
KOMMUNEREVISJONSDISTRIKT 2
MØRE OG ROMSDAL

Forvaltningsrevisjonsrapport

Samhandlingsreformen

i

Rauma kommune

24. november 2014

Kommunerevisjonsdistrikt 2 Møre og Romsdal er interkommunalt selskap etter kommune-loven § 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	8
2.1	BAKGRUNN.....	8
2.2	PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER.....	8
2.3	AVGRENSING AV UNDERSØKELSEN.....	8
2.4	METODE OG DATA	9
2.5	HØRING	10
3	SAMHANDLINGSREFORMEN.....	10
4	RAUMA KOMMUNE.....	12
5	FOREBYGGENDE OG HELSEFREMMEDE ARBEID.....	14
5.1	PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER.....	14
5.2	FAKTA OG BESKRIVELSE.....	14
5.2.1	<i>Folkehelse i planlegging</i>	<i>14</i>
5.2.2	<i>Tiltak for å fremme folkehelse herunder tverrsektorielt samarbeid</i>	<i>18</i>
5.3	KOMMUNEREVISJONENS VURDERINGER OG ANBEFALINGER.....	20
6	TJENESTER OG KOMPETANSE	22
6.1	PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER.....	22
6.2	FAKTA OG BESKRIVELSE.....	22
6.2.1	<i>Utvikling av tjenestetilbudet.....</i>	<i>22</i>
6.2.2	<i>Kompetanse</i>	<i>27</i>
6.3	KOMMUNEREVISJONENS VURDERINGER	29
7	KOORDINERTE OG HELHETLIGE HELSETJENESTER	30
7.1	PROBLEMSTILLING OG REVISJONSKRITERIER	30
7.2	FAKTA OG BESKRIVELSE.....	30
7.2.1	<i>Koordinerende enhet.....</i>	<i>30</i>
7.2.2	<i>Individuell plan og koordinator</i>	<i>31</i>
7.2.3	<i>Andre tiltak.....</i>	<i>32</i>
7.3	KOMMUNEREVISJONENS VURDERINGER OG ANBEFALINGER.....	33
8	SAMARBEIDSAVTALENE	34
8.1	PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER.....	34
8.2	FAKTA OG BESKRIVELSE.....	35
8.2.1	<i>Samarbeidsavtalene</i>	<i>35</i>
8.2.2	<i>Kompetanseutvikling og veiledning.....</i>	<i>36</i>
8.3	KOMMUNEREVISJONENS VURDERINGER OG ANBEFALINGER.....	37
9	ØKONOMI	38
9.1	PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER.....	38
9.2	FAKTA OG BESKRIVELSE.....	38
9.2.1	<i>Samhandlingsreformen i Rauma kommune – økonomiske konsekvenser</i>	<i>38</i>
9.2.2	<i>Utskrivningsklare pasienter</i>	<i>40</i>
9.2.3	<i>Medfinansiering</i>	<i>43</i>
9.3	KOMMUNEREVISJONENS VURDERING	46
10	REFERANSER OG KILDER.....	48
11	VEDLEGG	49
11.1	REVISJONSKRITERIER OG BAKGRUNNSINFORMASJON	49
11.2	DATA	55
11.3	OVERSIKT OVER HELSETILSTAND OG PÅVIRKNINGSFAKTORER	61

1 Oppsummering, samlede vurderinger og anbefalinger

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

1. Rauma kommune bør videreføre arbeidet med å sikre at folkehelse blir integrert i planlegging.
2. Rauma kommune bør legge til rette for at folkehelsearbeidet blir tverrsektorielt.
3. Rauma kommune bør fortsatt prioritere arbeidet med å sikre koordinerte og helhetlige helsetjenester herunder legge forholdene til rette for koordinatorene og utvikle samarbeidet på tvers av enheter og nivå.
4. Rauma kommune bør sikre en mer systematisk oppfølging av samarbeidsavtalen herunder ansvarsfordeling og opplæring av aktuelle ansatte.

Samhandlingsreformen ble innført 1. januar 2012. Reformen har sin hovedforankring i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og lov om folkehelsearbeid. Reformen skal innføres gradvis i løpet av fire år. Målet med samhandlingsreformen er å få et bedre og mer helhetlig helsetilbud. 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. Vurderingene gjort i denne rapporten må sees i lys av at dette er en retningsreform.

Folkehelse i planlegging herunder oversikt over helsetilstanden.

Rauma kommune prioriterte tidlig folkehelsearbeidet i tråd med ny folkehelselov. Kommunen har gjort et omfattende arbeid når det gjelder oversikt over helsetilstanden og har dette langt på vei på plass. Arbeidet krever bidrag fra flere aktører. Rauma kommune har så langt i liten grad nyttet oversikten som grunnlag for planlegging.

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. Kommunestyret vedtok at innsatsområder med tilhørende mål og tiltak skulle følges opp gjennom kommuneplanens samfunnsdel og økonomiplan. Dette ble ikke fulgt opp i kommuneplanens samfunnsdel. I rådmannens forslag til handlingsprogram og økonomiplan 2015-2018 og budsjett 2015 inngår oversikt over folkehelsestilstand og utfordringer og forslag til folkehelsestrategier og folkehelseiltak for planperioden.

Anbefaling:

- Rauma kommune bør videreføre arbeidet med å sikre at folkehelse blir integrert i planlegging.

Tiltak for å fremme folkehelse herunder tverrsektorielt samarbeid

Rauma kommune har mange tiltak knyttet til folkehelse. Kommunen bør vurdere å synliggjøre disse i enda større grad og sikre aktuelle tiltak i alle sektorene. Dette kan blant annet skje ved å etterspørre folkehelseiltak i alle enheter.

Rauma kommune har siden 2005 hatt folkehelsekoordinator. Behovet for videreutvikling av samarbeidet mellom sektorer og aktører er tatt opp i ulike sammenhenger.

Folkehelsekoordinator har blant annet tilgang til rådmannens samfunnsforum. Kommunen bør prioritere å legge forholdene til rette slik at folkehelsearbeidet blir tverrsektorielt.

Anbefaling:

- Rauma kommune bør legge til rette for at folkehelsearbeidet blir tverrsektorielt.

Tjenester og kompetanse

Kommunen har gjort tilpasninger i forhold til intensjonen i samhandlingsreformen. Kommunen iverksatte tidlig tiltak for å kunne motta utskrivningsklare pasienter gjennom etablering av forsterka avdeling ved sjukeheimen. Kommunen har i stor grad vært i stand til å ta imot alle utskrivningsklare pasienter som meldes fra sjukehusene. Kommunen påpeker at pasienter som blir utskrevet fra sjukehus, har større behov for oppfølging i kommunen.

Kommunen påpeker behov og har planer for framtidig utvikling av helse- og omsorgstjenestene. Det er vedtatt en stor omlegging av helse og omsorgstjenesten med mer hjemmebaserte tjenester og forebygging. Kommunen planlegger også nytt helsehus der ulike tjenester vil inngå.

Kommunen har rekruttert fagpersoner som er viktig for videreutvikling av tjenestetilbudet. Kommunen arbeider med å sikre mer effektiv bruk av kompetanse og et sterkere tverrfaglig kompetansemiljø. Kommunen har utfordringer knyttet til rekruttering av sjukepleiere. Kommunen vil prioritere arbeidet med kompetanseplan. Det skjer allerede den del kompetanseutvikling blant annet innenfor kreft, terminalpleie og demente.

Kommunen er i en prosess med utvikling av tjenestetilbudet og kompetansen. Forsterka sjukeheimsavdeling fikk for eksempel flere stillinger og mer tverrfaglig kompetanse.

Koordinerte og helhetlige tjenester

Kommunen har etablert koordinerende enhet. Individuell plan og koordinator er sentrale virkemiddel for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester. Rauma kommune bør videreføre arbeidet med å utvikle individuell plan m.a. ajourføre retningslinjer. Rauma kommune bør sikre tilrettelegging, oppfølging og opplæring av koordinatorene.

Rauma kommune har iverksatt ulike tiltak for å sikre mer koordinerte og helhetlige tjenester.

Samarbeidsrutiner og ansvarsfordeling med fastlegene er sentralt for å sikre koordinerte og helhetlige tilbud og gode pasientforløp. I samsvar med samarbeidsavtalene er også utvikling av pasientforløp i samarbeid med helseforetaket sentralt.

Kommunen skal utvikle samarbeidsarena tilpassa ny organisasjonsmodell. Dette kan bidra til å utvikle og sikre helhetlige og koordinerte tilbud for pasienter/brukere. Kommunen vektlegger også tverrfaglig kompetanse.

Anbefaling:

- Rauma kommune bør fortsatt prioritere arbeidet med å sikre koordinerte og helhetlige helsetjenester herunder legge forholdene til rette for koordinatorene og utvikle samarbeidet på tvers av enheter og nivå.

Samarbeidsavtalene mellom Helse Møre og Romsdal og Rauma kommune

Kommunen har vedtatt samarbeidsavtaler. Medvirkning er til en viss grad sikret i utarbeidelse og revisjon. Medvirkningen, blant annet fra elderrådet og rådet for funksjonshemmede, bør styrkes i samsvar med samarbeidsavtalen.

Ansvar for oppfølging av avtalen er lagt til fagsjef. I tillegg har enhetsleder for koordinerende enhet et ansvar for avtalene knyttet til utskrivning av pasienter. Ansvar for oppfølging av avtalen ellers framstår noe uklart. Dette bør klargjøres. Det er positivt at det er under utarbeidelse opplegg for presentasjon av avtalen som ledd i opplæringa.

Samarbeidsavtalen er omfattende. Det krever tid og ressurser å følge opp avtalen og dermed få effekt av avtalen. Kommunen er representert i ulike samarbeidsfora med helseforetaket. Dette framstår som positivt, og en viktig arena for utvikling av samarbeidet.

Det er i liten grad systematisk kompetanseutvikling og veiledning fra helseforetaket til kommunene. Det kommer fram i denne undersøkelsen at veiledning skjer på en tilfredsstillende måte på individnivå. Både kommunen og helseforetaket legger til rett for hospitering.

Anbefaling:

- Rauma kommune bør sikre en mer systematisk oppfølging av samarbeidsavtalen herunder ansvarsfordeling og opplæring av aktuelle ansatte.

Økonomi

Både i 2012 og 2013 hadde Rauma kommune større overføringer/inntekter enn utgifter til helseforetak/sjukehus. Dette gjelder både for medfinansiering og utskrivningsklare pasienter. Siden Rauma kommune tok imot utskrivningsklare pasienter, fikk kommunen dermed «friske» midler til disposisjon i 2012 og 2013.

Kommunen etablerte forsterka sjukehjemsavdeling med nye stillinger og fikk 100 % stilling som rådgiver innenfor folkehelse. Tar en med disse utgiftene, har kommunen hatt merutgifter til samhandlingsreformen.

Det kommer fram at kortere liggetid ved sjukehusene skaper utfordringer for kommunen. Liggetiden ved sjukehusene har gått ned, men er likevel høyere enn ellers i landet. Helseforetaket har ambisjoner om ytterligere nedgang i liggetid. Dette vil kunne få konsekvenser for kommunene.

Kommunen arbeider med omstilling av tjenestetilbudet. Dette skal sikre et mer differensiert tilbud, mer effektiv drift og tilpasning til samhandlingsreformen. Kommunen har i forhold til folketallet mange eldre og vil i framtida kunne få utfordringer knyttet til dette.

Kommunen har styrket tilbudet ved bruk av egne midler og gjennom prosjektmidler. Samtidig er stillingen som rådgiver folkehelse, blitt redusert. Det er forslag om styrking av stilling ved frisklivssentralen.

Når det gjelder utskrivningsklare pasienter, har kommunen vært aktive for å hindre at pasienter blir liggende på sjukehuset etter at kommunen har fått melding om at pasienten er utskrivningsklar. Kommunen har etablert rutiner knyttet til kontroll av utgiftene når det gjelder utskrivningsklare pasienter.

