommunene blir trukket fra rammetilskuddet til kommunene og så delt ut igjen til de kommunene som etablerer et tilbud. Dette innebærer at alle kommunene får sin andel av trekket uavhengig av om de har etablert eget tilbud. For Neset kommune innebar dette trekk i rammen hvert år i perioden 2012-2015. I 2015 var trekket 60 000 kroner. (Kilde: KS-modell for skatte- og rammeoverføring) Ved etablering av tilbud, som er pålagt fra 2016, blir dette fullfinansiert gjennom overføring fra Helse- og omsorgsdepartementets budsjett og direkte bidrag fra de regionale helseforetakene. Helse Møre og Romsdal får dermed et trekk i sine rammer. (18,5 mill. kr i 2015)

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. Neset kommune fikk 100 000 kroner i 2014 og 246 000 kroner i 2015 til styrking av disse tjenestene. Helsedirektoratet viser i «Status for samhandlingsreformen 2014» til at helsestasjons- og skolehelsetjenester er definert som satsningsområder, og at det er en utfordring for mange kommuner å etterleve kravene til denne tjenesten. Det kommer fram i samtale at Neset kommune ikke har styrket tilbudet, men videreført ressursene i en situasjon med reduksjoner ellers i kommunen.

Kommunen deltar i ulike prosjekt og har gjennom dette fått midler blant annet til prosjekt i regi av Romsdals Regionråd. (ROR). Kommunen har videre fått tilskudd til stilling som folkehelsekoordinator gjennom partnerskapsavtale med fylkeskommunen.

4 Folkehelsearbeidet

4.1 Problemstillinger og revisjonskriterier

Problemstilling

Hva er status for arbeidet med å styrke folkehelsearbeidet i kommunen?

Revisjonskriterier

- Neset kommune har fastsett mål og strategier for folkehelsearbeidet for å møte kommunens utfordringer
- Neset kommune har iverksatt tiltak og etablert samarbeid mellom alle kommunale sektorer

Revisjonskriteriene er henta fra samarbeidsavtalen mellom Neset kommune og Helse Møre og Romsdal, folkehelseloven, helse- og omsorgstjenesteloven, plan- og bygningsloven (PBL) og partnerskapsavtalen med Møre og Romsdal fylkeskommune.

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.

Kommunens plikter som følge 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.
- Utarbeide oversikt over helsetilstanden og dei positive og negative faktorane som kan virke inn på den. Oversikta skal danne grunnlag for lokal planlegging.
- Tilsette folkehelsekoordinator i minimum 50 % stilling. Koordinator bør ha ei sentral plassering i organisasjonen, då folkehelsearbeid omfattar heile kommunen si verksemd.

Generelt

I juni 2015 publiserte Riksrevisjonens [rapport](#) om folkehelsearbeidet med følgende konklusjon:

- De fleste kommunene har foreløpig ikke etablert et systematisk folkehelsearbeid.
- Arbeidet med folkehelse og folkehelseiltak er ikke tilstrekkelig kunnskapsbasert.
- Folkehelsearbeidet er ikke godt nok forankret i sektorer utenfor helse.
- Det er behov for å styrke oppfølgingen av det kommunale folkehelsearbeidet.

Lignende funn er gjort av blant andre [Helsetilsynet](#) og [Norsk institutt for by- og regionsforskning](#).

4.2 Fakta og beskrivelse

4.2.1 Folkehelse i planlegging i Neset kommune

I [Helse og omsorgsplanen 2011-2013](#) har fokus på forebyggende arbeid. Det framgår der at målet med folkehelsearbeid er flere leveår med god helse i befolkningen og å redusere sosiale helseforskjeller. Strategiene retter seg mot hele befolkningen. I tillegg til helsesektorens innsatser, ligger påvirkningsfaktorer i alle samfunnssektorer. Eksempler: Utdanning, arbeid, bo – og nærmiljø, ren luft, fravær av støy, gang – og sykkelveier, turstier og friluftsliv, fysisk aktivitet i skolen.

Det blir pekt på utfordringer blant annet knyttet til å benytte personellressurser enda mer målrettet i forhold til det forebyggende arbeid, legge forholdene til rette slik at de fleste kan bo i egen bolig og sikre folkehelseperspektivet i alt plan- og styringsverktøy i kommunen. Det ble skissert konkrete tiltak som samarbeid mellom NAV, skole og helse for å arbeide med frafall i videregående skole.

I [Kommuneplan 2012-2020](#) blir folkehelse omtalt under planforutsetninger. Det blir pekt på at kommunen og lokalmiljøet er den viktigste arenaen for folkehelsearbeid, og at folkehelseloven som trådte i kraft fra 1.1.2012, pålegger kommunen å ivareta folkehelse i alt planarbeid. Det framgår også under retningslinjer/ føringer mot 2020 for helse og omsorg at forebyggende og helsefremmende arbeid skal ha fokus i alt planarbeid.

Det kommer fram i samtale at politisk ledelse var sentral i arbeidet med kommuneplanen, og det ble lagt opp til folkemøter. Det kommer fram at det var mye fokus på arealdelen.

[Kommunedelplan for anlegg hus og område for idrett, fysisk aktivitet og kultur 2013-2016](#), har handlingsplan som rullers hvert år. Kultur, idrett og fysisk aktivitet er et av satsingsområda i vedtatt kommuneplan for Neset. Det blir vist til at dette også er i tråd med nasjonale og regionale føringer for folkehelse og kultur- og idrettsaktivitet. Det kommer fram at det er viktig at alle bygder i kommunen har gode sosiale møteplasser og aktivitetstilbud. Det framgår også av denne planen at folkehelse er overordna i alt planarbeid og videre at kommunen og lokalmiljøet er den viktigste arenaen for folkehelsearbeid.

Det blir vist til samfunnsutviklingen med «dei nye folkesjukdommane» ensomhet, angst, fedme, fysisk inaktivitet, rus, sosiale ulikheter mm. Neset kommune har forpliktet seg gjennom *Folkehelsepartnerskapet*; eit avtalebasert offentlig-privat-frivillig partnerskap der alle sektorane i samfunnet er med. Det er et mål at kommunens kulturarbeid skal stimulere til glede, trivsel og identitet. Det er en kommunal føring at fokus på arbeid og tiltak som fremmer folkehelse skal være gjennomgående i Neset kommune sin virksomhet. Ved støtte til lag og foreninger skal tiltak innenfor helsefremmende arbeid prioriteres.

I planen blir også forholdet til andre kommunale planer som helse- og omsorgsplan, plan for skoleutvikling og ruspolitisk plan tatt opp. Det blir pekt på at helse og omsorgsplan skal bidra til økt livskvalitet og redusert press på helsevesenet gjennom satsing på helsefremmede og forebyggende arbeid. Det skal i tråd med ruspolitisk plan legges vekt på å skape gode møteplasser og tilbud til alle innbyggere med særlig vekt på barn og unge.

Det framkommer i [Kommunal planstrategi 2012-2015](#) at nasjonale og regionale forventninger blant annet er livskvalitet, oppvekstmiljø og folkehelse. Det blir vist til Lov om folkehelse og samhandlingsreformen blant annet kravet om oversikt over helsetilstanden og folkehelse i planarbeid i alle sektorer/fagområder i kommunen.

Møre og Romsdal fylkeskommune uttaler i sin høring blant annet følgende om folkehelse:

- Folkehelselova stadfester at kommunane skal fremje folkehelse innan dei oppgåver og med dei virkemidlar kommunen er tillagt, herunder lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tenesteyting. Til dømes vert det mellom anna viktig å tenke folkehelse innanfor både barnehage, skule, arealplanlegging og eldreomsorg. Helse vert skapt på alle arenaer i livet.

Fylkeskommunen peker på at utfordringene på folkehelseområdet i liten grad er omtalt i planstrategien, og vidare: «Folkehelse bør inn som perspektiv i all planlegging i kommunen, og kommunen bør særleg være oppmerksam på tilhøve som kan utjamne sosial ulikheit.»

Fylkesmannen i Møre og Romsdal gir også uttale angående folkehelse 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.

På bakgrunn av innspill fra fylkeskommunen og fylkesmannen tok Neset kommune inn et eget temapunkt i strategiplanen som beskriver folkehelsearbeidet. Det framgår vidare av planstrategien at det skal utarbeides oversikt over befolkningens helsetilstand i 2013 og 2014.

Det kommer fram i samtale at det nå er fokus på at folkehelse skal ha en sentral plassering. Det blir vidare vist til at folkehelse ikke er noen «trussel» mot andre sektorer. Mange driver med folkehelsearbeid uten at det blir definert som det. Dette gjelder for eksempel tiltak for å sikre bedre vannkvalitet.

Det framgår av [Økonomiplan Neset kommune 2015-2018](#) at folkehelsearbeid skal være sektorovergrepande, og skal drives gjennom tiltak i alle sektorer i Neset kommune, med disse mål:

- trygghet og medvirkning for den enkelte, gode bomiljø og gode oppvekstsvilkår for barn og unge
- et samfunn som legger til rette for positive helsevalg og en sunn livsstil
- forebygging av sykdommer og skader

Det blir vist til at politikerne gir uttrykk for at hensyn til folkehelseaspektet er avgjørende for å fremme vekst og positiv utvikling. Folkehelsearbeidet er forankret i kommuneplanen der det er et mål at Neset skal være den mest attraktive bokommunen i regionen. Videre at folkehelse er et overordna satsingsområde forankret i kommunal planstrategi. Delmål folkehelse og tiltak i forhold til folkehelsesatsingen inngår i økonomiplanen, se vedlegg 4.

I [Årsmelding 2014](#) er folkehelsearbeidet omtalt. Det blir rapport på samlede folkehelseiltak til Møre og Romsdal fylkeskommune etter satsingsområdene i «Regional delplan for folkehelse 2014-2017». Der blir også «Folkehelsearbeidet i Neset kommune, et

tverrsektorielt satsingsområde» omtalt. Det blir også rapport på måloppnåing med utgangspunkt i kommuneplanen/økonomiplanen. Det framgår hvilke tiltak som er utført, delvis utført og ikke utført.

Det framgår av økonomiplanen at folkehelsekoordinator i Neset kommune har utarbeidet en mal for rapportering og denne sendes til alle enhetsledere slik at Neset kommune kan rapportere til Møre og Romsdal fylkeskommune, God Helse partnerskapet på den totale innsats av folkehelsearbeid i Neset kommune gjennom året.

Generelt om planlegging og tiltak

Det kommer fram i samtale at folkehelsekoordinators oppgave er å sikre folkehelse for hele befolkningen og at folkehelse blir del av et hele. Det kommer videre fram at det kan være vanskelig å synliggjøre dette i planleggingen og sikre en rød tråd. Det er ikke satt av ekstra midler til tiltak. En må få det til innenfor rammen. Det blir vist til at medvirkningen er stor, men at den per i dag ikke er tilstrekkelig systematisert eller dokumentert for å kunne vise hvilke utfordringer de ulike tiltakene imøtekommer.

Nærmere om arbeidet med oversikt over helsetilstanden

I [Helse og omsorgsplanen 2011-2013](#) blir det pekt på at det er en utfordring at kommunen mangler en oversikt over befolkningens helse og levekår i forhold til videre planlegging.

Det framkommer i [Kommunal planstrategi 2012-2015](#) at kommunen skal ha oversikt over helsetilstanden og faktorer som påvirker helsa til kommunens innbyggere. Den skal legges til grunn for planarbeid i alle sektorer/fagområder i kommunen. Det framgår av planstrategien at kommunen skal lage slik oversikt. Den er lenke til folkehelseprofilen for kommunen fra Nasjonalt folkehelseinstituttet og fylkesstatistikk fra Møre og Romsdal fylkeskommune.

Fylkeskommunen viser i sin uttale til planstrategien at oversikt over helsetilstanden i befolkninga skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi. De peker på at utfordringene på folkehelseområdet i liten grad er omtalt.

Møre og Romsdal fylkeskommune viser til at kommunenes oversikt skal bygge på opplysninger fra Nasjonalt folkehelseinstitutt, fylkeskommunen, de kommunale helse- og omsorgstjenestene og kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på folks helse. Fylkesmannen understreker også at det er viktig at kommunen bruker lokal kunnskap og erfaringer i arbeidet med å få oversikt over utfordringer i befolkninga si helse. Folkehelse (oversiktsarbeidet, mål, strategier) var tema på dialogmøte mellom kommunen og fylkesmannen i mai 2014.

Det blir i [Økonomiplan Neset kommune 2015-2018](#) vist til at Neset kommune i løpet av avtaleperioden (God partnerskap) skal kartlegge folkehelseutfordringer og legge langsiktige strategier for innsatsområdene fysisk aktivitet, tobakk, rus, psykisk helse, kosthold og utjevning av sosiale ulikheter i helse.

Kommunen har deltatt på kurs i regi av KS om medfinansiering/bruk av sjukehus tjenester for å få oversikt over hvor en kunne forebygge og hindre innleggelser i sjukehus. Kommunen har brukt tilgjengelig data og benyttet disse i årsplaner og saksutredninger for eksempel i forbindelse med behov for nybygging av omsorgsboliger. Det kommer fram i samtale at kommunen har begynt å lage oversikt over helsetilstanden tidligere, men dette tidligere ikke

har blitt prioritert pga. ressursituasjonen. Kommuneoverlegen skal blant annet bidra i arbeidet. Dette har vært vanskelig å få til pga. personellsituasjonen.