Kommunens bruk av sjukehus er noe høyere enn andre kommuner, dette gjelder særlig for poliklinisk behandling. Kommunen har hatt fokus på tiltak for å redusere bruk av spesialisthelsetjenesten.

Samarbeidsavtalen mellom Rauma kommune og Helse Møre og Romsdal inneholder ulike tiltak som kan påvirke bruken av sjukehus. Rauma kommune kan med fordel mer aktivt bruke avtalen. Selv om det ikke lenger vil være noe økonomisk insitament for å redusere sjukehusinnleggelser, vil blant annet avtalen forplikte både kommunen og helseforetaket.

Selv om mye kan gjøres innenfor gjeldende rammer og prosjektmidler bidrar positivt, ser det ut som økonomiske ressurser er en kritisk faktor både i kommunene og i helseforetaket. Samtidig er dette en retningsreform som skal iverksettes over tid.

Rauma kommune er godt i gang med utvikling av tjenestetilbudet og bør videreføre dette i tråd med intensjonen i samhandlingsreformen.

Så langt skjer det i liten grad en systematisk oppfølging av samarbeidsavtalen med Helse Møre og Romsdal. Dette gjelder blant annet på områder som kan bidra til redusert bruk av sjukehus, mer helhetlig tilbud til pasienter/brukere og god arbeidsdeling. Rauma kommune kan med fordel bruke avtalen mer aktivt.

Molde 24.11.2014

Anny Sønderland
Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor

Einar Andersen
Forvaltningsrevisor

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 kap. 3 §§ 6–8. Forvaltningsrevisjon innebærer å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets vedtak og forutsetninger, jf. kommuneloven § 77 nr. 4.

Kommunestyret i Rauma kommune vedtok overordnet plan for forvaltningsrevisjon for 2012–15, sak 37/12. Kontrollutvalget vedtok i møte 17.6.13, sak 19/13, å prioritere et forvaltningsrevisjonsprosjekt om «Samhandlingsreformen i Rauma kommune».

2.2 Problemstillinger og revisjonskriterier

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

- Hva er status for arbeidet med å styrke det forebyggende og helsefremmende arbeidet?
- Er fagkompetansen tilstrekkelig i forhold til de nye tjenestene som kommunen har etablert?
- Hva blir gjort for å sikre at pasient/bruker får koordinerte og helhetlige helsetjenester?
- Hva er status for samhandlingsavtalene mellom Helse Møre og Romsdal og Rauma kommune innenfor utvalgte områder herunder kompetanseutvikling og veiledning.
- Hva er de økonomiske virkemidlene og de økonomiske kostnadene for kommunen?

Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er de krav og forventninger som funnene i undersøkelsen blir vurdert opp mot. Revisjonskriteriene vil tillegg til kommunale planer og vedtak ta utgangspunkt i blant annet følgende lover og avtaler:

- [Folkehelseloven](#)
- [Plan og bygningsloven](#)
- [Helse- og omsorgstjenesteloven](#)
- [Samarbeidsavtale mellom Rauma kommune og Helse Møre og Romsdal](#)

Noen problemstillinger er av beskrivende art, og revisjonskriterier vil da ikke være aktuelt. I det enkelte kapittel blir det informert om områder som kun blir beskrevet. Revisjonskriterier blir utdypet i rapporten i tilknytning til det enkelte kapittel. I tillegg viser vi til vedlegg 11.1.

2.3 Avgrensing av undersøkelsen

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

Resultater fra flere av de nasjonale undersøkelsene viser at det er utfordringer knyttet til samhandling og brukarmedvirkning i helsetjenesten. Både brukarmedvirkning og informasjonsutveksling er områder som jevnt over kommer dårlig ut for ulike pasientgrupper.

([Status for samhandlingsreformen Helsedirektoratet 2013](#)). Brukermedvirkning på individ- og systemnivå vil i liten grad blir tatt opp i denne undersøkelsen.

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

Helse Møre og Romsdal og kommunene innfører nå elektronisk utveksling av meldinger. Elektronisk meldingsutveksling er sentralt i samhandlingen. Vi har ikke hatt fokus på dette i denne undersøkelsen.

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

Fastlegenes rolle er sentral i samhandlingsreformen. I forhold til dette er fastlegenes rolle bare i avgrenset grad omtalt i denne undersøkelsen.

Helse- og omsorgstjenesteloven pålegger kommunene å ha et kommunalt akutt døgntilbud fra 2016. Tre av fire kommuner har så langt etablert øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Rauma kommune har under planlegging oppretting av øyeblikkelig hjelp tilbud fra 2016. Vi går i liten grad inn på planleggingen av dette tilbudet.

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

Når det gjelder økonomi, vil vi ha fokus på utskrivningsklare pasienter og medfinansiering. Det betyr at vi ikke vil ha noen systematisk økonomisk gjennomgang av for eksempel:

- Kommunenes kostnader til ulike administrative tiltak.
- Etablering og styrking av institusjonsplasser og andre tilbud.
- Særskilte tilskudd over statsbudsjettet som midler til helsestasjon/skolehelsetjeneste.
- Prosjektmidler, blant annet til prosjektleder i ROR.
- Generelle økonomiske rammeoverføringer til kommunen.

2.4 Metode og data

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

Undersøkelsen er hovedsakelig lagt opp som en kombinasjon av intervju og dokumentanalyse. Det er gjennomført samtaler med:

- assisterende rådmann
- fagsjef helse og omsorg
- folkehelsekoordinator
- leder for institusjonsbasert helse og omsorg
- leder for enhet for koordinering og tildeling av helse- og omsorgstjenester
- leder for eldrerådet

Vi har også hatt kontakt på e-post og fått skriftlige tilbakemelding blant annet fra økonomisjef.

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

Vi viser i rapporten til data fra Kostra. 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.

2.5 Høring

Et høringsutkast ble sendt til Rauma kommune ved rådmannen i forkant av høringsmøte 21. november 2014. Rådmannen hadde ikke kommentarer til dette utkastet utover mindre justeringer som er tatt inn i dokumentet.

3 Samhandlingsreformen

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

Med utgangspunkt i dagens og fremtidens utfordringer er et av hovedgrepene i Samhandlingsreformen å utvikle kommunerollen, slik at kommunene i større grad enn i dag kan oppfylle ambisjonene om forebygging og innsats tidlig i sykdomsforløpet. Samhandlingsreformen legger til grunn at den forventede behovsveksten i en samlet helse- og omsorgstjeneste fremover i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene. Kommunene gis insitament 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 kostnadsnøklene 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.

[Regjeringen](#) har besluttet å avvikle ordningen med medfinansiering fra 2015. [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 \(2010–2011\)](#))

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 halvpartene 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.

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

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

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

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

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

- «Samhandlingsreforma, Nasjonal helse- og omsorgsplan og Stortingets behandling (Innst. 212 S [2009–2010] og Innst. 422 S [2010–2011]) utgjør eit overordna rammeverk og gjev føringar

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

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

4 Rauma kommune

Rauma kommune er organisert i en to-nivåstruktur. Rauma kommune har fått ny organisering av tjenestene i 2014. Helse- og omsorgstjenestene er etter omstilling organisert i følgende fire kommunedekkende enheter:

1. Enhet for koordinering og tildeling av helse- og omsorgstjenester.
2. Enhet for institusjonsbasert helse og omsorg – oppstart 15.09.14.
3. Enhet for kurative helsetjenester – oppstart 15.06.14.
4. Enhet for hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester – oppstart 05.01.15.

Enhet for koordinering og tildeling av helse- og omsorgstjenester har følgende funksjoner:

- Koordinerende enhet etter Lov om helse- og omsorgstjenester.
- Fatter enkeltvedtak etter samme lov, samt vedtak om tildeling av omsorgsbolig.

Hjemmebasert helse og omsorg omfatter blant annet:

- Hjemmetjenester inkludert hverdagsrehabilitering og nattpatrulje.
- Dagtilbud for ulike brukergrupper med et nytt tilbud for demente fra 2015.
- Psykiatrisk dagsenter, fysioterapi- og ergoterapiressurser, rus og psykisk helse.

Institusjonsbasert helse og omsorg omfatter blant annet:

- Rauma sjukeheim og Åndalsnes sjukeheim.
- Fysioterapi- og ergoterapiressurser.
- Rehabiliteringsavdeling med fysioterapi- og ergoterapiressurser.
- Korttidsavdeling, samt omsorgsboliger ved Åndalsnes sjukeheim.

Kurative helsetjenester omfatter blant annet:

- Legetjenesten (fastlegehjemler, legevakt og kommunale legefunksjoner)
- Avtalehjemler fysioterapi.
- Kurativ tjenester innen rus og psykisk helse.
- Frisklivssentral, folkehelsekoordinator.

Det er også en egen enhet for barn og unge, organisert i oppvekstsektoren, som omfatter:

- Helsestasjon, PPT, psykiatri overfor barn og unge, barnevern og fysioterapeut.

Virksomhetsstyring

Rådmannens lederteam/ledergruppe er sammensatt av forskjellige fagstillinger i stab/støtte på rådhuset og består av fagsjefer, økonomisjef og ass. rådmann som ivaretar HR-funksjonen og i tillegg har ansvar for service og dokumentsenter. Rådmannens enhetslederteam er sammensatt av alle enhetslederne.

Fagsjefene har ansvar for faglig koordinering og utvikling på de respektive fagområder. Det er egen fagsjef innenfor helse og omsorg. Området «samfunn» har rådmannen ansvar for selv. Fagsjefene har egne ledermøter for enhetsledere på sitt fagområde.

Ass. rådmann har rådmannsfunksjon for helse og omsorg, og har ledersamtaler med enhetslederne to ganger i året. Faste tema i ledersamtalene er mål, plan og gjennomføring. Det er utarbeidet felles mål for helse og omsorg.

Enhetsleders oppgaver er å lede og utvikle enheten i tråd med fastlagte kommunale mål, styringsdokumenter og retningslinjer samt relevante nasjonale lover, avtaler og forskrifter. Enhetslederen har alle rådmannens fullmakter innenfor sin enhet, herunder fag-, økonomi-, og personalansvar. Rådmannen har arbeidsgiveransvaret for enhetslederne.

Enhетene i kommunen har over tid hatt virksomhetsplaner/årsplan med ulikt innhold. Det blir fra 2015 utarbeidet en kortfattet handlingsplan for de ulike sektorer, der fagsjef og enhetslederne har oppfølgingsansvar for handlingsplan på helse- og omsorgsområdet. Enhetsleder kan om ønskelig lage ulike planer for sin enhet. Enhetsleder har ansvar for sine respektive budsjetter. Fagsjef samordner innspill til kommunens økonomiplan.

Enhetslederne har lederavtaler som regulerer ansvar, oppgaver, mål og forventninger. I lederavtalen er det også lagt til rette for planlegging av virksomheten. Lederavtalen omfatter målsettinger for den enkelte enhet i tråd med overordna mål og med indikatorer det skal måles etter.

Det vurderes hvilken planer som skal utarbeides for virksomheten. Overordnet system for kvalitet og internkontroll var et av kommunens tre prioriterte områder for 2013. I økonomiplan 2014-2017 sies følgende om målstyring:

- I hovedsak foreslås at fjorårets «konsept» for målstyring videreføres, dvs. at kommunestyret fastsetter noen få, men viktige mål på virksomhetsområdenivå og at disse operasjonaliseres videre av rådmannen ned mot den enkelte enhet. I 2014 blir dette særlig krevende fordi mange enheter skal omorganiseres og dels få nye ledere.

Arbeid med samhandlingsreformen

Det kommer fram at det ble jobbet mye med reformen før 2012. Arbeid med samhandlingsreformen inngår i dag som del av ordinært arbeid.

Ved innføring av samhandlingsreformen ble det etablert en samhandlingsgruppe med folkehelsekoordinator, fagsjef, kommunelege 1, leder for et sjukeheim og to tillitsvalgte. Folkehelsekoordinator var i tillegg til ordinært medlem, sekretær for utvalget. Siste møte i utvalget var 21. mars 2013. Videre arbeid med samhandlingsreformen på administrativt nivå er etter dette forankret i rådmannens ledergruppe og i ledergruppa for helse og omsorg med fagsjef som oppfølgingsansvarlig.