Det har kommet nasjonal veileder med eksempel. Det framgår av Årsmelding 2014 at det i folkehelsearbeidet i 2015 er en utfordring å komme i gang med oversiktsarbeidet i samarbeid med IKT Orkide, jf. kommunal planstrategi. Siden det skulle komme mal fra IKT Orkide, ble en anbefalt å vente. Det blir sett på som hensiktsmessig med interkommunalt samarbeid og felles verktøy for presentasjon av oversikten. Det vil på bakgrunn av oversiktsarbeidet utarbeides rapport med kommunens utfordringer. Det blir vist til at det tar mye tid, og at det er vanskelig å samle folk.

Det kommer fram i samtale at det er en utfordring i Neset kommune å skissere utfordringer uten at dette blir personifisert. Det blir vist til at Neset er en liten kommune. Det er sendt spørreskjema til lederne for å få innspill når det gjelder utfordringer. Oversikt med utfordringsbilde skal danne grunnlag for rullering av planstrategi i 2016 og kommuneplanen. Oversiktsarbeidet vil være eget dokument der det vil framgå hvordan rutinene skal være framover. Det kommer fram i samtale at Neset er en liten kommune som må favne om mye, og at kommunen må velge en middelvei og ta tak i de største utfordringene.

Sak om arbeidet med oversiktsarbeidet ble lagt fram for politikere 4.6.2015. Neset formannskap gjorde slikt vedtak:

- Etter Folkehelseloven § 5 er Neset kommune pliktig til å sikre en skriftlig oversikt over helsetilstanden til innbyggerne i Neset og hva som påvirker denne. Arbeid med dette igangsettes. Arbeidsgruppe bestående av kommuneoverlege, plankoordinator/miljøvernleder, assisterende rådmann og folkehelsekoordinator opprettes. Som styringsgruppe og referansegruppe benyttes grupper som allerede er i funksjon. Arbeidsgruppa lager en strategi/framdriftsplan som sikrer ferdigstilling av arbeidet innen 01.09.2016. Det legges opp til tverrsektoriell involvering i utarbeidelsen av oversiktsdokumentet.

Det framgår følgende av [saksframlegg 4.6.2015](#):

- Oversiktsarbeidet skal resultere i et samlet oversiktsdokument som skal foreligge hvert fjerde år. Dette skal foreligge ved oppstart av arbeidet med planstrategi etter plan- og bygningsloven. Hovedhensikten med oversiktsdokumentet er å forankre folkehelsearbeidet politisk, på tvers av sektorer og som en langsiktig satsing.
- Kommunen skal i tillegg ha en løpende oversikt over folkehelsen som dokumenteres i den enkelte enhet på en hensiktsmessig måte. Dette gjøres i stor grad allerede i vår kommune på avdelingsnivå og gjennom vårt årlige styringsdokument, økonomiplanen. Betydning for folkehelse vurderes i alle saksframlegg og folkehelsesatsingen synliggjøres i kommunens årsmelding. Regional delplan for folkehelse 2014-2017 ligger til grunn for den tverrsektorielle satsingen innen folkehelse som vi rapporterer til Møre og Romsdal fylkeskommune, jfr. avtale Partnerskap God Helse som Neset kommune har vært en part i siden 2010.

Planlegging - ansvarsfordeling og samordning

Det kommer fram i samtale at i tillegg til rådmannen har plankoordinator et ansvar for oppfølging av kommuneplanen. Dette gjelder i første rekke ansvar for koordinering av (arealplan og) reguleringsplanprosesser. Plankoordinator er lagt til enhet for teknisk, samfunn og utvikling/avdeling for samfunn og utvikling. Plankoordinator deltar i liten grad på formelle møter i ledelsen. Det er utvidet ledermøter av og til der avdelingsleder kan møte. I arbeidet

med kommuneplan var politisk ledelse sentral. Plankoordinator bidrog og har/hadde et ansvar for arbeidet med planstrategien.

I arbeidet med reguleringsplaner tar plankoordinator initiativ til tverrsektorielle møter der ulike saksbehandlere (landbruk, næring, barnerepresentant etc.) møter i tillegg til folkehelsekoordinator. Plankoordinator påpeker betydningen av fullført saksbehandling som skal sikre at ulike interesser og hensyn blir ivaretatt. Det blir påpekt at det en liten kommune er oversiktlig og at det er uformelle møter. Samordning kan også ivaretas gjennom det elektroniske saksbehandlings- og arkivsystem Ephorte. Det er i tillegg faste møter mellom plankoordinator, folkehelsekoordinator og kulturkonsulent der aktuelle problemstillinger knyttet til planlegging også kan tas opp.

Rådmannen og økonomisjefen har ansvar for økonomiplanen. Plankoordinator deltar ikke i dette arbeidet. Folkehelsekoordinator gir innspill til økonomiplanen.

Det kommer fram i samtale at det er ledelsen sitt ansvar å følge opp hvordan folkehelse i plan skal ivaretas og iverksettes.

4.2.2 Tiltak for å fremme folkehelse herunder tverrfaglig samarbeid

Det framgår av Økonomiplan Neset kommune 2015-2018 at folkehelsearbeid i Neset kommune er et tverrsektorielt satsingsområde. Folkehelsearbeid skal være sektorovergripende, og skal drives gjennom tiltak i alle sektorer i Neset kommune.

Det blir vist til at det i Neset drives et utstrakt folkehelsearbeid innen de ulike kommunale avdelinger, enheter, i frivillig sektor og i ulike bedrifter. Det blir pekt på at utfordringen til alle enheter for budsjettåret 2015 er å finne innovative måter å utvikle folkehelse tiltak på innen ordinær drift.

I Helse og omsorgsplanen 2011-2013 blir det pekt på at den største utfordringen kanskje ligger i å få til mer formelle samarbeidsarenaer.

Kommunen er med i **partnerskap for folkehelse med fylkeskommunen**. Neset kommune inngikk i 2010 partnerskapsavtale med Møre og Romsdal fylkeskommune for gjennomføring av God helse programmet. Denne partnerskapsavtalen er fornyet for perioden 2013-2016, med gjensidige forpliktelser. Kommunen får tilskudd i tråd med gjeldende partnerskapsavtale. Partnerskapsavtalen forplikter også kommunen til selv å sette av midler til folkehelsearbeid.

Kommunen har ansatt **folkehelsekoordinator**. Folkehelsekoordinatorstilling er lagt til rådmannens stab, i 50 % stilling.

«God helse-partnerskapet» blir presentert på Neset kommune sin [heimeside](#). Programmet har følgende innsatsområder: Økt fysisk aktivitet

- Sunnere kosthold
- Redusert bruk av tobakk
- En ansvarlig rusmiddelkultur (rusforebygging)
- Bedre psykisk helse
- Utjevning av sosiale forskjeller i helse

Det framgår at kommunen ønsker å ha fokus på det forebyggende og helsefremmende arbeid på alle tjenestenivå i kommunen, og at tverrfaglig/sectorovergripende samarbeid er et nøkkelord. Og videre:

- Det en ofte ser er at det forebyggende arbeidet lider i tider med nedskjæringer. I en liten kommune er det de samme personene som sitter i de ulike gruppene/team som skal arbeide forebyggende, og man er avhengig av ildsjeler for å få det til.

Kommunen rapporterte for 2013 og 2014 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/lag.
- Organisering og samhandling, et kunnskapsbasert folkehelsearbeid.

I rapporten til fylkeskommunen framgår ulike tiltak som kommunen har satt i verk.

I sak 8/11 til HOK (utvalg for helse, omsorg, kultur) ble det oppnevnt **styringsgruppe** for God Helse programmet i Neset kommune. Denne består av leder for HOK, ordfører, rådmann, kulturkonsulent og folkehelsekoordinator.

Rådgivergruppe HOK, bestående av assisterende rådmann, enhetsleder helse- og omsorg, skolefaglig rådgiver, barnehagefaglig rådgiver og kulturkonsulent, har også en rolle i folkehelsearbeidet. (Rådgivergruppa er også referansegruppe for oversiktsarbeidet og skal bidra med tverrsektoriell kvalitetssikring, innspill og drøftinger omkring prosess, strategiske valg og videre saksframlegg.)

I de faste møtene mellom folkehelsekoordinator, plankoordinator og kulturkonsulent blir det i tillegg til planlegging arbeidet med konkrete tiltak og gjennomføringen av disse.

Det er ikke satt av egne midler til folkehelseiltak, men innenfor rammene legges det til rette for folkehelseiltak innen alle sektorer:

- Folkehelsekoordinator har faste møte med kultur og plan hver 4-6 uke – dette er arbeidsgruppa for folkehelse – samordningsmøte - kultur, folkehelse, plan jobber tett sammen.
- Faste møte med barnehagene.
- Forebyggende arbeid knyttet til tannhelse. «Vann er tingen» - utdeling av vannflasker i 8. klasse
- Foreldreveiledningskurs – 4. klasse – ernæring/fysisk aktivitet
- Aktiv på Dagtid. (ApD)
- Aktive eldre – trygge eldre på å bo heime lengre.
- Helsefundamentet – folkehelse – styrke utsatte grupper - «tidlig inn».
- «Stikk Ut NOS» – knyttet til Neset omsorgssenter – ti postkasser rundt bygget – fått sponsa elektronisk rullestol så flere kommer seg ut.
- «Stikk Ut» for barnehage – «Kul-tur».
- Prøver å få ulike grupper til å samarbeide for samme formål (ungdom/eldre – barnehage/eldre) – prøver å unngå særordninger.
- Folkehelse for utsatte grupper – kurs, aktivitet, friluftsliv, utstyrsbase – samling 4-6 ganger i året – ledet av folkehelsekoordinator.
- Involvering av flyktninger - friluftsliv

- Kommunen har ikke frisklivssentral. Det står nevnt i planer. Det drives derimot mye frisklivsarbeid. Opplegget slik det er organisert i kommunen utløser ikke støtte fra Fylkesmannen.
- Frivilligsentral fra september 2015.
- I samarbeid med Friluftsråd er det lagt til rett for friluftsliv i alle bygder. Kommunen er i gang med kartlegging av friluftsområde. (Ferdig 2015)
- I 2015 vil Nesset kommune markere Friluftslivets år. Tverrsektorielle tiltak skal gi økt bevissthet om friluftslivets positive effekter knyttet til folkehelse. (økonomiplanen)
- Lavterskeltilbud – forebygging – skjer via svangerskapsomsorg, helsestasjon, skolehelsetjeneste – eksempel psykisk helse i skolen 5-8 trinn/undervisning i forebygging.
- Kommunen deltar i fylkesprosjekt om mobbing i skole og barnehage. (lede fra Sunndal)
- Ungdomsprosjekt i regi av NAV til 2014 – forebygge frafall videregående skole.
- «Hybelkurs». Mange må på hybel når de er 14-15 år.
- «Helse i alt vi gjør», kurs for kommunalt ansatte, arbeidsmiljø (kost, trim etc.) 10 % av befolkningen jobber i kommunen.
- Tettstedsutvikling og nærturområde; skilting av turstier, strandpromenade, badestrand helseløypa.
- I alle saksframlegg skal konsekvenser av folkehelse belyses.
- Reguleringsplaner - gang og sykkelvei.
- Sykkelstrategi.
- Informasjon til folk gjennom servicekontoret, hjemmeside – viktig i det tverrsektorielle arbeidet.
- Biblioteket støtter opp om tiltak innen folkehelse, gjør informasjon om folkehelse lett tilgjengelig for folk.
- Både skole og barnehage har mange planer og tiltak innenfor folkehelse og bidrar til at barn kan ta gode valg for helsa si og hindre ulikheter i helse. Barnehagene har mange friluftaktiviteter.

Omsorgsprisen 2013 blei tildelt Nesset kommune for " Aktive seniorer i Nesset" Fylkesmannen i Møre og Romsdal begrunnet dette blant med:

- arbeid både på system- og individnivå
- fokus på det friske og det brukeren sjøl mestrer
- fokus på tverrfaglig og tverrsektorielt arbeid med høg grad av brukermedvirkning
- samarbeid mellom frivillige, kultur og omsorg
- kommunen har et innovativt arbeid innen folkehelse og forebygging i tjenestene

Det kommer fram i samtale at det er flere i kommunen som jobber godt sammen, og at det er ildsjeler. Dette gjør at en har lykket med flere tiltak. Det vises også til at dette er ledd i kommunens arbeid med omdømmebygging.

Folkehelsekoordinator rapporterer til rådmannen (ass. rådmann) i sin halve stilling som folkehelsekoordinator. Det kommer fram i samtale at koordinator får god støtte fra rådmannen i arbeidet med folkehelse. Det blir vist til at folkehelsekoordinatorstillinger krever god oversikt, og at lang fartstid i kommunen er en fordel. Arbeidet krever tid og økonomiske midler. For å løfte folkehelse må det konkrete tiltak til. Det blir pekt på at det ikke holder med planer for å få til iverksetting av tiltak. Det tar tid å iverksette og dokumentere. Folkehelsekoordinator «trår inn på» andres arena, men dette blir stort sett godt mottatt. Det å videreføre tiltak sjøl for enhetene og få det som integrert del av hverdagen, kan være en

utfordring. Folkehelsearbeidet er avhengig av at ulike etater etc. tar ansvar. Det blir pekt på at det er ønskelig å utarbeide et årshjul.

Det kommer fram i samtale at samordning mellom ulike enheter kunne blitt bedre, spesielt på ledernivå. Samordning (fra ledernivå) mot resten av organisasjonen kan forbedres. Det blir framhevet at rådgivergruppa til HOK (helse, omsorg, kultur) fungerer bra, men at det mangler arena for gode drøftinger på tvers av organisasjonen knyttet til planlegging, inklusiv folkehelsearbeidet.

4.3 Kommunerevisjonens vurderinger og anbefalinger

Folkehelse i planlegging

Nesset kommune har integrert folkehelseperspektivet i ulike planer. Kommunen har skissert mål og tiltak, og det rapporteres på folkehelsearbeidet i årsmeldinga. Konsekvenser for folkehelse inngår som fast del i alle saksframlegg.

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 kommer fram i denne undersøkelsen at det er forbedringsområder i forhold til disse kravene. Dette gjelder i første rekke oversikt over helsetilstanden/kommunens folkehelseutfordringer. Revisjonen mener kommunen kan sikre bedre sammenheng mellom oversikt over helsetilstanden/utfordringer, mål og strategier og rapportering i forhold til mål og strategier. Samtidig vil revisjonen understreke at det framgår av ulike planer, årsmelding og samtaler at kommunen har stort fokus på folkehelsearbeidet. Kommunen har startet med oversiktsarbeidet som vil danne grunnlag for planer framover.

Tiltak for å fremme folkehelse herunder tverrfaglig samarbeid

Nesset kommune har flere folkehelseiltak i ulike sektorer. Kommunen har folkehelsekoordinator og deltar i «God helse partnerskapet» med fylkeskommunen. Med unntak for delfinansiering av folkehelsekoordinatorstillingen, har ikke Nesset kommune satt av egne midler, men gjennomfører tiltak innenfor vedtatte økonomiske rammer.

Det skjer tverrfaglig samarbeid blant annet i ulike planprosesser og prosjekt. Det er etablert samarbeidsstrukturer med styringsgruppe, arbeidsgruppe og referansegruppe knyttet til arbeid med oversikt over folkehelseutfordringer. Nesset kommune bør ta vare på det etablerte tverrfaglige samarbeidet og videreutvikle dette, herunder sikre formelle samarbeidsarenaer. Det er en utfordring å sikre at folkehelsearbeidet ivaretas i hele organisasjonen og ikke i for stor grad blir avhengig av enkeltpersoners innsats.

Anbefaling

- Nesset kommune bør i folkehelsearbeidet sikre bedre sammenheng mellom kommunens helseutfordringer, mål og strategier og rapportering.

5 Koordinerte og helhetlige tjenester

5.1 Problemstilling og revisjonskriterier

Problemstilling

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

Problemstillingen omfatter i første rekke tilbudet internt i kommunen, men også samarbeidet med helseforetaket herunder utskrivningsklare pasienter.

Revisjonskriterier

- Nesset kommune har etablert koordinerende enhet og legger til rette for individuell plan og koordinator.
- Nesset kommune har iverksatt tiltak for å sikre koordinerte og helhetlige tilbud.
- Nesset kommune følger opp samarbeidsavtalen med Helse Møre og Romsdal knyttet til pasientforløpet.

Når det gjelder oppfølging av samarbeidsavtalen, går vi i liten grad inn på detaljene i avtalen. Revisjonen vil blant annet se på utskrivningsklare pasienter og kommunikasjon og samarbeid mellom partene. Revisjonen vil også omtale hospitering og veiledning fra helseforetaket.

Revisjonskriterier bygger på samarbeidsavtalen med Helse Møre og Romsdal og helse- og omsorgstjenesteloven. Samarbeidsavtalen skal bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. Samarbeidsavtalens delavtale 2 omhandler samarbeid for å sikre helhetlig og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester. Egne delavtaler omhandler samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten om innleggelse og utskrivning av pasienter.

Bestemmelsen om koordinerende enheter i kommunene og i spesialisthelsetjenesten, som før var hjemlet i forskrift, er nå hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven. Det 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. Loven 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. Dette gjelder 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.

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

Generelt

I Meld. St.26 2014-2015 Fremtidens primærhelsetjeneste – blir behovet for samhandling mellom kommunen og sjukehus, men også behovet for samhandling internt i kommunen tatt opp:

- Det har vært påpekt at reformen har ført til mer oppstykkede pasientforløp, noe som er særlig uheldig for eldre, skrøpelige pasienter (Grimsmo 2013). Pasientene som skrives ut til kommunale tjenester oppfattes som sykere, og det er en viss økning i antallet reinnleggelser. Dette kan skyldes at noen pasienter skrives ut for tidlig, at den helsefaglige kompetansen i kommunene ikke er tilstrekkelig og/eller at oppfølgingen ved utskrivning ikke er god nok. Samarbeidet mellom kommuner og sykehus om helhetlige og gode behandlingsforløp og kompetanseutveksling er en vesentlig faktor for å lykkes med samhandlingsreformen. I tillegg til de obligatoriske samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket, er spesialisthelsetjenestens lovpålagte veiledningsplikt overfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene et viktig virkemiddel. Fokus i samhandlingsreformen har i stor grad handlet om samhandling mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester, og i mindre grad om manglende helhet og tverrfaglighet innad i de kommunale helse- og omsorgstjenestene (De Maeseneer m.fl. 2008). Som følge av reformen skal flere behandles nær der de bor. Dette krever økt kompetanse og kvalitet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Økte utfordringer knytter seg særlig til brukere med sammensatte behov og tjenester innen psykisk helse, rus og rehabilitering.

I samme melding blir også fastlegenes rolle omtalt:

- I St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen ble det påpekt at fastlegene spiller en nøkkelrolle for å nå reformens målsettinger, men at de er for dårlig integrert i de øvrige helse- og omsorgstjenestene, og at kommunene mangler styringsmuligheter. For å møte disse og andre utfordringer ble fastlegeforskriften revidert i 2013.

5.2 Fakta og beskrivelse

5.2.1 Koordinerende enhet, individuell plan, koordinator

Kommuneplan 2012-2020 ble vedtatt i Neset kommunestyre 29.3.2012, sak 030/12. Det står der følgende om helhetlige tjenester:

- Gjennom arbeidet med helse og omsorgsplanen er det lagt langsiktige strategier for hvordan helse- og omsorgstjenestene i kommunen best skal kunne ivaretas. Planen har fokus på koordinering av tjenester og helhetlig tenking i tilbudene for alle aldersgrupper.

Det kommer videre i Helse og omsorgsplan 2011-2030 for Neset kommune vedtatt av kommunestyret 16.6.2011, at det på kort sikt er satt opp en del tiltak. Disse skal stort sett gjennomføres innenfor vedtatte økonomiplan, blant annet framgår følgende i planen:

- Det er sett gjennom arbeidet med planen er at tjenestene må koordineres bedre. Dette for økt effektivitet og samtidig kunne gi en bedre og mer tilpasset tjeneste til brukerne, jfr. BEON prinsippet. Det foreslås at det opprettes en koordinerende enhet, denne enhet skal koordinere tjenestene til brukerne. Et helhetlig og lett tilgjengelig system for

kvalitetsoppfølging og at en bruker de mulighetene som ligger i dagens IKT systemer, vil også bidra til bedre koordinering.

Neset kommune har etablert koordinerende enhet. I Årsmelding 2014 for Neset kommune opplyses det at det er ny leder for koordinerende enhet. I tillegg til koordinering og tildeling av tjenester har leder for enheten også oppgaven som fagutvikler og administrator for fagprogrammet innen pleie og omsorg (Profil).

Det går videre fram av Årsmelding 2014 at koordinerende enhet skal være et kontaktpunkt for eksterne og interne samarbeidspartnere, et sted å henvende seg, tydelig plassert og lett tilgjengelig, og ha et overordnet ansvar for ordningen med individuell plan for brukerne.

Leder for koordinerende enhet er kommunens kontaktperson i forhold til sykehusene.

Det framgår av kommunens helse- og omsorgsplan at de som ønsker det, får utarbeidet en individuell plan (IP). Videre:

- Neset kommune har 10 brukere som har **Individuell plan**. Dette er en lovfestet rettighet som brukere med et stort behov for hjelp/bistand gitt av ulike faginstanser, har.

Det kommer fram i planen at det er en utfordring å bruke individuell plan i større grad.

Det kommer fram i samtale at det nå er i underkant av 20 individuelle planer i Neset kommune. Det omfatter særlig barn, brukere innenfor NAV og rus/psykisk helse. Det kommer videre fram at kommunen bør bli flinkere til å opplyse om og løfte fram individuell plan. Det blir vist til at en individuell plan gjør at det blir mer oversiktlig.

Det går fram av KOSTRA at 11,7 % av brukerne i Neset kommune hadde individuell plan i 2014. Neset kommune har hatt en økning fra 2013 og ligger noe over gjennomsnittet for kommunegruppen, Møre og Romsdal og landet jf. tabellen nedenfor.

Tabell 5.1 Andel brukere (eksklusiv langtidsboere på institusjon) med individuell plan

KOSTRA funksjon	Kommune		Neset		Kommune-gruppe 02		Møre og Romsdal		Landet	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Prosent	8,9	11,7	9,7	9,8	9,9	9,8	11,1	11,3		

KOSTRA – 2013: reviderte tall 27.6.2014, 2014: reviderte tall 26.6.2015

I Årsmelding 2014 blir det rapportert på måloppnåelse innen helse og omsorg. Under målet kvalitet på tjenestene framgår det følgende mål knyttet til individuell plan:

- Individuelle planer skal være oppdatert og fylle de krav en slik plan skal ha, Samtlige planer skal være gjennomgått innen 1.6.2014. Det blir rapportert at 5 av 10 planer er oppdatert. (Målet er delvis gjennomført).

Det står om individuell plan på [heimesida](#) under pasientrettigheter. På heimesida ligger også skjema der en kan søke om individuell plan.

Det kommer fram i samtale at de som har individuell plan har koordinator. Det er ingen som bare har koordinator (uten individuell plan).

Det kommer videre fram at det ikke gjennomføres noen systematisk veiledning av koordinatorne, men at dette er noe kommunen bør gjøre. Når det er nye brukere som får individuell plan, blir det gjennomført opplæring i systemet.

Kommunen har tidligere benyttet SAMPRO som er et nettbaserte samarbeids- og koordineringsverktøy. Kommunen har nå gått over til et nytt verktøy; ACOS. Leder for koordinerende enhet og en helsesøster har vært på opplæring og skal flytte data over fra SAMPRO. Det skal videre gjennomføres opplæring av koordinatorene.

Bruker kan komme med ønske når det gjelder koordinator. Ansatte ved NAV kan også være koordinator. For barn er det gode erfaringer med helsesøster som koordinator.

Innenfor hjemmetjenesten er det ingen som har individuell plan eller bare koordinator. Det kommer fram i samtale at det er ingen som har meldt behov eller ønske om dette.

5.2.2 Andre tiltak for å sikre helhetlige tilbud og koordinerte tjenester

Det kommer fram i helse- og omsorgsplan at brukermedvirkning er et viktig mål. Tjenesten skal til enhver tid være brukerorientert. Brukerne er og skal være med på å utforme tilbudet de får i samarbeid med fagfolk. Det kommer videre fram i planen følgende utfordring:

- Koordinere tjenestene til beste for brukerne på en mest mulig effektiv og rasjonell, samtidig som de tiltak som igangsettes blir gjort på bakgrunn av faglig bredde. Dette gjelder både generelle forebyggende tiltak, og tiltak rettet mot den enkelte innbygger.

Kommunen har **tiltaksplaner** for brukere/pasienter i institusjon og hjemmetjenesten.

Ulike faggrupper som ergoterapeut, fysioterapeut og palliativt team kan delta i arbeidet med tiltaksplan. Det kommer fram i samtale at fagsystemet Profil er tverrfaglig og bidrar til koordinering.

Det kommer videre fram at i arbeidet med bruk av fagsystemet Profil har andre forhold enn tiltaksplaner blitt prioritert. Prioriterte områder har frem til nå vært medikamentlister, sammenfatninger, rutiner for å skrive rapport, samt rutiner for internkontroll og jevnlig oppdatering av brukeropplysninger. Det har også vært fokus på rutiner for innlagt pasient. Det er et mål å bli flinkere til å bruke tiltaksplaner. Det blir vist til at individuelle planer er mer brukerstyrt enn tiltaksplaner, men at brukermedvirkning også er viktig i tiltaksplaner.

Pasientjournalen inngår i fagsystemet og er tverrfaglig. Ulike faggrupper skriver i egen del (profesjonsdel) av journalen: fysioterapeut, ergoterapeut, lege, pleiepersonell, psykisk helsetjeneste. (Alle journalene har en journalansvarlig. Disse tar jevnlig kontroll av journaler for å sikre kvalitet/avdekke avvik, samt har myndighet til retting og sletting i journal.)

Institusjonene har **primær- og sekundærkontakter**. Disse har ansvar for oppdateringer i IPLOS, praktiske forhold m.m. Primærkontakt i sjukeheim kan bidra til koordinering. Hjemmetjenesten har administrativ primærkontakt som har ansvar for oppdateringer, evaluering av tiltaksplan, IPLOS oppdatering etc. Hjemmetjenesten har ikke primærkontakt ellers. Det kommer fram i samtale at dette ikke fungerer pga. fravær blant ansatte. Det kommer fram i samtale at vedtaket om tjenester (der bruker er involvert gjennom søknad, kartlegging etc.) legger føringer for det tilbudet som skal gis, og at tiltaksplan er verktøyet for å følge opp vedtaket.