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

5 Forebyggende og helsefremmende arbeid

5.1 Problemstillinger og revisjonskriterier

Problemstilling

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

Revisjonskriterier

- Folkehelse i planlegging herunder oversikt over helsetilstanden.
- Tiltak for å fremme folkehelse herunder tverrsektorielt samarbeid.

Revisjonskriteriene er henta fra samarbeidsavtalen mellom Rauma kommune og Helse Møre og Romsdal, folkehelseloven, lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, og plan- og bygningsloven (PBL).

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 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. Se også omtale i vedlegg 11.1.

5.2 Fakta og beskrivelse

5.2.1 Folkehelse i planlegging

I økonomiplan 2012-2015/ årsbudsjett 2012 for Rauma kommune ble det blant annet sagt følgende om samhandlingsreformen:

En av hovedtankene i Samhandlingsreformen er styrking av forebyggingsstrategier. Det er store gevinster å legge til rette for folkehelseiltak i samfunnet, å stimulere innbyggerne til å ta vare på egen helse, å oppdage sykdom tidlig og hjelpe brukerne til å legge om livsstil, samt mestre livet med sykdom og hindre komplikasjoner. De færreste kommuner har systemer for å følge opp pasienter med gryende symptomer på alvorlig kronisk eller langvarig sykdom. Slik individrettet innsats er også viktig for å utjevne sosiale helseforskjeller. Det er likeledes viktig at vi ruster oss til å bygge opp systemer som gir oversikt over befolkningens helsetilstand. Kommunen får et utvidet ansvar for det helsefremmende og forebyggende arbeidet for innbyggerne. I lovens formål inngår begrepet ”helse i alt vi gjør”, noe som tilsier at kommunen som sådan har ansvaret (ikke bare helsetjenesten). Folkehelse skal inngå i kommunens overordnede planstrategi, og ha nødvendig oversikt over innbyggernes helsetilstand og ulike påvirkningsfaktorer.

Det ble i økonomiplan 2012-2015/årsbudsjett 2012 for Rauma kommune satt opp slike mål og tiltak for perioden 2012-2015:

Rauma kommune øker satsing på forebyggende og helsefremmende arbeid i tråd med Samhandlingsreformen, i samarbeid med frivilligheten og tilpasset befolkningens behov.

Resultatmål for tjenesteområdet:

- Mål: Folkehelsearbeid er styrket i tråd med intensjon i Lov om folkehelse

Tiltak:

- Forankring av folkehelsearbeidet i kommunen – helse i alt vi gjør.
- Stilling som folkehelsekoordinator organiseres i stab/ støtte.

Rauma kommune vedtok **planstrategi** i sak 20/12 i kommunestyret 28.2.2012 der det ble foreslått revidert mål og strategiske delmål:

Mål Strategiske delmål

- Foregangskommune innen folkehelse knyttet til friluftsliv.
- God tilrettelegging for naturglede og fysisk aktivitet gjennom økt satsing på gang/sykkelveier og turstier.
- Aktivisering gjennom samarbeid med det frivillige sammen med Fjellfestivalen og romsdal.com å bli best på naturgledetiltak og aktiviseringstiltak.

Møre og Romsdal fylkeskommune skriver i sin høringsuttale til planstrategien at Rauma har en unik mulighet til å knytte folkehelse til friluftsliv. Sammen med ny lov for folkehelse fra januar 2012, peker fylkeskommunen blant annet på at det kan være behov for bevisstgjøring og helhetlig tenkning omkring tema folkehelse:

- Rauma kommune har i forslag til satsingsområder eit mål om å bli ein føregangskommune innan folkehelse knytt til friluftsliv. Det har kommunen gode føresetnader for gjennom mellom anna å byggje vidare på det gode fundamentet og det engasjementet som er skapt dei siste åra. Men Rauma kommune bør utvide perspektivet og tenke folkehelse knytt til meir enn friluftsliv. Oppfordringa heng saman med at Lov om folkehelsearbeid (folkehelselova) trer i kraft frå 1. januar 2012. Kommunane skal fremje folkehelse innan alle dei oppgåver og med dei verkemiddel kommunen er tillagt, under dette lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tenesteyting. Kommunane skal også ha ei naudsynt oversikt over helsetilstanden hos innbyggjarane, og dei positive og negative faktorar som kan verke inn på denne. Bevisstgjøring og arbeid rundt oppfølging av folkehelselova blir viktig i den komande planperioden. 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.

Fylkesmannen i Møre og Romsdal peker på at kommunal planstrategi ikke er en plan og en arena for å vedta mål og strategier. Planstrategien skal drøfte utviklingstrekk i kommunen som samfunn og organisasjon som grunnlag for å vurdere planbehovet i kommunestyreperioden.

I Budsjett og økonomiplan 2013 skisseres blant annet følgende mål innenfor helseområdet:

Mål	Indikator	Status 2011	Ambisjon 2013	Ambisjon 2016
Folkehelse	Medfinansiering av sjukehusene i forhold til overført kommunalt tilskudd	-	Under 100 %	Under 100 %

Det blir vist til at målene for helseområdet er overordnet knyttet til folkehelse, pleie/omsorgsutfordringen og det overordna kravet om å yte forsvarlig helsehjelp. Og at måleparameter folkehelse er en overordnet utfordring som gjelder alle de kommunale målområder (samfunn, oppvekst, helse). Det går fram av budsjettet at strategien for folkehelsearbeidet vil bli vurdert nærmere i kommuneplanens samfunnsdel. Det kommer videre fram at viktige utfordringer, føringer og tiltak innenfor området knyttet til overføring av oppgaver til kommunen ved innføring av Samhandlingsreformen blant annet vil være:

- Økt satsing på folkehelse med utgangspunkt i kartlegging av kommunehelseprofil.

Det framgår av [Årsrapport 2013](#) at målsettingen ble nådd i 2013.

Rauma kommune utarbeidet **oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer** i 2013. Følgende kommer blant annet fram i utarbeidet oversiktsdokumentet:

I følge helseforskriften skal kommunene ha en løpende oversikt over folkehelsen. Denne skal dokumenteres som en del av ordinær virksomhet, i tillegg skal det utarbeides et samlet oversiktsdokument hvert fjerde år som skal ligge til grunn for det langsiktige systematiske folkehelsearbeidet. Dokumentet skal foreligge ved oppstart av arbeidet med planstrategien og danne grunnlag for fastsettelse av mål og strategier.

Krav til oversiktens innhold i henhold til folkehelseforskriften:

- Befolkningssammensetning, oppvekst- og levekårsforhold, fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø, skader og ulykker, helserelatert atferd, helsetilstand.

Det går fram av dokumentet at Rauma kommune har benyttet seg av flere kilder og statistikk. Det kommer fram i samtale at kommunen har etterspurt data fra helseforetaket og fått dette. (polikliniske konsultasjoner diabetes). Kommunen har videre fått data fra tannhelsetjenesten, NAV og fylkeskommunen. Kommunen har også som den første i fylket, gjennomført undersøkelsen [Ungdata](#) som er en lokale spørreskjemaundersøkelser blant elever på ungdomstrinnet og i den videregående opplæring. [Folkehelseprofil](#) utarbeidet av folkehelseinstituttet, blir også brukt. For å få fram skønnsvurderinger og erfaringsbasert kunnskap fra kommunen, har en etter en modell fra Volda, startet arbeidet med dialogkonferanser. Dialogkonferanser er gjennomført i Barne- og familieenheten og i Bedriftshelsetjenesten.

I dokumentet er helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen skissert. Det er også innstilling til mulige framtidige tiltak. Strategi og innsatsområder blir videre skissert, se vedlegg 11.3.

Det kommer fram i samtale at det var et mål at oversikten skulle være ferdig før kommunens samfunnsplan (kommuneplanens samfunnsdel). Rauma kommune var tidlig ute og først i fylket med oversikt over helsetilstand. Kommunen bruker mal fra Nord Gudbrandsdalen. Fagsjef helse og omsorg og folkehelsekoordinator har i 2012/2013 gjennomført studiet *Helse og omsorg i plan* ved Høgskolen i Lillehammer.

Legene i kommunen har så langt ikke deltatt i arbeidet med oversiktsdokumentet. Folkehelsekoordinator og legene vil nå bli organisert sammen. Det kommer fram i samtale at forholdene dermed skulle ligge bedre til rette for samarbeid.

Kommunestyret behandlet i møte 26.11.2013 sak 86/13 Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Kommunestyret gjorde slikt vedtak i samsvar med innstillingen:

- Kommunestyre tar oversiktsarbeidet til orientering. Innsatsområder med tilhørende mål og tiltak følges opp gjennom kommuneplanens samfunnsdel og økonomiplan.

[Samfunnsplan 2014-2025](#) ble vedtatt av kommunestyret 17.12.2013.

Fylkeskommunen og Fylkesmannen omtalte blant annet folkehelse i sin høringsuttalelse. Fylkeskommunen gav blant annet følgende høringsuttalelse:

Fylkeskommunen er kjend med at Rauma kommune har laga ei oversikt over helsetilstanden i befolkninga og påverknadsfaktorar i samband med arbeidet med kommuneplanen. Vi saknar denne oversikta, og konklusjonane derfrå, i kunnskapsgrunnlaget. Planen må i det minste vise til oversikta som referanse i kap. 20. Dei utfordringane som vert omtalt i oversikta har mellom

anna stor betydning for fleire sektorar og for kommunal tenesteproduksjon. Det er til dømes viktig å tenke folkehelse innanfor både barnehage, skole og eldreomsorg. Folkehelse er i strategidelen plassert nokså anonymt inn under kapitlet om miljø, folkehelse og kultur. Strategien «Aktiv tilrettelegging og bruk av naturen er saman med fysisk aktivitet og gode sosiale møteplassar» er viktig i folkehelsesamanheng, men dei signala som vert gitt i ein kommuneplan må leggje til grunn ei *samfunnsutvikling* som fremjar folkehelse (jf. folkehelselova §§ 1 og 4). Dette perspektivet er lite framheva.

Fylkeskommunen trekker fram eksempler på hvordan folkehelse kan innarbeides på innsatsområder som tilflytting, næringsliv og sentrumsutvikling.

Fylkesmannen uttalte blant annet følgende om folkehelse:

Fylkesmannen saknar informasjon om korleis helsetilstanden og helseatferda faktisk er i befolkninga i Rauma kommune. Vi viser til forskrift om oversikt over folkehelsa § 3, der det står at kommunen skal lage ei oversikt som også skal omfatte opplysningar om og vurderingar av oppvekstforhold og levekår, fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø, skader og ulykker, helserelatert atferd og helsetilstand. Rettleiar IS-2110 «God oversikt - ein føresetnad for god planlegging» gir god rettleiing på kva som bør takast med i samfunnsplanen. Det går ikkje fram av planen på kva for grunnlag kommunen planlegg å redusere talet på sjukeheimsplassar og auke ressursane til heimebasert omsorg. Dei vurderingane som er gjort her, må kome fram i planen. Konklusjon: Rauma kommune har lagt fram ein samfunnsplan som er smalare enn rettleiingsmateriale og nasjonale forventingar legg til grunn. Fylkesmannen tar kommunen si avgrensing til vitande, men rår til at kommunen innan rimeleg tid går vidare med ein meir grundig prosess som tar opp i seg andre viktige samfunnsområde. Vi ber elles kommunen merke seg våre synspunkt under folkehelse.

Folkehelse ble omtalt i høringsutkastet til samfunnsplan, men ble ikke omtalt spesielt i endelig vedtatt plan.

Det kommer fram i samtaler at folkehelse indirekte blir ivaretatt: «Det er mye folkehelse – men det er ikke sagt tydelig.»

I Budsjett 2014 er målområdet for Helse og omsorg innenfor folkehelse endret til forebygging. Forebyggende tiltak er knyttet til frisklivssentral og dagtilbud for demente.

Det kommer fram i samtale at de aktuelle plandokumenter er blitt mindre omfattende, og at det derfor også er mindre om folkehelse.

Det går fram av [Årsrapport 2013](#) at kommunens første oversiktsdokument over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i tråd med ny Folkehelselov er utarbeidet og politisk vedtatt i 2013, og at dokumentet skal justeres årlig i tråd med den løpende oversikt over folkehelsen. Det kommer vidare fram at folkehelsearbeidet skal ta utgangspunkt i kommunens særskilte folkehelseutfordringer og iverksette tiltak i alle sektorar med formål å fremme helse og redusere forekomst av sjukdom.

Det første oversiktsdokumentet ble oppdatert per juni 2014. Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer ble lagt fram som referatsak på kommunestyremøte 14.10.2014.

Fylkesmannen i Møre og Romsdal utarbeider [kommunebilder](#), og møtte Rauma kommune våren 2014. Det kommer blant annet fram følgende i kommunebilde for Rauma kommune (29.4.2014):

- I forhold til kommunalt plan- og utviklingsarbeid vil folkehelse vere eit viktig tema. Av dette ser vi m.a. at:
- Nasjonale forventningar til regional og kommunal planlegging framhevar helse, livskvalitet og oppvekstmiljø som eit særleg satsingsområde

- Folkehelse skal inngå som grunnlag i arbeidet med kommunal planstrategi
- Planlegging etter plan- og bygningslova er ein viktig del av kommunens folkehelsearbeid
- Det skal utarbeidast oversikt over helsetilstand og dei positive og negative faktorar som verkar inn på helsetilstanden i befolkninga.

Fylkesmannen sitt bilde av kommunen:

- Folkehelseprofil for Rauma viser at talet på eldre over 80 år i 2020 er estimert til å vere høgare enn i landet som heilhet. For tema helse og sjukdom er det plager og sjukdom knytt til muskel- og skjelettsystem som skil seg ut til å vere meir utbreidd enn for landet elles. I tillegg er pasientar med psykiske symptom og lidingar oftare brukarar av fastlege og legevakt enn fylket og landsgjennomsnitt.
- Kommunen er med i partnerskap for folkehelse med fylkeskommunen
- Kommunen har tilsett folkehelsekoordinator

Fylkesmannens dialogpunkt:

- Korleis kan Fylkesmannen vere ein viktig medspelar i det kommunale folkehelsearbeidet?
- Korleis arbeider Rauma kommune med identifisering og oversikt av helsetilstand i kommunen?
- Kva mål og strategiar har Rauma kommune for folkehelsearbeidet?

Rådmannen i Rauma kommune har etablert samfunnsforum der rådmannen, leder for NAV, areal, bygningsdrift, kommunalteknikk, kultur og leder for Nordveggen (lokalt utviklingsselskap) deltar. Folkehelsekoordinator møter i forumet to ganger i året. Forslag til strategi og tiltak innenfor folkehelse er tatt opp der med tanke på oppfølging/integrering i handlingsplan/økonomiplan for 2015.

Det går fram i referat fra møte 27. juni 2014 i samfunnsforum at folkehelsekoordinator gikk gjennom status for folkehelsebilde basert på siste statistikk 2013, og at saken skulle settes opp på nytt til høsten med sikte på å identifisere relevante tiltak mot økonomiplanen 2015-2018. Det ble arbeidet med dette høsten 2014. Det kommer fram i samtaler at oppfølging av folkehelseiltak trenger mer struktur og «en rød tråd» med konsekvens.

I rådmannens forslag 3. november 2014 til handlingsprogram og økonomiplan 2015-2018 og budsjett 2015 inngår oversikt over folkehelseilstand og utfordringer og forslag til folkehelsestrategier og folkehelseiltak for planperioden.

Rådgiver folkehelse har gitt innspill i arbeidet med kommunedelplan for Åndalsnes og Isfjorden. I det arbeidet har det blitt lagt vekt på grønt areal, turløyper, gang- og sykkelstier.

5.2.2 Tiltak for å fremme folkehelse herunder tverrsektorielt samarbeid

Folkehelsekoordinator/rådgiver folkehelse – tverrsektorielt samarbeid

Rauma kommune er en del av Møre og Romsdal fylke sin satsing på folkehelsearbeid og deltar i et nettverkssamarbeid med 33 kommuner. Folkehelsekoordinator var fra 2005 lagt til barne- og familieenheten med 50 % stilling. Folkehelsearbeidet ble styrket ved utvidelse av ½ stilling som folkehelsekoordinator, til rådgiver folkehelse i hel stilling fra august 2012. (Årsrapport Rauma kommune 2012.)

I 2013 har stillingen som rådgiver/folkehelsekoordinator i 100 % stilling vært organisert i rådmannens stab. Deler av stillingen har vært benyttet i frisklivssentralen. Fra 1.1.2014 er stillingen som rådgiver redusert til 50 % stilling. (God helse rapport) Frisklivssentralen og folkehelsekoordinator er fra høsten 2014 lagt til kurativ tjeneste. Partnerskapsavtalen med fylkeskommunen skal reforhandles neste år. Avtalen er underskrevet av ordfører. Det går fram av partnerskapsavtalen (2013-2016) med Møre og Romsdal fylkeskommune at kommunen plikter:

- 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.

Tilskudd blir gitt som rammetilskudd til folkehelsekoordinatorstillingen, og kommunen må også sette av midler til folkehelsearbeidet. Fylkeskommunen betaler 25 % av kostnadene for stillingen som folkehelsekoordinator. (125 000 kroner).

Det kommer fram i samtale at stillingen ble lagt til rådmannens stab på grunn av samhandlingsreformen. Utgangspunktet var at folkehelse skulle være overordna i alle planer og sektorer. I rådmannens stab ble stilling lagt til fagsjef helse og omsorg.

Det kommer fram i samtale at det har vært utfordringer knyttet til å sikre tverrsektorielt samarbeid, og at plassering i rådmannens stab ikke løste disse utfordringene. Det kommer videre fram at ideelt sett vil en sentral plassering av stillingen gjøre det lettere å implementere folkehelse både i ledelse og tverrsektorielt. Dette må likevel tilpasses lokalt i kommunen, og utfordringen er å finne gode rutiner/struktur i det tverrsektorielle samarbeidet.

Det kommer fram i samtale at en måte å gjøre det på, og som fylkeskommunen oppfordrer til i rapporteringen til Delplan for folkehelse, er at de forskjellige enhetene i kommunen lager sine folkehelsemål med tiltak.

Folkehelsekoordinator har utarbeidet forslag til mål og tiltak som er lagt inn i rapport om oversikt over helsetilstanden. Det kommer fram i samtale at Rauma kommune er godt i gang når det gjelder arbeidet med folkehelse.

Det kommer videre fram i samtale at samfunnsforum der folkehelsekoordinator skal møte to ganger i året, kan fungere som en folkehelsegruppe. Folkehelsekoordinator blir også innkalt til planutvalget (politisk). Folkehelsekoordinator kan melde inn saker og får saker til høring. Dette gjelder mest saker knyttet til areal og blant annet nytt skolebygg og tettstedutvikling Åndalsnes.

Samarbeid om konkrete saker

Folkehelsekoordinator samarbeider blant annet med leder for Nordveggen om turmål etc. Videre samarbeider koordinator med ansvarlige for areal og kultur. (barnetråkk, friluftsliv, helseløype, spillemidler) Det blir samarbeidet om konkrete saker.

Frisklivssentral

Frisklivssentralen ble vedtatt opprettet av kommunestyret 18.12.2012. Det ble i saksdokumentet estimert 1,5 stillinger og 60 brukere. (Etablert 13. mars 2013 med en stillingsressurs på 40 %.) Ved årsskifte 2013/2014 var det registrert 70 henvisninger. Folkehelsekoordinator er fra 2014 leder for frisklivssentralen i 50 % stilling. I tillegg til leder er det ansatt fysioterapeut i 50 % stilling. Det er lagt inn i budsjett 2015 forslag om en 50 % stilling til. Stillinger knyttet til prosjekt i Vestnes og Rauma kommer i tillegg. Frisklivssentral er eget budsjettområde.

Det har vært gjennomført *Bra Mat kurs* og kurs i mestring av depresjon (KID kurs). Det har vært et samarbeid med diabetessjukepleier i forbindelse med *Bra Mat kursene* og privat treningsinstruktør i forbindelse med tilbudet om styrketrening. I tillegg har brukere kunnet benytte tilbud gjennom Aktiv på dagtid. Kommunen har fått penger av Helsedirektoratet til bedre oppfølging og tiltak til pasienter med diabetes type-2. Tiltakene bidrar til at flere kan komme tilbake i jobb, evt. holde lenger i jobb. ([Rapport](#) Statusrapport God helse 2013) Prosjekt i samarbeid med Vestnes kommune om diabetes og overvekt hos barn, er lagt til frisklivssentralen. Dette må ses i sammenheng med samhandlingsreformen. Startkurset som blir tilbudt alle med nyoppdaget diabetes ble holdt av Lærings- og mestringssenteret på sjukehuset. Startkurset har nå frisklivssentralene i Rauma og Vestnes overført til egen kommune. Her er også brukerrepresentant med i prosjektgruppa.

Frisklivssentralen får henvisninger fra Mork rehabiliteringssenter og Muritunet - Senter for Meistring og Rehabilitering. Det er også mye henvisning fra fastlegene i kommunen.

I budsjett og økonomiplan 2014 er et av målene forebyggende tiltak:

Mål	Indikator	Status	Ambisjon 2014	Ambisjon 2017
Forebyggende tiltak	Frisklivssentralen – antall unike brukere med Frisklivsresept	60	60	60

Like tall for bruker i Frisklivssentral skyldes at det opereres med begrepet «unike» brukere. Det vil si nye brukere. Målsettinger med Frisklivstilbudet er at de som tas inn gjennomgår opplegg med *frisklivsresept* og evt. en videreføring av denne, for så å sluses ut til andre tiltak. Ved å ta inn 60 nye hvert år skal aktiviteten holdes på det nivået den er pr. i dag.

Andre tiltak

Tilrettelegging av Romsdalseggen og Romsdalstrappa er folkehelsetiltak der kommunen har vært med i et spleiselag. Rauma kommune får vedlikeholdsansvaret framover.

I budsjett 2014/ handlingsplan er det satt av 700 000 kroner til helseløype.

Kommunen har lite utbygde gang- og sykkelveier, men i økonomiplanen 2014-2017 ligger det inne en betydelig satsing på dette. Skoleveiene i Åndalsnes område er lite sikret for trafikk. ([Rapport](#) God helse 2013)

Det kommer også fram at enheter som sjukeheimen, bygger opp under folkehelse i forhold til ansatte gjennom turer etc. jf. også visjonen for kommunen.

[Folkehelse](#) er omtalt to plasser under overskrifta *helse* på kommunens hjemmeside. Den ene plassen er følgende områder omtalt: Inneklima, strålevern og giftinformasjon. Den andre plassen er [prosjektene](#) *Aktiv på dagtid* og *God helse omtalt*. Det som ligger inne på hjemmesiden er gammelt, og kommunen er i gang med å oppdatere dette.

Det kommer fram i samtale at Rauma kommune ligger foran mange kommuner når det gjelder tiltak innenfor folkehelse.

5.3 Kommunerevisjonens vurderinger og anbefalinger

Folkehelse i planlegging herunder oversikt over helsetilstanden.

Rauma kommune var tidlig ute med både oversikt over helsetilstand og arbeidet med integrering av folkehelse i planleggingen i samsvar med ny folkehelselov.

Oversikt over helsetilstanden og de positive og negative faktorer som innvirker på denne, skal foregå på en systematisk måte og være et grunnlag for planlegging. Arbeidet krever innsats fra mange aktører. Kommunen har gjort et omfattende arbeid og har dette langt på vei på plass. Rauma kommune har så langt i liten grad nyttet oversikten som grunnlag for planlegging.