Det kommer fram i kommunens helse- og omsorgsplan at **ansvarsgruppemøter** er mye brukt. Brukermedvirkning blir i den sammenhengen omtalt slik:

- Her får brukeren bestemme hvem som skal delta og gruppa arbeider sammen med brukeren med å gi ham/henne et best mulig tilbud. Brukeren får ha med pårørende eller fullmektig om det er ønskelig.

Det kommer fram i samtale at det er ansvarsgruppemøter ved behov

Tildelings- og koordineringsenheten har **faste tverrfaglige møter**.

I **inntaksråd** for tildeling av omsorgsbolig, plasser ved bofellesskap og institusjon møter tilsynslege, leder for hjemmetjenesten inklusiv bofellesskap, leder for korttidsavdelingen/avdeling for demente og leder for sjukeheimen (langtids- og korttidsopphold). Andre kan kalles inn til møte når det trengs. Det kommer fram i samtale at koordinerende enhet har team rundt seg som hjelper til, og at det er en styrke at tilsynslegen sitter i inntaksrådet.

Fagråd for hjemmetjenesten har samarbeidsmøte hver 14. dag. Tildelingskontoret ved fagrådet tildeler og konkretiserer tiltak. Avdelingssjukepleiere, ergoterapeut/(folkehelsekoordinator), fysioterapeut møter der i tillegg til leder for koordinerende enhet. Når det er felles pasienter, kan psykiatrisk sykepleier også møte der. Det er egne samarbeidsmøter mellom hjemmetjenesten og psykiatrisk sjukepleier.

Utover dette vil søknader som omfatter nødvendig helsehjelp bli behandlet fortløpende avhengig av brukers behov.

Leder for koordinerende enhet leder møtene, skriver vedtak og har myndighet til å fatte vedtak. Ved behov gjennomfører leder for koordinerende enhet kartleggingsbesøk. Kartleggings skjema blir brukt. Det kommer fram i samtale at det er diskusjoner rundt hva som skal være omfanget av tjenester, hva som er nødvendig helsehjelp og faglig forsvarlig. Det kommer videre fram at samspillet mellom enhetene blir vektlagt. En er avhengig av god dialog, og dette er noe en stort sett får til.

Det kommer fram i Helse- og omsorgsplanen 2011-2030 at det i tillegg er blant annet følgende fagråd og grupper:

- **Skoleteam:** Innenfor området barn og unge har kommunen skoleteam med følgende sammensetning: Rektor, sosiallærer, PPT og helsesøster. Teamet tar opp aktuelle saker i skolen, og tilbyr veiledning til lærere.
- **Tverrfaglig team:** Består av to representanter fra barne- og ungdomspsykiatrien, en representant fra barnevern, helsesøster, lege, psykiatrisk sykepleier og PPT. Teamet gir tilbud om veiledning og behandling i enkeltsaker som meldes koordinator.
- **Rusgruppe:** Når det gjelder alle aldersgrupper, har kommunen rusgruppe bestående av: to politikere, representanter fra ungdommens kommunestyre, lensmann, rektorer, barnehager, folkehelsekoordinator, psykiatrisk sykepleier, helsesøster, og to fra NAV.

Innenfor hjemmetjenesten er det **fagmøter**. Dette er tverrfaglige samarbeidsmøter som tar opp ulike tema og tar med andre faggrupper som fysioterapeut, ergoterapeut og psykiatrisk sykepleier etter behov.

Hjemmetjenesten forholder seg til alle fastlegene. Hjemmetjenesten har **faste møter med fastlegene** en gang i per 14. dag. Mer samarbeid skjer nå via elektronisk meldingsutveksling.

Det er **ledergruppe** i enhet helse og omsorg. Leder for koordinerende enhet har ikke budsjettansvar og deltar ikke på ledermøtene/-samlinger, men kan delta etter eget initiativ ved behov.

Det kommer videre fram at det ligger godt til rette for koordinering av tilbud siden det er små forhold og «det meste» er samlet innenfor en enhet (helse og omsorg). Mange fagområder er også samlet i en seksjon/avdeling. Avdeling for helse og forebygging er lagt til enhet for helse og omsorg. I denne avdelingen er flere faggrupper samlet; helsesøster, fysioterapeut, ergoterapeut, jordmor og psykiatritjenesten. Det kommer fram at det ligger til rette for å ha brukeren i fokus.

Flere peker på at samarbeidet internt i kommunen er godt. Veien er kort, en kjenner hverandre, og det er god dialog. Det blir pekt på at nærhet letter samhandling, at kommunen har **smådriftsfordeler** og klarer å snu seg rundt når det er behov for det. Det blir også vist til at leder for koordinerende enhet er flink til å trekke inn andre fagpersoner.

Det blir innenfor hjemmetjenesten vist til at tverrfaglig samarbeid blir ivaretatt og at det er et godt tverrfaglig samarbeid blant annet samarbeid med ergoterapeut/folkehelsekoordinator og fysioterapeut. Samarbeid skjer i praksis. Det er ikke alt som framgår av planer. Det blir vist til at det også krever ressurser å skrive planer.

Når det gjelder koordinering, kan kreftkoordinator ivareta dette, men også ergoterapeut kan være kontaktperson. Det blir vist til at kreftpasienter også blir godt fulgt opp i andrelinjetjenesten, og at fastlegene har en sentral rolle når det gjelder henvisning til sykehuset.

I Strategisk kompetanseplan for Helse og omsorgstjenesten i Nesset kommune 2015-2016 er **samhandlingskompetanse** ett av prioriterte satsingsområder for perioden 2015-2016.

5.2.3 Samarbeidet med helseforetaket/sjukehusa

Utskrivningsklare pasienter

I Årsmelding 2014 under resultatvurdering kommer det fram at kommunen i 2014 i motsetning til 2013 betalte langt flere liggedøgn som følge av at utskrivningsklare pasienter fortsatt var innlagt på sykehus. I kroner utgjorde dette kr 310.000 i 2014. Bakgrunnen for dette er at kommunen ikke har kunnet gi institusjonsopphold når behovet har vært til stede. Intensjonen om at seks av institusjonsplassene skulle nyttes til korttidsopphold, klarte enheten ikke å følge opp i 2014.

Tabellen nedenfor viser at kommunen måtte betale for 70 døgn for utskrivningsklare pasienter i 2014. Kommunen har mottatt 97 meldinger om utskrivningsklare pasienter til og med august 2015, men har i denne perioden klart å ta imot pasientene og har ikke hatt utskrivningsklare pasienter liggende i sjukehus.

Tabell 5.2 Utskrivningsklare pasienter

År	Antall døgn kommune må betale for
2012	14
2013	7
2014	70
2015 til og med august	0

Det kommer fram i samtale at pasientene, etter at samhandlingsreformen trådte i kraft, blir skrevet ut tidligere og er dårligere enn før. Det kreves mer sammensatt behandling, for eksempel mer antibiotikabehandling.

Det blir også vist til at liggetida er kortere, men at det er noe usikkert om pasientene er sjukere enn før. Tidligere lot en gjerne pasientene ligge to-tre dager etter at de var utskrivningsklare.

Det er mer bruk for rehabiliteringsplasser og korttidsopphold i kommunen. Pasienter som blir sendt fra sjukehuset får noen ganger et mellomopphold på korttidsavdelinga. Det blir gjerne lengre enn et par dager. Det kommer også fram at det er ulike erfaringer med bruk av korttidsopphold. Det blir mange å forholde seg til for pasienten.

Det blir vist til at det er større press på institusjonsplasser. Det var 29 innleggelser på langtidsavdelinga i 2014, og like mange per juli 2015. Prioritering av bruken av plasser har blitt strengere. Dette kan blant annet føre til at det kan være vanskeligere å få avlastningsopphold. Det blir pekt på at et lite opphold kan være bra når mer skal skje i hjemmet. Brukerne ønsker oftere hjemmetjenester.

Det kommer fram i samtale at kommunen har fokus på kort responstid for å unngå kostnader. Det er mer fokus på å kunne ta imot utskrivningsklare pasienter.

Liggetid i sjukehus

Trenden har over lang tid vært en nedgang i liggetiden ved sjukehusa. Gjennomsnitt liggetid i Helse Møre og Romsdal lå i 2012 noe over landsgjennomsnittet, men var på samme nivå som landsgjennomsnittet i 2013. (se tabell 2 vedlegg 2) Tabellen nedenfor viser liggetid for pasienter fra Nesset kommune for noen utvalgte klinikker.

Tabell 5.3 Liggetid for pasienter fra Nesset kommune ved ulike klinikker i Helse Møre og Romsdal 2014

Tid	Sjukehusavdeling	Psykisk helsevern	Kirurgi Molde	Kvinneklubben	Medisin	Rehabilitering
Liggedager		14,2	4,8	3,0	4,4	2,9

Tendensen er en nedgang i liggetid fra 2010 til 2014 med noen variasjoner jf. tabell 1 vedlegg 3.

I langtidsbudsjett 2015-2020 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. (Møre og Romsdal hadde i 2013 innen somatikk en liggetid på 4,1 dager, Sykehuset Østfold hadde 3,5 dager.) I forbindelse med behandling av budsjett 2015 vedtok styret for Helse Møre og Romsdal en reduksjon på 44 senger.

Reinnleggelser

Det kommer fram i samtale at det er mer «inn og ut» av sykehus nå. Det har i løpet av 2015 (fram til september) vært tre reinnleggelser innen 48 timer. Reinnleggelser generelt kan skyldes at nye problemstillinger oppstår, men det kan også være at pasienten har hatt uavklarte problemstillinger eller ikke har vært ferdigbehandla.

Koordinerende enhet fører oversikt over antall innleggelser per pasient, hvor mange som er innlagt fra institusjon, innlagt fra hjemmet, utskrevet til hjemmet og utskrevet til institusjon

eller utskrevet til annet tjenestetilbud. Koordinerende enhet fører ikke oversikt over reinnleggelser.

Det framgår av tabell 2 i vedlegg 3 at det fra 2012 til 2013 samlet sett har vært en liten økning i andel reinnleggelser totalt innen 30 dager ved Helse Møre og Romsdal.

Pasientforløpet - kommunikasjon

Elektronisk melding med sjukehuset er på plass, men ikke for alle avdelingene ved sjukehuset. Psykisk helsevern vil få dette i september 2015. Det kommer fram i samtale at e-meldingssystemet som sikrer skriftlig kommunikasjon og dokumentasjon, er viktig.

Alle meldinger fra sjukehuset om innlagt pasient går til sjukeheimsavdelingen og blir videresendt til leder for koordinerende enhet etter at innleggelsesrapport er sendt. Dette er for å ha en døgkontinuerlig overvåking av meldingene og sikre at informasjon om innlagt pasient blir sendt innen tidsrammene. Alle andre e-meldinger blir behandlet og fordelt av leder for koordinerende enhet. Dersom koordinator er forhindret fra å fordele meldinger, er ansvaret fordelt på andre etter fast oppsatt liste. Dette gjelder også ved telefonkontakt fra sykehuset. Det kommer fram i samtale at det er et godt system, og at kommunen har gode rutiner for innleggelse av pasienter og vektlegger at oppdatert medikamentliste og sammenfatning følger med.

Det kommer også fram at kommunen har en utfordring når det gjelder dokumentasjon fra kommunen til sjukehuset. Sammenfatningen for pasienter som mottar kommunale tjenester, skal sendes sjukehuset innen fire timer. Det er ikke tilstrekkelig tid til å oppdatere pasientjournalen med tiltaksplan, medikamentliste, pårørende, funksjonsbeskrivelse m.m. De ansatte har nettbrett til bruk i det daglige, men må føre inn og ajourføre journalen på stasjonær maskin. Det kommer også fram at bruk av fagsystemet Profil og elektronisk meldinger krever en læringsprosess i kommunen.

Det kommer fram i samtale at dialogen med sjukehuset generelt er god når det gjelder utskrivning av pasienter. Kommunen får ikke alltid alle nødvendige opplysninger. Det er eksempel på at forhold ved pasientforløpet burde vært bedre avklart før utskrivning. Det går av og til for fort slik at avklaring av medikamentliste og praktiske ting ikke er på plass. Det skjer at en må ringe opp igjen for å få epikrise. Det blir pekt på at det her er et forbedringsområde. Det kommer fram i samtale at helseopplysninger gitt av sykepleier er tilfredsstillende.

I noen tilfeller er sjukehuset flinke til å kartlegge pasientens behov, mens dette i andre tilfeller ikke er tilfredsstillende. Kommunen forventer at sjukehuset er tydelig på pasientens behov og gjerne anbefaler tjenestetilbud, selv om det til slutt er kommunen som avgjør hvilke tilbud pasienten skal ha. Brukernes ønske skal også vektlegges.

Det er eksempel på at sjukehuset har sendt pasienten hjem i drosje, når pasienten burde hatt annet tilbud. Sjukehuset har beklaget dette. Pasienter kan komme fredag etter klokka fem. Sjukehuset opplyser at de kan ha god begrunnelse for dette som for eksempel tilgang på ambulanse.

Det kommer fram at kommunikasjonen med avdelingene på sjukehuset er god. Det er stor velvilje ved spørsmål. Presset er større nå enn før for begge parter.

Det blir understreket at kommunen må ha tilstrekkelig med opplysninger for å kunne gi riktige tjenester. Tidlig utsending av pasienter krever god informasjon både til pasienten og kommunen. Dette er enda ikke godt nok på plass fra sjukehuset sin side.