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.

Oversikten ble tatt til orientering i kommunestyret. Det ble vedtatt at innsatsområder med tilhørende mål og tiltak skulle følges opp gjennom kommuneplanens samfunnsdel og økonomiplan. Dette ble ikke fulgt opp i kommuneplanens samfunnsdel.

Rauma kommune valgte en strategi med fokus på noen få områder i kommuneplanens samfunnsdel. Folkehelse ble omtalt i høringsutkastet, men ble ikke omtalt i endelig vedtatt plan. Kommunen forsterket dermed ikke fokus på folkehelse i tråd med innspill fra fylkeskommunen og fylkesmannen. Selv om folkehelse indirekte inngår i planen, kunne folkehelse med fordel fått en mer sentral plass.

Kommunestyret har høsten 2014 hatt som referatsak, oppdatert oversikt over helsetilstanden. Kommunen har arbeidd med å integrere folkehelse i handlingsdelen/økonomiplanen. På denne måten følger kommunen likevel opp en satsing på folkehelse i planleggingen. I rådmannens forslag til handlingsprogram og økonomiplan 2015-2018 og budsjett 2015 inngår oversikt over folkehelsestilstand og utfordringer og forslag til folkehelsestrategier og folkehelseiltak for planperioden.

Rauma kommune bør videreføre arbeidet med å sikre at folkehelse i større grad blir integrert i planlegging.

Tiltak for å fremme folkehelse herunder tverrsektorielt samarbeid

Rauma kommune har mange tiltak knyttet til folkehelse. Kommunen bør vurdere å synliggjøre disse i enda større grad og sikre aktuelle tiltak i alle sektorene. Dette kan blant annet skje ved å etterspørre folkehelseiltak i alle enheter.

Rauma kommune har siden 2005 hatt folkehelsekoordinator. Behovet for videreutvikling av samarbeidet mellom sektorer og aktører er tatt opp i ulike sammenhenger. Folkehelsekoordinator har blant annet tilgang til rådmannens samfunnsforum. Kommunen bør prioritere å legge forholdene til rette slik at folkehelsearbeidet blir tverrsektorielt.

Anbefaling

- Rauma kommune bør videreføre arbeidet med å sikre at folkehelse blir integrert i planlegging.
- Rauma kommune bør legge til rette for at folkehelsearbeidet blir tverrsektorielt.

6 Tjenester og kompetanse

6.1 Problemstillinger og revisjonskriterier

Problemstillinger

- Er fagkompetansen tilstrekkelig i forhold til tjenestene som kommunen har etablert?

Revisjonskriterier

Dette kapitlet vil til en viss grad være beskrivende. Dette gjelder beskrivelse av utviklingen av tjenestene. Vi har i tillegg satt opp følgende revisjonskriterier med utgangspunkt føringer i samhandlingsreformen og kommunens planer.

- Rauma kommune har styrket kompetansen.

Vi viser også til kapittel 9 om økonomi som også omhandler utskrivningsklare pasienter.

6.2 Fakta og beskrivelse

6.2.1 Utvikling av tjenestetilbudet

I Budsjett og økonomiplan 2012-2015 var det et mål å avklare organisering av døgntilbud før, i stedet for og etter sjukehusopphold inkl. rehabilitering. Tiltak:

- Etablering av tilbud skjer primært ved Rauma sjukeheim avd. B4
- Alternativ organisering skjer gjennom interkommunalt samarbeid i ROR-regionen.
- Eller i en kombinasjon av disse.

Budsjett og økonomiplan 2013 har blant annet som målområde folkehelse og [omsorgstrapp](#). (Ulike omsorgstjenester utgjør de forskjellige trinnene i trappa, innbyggere skal få ulike tilbud etter behov.) Følgende område kommer blant annet fram som viktig knyttet til overføring av oppgaver til kommunen ved innføring av Samhandlingsreformen:

- Implementering av tiltaket forsterket sjukeheimsavdeling med helårsvirkning fra 2013.

Ved Rauma sjukeheim ble det i 2012 etablert en forsterket sjukeheimsavdeling (B4) med 9 plasser. Kommunen hadde allerede rehabiliteringsavdeling, og bygde videre på den. Samhandlingsmidler ble benyttet til å opprette avdelingen for å ta imot utskrivningsklare pasienter. Eldrerådets leder trekker også fram dette som positivt.

Avdelingen hadde 124 korttids- rehabiliteringsopphold i 2013 mot 109 i 2012 og 73 i 2011. (Flere pasienter på kortere opphold). 85 pasienter er utskrevet til hjemmet eller lavere omsorgsnivå i 2013 mot 60 i 2012.

Det kommer fram at samhandlingsreformen førte til konkrete vedtak og at kommunen brukte midlene blant annet til forsterka sjukeheimsavdeling. (styrka tverrfaglig bemanning, rehabilitering, korttid, gruppeleder med dagarbeidstid). På sikt planlegges det med mer observasjonsopphold ved enheten.

Det var i 2012 vansker med rekruttering av personell, både pleiepersonell, ergoterapeut og lege. B4 har nå blant annet fått ansatt egen fysioterapeut og ergoterapeut. Kommunen har ansatt vernepleier. Dette er viktig spesielt for omsorgen for personer med demens og for rehabiliteringstilbudet. En del pasienter kommer til kommunen som før ble sendt til rehabiliteringsinstitusjoner, for eksempel etter hofteoperasjoner.

Kommunen sliter med å rekruttere sjukepleiere. Kommunen har nå fått sjukepleiere med sjukehuserfaring.

Det kommer fram at kommunen må se på hvordan kompetansen brukes. Ved sammenslåing av institusjoner blir det lettere å bruke kompetanse på tvers. Felles bruk av kompetanse ved de to sjukeheimene vil kunne gjøre det lettere å sikre sjukepleiedekning også ved forsterket avdeling. Kommunen kan frigjøre ressurspersoner innen for eksempel kreftbehandling. Kommunen vil jobbe mer systematisk med dette. Det kommer fram at kommunen må se på hvilke kompetanse som trengs i forhold til omstillingsprosjekt og samhandlingsreformen.

Leder i eldrerådet trekker fram at det er positivt at samhandlingsreformen har ført til en gjennomgang av tjenestetilbudet.

I Samfunnsplanens handlingsdel, omstillingsprogram og økonomiplan 2014-2017 samt årsbudsjett 2014, kommer blant annet følgende fram:

Raumas innbyggere har på grunn av demografien større behov for kommunale tjenester enn innbyggere i landet for øvrig (108 %). Men Raumas innbyggere får også flere og bedre kommunale velferdstjenester enn innbyggere flest (112 %). Tjenestetilbudet er derfor allment godt. Men tjenestetilbudet er ikke økonomisk bærekraftig, ikke nok robust og på noen områder heller ikke modernisert i tråd med befolkningens behov og statlig og faglige føringer. Det foreslås derfor:

- *En omorganisering av hele helse- og omsorgsområdet til bare å få 4 kommunedekkende enheter som i sum skal ivareta kommunens ansvar etter helse- og omsorgsloven*
- *En omlegging mot større vekt på hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester. Det etableres nye tilbud innenfor hverdagsrehabilitering og dagsenter for demente.*

Det kommer fram i samtale at ved avvikling og omgjøring av omsorgssenter skal midlene som frigjøres i sin helhet tilføres de **hjemmebaserte helse- og omsorgstjenestene**. Enheten styrkes med tverrfaglig kompetanse som gjør at alle brukergrupper kan ivaretas på en forsvarlig, helhetlig og forebyggende måte.

Forprosjekt for hjemmebasert helse og omsorg ble gjennomført i 2014. Arbeidet beskriver hvordan tilgjengelig bemanning og kompetanse skal tilpasses tjenestebehovet. Det skal være et arbeidslag med sjukepleiere, vernepleier, diabetessjukepleier etc. som skal brukes i hele kommunen, og to arbeidslag med hjelpepleiere i tillegg som er geografisk delt.

Det er vedtatt politisk at hjemmetjenesten må styrkes i forbindelse med samhandlingsreformen. Hjemmetjenesten omfatter også rus, psykisk helse og psykisk utviklingshemma. Det skal legges vekt på det tverrfaglige. Det er planlagt økning av brukertida/større innsats, slik at brukere kan bo lengst mulig hjemme. Det er lagt opp til at det skal være fleksibilitet ved behov, og at psykiatrisk sjukepleier m fl. kan brukes på tvers.

Det kommer fram at gjennom koordinerende enhet blir det mye bedre saksbehandling med hjemmebesøk og vurdering av behovet til den enkelte. Det er større krav til hjemmetjenesten og mer helhet for den enkelte pasient.

Det går fram av plandokument at framtidig behov er knyttet til befolkningsutviklingen med flere eldre. Det blir ellers pekt på at endringer går mot økt antall personer i yngre aldersgrupper med behov for tjenester, brukere med sammensatte behov, større kompleksitet i behov for medisinsk oppfølging og krav til aktiv omsorg. Konkret etterspørres i større grad

kommunale tjenester som en følge av overføring av oppgaver knyttet til samhandlingsreformen, økt fokus på integrering i lokalsamfunn og vridning av behov fra institusjon til hjemmetjenester. Lokalt erfares stor økning i etterspørsel etter omsorgstjenester fra brukere med demenssykdom, samt brukere med kombinasjon av problematikk knyttet til rus/psykiatri. Brukerne er stadig yngre, og det er store utfordringer i å gi et godt tilpasset tilbud innen det eksisterende tjenestetilbud. (Kompetanseplan for helse- og omsorgstjenesten i Rauma kommune 2014-2017.)

Kommunens Omsorgsplan er vedtatt i 2009. Utfordringsområder i plandokumentet er fortsatt gyldig, med foreslåtte prioriteringer knyttet til organisering og utvikling av helhetlige omsorgstjenestetilbud, utvikling av heldøgns tjenestetilbud på ulike omsorgsnivå, behov for videre utbygging av tjenester, samt avklaring av plassering og organisering av spesialiserte fagområder. (Kompetanseplan)

Prosjekt omstilling, et av kommunens hovedsatsingsområder for 2013, skulle vurdere helse- og omsorgstjenestens framtidige tilbud for å sikre kvalitet på alle trinn i omsorgstrappa.

I [budsjett og økonomiplan 2013](#) er det skissert mål for omsorgstrappa:

Mål	Indikator	Status 2011	Ambisjon 2013	Ambisjon 2016
2013	Dekningsgrad heldøgns pleie /omsorg for aldersgruppen 80 +	29 %	28 %	25 %

Det framgår av årsrapport 2013 at status for 2013 var 30 %. Det kommer videre fram at dekningsgraden av antall plasser i institusjon og heldøgnsbemannet boliger forventes redusert fra 2014 etter iverksetting av vedtatt omstilling i helse- og omsorgstjenesten.

Andel plasser i institusjon og heldøgnsbemannet bolig i prosent av befolkningen over 80 år i 2012 og 2013 er på nivå med Møre og Romsdal, og noe over gjennomsnittet for kommunegruppe 11 og landet (ett prosentpoeng over). Vi viser til vedlagte tabell 11.2.8 som viser Kostra tall for 2012 og 2013.

I [budsjett og økonomiplan 2014](#) er det også skissert mål for omsorgstrappa:

Mål	Indikator	Status 2012	Ambisjon 2014	Ambisjon 2017
2014	Dekningsgrad i institusjon av innbyggere 80 år +	25 %	22 %	18,5 %
2014	Andel tjeneste-mottaker med hjemme-basert helse- og omsorgstjenester.	77,3 %	80 %	83 %
2014	Antall unike tjenestemottakere med vedtak om hverdagsrehabilitering	0	8	16

Målsettingen er å redusere antall i institusjon og få flere boliger og mer hjemmebaserte tjenester.

Plasser i institusjon i % av *innbyggere* 80 år+ og andel *innbyggere* 80 år+ som bor i institusjon, lå over gjennomsnittet for kommunegruppe 11, Møre og Romsdal og landet i 2012 og 2013. Andel plasser avsatt til tidsbegrenset opphold lå i 2013 omtrent på nivå med kommunegruppe 11 og under Møre og Romsdal og landet. Vi viser til vedlagte tabell 11.2.8.

Det kommer fram i samtale at det kan bli en utfordring framover med reduserte plasser. Det kom også fram en bekymring om at kommunen ikke har styrka og bygd opp tilstrekkelig

hjemmetjenesten før en bygger ned institusjonsplasser. Personell vil frigjøres til hjemmetjenesten. Ressursene skal beholdes innen tjenesten. Det kommer fram usikkerhet i forhold til framtiden. Det blir flere eldre, og det er stor økning unge funksjonshemmede som bor hjemme, og som trenger kommunale tjenester.

Det kommer fram at det er diskusjon om framtidig behov for institusjonsplasser. Leder i elderrådet har tatt opp internt at det blir planlagt med få plasser for framtiden i forhold til utvikling av antall eldre over 67 år. (se vedlagte tabell 11.2.7) Det blir også stilt spørsmål ved om dagens driftsnivå vil være tilstrekkelig.

Det kommer videre fram i samtale at det arbeides med å få gode tilbud på alle nivå, og at omsorgstrappa må «tettes» om planlagt sjukehjemsplasser skal bli tilstrekkelig. Dette innebærer dagaktivitet/dagsenter, korttidsopphold etc. Det kommer videre fram at det også må være fokus på hva pårørende kan bidra med og at hverdagsrehabilitering blir viktig. Det blir pekt på at mange er aleine, at det kan være ensomhet og angst, og at både behovet og forventningene i befolkningen er større enn tidligere.

Leder i elderrådet viser til både underernæring og ensomhet og peker i den sammenhengen på behovet for aktivitetssenter.

Målsetting er at alle kommuner innen 2015 skal kunne tilby **dagaktiviteter for demente**. Deler av tilretteleggingen kan finansieres i opptrappingsperioden via øremerkede tilskudd fra Helsedirektoratet/ Fylkesmannen. Årsverkene må imidlertid tas av kommunens eksisterende frie inntekter, dvs. er det ikke nye midler til dette. (Budsjett 2012)

Det kommer fram i samtale at dagaktivitet for demente hjemmeboende må på plass. Det kommer videre fram at det er mindre mulighet for å legge inn pasienter til utredning i helseforetaket. Helseforetaket kommer ut til kommunen og ser til enkeltpasienter. Det kommer fram i samtale at kompetanseutvikling innenfor demens er viktig. Demente og yngre demente vil være en økende gruppe som må takles på en god måte.

I budsjett og økonomiplan 2014 er et av tiltakene dagtilbud for demente:

Mål	Indikator	Status	Ambisjon 2014	Ambisjon 2017
	Dagtilbud demente – antall brukere	0	6	12

Kommunen har dagsenter for psykisk sjuke.

Innsats fra frivillige og kulturaktiviteter blir framhevet som viktig knyttet til dagoppholdet. Frivillighetssentral er åpen to ganger i uka. Sentralen inngår ikke som del av tjenestetilbudet som gis i enkeltvedtak.

Rauma, Vestnes og Helse Møre og Romsdal har hatt prosjektsamarbeid om forebygging av **diabetes** (Årsrapport Rauma kommune 2012) og bedre oppfølging av personer med diabetes 2, jf. omtale under 5.2.2 om frisklivssentralen.

Det foreslås økte midler til **forebyggende tiltak for barn og unge** samtidig som denne tjenesten omorganiseres til egen enhet tilknyttet oppvekstområdet. Også Frisklivssentralen skal ha tilbud til barn og unge (jf. veileder). I Rauma og Vestnes skjer det nå et samarbeid mellom skolehelsetjenesten og frisklivssentralen mht. til tilbud til overvektige barn og unge.

Det kommer fram i rapport om folkehelse for Rauma kommune at **helsesøstertjenesten** har hatt knappe ressurser og låg under anbefalt minstenorm. (Veileder - Forskrift) Det ble en økning tilsvarende 80 % stilling for 2014.

Det kommer fram i samtaler at kommunen tar imot flere pasienter og tar imot raskere enn før. Sjukehusa skriver ut tidligere enn før. Kommunen har klart å løse mange tunge oppgaver. Kommunen tar som del av samhandlingsreformen på seg flere oppgaver og gjennomfører flere undersøkelser slik at pasienten kan være i kommunen lengre. I 2012 merka kommunen fort større forventninger til kommunen.

Det skjer mer behandling i sjukeheim for eksempel antibiotika intravenøst, intravenøs veske, flere blodprøver. En får avklart mer lokalt og unngår dermed innleggelse. Helseforetaket forventer at kommunen kan gjøre prosedyrer som de ikke gjorde før (som blærescanning). Det betyr at kommunen må ha midler til utstyr som kommunen ikke har hatt tidligere. Ved etablering av øyeblikkelig hjelp plasser kan det bli bevilga mer midler.

Det kommer fram at det er betydelig forbedring i samarbeidet med sjukehusa. Pasientene er skrøpeligere, men trenger ikke alltid behandling eller ekstra kompetanse i kommunen. Det kommer fram at kommunen har klart å ta imot utskrivningsklare pasientene. Når det gjelder reinnleggelser, kommer det fram at det ikke er noen registrering.

Tildelingskontor for helse- og omsorgstjenester er etablert, med oppstart i 1. halvår 2013. Kontoret skal blant annet tildele helse- og omsorgstjenester (enkeltvedtak) og være kontaktinstans mot sjukehus om utskrivningsklare pasienter. Det forventes at etablering av tildelingskontor bidrar til økt kvalitet i tjenestetildeling og økt likeverdighet i tjenestetilbud. (Årsrapport 2012)

Øyeblikkelig hjelp tilbud

Kommunal plikt til å tilby døgnopphold for pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp skal innføres gradvis fram til 2016, og fullfinansieres med overføring av midler fra helseforetak til kommuner. (Budsjett 2012)

Rauma kommune planlegger for etablering av øyeblikkelig hjelp plasser i kommunen fra 2016 lagt til forsterka sjukeheimsavdeling. Fagsjef er ansvarlig for utarbeidelse av søknad, i samarbeid med ledere og fagpersoner/tillitsvalgte fra kurativ enhet og enhet for institusjon.

Ut fra folketall bør det etableres 1,5 øyeblikkelig hjelp plasser. Kommunen har avventet etablering blant annet som følger av en avklaring i forhold til legevakt. Felles legevakt med Vestnes kommune er utredet og foreløpig lagt på is. Vestnes har valgt å inngå legevaktsamarbeid med Ålesundsregionen. I Rauma praktiseres også i dag innleggelse fra leger til observasjon på grensa til øyeblikkelig hjelp. Det kommer fram i samtale at tilstanden skulle vært avklart eller pasient utredet av sjukehus først. Øyeblikkelig hjelp i sjukeheim skal være knyttet til kjent diagnose og vil være avhengig av nivå på tilbudet, kompetanse og utstyr.

Rus - psykiatri

I forbindelse med opptrappingsplan for rusfeltet har Rauma kommune fått midler til å opprette en ruskonsulentstilling f.o.m. høsten 2011, og tre år frem. (Budsjett 2012). Ruskonsulent er budsjettert også for 2015 i kurativ enhet. Kommunen får med samhandlingsreformen et større ansvar innenfor rus og psykiatri. Det kommer fram at kommunen er bedre rustet hva gjelder tverrfaglig kompetanse gjennom omstillingsprosjektet innenfor helse og omsorg. (fra 2013).

6.2.2 Kompetanse

Det kommer fram at det i omstillingsarbeidet ble avdekket ulike behov for organisasjonstilpasning/ -utvikling, blant annet:

- Rekruttering, tilpasning og utvikling av kompetanse i tråd med tjenestenes krav og turnover i organisasjonen.

I [budsjetten og økonomiplanen 2013](#) og 2014 er det skissert mål for kompetanse:

Mål	Indikator	Status 2011	Ambisjon 2013	Status pr. 31.12.13
Kompetent personale	Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/ fagutdanning	77 %	78 %	76 %

Ambisjonen om andelen årsverk ble ikke nådd i 2013. Måloppnåelse 2013 var 76 %. (se vedlagte tabell 11.2.10)

Det kommer fram følgende om måloppnåelse 2013 i årsrapport 2013:

Andelen ansatte med fagutdanning viser en svak økning fra 75 % i 2012. Nivået ligger så vidt over kommunegruppe 11 (74 %) og landet (75 %).

Det kommer fram i kompetanseplan at kommunen de siste åra har hatt et høgt antall ansatte uten fagutdanning som med støtte fra Kompetanseløftet har fullført utdanning som helsefagarbeider.

I budsjetten og økonomiplanen 2014 er det også skissert mål for fagutdanna fra høyskole/universitet:

Mål	Indikator	Status 2012	Ambisjon 2014	Ambisjon 2017
2014	Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/fagutdanning	75 %	78 %	80 %
2014	Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/fagutdanning fra høyskole/universitet	28 %	30 %	32 %

Vedlagte tabell 11.2.10 viser blant annet følgende for Rauma kommune:

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

Utvikling fra 2012 til 2013 viser blant annet:

- Legeårsverk per 10 000 innbygger er stabil.
- Fysioterapiårsverk per 10 000 innbygger har gått ned.
- Legetimer og fysioterapitimer pr uke pr beboer i sjukeheim har gått opp.

Det framgår av vedlagte tabell 11.2.10 at forskjellene er små.

Kommunen deltok i 2012 i KS sitt program for Strategisk kompetanseplanlegging. Arbeid med kommunal strategisk kompetanseplan er ikke fullført som forutsatt i 2013. En av hovedbegrunnelsene er det samtidige arbeidet med omstilling av tjenesteproduksjon, og der det forventes at den enkelte kommunedekkende enhet etter omstilling er «selvforsynt» med nødvendig kompetanse. I arbeidet med kompetanseplanen er det imidlertid avdekket følgende kritiske faktorer når det gjelder kompetansebehov:

- Det vil være stort behov for sjukepleiere både på kort og lang sikt. Flere sjukepleiere vil gå av med pensjon i løpet av det nærmeste 5 år, og det utdannes for få sjukepleiere pr. år for å dekke behovet. Det vil også være behov for videreutdanning innen eldreomsorg, rus, psykisk helse, rehabilitering, kreft og demensomsorg.
- Det er stort behov for helsefagarbeidere både pr. i dag og i årene framover. Det vil også her være behov for videreutdanning innen rehabilitering, palliasjon, demens og psykisk helse/ rus.

Som en konsekvens av omstillingsarbeidet har det også for 2014 bydd på utfordringer å utarbeide en felles strategi for kompetanseutvikling. Dette framgår av Kompetanseplan for helse- og omsorgstjenesten i Rauma kommune 2014-2017 som er grunnlag for søknad om midler hos Fylkesmannen. (Kompetanseløftet.)

Det går fram av årsrapport 2013 at det gjennom Kompetanseløftet 2015 gis tilskudd til fagutdanning for ufaglærte (9 ansatte fullførte i 2014), til videreutdanning for faglærte og til internopplæring. I tillegg har 50 ansatte deltatt på internopplæring over to år i demensomsorgens ABC (fullført våren 2014).

Kommunen planlegger ny sjukeheim i Åndalsnes fra 2017 som vil erstatte nåværende Åndalsnes sjukeheim og Rauma sjukeheim (Isfjorden). I den forbindelse vil det bli utarbeidet oversikter over kompetansebehov. Prosjektet har i løpet av planprosessen gått fra å være et sjukeheimsprosjekt til et helsehusprosjekt med forebyggende aktiviteter, korttidsopphold etc.

Det kommer fram i samtale at kommunen ikke har en samlet oversikt over kompetansebehovet. Kommunen mangler for eksempel kreftsjukepleier. Det kommer fram at kompetanseheving skjer sporadisk og at kommunen skulle hatt kompetanseplan.