Leder for koordinerende enhet sender avvik når avtalen knyttet til utskrivning av pasienter ikke blir fulgt. Ved for eksempel mangel på opplysninger om medikament kan avvik sendes. Kommunen har fått *en* bekreftelse på mottatt avvik, ellers har det ikke kommet noen respons fra sjukehuset når det gjelder avviksmeldingene. Leder for koordinerende enhet kan hente ut rapporter for avvik i fagsystemet PROFIL. (E-meldinger går via PROFIL)

Avviksmeldingene knyttet til samarbeidsavtalen blir ikke tatt inn i kommunens eget avvikssystem. Det kommer fram i samtale at dette burde vært gjort.

Avvik har vært tema på møte med sjukehuset.

Prosjekt - samarbeidsarena

Kommunen deltar i ulike prosjekt sammen med helseforetaket jf. oversikt i tabellen nedenfor.

Prosjekt	Kostnadsdekning	Deltakere	Prosjektperiode
ACT-team - Samarbeid om ny behandlingsmodell innen psykisk helsevern. Aktiv oppsøkende behandlingsteam for personer med psykiske lidelser/rus	Helsedirektoratet, helseforetaket og kommuner.	Helseforetaket, Molde, Vestnes, Eide, Fræna, Rauma, Midsund, Nesset, Aukra	3-5 år I gang fra januar 2012
Interkommunalt samarbeid om innføring av Samhandlingsreform (ROR prosjekt)	Helsedirektoratet	Helseforetaket, Aukra, Fræna, Molde, Midsund, Nesset, Vestnes, Rauma, (Eide, Gjemnes)	Som prosjekt mai 2011 til mai 2013. Videreført som nettverksgruppe
Sammen for lindring Kompetanse-heving, «plan for lindring», samarbeid om palliasjon	Statstilskudd / Helsedirektoratet	ROR kommunene Sjukehuset i Molde	2014 - 2016

(Kilde: Årsmelding Vestnes kommune 2014)

I reforhandlet avtale per 2015 (vedtatt i overordna samhandlingsutvalg, men per august 2015 ikke vedtatt i kommunen) skal det inngå at partene forplikter seg til å avklare «gråsoner» for pasientbehandling mellom kommunene og helseforetaket. Dette gjøres for å sikre helheten i pasientforløpet.

På dialogmøte (8.9.2014) mellom kommunene og helseforetaket var tema blant annet hvordan kommunene og helseforetaket skal utvikle og forbedre pasientforløp og sikre kompetanseoverføring. Det kom videre fram at en må ta tak i gråsona for hvem som gjør hva i primær- og spesialisthelsetjenesten spesielt innenfor områdene innen rehabilitering, barn og unge, rus, psykiatri og kronikerne. Det kom videre fram at helseforetaket har jobbet mye med forløp, men vet for lite om hva som skjer før og etter sjukehusoppholdet. Det kom fram at det er behov for samstemte pasientforløp for de som har sammensatte og kompliserte behov, og at helseforetaket må jobbe sammen med kommunene.

Den **formelle samarbeidsstrukturen** mellom helseforetaket og kommunen framgår av samarbeidsavtalen. I reforhandlet samarbeidsavtale skal det etableres samarbeidsorgan knyttet til hvert sjukehus. I tillegg til den formelle samarbeidsstrukturen mellom partene er det etablert en nettverksgruppe i regi av ROR. Der møter en fra hver kommune. Enhetsleder for helse/omsorg møter fra Nesset kommune. Det er i tillegg to møter i året i regi av ROR og

Molde sjukehus. Ulike problemstillinger og faglige tema blir tatt opp der. Flere i Neset kommune har vært med på disse møtene.

Veiledning – hospitering

Det kommer fram i samtale at det er god kontakt med sjukehuset, og at en er fornøyd med undervisning og veiledning. Etter samhandlingsreformen har kontakten med sjukehuset blitt bedre, tettere og oftere.

Sjukepleier kan få veiledning på sjukehuset når det for eksempel er behov for veiledning og læring av sjukepleieprosedyre.

Andre peker på at en har sett lite til veiledning fra helseforetaket, og at kommunen må ordne mer selv.

Fire ressurspsykepleiere i kommunen er inkludert i palliativt team som utgår fra Molde sjukehus. Både lege og sykepleier fra sjukehuset har hatt opplæring i kommunen. Ansatte i kommunen har vært på hospitering i kreftpoliklinikken. Tidligere (før samhandlingsreformen) har alle ansatte fått undervisning. Kommunen er nå med i prosjektet «Sammen for lindring». Det er også god kontakt mellom kommunene.

Kreftpoliklinikken har invitert til hospitering to dager. Det er første gang kommunene har fått egen invitasjon. Hospitering inngår i kompetanseplan, men det er problemer å sette av tid til gjennomføring. Det kommer fram at sjukehuset er positiv til hospitering om en spør. Alderspsykiatrisk avdeling i helseforetaket er eksempel på en avdeling som gjennomfører veiledning og har ambulante tjenester. Dette gjelder ofte for enkeltindivid.

Det er løpende kontakt med helseforetaket når det gjelder brukere med store behov. Det fungerer bra med for eksempel åpen retur. Kommunen får veiledning om det trengs. Representanter fra kommunen har vært på sjukehuset i forbindelse med utskrivning av pasienter.

Det kommer fram i samtale at det er et forbedringsområde når det gjelder å ta i bruk og avtale hospitering og veiledning.

I Strategisk kompetanseplan for Helse og omsorgstjenesten i Neset kommune 2015-2016 er hospitering i helseforetaket ett av tiltakene. Det er planlagt for 11 personer innenfor en rekke fagområder som rehabilitering, kreft, psykiatri, demens m.m.

Det blir også vist til møtene med helseforetaket der enhetsleder for helse/omsorg møter. Det blir pekt på at flere kan ha behov for å delta på disse møtene.

5.3 Kommunerevisjonens vurderinger og anbefalinger

Det kommer fram i ulike planer og samtaler at kommunen vektlegger koordinering og helhetlig tilbud til brukerne.

Neset kommune har etablert koordinerende enhet.

En av oppgavene til koordinerende enhet er å veilede ansatte som blir valgt som koordinatører for bruker/pasient. Det kommer fram at det skjer lite veiledning av koordinatører.

Kommunen bruker ulike virkemidler for å sikre koordinerte og helhetlige tilbud til brukere blant annet gjennom felles fagsystem og elektroniske meldinger. Det er videre etablert faste møtestrukturer som ivaretar tverrfaglig samarbeid. Det blir vist til at Neset kommune er en liten kommune med smådriftsfordeler der det er lett å ta kontakt mellom ulike faggrupper. Det er også etablert samarbeid der fastlegene deltar.

Det er samarbeid både rundt den enkelte pasient/bruker og på fag- og ledernivå.

Det er etablert samarbeid rundt tildelingskontoret og arbeidet med enkeltvedtak/vedtak om tjenester. Dette kan bidra til å sikre at brukerne får et helhetlig tilbud.

Kommunerevisjonens undersøkelse viser at kommunen har flere tiltak og virkemidler for å sikre koordinerte og helhetlige tilbud til brukere. Kommunerevisjonen mener det er forbedringsområder knyttet til bruk av og veiledning av koordinator i henhold til lov, og koordinatorfunksjonen generelt.

Kommunerevisjonens undersøkelse viser at samarbeidet med helseforetaket har utviklet seg i en positiv retning og i samsvar med samarbeidsavtalen mellom kommunen og helseforetaket. Det kommer likevel fram at det er noen forbedringsområder knyttet til inn- og utskrivning av pasienter i sjukehus. Kommunen har planer når det gjelder hospitering i sjukehus, men har bare i begrenset grad gjennomført dette.

Anbefaling

- Neset kommune bør i arbeidet med å sikre helhetlige og koordinerte tjenester vurdere om funksjonen som koordinator og koordinatorfunksjonen for den enkelte bruker/pasient, blir tilstrekkelig ivare tatt.
- Neset kommune bør opprettholde og videreutvikle samarbeidet med Helse Møre og Romsdal for å sikre koordinerte og helhetlige tilbud til pasienter/brukere.

6 Samarbeidsavtalen med Helse Møre og Romsdal

6.1 Problemstillinger og revisjonskriterier

Problemstilling

- Hvordan sikrer kommunen iverksetting av [samarbeidsavtalen](#) med Helse Møre og Romsdal?

Revisjonskriterier

- Neset kommune sikrer medvirkning, *forankring/opplæring* 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 en 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.

Det framgår av samarbeidsavtalen mellom Neset kommune og Helse Møre og Romsdal HF at partene forplikter seg til å forankre avtalen, involvere og informere. Det framgår blant annet følgende av samarbeidsavtalen mellom Neset kommune og Helse Møre og Romsdal:

- 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, elderrådet og rådet for funksjonshemmede i kommunen skal tillegges vekt.

[Rådet for eldre og funksjonshemma](#) er oppretta etter [Lov](#) om kommunale og fylkeskommunale elderråd. 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. Alle saksdokumenter skal legges fram for rådet i god tid før kommunestyret behandler sakene. Protokollen fra rådsmøtet skal følge saksdokumenta til de kommunale organ som tar endelig beslutning i saka. Noe tilsvarende følger av [Lov](#) om råd eller anna representasjonsordning i kommuner og fylkeskommuner for menneske med nedsett funksjonsevne m.m.

Generelt

I Meld. St.26 2014-2015 «Fremtidens primærhelsetjeneste» framgår følgende:

- For å sikre helhetlige og koordinerte tjenester er kommuner og sykehus gjennom lov pålagt å inngå samarbeidsavtaler. Samarbeidsavtalene er et sentralt verktøy for å bidra til at tjenestene blir mer samordnet, mer likeverdighet mellom partene og til utvikling av en samhandlingskultur. Avtalene skal konkretisere oppgave- og ansvars plasseringen mellom avtalepartene, etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder som f.eks. innleggelse og utskrivning, beredskap og prehospital akuttmedisinske tjenester. Samarbeidsavtalene pekes på av mange som et av de viktigste virkemidlene for å realisere målene i samhandlingsreformen. Et viktig suksesskriterie er at avtalene ikke oppleves for omfattende og detaljerte, men likevel tilstrekkelig konkrete. Samarbeidsavtalene kom på plass innen gitte tidsfrister og stort sett gjennom gode prosesser, men det er fortsatt et betydelig arbeid som gjenstår før avtalene er implementert helt ned på det utøvende nivået i virksomhetene.

6.2 Fakta og beskrivelse

6.2.1 Samarbeidsavtalen mellom Neset kommune og Helse Møre og Romsdal

Samarbeidsavtalen mellom Neset kommune og Helse Møre og Romsdal HF ble første gang godkjent av kommunestyret i 2012. Høsten 2013 reforhandlet kommunene i Møre og Romsdal og helseforetaket samarbeidsavtalen. Samarbeidsavtalen ble reforhandlet av et partssammensatt utvalg og behandlet i Overordnet samarbeidsutvalg i Møre og Romsdal 15.1.2014. Kommunestyret i Neset kommune vedtok i 2014 [reforhandlet avtale](#).

Det har blitt arbeidet videre med blant annet samarbeidsstrukturen og integrering av samarbeidsavtale innenfor rus. [Ny reforhandlet avtale](#) ble behandlet i Overordna samhandlingsutvalg i møte 16.4.2015. Det ble gjort slikt vedtak:

1. Overordna samhandlingsutval i Møre og Romsdal (OSU) stiller seg bak forhandlingsutvalets vurderingar og anbefalingar med følgjande presiseringar:
 - Usemje knytt til forståing av delavtale 5A) formuleringar om tidsfrist ved rapportering av opplysningar frå sjukehuset til kommunane ved klargjering til utskrivning søkas løyst i samsvar med samarbeidsavtala §8 «Ueinigheit – Tvisteløysing om avtala sitt innhald.
 - Saka om usemje vert lagt fram for lokal tvisteløysingsorgan. Dersom det ikkje vert semje i lokal tvisteløysningsprogram vert saka sendt til Nasjonal tvisteorgan som eiga sak.
 - Lokalt tvisteløysningsorgan får slike representantar. 2 representant frå helseforetaket, (Britt Valderhaug Tyrholm og Robert Giske). 2 representant frå kommunane som skal utnemnas innan 04.05.15. 1 representant frå Brukarutvalet som vert utnemnt 04.05.15.
 - OSU handsamar delavtale 5A som eiga sak når avklaring i lokalt evt. Nasjonalt tvisteorgan ligg føre.
 - OSU handsamar delavtale 5A som eiga sak når avklaring i Nasjonal tvisteløysingsorgan føreligg.
2. Overordna utval gjer oppnemning av fagutval/arbeidsutval slik det går fram av delavtalene 9, 11 og 12 når kommunane har gitt si tilslutning til avtala.
3. OSU ber partane om at det vert avsett tid og ressursar til å gjer innhaldet avtala kjent blant sine tilsette
4. Samhandlingsavtalen gjeld frå 01.01.16 med avtaleperiode 2 år.

I reforhandlet avtale inngår punkt om avviksregistrering og læring. Det skal rapporteres årlig til overordnet samhandlingsutvalg. Helseforetaket skal samordne innspillene og lage en årlig rapport. Reforhandlet avtale går til videre behandling og godkjenning i kommunene.