Andre framhever at det er god kompetanse i organisasjon, og at i større grad enn en kompetanseplan savnes en oversikt og strategier for bruk av tilgjengelig kompetanse. Like viktig som å få kompetanse, er å nytte den kompetansen kommunen allerede har.

Tiltak som prioriteres, er blant annet:

- deltidsstudier for helsefagarbeidere, videreutdanning for høgskoleutdannede, innen områder som er særlig relevante ifht. samhandlingsreformen.

Det kommer fram at kommunen satser på kompetanse innen kreft, terminalpleie og demente. Det er aktuelt med mer opplæring i hverdagsrehabilitering. Kommunen kan kanskje få det til på slutten av året. Kommunen har fått plass i pilotnettverk for etablering av hverdagsrehabilitering i regi av KS. Første samling var uke 46/2014. Det blir pekt på at det er mye som skal på plass pga. ny organisering.

Det blir arbeidet med strategisk kompetanseplan i regi av ROR. Hensikten er å se på hvilke utfordringer Samhandlingsreformen gir i forholdt krav til kompetanse. ROR har mottatt

100.000 kroner fra KS. (Kommunene vil benytte kompetanseplan fra Sunnmøre som er utarbeidet i et samarbeid mellom kommunene og helseforetaket som ledd i gjennomføringen av samhandlingsreformen.)

I budsjett for 2015 foreslår rådmannen å utarbeide felles strategisk kompetanseplan for hele organisasjonen, med delplaner innen det enkelte fagområde. Målsetting er å se kompetanse i helse- og omsorgssektoren samlet. Det er ikke vedtatt å utarbeide egne planer for den enkelte enhet, men dette kan enheten gjøre ved behov.

6.3 Kommunerevisjonens vurderinger

Rauma kommune har fokus på samhandlingsreformen og foreslår tilpasninger og endringer i forhold til intensjonen i reformen.

Kommunen er i en omstillingsprosess innenfor pleie og omsorg med økt prioritering av hjemmetjenester og mindre bruk av institusjonsplasser. Kommunen iverksatte tidlig tiltak for å kunne motta utskrivningsklare pasienter gjennom etablering av forsterka avdeling ved den ene sjukeheimen. Kommunen har i stor grad vært i stand til å ta imot alle utskrivningsklare pasienter som meldes fra sjukehusene.

Kommunen påpeker at pasienter som blir utskrevet fra sjukehus, har større behov for oppfølging i kommunen. Det framstår som kommunen har fulgt opp økte forventninger fra sjukehuset, og gjort tilpasninger i forhold til samhandlingsreformen. Det har i liten grad vært dialog, i tråd med samarbeidsavtalen, mellom helseforetaket og kommunen om økte forventninger til kommunen. Det er etablert arena for dialog mellom ROR-kommunen og Molde sjukehus. Rauma kommune kan med fordel mer aktivt bruke samarbeidsavtalen.

Kommunen påpeker behov og har planer for framtidig utvikling av helse og omsorgstjenestene. Det er vedtatt en stor omlegging av helse og omsorgstjenesten med mer hjemmebaserte tjenester og forebygging. Kommunen planlegger også nytt helsehus der ulike tjenester vil inngå.

Legetjenesten er sentral i samhandlingsreformen. Kommunen skal revidere avtalen med fastlegene og vil i den sammenhengen kunne ta opp ulike forhold.

Kommunen ser behovet for å utvikle kompetansen for å oppfylle intensjonen i samhandlingsreformen og har satt konkrete mål i økonomiplanen. Kommunen vil prioritere arbeidet med kompetanseplan etter etablering av ny organisering. Det er også forslag om dette i rådmannens forslag til budsjett for 2015.

Det skjer allerede den del kompetanseutvikling. Kommunen satser på kompetanse innen kreft, terminalpleie og demente. Kommunen har også rekruttert fagpersoner som lege, fysioterapeut, ergoterapeut og vernepleier. Dette er personell som er viktig både i forhold til å ta på seg nye oppgaver, og i forhold til rehabilitering og demensomsorgen.

Rauma kommune har utfordringer knyttet til rekruttering av sjukepleiere. Gjennom ny organisering og bruk av kompetanse på tvers i organisasjonen arbeides det med effektiv bruk av kompetansen. Kommunen vektlegger samlet bruk av spesialisert kompetanse. Det blir lagt vekt på å sikre et sterkere og mer tverrfaglig kompetansemiljø.

Kommunen er i en prosess med utvikling av tjenestetilbudet og kompetansen. Forsterka sjukeheimsavdeling fikk for eksempel flere stillinger og mer tverrfaglig kompetanse, og det framstår som kompetansen er tilstrekkelig der. Rådgiver folkehelse er eksempel på stilling som først ble styrket etter reformen, for så å bli redusert.

Vi viser også til at samhandlingsreformen skal innføres gradvis i løpet av 4 år. Etablering av øyeblikkelig hjelp tilbud vil for eksempel skje fra 2016 i Rauma kommune.

Rauma kommune kan med fordel mer aktivt bruke samarbeidsavtalen med helseforetaket. Dette gjelder for eksempel avtale om oppgavefordeling med krav til dialog og høringer før beslutning, planlegging av endringer i god tid og helhetlig pasientforløp.

7 Koordinerte og helhetlige helsetjenester

7.1 Problemstilling og revisjonskriterier

Problemstilling

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

Revisjonskriterier

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

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

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

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

7.2 Fakta og beskrivelse

7.2.1 Koordinerende enhet

I budsjett og økonomiplan 2012-2015 framgår følgende resultatmål for tjenesteområdet:

Mål:

- Pasienter og brukere med sammensatte behov mottar et helhetlig tjenestetilbud.
- Koordinator for personer med behov.
- Koordinerende instans for habilitering/ rehabilitering.

Tiltak

- Koordinerende enhet (KE) for habilitering og rehabilitering styrkes gjennom økt ressurstilgang.
- KE har ansvar for opprettelse av koordinator for personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester.
- Enhetsledere ansvarliggjøres i oppfølging av verktøy for å gi helhetlige tjenestetilbud.
- Ansatte bidrar til arbeidet med Individuell plan, IPLOS og felles journalsystem for å samordne tjenester.

Tildelingskontor for helse- og omsorgstjenester ble besluttet etablert med oppstart i 1. halvår 2013. Kontoret skal blant annet inneha funksjon som koordinerende enhet etter krav i lov om helse- og omsorgstjenester. (Årsrapport 2012) Enhet for koordinering og tildeling av helse- og omsorgstjenester ble etablert som planlagt i april 2013. Det er ansatt 3 saksbehandlere. Det kommer fram i samtale at kontoret er under etablering og omtaler seg som koordinerende enhet for helse- og omsorgstjenester. Koordinerende enhet er organisert som egen enhet, direkte under rådmannen.

Koordinerende enhet mottar søknader, kartlegger behov ut fra søknad og tildeler tjenester. Det kommer fram i samtale at det er tett dialog med utfører (hjemmetjenesten, institusjonene). Koordinerende enhet treffer vedtak ut fra behov.

Det er det siste året innført en rekke saksbehandlingsrutiner og maler for arbeidet. Dette skal sikre gode og rettferdige tjenester.

7.2.2 Individuell plan og koordinator

Det går fram av KOSTRA at 9,1 % av brukere i Rauma kommune har individuell plan i 2013. Rauma kommune ligger litt under gjennomsnittet for kommunegruppe 11, Møre og Romsdal og landet, jf. tabellen nedenfor.

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

KOSTRA funksjon	Kommune		Kommune- gruppe 11		Møre og Romsdal		Landet	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
	9,3	9,1	10,5	10,4	9,4	9,9	10,8	11,1

KOSTRA – reviderte tall 27.06.2014

I samsvar med samarbeidsavtalen skal Helse Møre og Romsdal melde fra om en ser behov for individuell plan eller kommunal koordinator, ta initiativ til samarbeidsmøte og delta i nødvendige tverrfaglig samarbeid i ansvarsgrupper også etter at pasientene er utskrevet, når det er faglig behov for det. Helseforetaket skal videre gi ambulante tjenester og veiledning. 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 utarbeidet retningslinjer for informasjon om og utarbeidelse av individuell plan mellom kommunene i Møre og Romsdal/KS og Helse Møre og Romsdal HF.

Koordinerende enhet i Rauma kommune er kontaktpunkt for individuell plan. Enheten mottar søknader om individuell plan og skriver vedtak om dette. Tidligere var det et eget utvalg som hadde dette ansvaret.

På hjemmesida er det oversikt over individuell plan, organisering, veileder, forside, mal, samtykkeerklæring, søknadsskjema. Der ligger også nasjonal veileder. Dokument om organisering av arbeidet med individuell plan i Rauma kommune er revidert september 2010. ([Rauma på nett](#))

Koordinator

Det kommer fram i samtale at kommunen har utfordringer i forhold til opplæring av koordinatorene og det å utvikle ordningen med koordinatorene videre. Det har ikke blitt satt av tid til å jobbe med dette. Koordinerende enhet har fortsatt som før, når det gjelder søknader om individuell plan/koordinator.

Det kommer fram at koordinerende enhet må arbeide videre med dette, blant annet avklare koordinators ansvar og opplæring av koordinator. Ansvarsgrupper må også utvikles videre som del av dette.

7.2.3 Andre tiltak

Det kommer fram i budsjett 2012 for Rauma kommune at hovedformål med samhandlingsreformen er å sikre helhetlige pasientforløp for pasienter og brukere av helse- og omsorgstjenester, med ”sømløse” tjenesteforløp mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester.

Det kommer videre fram i det vedtatte omstillingsprosjektet vil konkretisere særlig viktige satsingsområder som følge av innføring av samhandlingsreformen, samt behov for omstilling av tjenesteproduksjon for å møte pasientens behov for samordning og helhetlige pasientforløp. Dette var bakgrunn for vurdering av både kapasitet, kvalitet og organisering av tjenestene.

Ulike tjenester og fagområder blir fra 2015 driftet i den nye enheten for hjemmetjenesten (fysioterapeut, vernepleier, ergoterapeut etc.) Disse skal jobbe sammen helhetlig og koordinert. Dette skal sikre samhandling. Det kommer fram at den vedtatte organiseringen vil løse noe.

Det kommer fram i [Årsrapport Rauma kommune 2012](#) at vansker med rekruttering av personell, både pleiepersonell, ergoterapeut og lege har ført til at gevinsten i forhold til tverrfaglig planlegging av pasientforløp ikke fikk full effekt i 2012. Ergoterapeut- og legeressurs er nå på plass. Når det gjelder sjukepleieressurs, er det nylig ansatt to nye med erfaring innen hjerte/KOLS. På sjukepleiesiden er det imidlertid stadige endringer, og behov for å sette inn helsefagarbeidere i noen vakter som i utgangspunktet er tiltenkt sjukepleier. Det framgår videre at selv om utvikling av pasientforløp hele tiden kan forbedres, er det i det pågående omstillingsarbeidet i Rauma kommune rettet fokus mot helhetlige pasientforløp mellom sjukehus, sjukeheim og heimetjeneste.

Korttidsavdelingen ved Rauma sjukeheim skal blant annet sikre helhetlig og tverrfaglig oppfølging ved behandling i avdelingen og videre overføring til tjenester i egen bolig.

I det følgende gis noen eksempler som kommer fram i samtaler, på samarbeid mellom ulike enheter og nivå:

- Det blir lagt vekt på tidlig samarbeid med hjemmetjenesten og pårørende når pasienter skal ut fra rehabiliteringsavdelinga. (Avgjørende at planlegging av tilbakeføring til hjemmet starter tidlig.)