Det skal legges fram sak i Neset kommunestyre høsten 2015. Rådmannen anbefaler at kommunestyret godkjenner avtalen med unntak for 5A som omhandler samarbeid om utskrivning av pasienter med behov for somatiske helsetjenester.

Medvirkning

Det blir vist til at nettverksgruppe i regi av ROR der kommunen er representert. Det er i tillegg to møter i året i regi av ROR og Molde sjukehus. Samarbeidsavtalen er blant annet tema. Flere i Neset kommune har vært med på disse møtene.

Det blir i samtaler vist til at brukerne har vært representert i det partssammensatte utvalget/forhandlingsutvalget som har utarbeidet forslag til ny samarbeidsavtale. Det har vært med to fra helseforetaket, fire fra kommunene, en fra KS og en representant oppnevnt av Brukerutvalget i Helse Møre og Romsdal HF. Det er også med en brukerrepresentant oppnevnt av Brukerutvalget i Helse Møre og Romsdal i overordna samhandlingsutvalg, og en brukerrepresentant i administrativt samhandlingsutvalg.

Det kommer ikke fram i saksdokumenter/protokoller at Rådet for eldre og funksjonshemma har behandlet samarbeidsavtalen. Det kommer også fram i samtaler at rådet ikke har behandlet samarbeidsavtalen, men det blir framhevet at rådet derimot har vært involvert i arbeidet med helse- og omsorgsplan. Det framgår av protokoll fra møte i eldrerådet, sak 9/14, at rådet behandlet sak om videre utbygging av institusjonsplasser og omsorgsleiligheter. Det kommer fram i samtale at det har vært med brukerrepresentant i dette arbeidet. Rådet behandlet også i møte 16.10.2013, sak 13/13, «Gjennomgang av pleie- og omsorgstjenesten – forslag til endringer, ny behandling». Saken omhandler utvikling av sjukeheimsplasser, boliger m.m. i tillegg til økt satsing på rehabilitering, etablering av strukturert hverdagsrehabilitering fra 1.1.2014 og plan for bruk av velferdsteknologi (innen 1.10.2014).

Rådet tok i sak 4/12 opp bekymring knyttet til utviklingen i helse og omsorgssektoren og viste til kommunestyrets vedtak om utredning som skulle vise konsekvenser for:

1. Beboernes forhold med hensyn til pleie og pass
2. Antall ansatte i forhold til oppgaver
3. De ansattes arbeidsforhold
4. Samhandlingsreformens betydning for beboere, ansatte og innbyggerne i Neset generelt
5. Behovet for omsorgsplasser de nærmeste årene

Rådet fikk i møte 12.2.2014 informasjon om status samhandlingsreformen pr. desember 2013.

Rådet ba i møte 14.5.2014 administrasjonen vurdere opprettelse av brukerutvalg innen pleie- og omsorgstjenesten. Rådet behandlet økonomiplanen som egen sak, og har blant annet gitt slik uttale:

- Aktivitetsnivået i pleie og omsorgssektoren i Neset opprettholdes på minimum dagens nivå.
- Rådet anmoder kommunestyret om å finne midler til oppstart av frivilligsentral fra høsten 2014.

Forankring/opplæring

Det har så langt ikke vært noen systematisk opplæring av alle, men det har vært orientert/informert om avtalen tidligere. Det blir vist til at det er en omfattende avtale og et stort arbeid å sette seg inn i.

Det kommer videre i samtale fram følgende:

- Det er lite fokus på samarbeidsavtalen.
- En leder har fått beskjed om å gjøre seg kjent med avtalen og informere andre.
- Avtalen er ikke blitt gjennomgått med ansatte. Det blir vist til at det er travle dager med blant annet krav til dokumentasjon noe som er en utfordring for personalet.

Romsdals Regionråd/ROR i samarbeid med Orkidé, Sunnmøre Regionråd og Helse Møre og Romsdal skal utarbeide et opplegg for presentasjon av avtalen som ledd i opplæringa. Dette vil være et opplæringsopplegg som kommunene får. Det kommer fram i samtale at Neset kommune avventer dette opplegget.

Behovet for opplæring blir også tatt opp i saksframlegg til møte i overordna samhandlingsutvalg 16.4.2015:

- Parallelt med avtalearbeidet vart det nedsett ei eiga arbeidsgruppe mellom partane for å utvikle ei plattform for læringstiltak. Det er påpeika både nasjonalt (Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen - statusrapport pr. nov. 2014) og lokalt at innhaldet i samhandlingsavtalane mellom partane er lite kjent. Intensjonen med læringsplattforma er både å gjere innhaldet i avtala meir kjent og stimulere til auka bruk av samhandlingsavtalen.

Ansvar for oppfølging

Det kommer fram i samtale at enhetsleder helse/omsorg har hovedansvaret for avtalen.

Leder for koordinerende enhet har et særlig ansvar for delavtale 2 om helhetlige og sammenhengende helse og omsorgstjenester og delavtalene 3 og 5 om innleggelse og utskrivning av pasienter. Videre et ansvar knyttet til delavtale 6 og 7 (kompetanse) og et medansvar for delavtale 9 (IKT/elektronisk samhandling). Det kommer fram i samtale at avtalen brukes innimellom, og at avtalen gir gode rutiner å forholde seg til.

Det kommer fram i samtale at kommunen ikke har gått gjennom avtalen systematisk og fordelt ansvar. Alle avtaledeler er ikke like godt ivaretatt.

Avtalen er ikke lagt inn i kvalitetssystemet. Egne rutiner for å følge opp avtalen når det gjelder innleggelse og utskrivning av pasienter, inngår i kvalitetssystemet. Det er en ansatt som jobber med å legge ulike rutiner inn i nytt kvalitetssystem.

Lederne for hjemmetjenesten og sykehjemsavdelingen kjenner til avtalen og har den tilgjengelig, men hele avtalen blir ikke sett på ofte/daglig. Lederne har vært med på samlinger og samarbeidsmøter med helseforetaket. Det blir vist til at ulike tema blir tatt opp der, og at avtalen ligger til grunn og er tema.

Det blir vist til at det er mye å ha fokus på og at andre ting har vært prioritert internt i hjemmetjenesten. Samhandlingsreformen har derimot vært tema lenge. Det blir vist til at hovedansvaret for avtalen ligger til leder for koordinerende enhet, og at det er god kontakt med koordinerende enhet. Samarbeidsavtalen er en del av hverdagen når det gjelder

meldingsutveksling og dialog om innlagte pasienter, fortløpende helseopplysninger og telefonkontakt i tillegg.

Avvik

Det blir vist til at det kan være enkelthendelser som avviker fra avtalen, men at dette er unntak. Det kommer fram i samtale at leder for koordinerende enhet har ansvar for å sende avvik. Avviksskjema i forhold til samarbeidsavtalen er tilgjengelig på [foretakets hjemmeside](#).

6.3 Kommunerevisjonens vurderinger og anbefalinger

Neset kommune har noen system for å sikre iverksetting av samarbeidsavtalen med Helse Møre og Romsdal. Enhetsleder for helse og omsorg har et overordnet ansvar. Når det gjelder delavtalene knyttet til utskrivning og innleggelse av pasienter i sjukehus, har leder for koordinerende enhet et særlig ansvar. Ansvarsfordelingen for andre deler av avtalen framstår noe uklar.

Pasient- og brukerorganisasjoner skal medvirke i forbindelse med utarbeidelse, praktisering, oppfølging og endring av avtalen. Neset kommune har ikke lagt til rette for brukermedvirkning knyttet til samarbeidsavtalen. Medvirkning blant noen ansatte skjer i første rekke via møter i Romsdals Regionråd.

Neset kommune har i noen grad lagt til rette forankring/opplæring. Neset kommune samarbeider med andre kommuner og helseforetaket om å lage et opplegg for å sikre opplæring.

Revisjonen ser noen forbedringspunkter knyttet til medvirkning, forankring og ansvarsfordeling for oppfølging av samarbeidsavtalen med Helse Møre og Romsdal. Brukermedvirkning bør blant annet sikres gjennom involvering av rådet for eldre og funksjonshemma. Ansvarsfordelingen for oppfølging av samarbeidsavtalen med Helse Møre og Romsdal bør klargjøres.

Anbefaling

- Neset kommune bør sikre medvirkning, forankring og klargjøre ansvarsfordelingen for oppfølging av samarbeidsavtalen mellom Neset kommune og Helse Møre og Romsdal.

7 Referanser og kilder

RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon, [Norges Kommunerevisorforbunds hjemmeside](#).

Folkehelseloven

Helse- og omsorgstjenesteloven

Prop. 91 L (2010-11) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

Plan- og bygningsloven (PBL)

Helse- og omsorgsdepartementet – kommunal medfinansiering (1)

Helse- og omsorgsdepartementet – kommunal medfinansiering (2)

Regjeringen – pressemelding

Statsbudsjettet 2012 – inntekter kommunene

Helsedirektoratet Økonomiske virkemidler i samhandlingsreformen

Til barns beste NOU 2012: 1 - Kommuneplanprosessen – veileder

Statsbudsjettet 2012 Helse og omsorgsdepartementet

Helse og omsorgsdepartementet – om samhandlingsreformen

Fastlegeforskrift § 20

Helsedirektoratet styringsdata for kommuner.

Veileder - Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold

Veileder for samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner

Sykehusenes veiledningsplikt – rundskriv

[Kommuneprp 2015](#)

[Status for samhandlingsreformen Helsedirektoratet 2014](#)

Samdata 2012 [Samdata 2013](#) Samdata 2014 Spesialisthelsetjenesten Helsedirektoratet

Helse Møre og Romsdal, foretaksmøte 13. februar 2014/ Styringskrav og rammer 2014 – og 2015

Langtidsplan/langtidsbudsjett og budsjett 2015 for Helse Møre og Romsdal

Samarbeidsavtale mellom Neset kommune og Helse Møre og Romsdal.

Årsrapport 2013 og 2014 for Neset kommune

Årsrapport og protokoller for Eldrerådet og Rådet for funksjonshemma.

Budsjett 2013/økonomiplan 2013-2016

Budsjett 2014/økonomiplan 2014-2017

Budsjett 2015/økonomiplan 2015-2018

[Kommuneplan 2012-2020](#) vedtatt av Neset kommunestyre 29.3.2012, sak 30/12.

[Helse og omsorgsplan 2011-2030](#) , vedtatt av Neset kommunestyre 16.06.2011 – sak 62/11.

[Kommunedelplan for anlegg hus og område for idrett, fysisk aktivitet og kultur 2013-2016](#), vedtatt av Neset kommunestyre den 13. 11. 2012.

[Kommunal planstrategi 2012-2015](#) vedtatt av Neset kommunestyre, 07.02.2013, sak 6/2013.

Kommunebilde Neset kommune Fylkesmannen i Møre og Romsdal 2.4.2014

[Statusrapport God Helse 2013, Møre og Romsdal fylkeskommune](#)

KSs Nøkkeltalsrapport 2014 innenfor pleie og omsorg, Møre og Romsdal

Samhandlingsreformen KS

ROR – samhandling - sluttrapport

Vedlegg 1 Samhandlingsreformen

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.

Målet med samhandlingsreformen er å få et bedre og mer helhetlig helsetilbud. ([Helse og omsorgsdepartementet.](#)) 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](#))

Det framgår følgende i [Statsbudsjettet 2015](#):

- Målet i samhandlingsreformen er at alle innbyggere skal ha et helhetlig og sammenhengende helsetilbud på rett nivå, av høy kvalitet som er tilpasset den enkeltes behov. Alle de regionale helseforetakene er i prosess for å utarbeide planer for desentralisering av spesialisthelsetjenester. Kommuner og helseforetak samarbeider om etableringen av øyeblikkelig hjelp døgnopphold som et alternativ til sykehusinnleggelse. Det pågår et kontinuerlig arbeid rundt opprettelsen av nye øyeblikkelig hjelp tilbud i kommunene. I Finnmark inngår dette i sykestuene, og det er ikke etablert nye plasser i fylket. Det er et pågående arbeid i alle helseforetakene for å vurdere om desentraliserte spesialisthelsetjenester bør samlokaliseres med det nye kommunale tilbudet. (side 85)

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. Reformen skal innføres gradvis i løpet av fire år. ([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 innleggelser 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 kostnadsnøklerne 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). 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 betalingssatsen. 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 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.
- Varselet 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.

Ved beregningen av uttrekket fra kommunerammen i tilknytning til utvikling av KMF (kommunal medfinansiering) 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.

I [Meld.St.26 2014-2015](#) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet – framgår følgende om følgeforskning:

Departementet har i regi av Norges forskningsråd igangsatt en forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen som dekker første del av implementeringsfasen for reformen (2012–2015). Tre større tverrfaglige evalueringsprosjekter ble startet opp i 2012, og ytterligere tre prosjekter ble igangsatt i 2013. Evalueringen omfatter prosjekter om pasientforløp og samarbeidet mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og helseforetakene, styringsvirkemidler og kommunale innovasjoner, effekter på helse, helsetjenester og samfunnsøkonomi, konsekvenser for eldre og deres pårørende, kommunenes arbeid med helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid, samt informasjonsutveksling og IKT-løsninger. De første endelige resultatene av prosjektene vil foreligge våren 2015. Det skal arrangeres en konferanse i september 2015 der de endelige resultatene fremlegges. Det skal utarbeides en samlet evalueringsrapport etter at alle prosjektene er ferdigstilt ved utgangen av 2015 (Norges forskningsråd 2014).

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](#))

Det framgår følgende av [Statsbudsjettet 2015](#):

- Samhandlingsreformen videreføres gjennom et bredt virkemiddelapparat, herunder betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter, lovpålagte samarbeidsavtaler mellom helseforetakene og kommunene, innfasing av øyeblikkelig hjelp døgnopphold og et forvaltningsmessig følge-med opplegg i regi av Helsedirektoratet og følgeforskningsprosjekt i regi av Norges forskningsråd. Helsedirektoratet utgir hvert år en rapport på samhandlingsstatistikk.

I oppdragsdokument/styringskrav og rammer til Helse Midt-Norge og Helse Møre og Romsdal blir det sagt følgende om samhandlingsreformen m.m. ([Styringskrav og rammer 2015 for Helse Møre og Romsdal HF](#) 12. februar 2015 fra Helse Midt-Norge):

- Samhandlingsreforma utgjør eit overordna rammeverk og gjev føringar for den vidare utviklinga av den samla helse- og omsorgstenesta. Gode pasientforløp og fleire tenester nær der pasienten 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 rettleingsplikta spesialisthelsetenesta har overfor dei kommunale helse- og omsorgstenestene. Omstilling av tenester innanfor somatikk, psykisk helsevern, tverrfagleg spesialisert 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 føreset eit nært samarbeid mellom regionale helseføretak / helseføretak og kommunane, og også med brukarane og organisasjonane deira. (*samme føring som i 2014*)
- Eit av dei viktigaste verkemidla for å gjennomføre forbetringar i helsetenesta ligg i å utvikle og ta i bruk teknologiske løysingar, både når det gjeld pasientbehandling og informasjonsdeling med pasientar og andre samarbeidspartnarar. Informasjonsdelinga vil omfatte heile pasientforløpet, inkludert primærhelsetenesta. Utvikling av ny elektronisk pasientjournal og pasientadministrativt system vil starta i 2015. Helse Midt-Noreg RHF vil arbeide for at anskaffinga skjer i samarbeid med eit utval kommunar og at den vil oppfylle dei målbileter og eventuelle konseptval som følgjer Helsedirektoratet sin utreiing av Stortingsmelding nr. 9 (2012–2013) *Én innbygger – én journal*.
- Kreftbehandlinga skal styrkast. Diagnosesenter er etablerte i 2014 og vil bli utvikla vidare i 2015. Pakkeforløp for kreft blir innførte i 2015 og vil bli monitorerte, jf. styringsparametrane i tabell 11. Leiarar i sjukehusa får ansvar for å identifisere eventuelle flaskehalsar i behandlingsforløpet. Som ledd i innføringa av pakkeforløp for kreft skal ein styrkje samarbeidet mellom sjukehus og fastlegar.

- Det skal setjast i gang ei forsøksordning der driftsansvaret for distriktpsikiatriske senter blir overført til nokre forsøkskommunar som har tilstrekkeleg kapasitet og kompetanse. Helse Midt-Noreg RHF vil kome tilbake til dette.

Ei helseteneste for pasienten (utdrag)

Langsiktige mål: Gode og effektive pasientforløp. Mål for 2015:

- Prosentdelen kreftpasientar som blir registrerte i eit definert pakkeforløp, skal vere minst 70 prosent.
- Etablere og implementere fleire standardiserte pasientforløp i høve til nasjonale retningslinjer og ein felles regional metodikk.

Kvalitet og pasienttryggleik (utdrag)

Langsiktige mål: Helseføretaka skal støtte opp under den kommunale helse- og omsorgstenesta, i tråd med intensjonen i samhandlingsreforma. Mål for 2015:

- Betre vurdering av innleggingar og betre oppfølging etter innlegging/behandling innanfor psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling.
- Psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling skal i større grad innrette tenestane sine slik at personellet jobbar meir ambulant og samarbeider nærare med kommunar, skular, barnevernet og fengsla. Dette gjeld både for barn, unge og vaksne. Legespesialistar og psykologar er del av det ambulante arbeidet ved distriktpsikiatriske senter.
- Etablere rutinar som sikrar at pasientar innanfor psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling får behandling for somatiske lidningar og tilsvarande, og at pasientar som blir behandla for somatiske lidningar også får tilbod om behandling for psykiske lidningar og/eller rusproblem. Dette kan skje innanfor spesialisthelsetenesta eller i eit samarbeid med fastlege.
- Sikre at kompetanse er tilgjengeleg for kommunane slik at dei kan gje tilbod til innbyggjarane som alternativ til behandling i spesialisthelsetenesta.

Personell, utdanning og kompetanse (utdrag)

Langsiktige mål: Sikre felles kompetanseutvikling og leggje aktivt til rette for kompetansedeling i samarbeid med utdanningssektoren og kommunane. Den lovpålagde rettleingsplikta overfor kommunane bidreg til å auke kompetansen i kommunane i tråd med intensjonen i samhandlingsreforma. Mål for 2015:

- Utvikla strategi for kompetansedeling og kompetanseutveksling med kommunale helse- og omsorgstenester i regionen.

Forsking og innovasjon (utdrag)

Langsiktige mål: Auke omfang og implementering av klinisk pasientretta forsking, helsetenesteforsking, global helseforskning og innovasjonar som bidreg til auka kvalitet, pasienttryggleik, kostnadseffektivitet og meir heilskaplege pasientforløp, gjennom nasjonalt og internasjonalt samarbeid og aktiv medverknad frå brukarar.

Andre styringskrav for 2015 (utdrag)

Regjeringa vil skape ei helseteneste for pasienten og flytte makt slik at pasienten blir ein aktiv og likeverdig partner. Kvaliteten i helsetenesta varierer for mykje, og for mange opplever unødvendig venting. Erfaringar frå arbeidet med standardiserte pakkeforløp på kreftområdet har synleggjort krava til heilskapleg leing med evne til å samordne og integrere arbeidsprosessar og faggrupper. Dette er viktig for å kunne møte pasientar med behov for samansette tenester på tvers av fagområde og einingar.

Litt økonomi: **Avtale om naudsynt omstillingsprosess i føretaket i perioden 2015-2021:** Fram til nytt sykehus for Nordmøre og Romsdal er planlagt ferdigstilt (perioden 2015-2021), vil Helse Møre og Romsdal HF ha behov for en årlig gjennomsnittlig effektiviseringsforbedring på 1,8 prosent (tilsvarende 80-90 mill. NOK/år) i tillegg til andre merverdikrav begrunnet i endringer i finansieringssystem, statlig effektiviseringskrav, bortfall av særfinansiering, endring av ISF etc. [Protokoll foretaksmøtet 12. februar 2015 Helse Møre og Romsdal.](#)

Vedlegg 2 Revisjonskriterier og bakgrunnsinformasjon

Folkehelse – helsefremmende og forebyggende arbeid

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:

- a) opplysninger som statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen gjør tilgjengelig etter §§ 20 og 25,
- b) kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 og
- c) 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. ([Folkehelseoven](#) § 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 folkehelseoven § 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 i folkehelseoven 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. ([Folkehelseoven](#) § 6. Mål og planlegging)

I folkehelseoven er planlegging vektlagt som et sentralt virkemiddel i folkehelsearbeidet, og folkehelseoven 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 folkehelseoven i kommunene vil imidlertid kreve at folkehelsearbeidet styrkes.

Samarbeidsavtalen mellom Nesset 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 helse. 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/frisklivsentraler.

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 utarbeider ny veileder. 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 påpekning 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)

Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering (vedlegg 6 til Samarbeidsavtalen):

- **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)
- **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 ivare tatt 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.
- **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.

Helse Møre og Romsdal (plikter og ansvar): Spesialisthelsetjenesten har veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten og pasient/pårørende. Viser til rundskriv Spesialisthelsetjenestens 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

Kommunen (plikter og ansvar)

- 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, Nesset, Eide (Kilde: Helse Møre og Romsdal)

Klinikk for psykisk helsevern – Nesset: nedgang i liggetid fra 2011

	2010		2011		2012		2013		2014	
	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid
Fræna	28	27,36	47	36,62	44	24,39	53	19,83	52	19,96
Molde	278	21,02	302	25,11	306	24,60	352	19,97	378	19,40
Rauma	51	17,41	73	34,42	54	35,69	36	29,25	25	18,60
Vestnes	31	12,58	44	30,95	54	28,44	49	21,82	44	18,64
Nesset	19	28,95	10	31,90	17	24,35	18	17,06	34	14,18
Eide	27	13,15	20	21,80	9	43,67	10	21,30	17	12,24

Klinikk for kirurgi Molde – Nesset: nedgang i liggetid fra 2011-2013, økning fra 2013 til 2014

	2010		2011		2012		2013		2014	
	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid
Fræna	327	4,30	337	4,15	302	3,54	348	3,54	304	3,72
Molde	983	4,73	931	4,81	906	4,69	946	4,26	857	4,24
Rauma	303	4,44	305	4,40	266	4,14	269	4,00	268	4,23
Vestnes	198	4,85	192	5,11	182	4,21	194	4,33	203	3,85
Nesset	97	4,54	122	4,62	122	4,24	110	3,68	106	4,75
Eide	127	5,54	118	4,48	81	3,81	96	3,41	90	3,06

Kvinneklinikken – Nesset: noe variasjon, nedgang fra 2012 til 2013/2014

	2010		2011		2012		2013		2014	
	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid
Fræna	240	3,58	244	3,59	268	3,56	242	3,33	289	3,03
Molde	704	3,89	717	3,34	699	3,76	706	3,59	699	3,34
Rauma	213	3,70	238	3,12	176	3,29	176	3,31	165	3,22
Vestnes	154	3,47	132	3,23	176	3,11	137	2,75	134	2,96
Nesset	55	3,53	78	2,99	83	3,78	62	2,90	51	3,00
Eide	138	3,86	105	3,43	96	3,53	77	2,96	76	3,16

Klinikk for medisin – Nesset: nedgang i liggetid fra 2010 til 2013 – liten økning fra 2013 til 2014

	2010		2011		2012		2013		2014	
	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid
Fræna	483	6,04	475	4,96	553	4,34	583	4,50	549	4,35
Molde	1192	5,60	1334	5,07	1340	5,55	1381	4,76	1338	4,64
Rauma	443	5,39	419	5,48	458	4,75	343	5,17	341	4,40
Vestnes	310	5,84	307	5,50	354	5,69	386	5,04	343	4,99
Nesset	136	5,15	114	4,64	161	4,43	174	3,71	188	4,38
Eide	129	4,77	113	4,47	157	3,28	136	3,71	154	4,12

Klinikk for rehabilitering – Nesset: variasjon, tendens nedgang i liggetid

	2010		2011		2012		2013		2014	
	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid
Fræna	178	7,04	186	8,56	194	6,70	196	6,21	159	6,34
Molde	495	8,14	505	8,19	483	6,47	545	6,62	504	6,04
Rauma	147	7,84	157	8,73	163	5,75	123	5,91	128	7,49
Vestnes	116	10,63	103	9,98	128	7,67	96	6,96	93	7,35
Nesset	65	10,86	50	11,58	55	6,82	80	7,43	9	2,89
Eide	73	7,70	83	5,72	48	6,60	64	5,38	69	6,70

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 poliklinikk i perioden 2008-2012: 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.
- [SAMDATA 2014](#) viser at døgnplasser/senger er redusert fra 2012 til 2014, men økning poliklinisk behandling.

Utviklingstallene for både ressursinnsats (kostnader og årsverk) og aktivitetsutviklingen viser at det har vært noe sterkere vekst i primærhelsetjenesten enn i spesialisthelsetjenesten etter implementeringen av reformen. Kostnader til omsorgstjenester til hjemmeboende, til forebyggende arbeid i kommunene og til helserefusjon til fastleger har hatt større realvekst de to siste årene enn kostnadene til spesialisthelsetjenesten. Årsverkstallene viser først og fremst en dreining mot høyere kvalifisert personell. [Samhandlingsstatistikk 2013-2014, Helsedirektoratet](#)

Tabell 3 Pleie og omsorgstjenesten

Kommune KOSTRA funksjon	Neset			Kommunegruppe 02			Møre og Romsdal			Landet/Landet uten Oslo		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Andel innbyggere 80 år og over som bor i institusjon	22,3	23,4	25,0	15,3	14,5	14,3	15,2	14,8	14,4	14,2/ 13,8	13,8/ 13,5	13,6/ 13,3
Andel plasser avsatt til tidsbegrenset opphold	7,1	10,7	10,7	14,7	17,3	17,3	18,3	18,7	17,9	16,1/ 16,6	18,1/ 18,7	18,2/ 19,0
Andel plasser til skjermet enhet for demens	12,5	16,1	16,1	24,3	26,9	27,2	21,1	21,2	21,6	22,8/ 23,4	23,4/ 23,9	23,9/ 24,5
Andel plasser satt av til rehabilitering/habilitering	1,8	5,4	1,8	6,1	8,9	8,4	5,6	8,7	5,7	5,4/ 5,8	7,4/ 7,9	7,3/ 7,6
Andel plasser i enerom i pleie og omsorgsinstitusjoner	100,0	100,0	100,0	95,3	96,1	96,6	93,9	92,7	92,9	93,5/ 93,8	93,9/ 93,8	95,0/ 94,9
Mottakere av hjemmetjenester pr 1000 innbygger 0-66 år	17	17	16	24	24	25	20	20	21	19/ 20	19/ 20	19/ 20
Mottakere av hjemmetjenester pr 1000 innbygger 67-79 år	101	104	105	90	86	83	78	72	69	74/ 74	71/ 72	69/ 69
Mottakere av hjemmetjenester pr 1000 innbygger 80 år og over	249	298	271	368	379	378	349	347	344	338/ 340	336/ 339	331/ 333

KOSTRA – konsern - reviderte tall 26.06.2015

Tall fra **Kostra**, tabell 3, viser følgende trekk ved tilbudet i Neset kommune (2014):

- *Andel innbyggere 80 år+ som bor i institusjon ligger over gjennomsnittet for kommunegruppe 02, Møre og Romsdal og landet.*
- *Andel plasser satt av til tidsbegrensa opphold ligger under kommunegruppe 02, Møre og Romsdal og landet.*
- *Andel plasser til skjermet enhet for demens ligger under kommunegruppe 02, Møre og Romsdal og landet.*
- *Andel plasser til rehabilitering/habilitering ligger under kommunegruppe 02, Møre og Romsdal og landet.*
- *Mottakere av hjemmetjenester pr 1000 innbygger 67-79 år ligger over kommunegruppe 02, Møre og Romsdal og landet.*
- *Mottakere av hjemmetjenester pr 1000 innbygger 80 år + ligger under kommunegruppe 02, Møre og Romsdal og landet.*

Tabell 4 Personell

Kommune- gruppe KOSTRA funksjon	Neset			Kommunegruppe 02			Møre og Romsdal			Landet/Landet uten Oslo		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Andel årsverk i brukerretnede tjenester m/fagutdanning	84	83	84	76	77	78	75	76	76	74/ 74	74/ 75	75/ 76
Andel årsverk i brukerretnede tjenester m/ fagutdanning fra videregående skole**	48	48	47	46	46	47	42	42	42	41/ 42	41/ 41	40/ 41
Andel årsverk i brukerretnede tjenester m/ fagutdanning fra høyskole/universitet**	35	35	37	30	30	31	32	33	34	33/ 33	34/ 34	35/ 34
Legetimer pr uke pr beboer i sykehjem	0,28	0,32	0,25	0,37	0,38	0,37	0,38	0,41	0,39	0,43/ 0,43	0,46/ 0,47	0,50/ 0,49
Fysioterapitimer pr uke pr beboer i sykehjem	0,31	0,22	0,25	0,30	0,36	0,38	0,25	0,25	0,26	0,36/ 0,33	0,38/ 0,37	0,39/ 0,37
Årsverk ergoterapeuter pr 10 000 innbygger*	3,3	3,3	3,4	2,5	2,4	2,9	2,6	2,6	3,2	3,2/ 3,1	3,4/ 3,3	3,6/ 3,5
Årsverk psykiatrisk sykepleier pr 10 000 innbygger*	6,7	6,7	6,7	5,7	5,5	6,1	5,1	5,2	4,8	4,1/ 4,4	4,2/ 4,5	4,2/ 4,5
Årsverk jordmødre pr 10 000 fødte	166,7	208,3	250	98,2	111	98	72,1	64,2	63	46,3/ 50,1	47,3/ 51,2	48,7/ 53,0

KOSTRA – reviderte tall 26.06.2015 konsern *(khelse og plo) **ikke konsern

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 Folkehelseiltak

Økonomiplan 2015-2018 – Årsbudsjett 2015 Nesset kommune

Kommunens visjon skal være noe å strekke seg etter, og som alle hovedmålene skal bidra i retning av.

Mål nr.	Kommunens hovedmål	Fokustema for 2015	Delmål folkehelse	Tiltak i forhold til folkehelsesatsing
1.	<i>Kvalitet på tjenestene</i>	<p>Levere lovpålagte tjenester med god kvalitet til rett tid.</p> <p>Brukere opplever god dialog og er fornøyd.</p>	<p>1. Folkehelse er forankret i kommunens styringsdokument, planstrategi, synlig i saksbehandling og i årsplaner innen alle enheter.</p> <p>2. Innbyggerne i Nesset skal oppleve at det satses på folkehelse, og at de gis mulighet til å ta viktige og riktige valg som fremmer helse i et livsløpsperspektiv.</p>	<p><input type="checkbox"/> Alle enheter har tiltak vedr. folkehelse som det rapporteres på, slik at kommunens samlede folkehelsearbeid blir synlig.</p> <p><input type="checkbox"/> Informasjon om folkehelseiltak, og om hva som påvirker innbyggernes helse og trivsel skal kunne gis av alle enheter/fagpersoner som har direkte kontakt med innbyggerne.</p> <p><input type="checkbox"/> Markering av «Friluftslivets år 2015» skal synliggjøres i organisasjonen Nesset kommune og for innbyggerne.</p> <p><input type="checkbox"/> Fortsette arbeidet med å utarbeide oversikt over kommunens helsetilstand. Ferdigstilles i 2015.</p>
2.	<i>Motiverte medarbeidere</i>	<p>Rett kompetanse til rett oppgave</p> <p>Redusere fravær med 10 %</p>	<p>1. Legge til rette for at ansatte har informasjon og kompetanse slik at de kan ta vare på egen helse, inkludert arbeidshelse.</p> <p>2. Oversikt over utfordringer, mål og tiltak vedr. folkehelse innen alle sektorer.</p> <p>3. Prosjektet «Helse i alt vi gjør» implementeres i tråd med utarbeidet aktivitetsplan for prosjektet.</p>	<p><input type="checkbox"/> Ansatte i Nesset kommune sikres nødvendig informasjon om helsefremmende tiltak vedr. den enkelte arbeidsplass fra nærmeste leder.</p> <p><input type="checkbox"/> Innhente relevant informasjon og kompetanse for å ferdigstille oversikt over kommunens helsetilstand. Evaluere tiltak på kommunenivå ut i fra «Regional delplan for folkehelse», knyttes opp til årsmelding til MR fylke</p> <p><input type="checkbox"/> Tiltakene det er lagt opp til i prosjektet «Helse i alt vi gjør» gjennomføres og informasjon til AMU og HAMU og ledergruppe sikres minimum 2 ganger i året.</p> <p><input type="checkbox"/> Tilstedeværelse i jobb og i aktivitetstilbud som fremmer helse skal ha fokus.</p>
3.	<i>God økonomistyring</i>	<p>Oversikt over all bruk av ressurser. Rammene skal overholdes</p>	<p>1. Tilskudd fra MR fylke jfr. Partnerskapsavtale.</p> <p>2. Finne innovative måter å utvikle folkehelseiltak på innen ordinær drift.</p>	<p><input type="checkbox"/> Administrasjonen har oversikt over, og følger med på muligheter for intern og ekstern finansiering av tiltak som bidrar til forebyggende og helsefremmende tiltak. Videreformidler til aktuelle samarbeidspartnere.</p>

4.	<i>Helhetlig og langsiktig planlegging</i>	Omdømmebygging i alt vi gjør!	<ol style="list-style-type: none"> 1. Folkehelsearbeid skal bidra til et positivt omdømme. 2. Involvere innbyggerne i Neset kommune i markeringen av Friluftslivets år 2015 3. Videreføre og utvikle samarbeid med ulike sektorer, ildsjeler, frivillige lag og organisasjoner i prosjekt der kommunen er medeier. 4. Alle bygder får vist fram sine nærturområder og muligheter for friluftskaktiviteter i forbindelse med markering av friluftslivets år 2015. 5. Innhold i ny Folkehelsemelding gjøres kjent for de instanser som ut fra denne har ansvar for oppfølging på kommunalt nivå. 	<p>Statistikk og lokale erfaringer legges til grunn for videre planarbeid, langsiktige strategier og prioriterte innsatsområder. Inkl. tiltak i Neset ut i fra Regional delplan folkehelse og konkrete utfordringer fra Helsedirektoratet. Frist 01.09.14</p> <p>Informere om Friluftslivets år og gjennomføre ulike aktiviteter vise at en i Neset har gode muligheter for å drive med friluftsliv gjennom hele året.</p> <p>Involvere tilflyttere med mål om integrering og økt kunnskap knyttet til friluftsliv og helsefremmende lokalmiljø.</p> <p>Ferdigstille minimum 4 UU turmål og informere om disse på www.morotur.no og kommunens hjemmeside.</p> <p>Folkehelsekoordinator har ansvar for å informere de aktuelle instanser/samarbeidsparter innen juli 2015</p>
5.	<i>Effektiv og rasjonell drift gjennom bruk av IKT</i>	<p>Tilrettelegging og innføring av kvalitetsstyrings system for hele kommunen.</p> <p>Aktiv bruk av dagens dataprogram samt innføring av nye.</p> <p>Sikker dokumentasjon av alt vi gjør.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ta i bruk maler og benytte tilgjengelig statistikk anbefalt fra Helsedirektoratet, for bedre å kunne definere utfordringer og tiltak knyttet til folkehelse. 2. Dokumentere at folkehelse er et tverrsektorielt satsingsområde. 	<p>Skaffe oversikt over anbefalte maler for oversiktsarbeidet, sikre</p> <p>Opplæring i bruk av hensiktsmessig dataverktøy i samarbeid med Partnerskap God Helse og ta dette i bruk innen mai 2015.</p> <p>Sikre folkehelseperspektivet og konsekvenser i saksbehandling gjennom bruk av e-phorte.</p> <p>Benytte hjemmesida til NK til å legge ut informasjon vedr. folkehelse, min. 6 saker.</p>
6.	<i>God utnyttelse og bruk av kommunale bygg, samt et godt vedlikehold</i>	Rasjonell drift av alt nødvendig bruksareal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kommunen skal bidra til at uteareal, kommunale bygg og arrangement er lett tilgjengelige for lavterskelaktivitet og de skal fremme gode bomiljø i et livsløpsperspektiv. 2. Universell utforming gir mulighet for aktiv deltakelse og fremmer helse. 	<p>Tiltak med klar folkehelseprofil prioriteres ved tildeling av kulturmidler/midler som UKS eller andre rår over</p> <p>Universell utforming og tilgang til trygge areal</p>

Vedlegg 5 Sentrale tjenester i Neset kommune

Enhet for helse og omsorg

[Økonomiplan](#) 2015-2018 for Neset kommune gir en oversikt over sentrale tjenester i Neset kommune innenfor enhet for helse og omsorg:

- Sjukeavdeling 30 plasser herav 2 plasser avsatt til korttidsopphold/avlastning.
- Korttidsavdelinga 17 plasser. 1 plass avsatt til korttidsopphold/avlastning.
- Demente avdeling 9 plasser, 1 plass avsatt til avlastningsopphold.
- Eldresenter/dagsenter for demente og demenskoordinator 10 % stilling.
- Hjemmetjenesten i hele kommunen er organisert under en avdeling med en leder.
- Helsestasjonstjenesten 0-20 år. Det er budsjettert med 2 årsverk som helsesøster og 0,5 årsverk som jordmor.
- Fysioterapitjenesten / ergoterapitjenesten. Det er budsjettert med 2,7 årsverk fysioterapi- og 0,5 årsverk ergoterapitjeneste.
- Støttekontakt/fritidstjeneste/aktivitetstjeneste
- Psykisk helsearbeid er tiltak rettet mot mennesker med psykiske lidelser, deres familier og nettverk. Gjelder også barn og ungdom herunder forebyggende arbeid i skolen. Det er for 2015 budsjettert med 1,5 årsverk.

Enhet helse og omsorg består av 170 tilsatte fordelt på 8 avdelinger (avdelingsledere).

Alle enhetsledere rapporterer til rådmannen. Ass. rådmann har faglig oppfølgingsansvar blant annet for saker som går til utvalg for helse, omsorg, kultur (HOK).

Legetjenesten

- 3 fastleger en turnuskandidat, 2,5 årsverk hjelpepersonell.
- Interkommunalt legevaktssamarbeid med Molde, Eide og Fræna, gjelder fra kl. 21 til kl. 08.00 på hverdager, samt på helg og helligdager. Ordningen er under evaluering.
- Ikke ventetid ved legekantoret. Fra mandag til og med torsdag fra kl. 16.00 til 21.00 har Neset egen legevakt.
- Legene har deltidstillinger ved institusjonene, helsestasjon og smittevern og forebyggende helsearbeid til sammen 1,1 årsverk.

Legevakt 4 dager i uka – natt, pluss helg Molde. Det kommer fram i samtale at det ikke har skjedd noen endringer når det gjelder fastlegene etter samhandlingsreformen. Tilsynslegeressurs ved sjukeheimen har ikke økt etter samhandlingsreformen.

Folkehelsekoordinator

Folkehelsekoordinator (50 % stilling) rapporterer til rådmannen. Folkehelsekoordinator er ergoterapeut og har også 50 % stilling som ergoterapeut lagt til enhet for helse og omsorg.

Kommunale akutte døgnplasser (KAD)/øyeblikkelig hjelp døgntilbud

Kommunenes nye plikt til å ha et øyeblikkelig hjelp døgnopphold skal tre i kraft i 2016, men er innen somatikk gradvis innfasert fra 2012. Plikten vil også omfatte brukere med psykiske helseproblemer og/eller rusproblemer, men først fra 2017 for å gi kommunene tid til å etablere nødvendige tilbud. Formålet med oppbyggingen av et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp er å unngå innleggelser i sykehus når dette ikke er ønskelig eller nødvendig ut i fra en medisinskfaglig vurdering. ([Meld.St.26 2014-2015](#) Fremtidens primærhelsetjeneste) Neset kommune har inngått avtale med Molde kommune fra 1.1. 2016 om felles tilbud.