- Pasientene skal tidligere hjem. Samarbeid er viktig for å hindre reinnleggelser. Det må være bedre oppfølging og vurdering i heimen.
- Teamsamarbeid og gode holdninger hos de ansatte blir framhevet som viktig. Det kommer fram at det er ønskelig å jobbe mer bevist med holdninger.
- Det er møte i inntaksteamet for helse- og omsorgstjenesten hver 14. dag tverrfaglig sammensatt fra hjemmetjeneste, institusjon, lege og koordinerende enhet. Her tildeles plass i institusjon.
- Koordinerende enhet har samarbeidsmøte med alle avdelingene de har kontakt med.
- Det er tverrfaglige møter på forsterket sjukeheimsavdeling (B4) der sjukepleier og lege deltar.
- Det er godt samarbeid spesielt rundt B4. Det er ikke stort behov for hyppigere møter.
- Nettverket i regi av Romsdals regionråd har etablert faste møte med Molde sjukehus og vil etablere dette som en fast ordning to ganger i året.
- Omsorgstrappa vil gi helhetlige tilbud, men det kreves også tilbud som støttekontakt, når flere sjuke skal bo heime.

Fastlegene

Kommuneoverlege i 40 % stilling har vært med i omstillingsarbeidet. Fastlegene har 20 % allmennlegeoppgaver i kommunen. Avtalen med fastlegene skal revideres i 2015. Fastlegene deltar i ansvarsgruppemøter og samarbeider om enkeltpasienter/-brukere også via individuell plan. Det kommer fram i samtaler at legene har blitt flinkere til å samarbeide om sine pasienter. Det kommer videre fram at det er ønskelig å trekke fastlegene med i arbeidet med pasientforløp.

Det blir pekt på at det i dag er mange leger med 20 % stilling på sjukeheim, og at dette vanskeliggjør deltakelse på møter og drøftelser. Det kommer fram at det er ønskelig å få egen lege knyttet til sjukeheim, en sjukeheimslege.

Prosjekt - eksempel

Det er etablert en samarbeidsavtale mellom Helse Møre og Romsdal HF og kommunene i Romsdal samt kommunene Eide og Gjemnes i forbindelse med etablering ACT-team (tverrfaglige og tverrsektorielle aktivt oppsøkende behandlingsteam) som prosjekt. Det er helsedirektoratet som er initiativtaker og finansierer deler av prosjektet. ([Psykisk helsearbeid](#)) Kommunestyret gjorde slik vedtak 17.6.2014 - sak 46/2014:

1. Kommunestyret godkjenner forslag til samarbeidsavtale om drift av oppsøkende behandlingsteam (ACT). Avtalen er gjeldende fra 01.10.14 og evalueres etter ett år
2. Rådmannen gis fullmakt til å forlenge avtalen så lenge forutsetningene når det gjelder tjenesteyting og finansiering ikke endres vesentlig
3. Tiltaket finansieres innenfor rammene for Enhet for hjemmebasert helse- og omsorgstjenester

7.3 Kommunerevisjonens vurderinger og anbefalinger

Koordinerende enhet, individuell plan og koordinator

Kommunen har etablert koordinerende enhet som har et definert ansvar for funksjonen, og der det også framgår av navnet at enheten har denne funksjonen.

Individuell plan og koordinator er sentrale virkemiddel for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester.

Rauma kommune bør videreføre arbeidet med å utvikle individuell plan blant annet ajourføre retningslinjer.

Rauma kommune bør sikre tilrettelegging, oppfølging og opplæring av koordinatorene. Pasienter/bruker vil også ha rett på koordinator uavhengig av om de har individuell plan.

Koordinerende enhet og ansatte har et selvstendig ansvar for å ta opp behovet for individuell plan.

Andre tiltak for å sikre koordinerte og helhetlige tilbud

Rauma kommune har iverksatt ulike tiltak for å sikre mer koordinerte og helhetlige tjenester. Rauma kommune har fremdeles noen utfordringer knyttet til utvikling av helhetlige pasientforløp.

Fastlegene skal også ha en koordinerende rolle jf. fastlegeforskriften. Samarbeidsrutiner og ansvarsfordeling med fastlegene er sentralt for å sikre koordinerte og helhetlige tjenester og gode pasientforløp. I samsvar med samarbeidsavtalene er også utvikling av pasientforløp i samarbeid med helseforetaket sentralt.

Kommunen har iverksatt organisatoriske tiltak som legger til rette for samordning jf. ny organisering innenfor helse- og omsorgstjenestene. Kommunen skal utvikle samarbeidsarena tilpassa ny organisasjonsmodell. Dette kan bidra til å utvikle og sikre helhetlige og koordinerte tilbud for pasienter/brukere. Kommunen vektlegger også tverrfaglig kompetanse.

Anbefaling

- Rauma kommune bør fortsatt prioritere arbeidet med å sikre koordinerte og helhetlige helsetjenester herunder legge forholdene til rette for koordinatorene og utvikle samarbeidet på tvers av enheter og nivå.

8 Samarbeidsavtalene

8.1 Problemstillinger og revisjonskriterier

Problemstilling

- Hva er status for samarbeidsavtalene mellom Helse Møre og Romsdal og Rauma kommune herunder kompetanseutvikling og veiledning?

Status for samarbeidsavtalene vil i til en viss grad være beskrivende. Oppfølging av avtalene vil til en viss grad også være berørt i de andre kapitlene. Revisjonskriteriene tar utgangspunkt i samarbeidsavtalen og helse- og omsorgstjenesteloven jf. vedlagte omtale. Vi har satt opp følgende revisjonskriterier:

Revisjonskriterier

- Rauma kommune har system for forankring, medvirkning og oppfølging av avtalene.
- Rauma kommune legger til rette for kompetanseutvikling og veiledning i samsvar med samarbeidsavtalen.

8.2 Fakta og beskrivelse

8.2.1 Samarbeidsavtalene

Samarbeidsavtalene ble første gang vedtatt i sak 4/12 av kommunestyret 28.2.2012. Høsten 2013 reforhandlet kommunene i Møre og Romsdal og helseforetaket samarbeidsavtalene med vedlegg. Samarbeidsavtalen ble reforhandlet av et partssammensatt utvalg, og behandlet i Overordnet samarbeidsutvalg i Møre og Romsdal. Det er gjort endringer i avtalen på noen vesentlige punkter som:

- Kontaktpunkt i kommunene for lærings- og mestringssenteret.
- Ansvar til hhv. kommuner og helseforetak ved inn- og utskriving i sjukehus.

Kommunestyret vedtok 18.03.14 [reforhandlet avtale](#). Endringene ble gjengitt i saksframlegget.

Det ble i tillegg vedtatt egen avtale for avviksrutiner og forbedringsarbeid. Det skal arbeides videre med samhandlingsstrukturen. Utvidelse av praksiskonsulentordninga har fått tilslutning gjennom vedtak i ROR, og Rauma kommune har gjort administrativt vedtak om å slutte seg til vedtaket. Det er så langt egen avtale med tidligere rusforetak som skal revideres/integreres ved neste revisjon.

Kommunestyre gjorde slikt vedtak i sak 21/14:

1. Kommunestyret godkjenner reforhandlet samarbeidsavtale mellom Helse Møre og Romsdal HF og kommunene i Møre og Romsdal.
2. Mindre endringer i avtalen kan for ettertida godkjennes av formannskapet.

Medvirkning

Det kommer fram at både eldrerådet og rådet for funksjonshemma er aktive i Rauma kommune. Det kommer fram at eldrerådet blir lyttet til når de tar opp ting. Leder for eldrerådet får tilgang på kommunestyresakene. Brukermedvirkning ble ikke ivaretatt på den måten at eldrerådet og rådet for funksjonshemma behandlet avtalen før den gikk til kommunestyret. Eldrerådet og rådet for funksjonshemma har ikke vært involvert ved revisjon i samarbeidsavtalen.

Ved første gangs avtaleinngåelse ble forslag til avtale behandlet i den kommunale samhandlingsgruppa, før den ble behandlet som politisk sak. Etter avvikling av gruppa, har fagsjef hatt ansvar for oppfølging av samhandlingsreformen.

Ved siste revisjon, høsten 2013, ble enhetsleder for Barn og Familie, fagleder psykisk helse, ledende helsesøster og enhetsleder for Koordinerende enhet involvert i arbeid med evt. å ta inn nytt vedlegg om koordinerte tjenester for barn og unge i avtalen. Innspill ble oversendt forhandlingsutvalget, der det ble besluttet å ta merknader inn i eksisterende vedlegg 2. Ut over dette er det ikke gjennomført involvering fra enhetene i forhold til å komme med innspill til revisjon.

Forankring og oppfølging av avtalen

Fagsjef for helse og omsorg har ansvaret for helheten og hovedansvaret for oppfølging av samarbeidsavtalen. Enhetsledere er kjent med avtalen.

Leder for koordinerende enhet og tildeling «sitter med avtalen hele tiden». Dette gjelder oppfølging av den delen som omhandler utskriving av pasienter. (Avtalens vedlegg 5 A, somatikk,

og i noen grad 5B, psykisk helsevern) Avtalens vedlegg 5 A er overført til eget skjema/prosedyre og skal inn i kvalitetssystemet.

Leder ved forsterket sjukeheimsavdeling (B4) og avdelingsleder har samarbeidsavtalen tilgjengelig. Disse ivaretar mottak av utskrivningsklare pasienter når koordinerende enhet ikke er på jobb.

Etter at den lokale interne gruppa som arbeidet med forberedelse til samhandlingsreformen, er lagt ned, blir problemstillinger tatt opp på enhetsledermøte ledet av fagsjef.

Fagsjef for helse og omsorg er med i nettverk i regi av Romsdal Regionråd (ROR). ROR har tatt initiativ til møte med Molde sjukehus/Helseforetaket. Det er planlagt to møter i året. Fagsjef helse og omsorg er varamedlem til administrativt samhandlingsutvalg for Nordmøre og Romsdal. ([Samhandlingsutvalga](#)) Enhetsleder for institusjonstjenesten (og andre) deltar også på samarbeidsmøte med Molde sjukehus. Det kommer fram i samtale at det stort sett er godt samarbeid med helseforetaket og at samarbeidsmøte med helseforetaket tar opp aktuelle problemstillinger, som for eksempel dokumentasjon, til diskusjon.

Det har ikke vært gjennomført noe systematisk opplæring i forståelse av avtalen. Enhetsledere er ikke kjent med at ansatte har fått opplæring. Det kommer fram i samtale at personell i helseforetaket ikke alltid kjenner til avtalen.

ROR i samarbeid med Orkidè, Sunnmøre Regionråd og Helse Møre og Romsdal skal utarbeide opplegg for presentasjon av avtalen som ledd i opplæringa. Dette vil være et opplæringsopplegg som kommunene får, og der kommunen kan velge ut det som trengs.

Avtalen ligger ikke i internkontrollsystemet. Kommunen er i startfasen med utarbeidelse av HMS og internkontrollportal inklusiv avvikssystem i et samarbeid med Triangel. Kommunen har plan for implementering. Systemet er nå klart for innlegging av dokumenter/prosedyrer. Kommunen prioriterer viktige lovpålagte oppgaver som tvangsbehandling. Samarbeidsavtalen vil inngå som en del av dokumentasjonen. Ledergruppa for helse- og omsorg er arena for å håndtere internkontrollen på fagområdet. Kommunen og helse- og omsorgsområdet skal i størst mulig grad ha kommunedekkende prosedyrer. Det er etablert overordnet kommunal styringsgruppe pluss systemansvarlig for helse. Det er hittil ikke sendt avviksmeldinger knyttet til avtalen. Det kan være aktuelt å lage prosedyrer/rutiner med utgangspunkt i samarbeidsavtalene og hva de ansatte må vite.

8.2.2 Kompetanseutvikling og veiledning

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 veiledningsplikten. Helse- og omsorgsdepartementet har utarbeidet et rundskriv om spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor kommunene. ([Sykehusenes veiledningsplikt – rundskriv](#))

Det kommer fram i samtale at det kan være vanskelig å få ut informasjon fra sjukehusene. Det er større forventning om hva kommunen skal ta ansvar for, men helseforetaket har bare unntaksvis anledning til å reise ut.

Det kommer videre fram at det ikke er god ordning eller system for veiledning fra spesialisttjenesten. Det blir stilt spørsmål ved hvem som skal reiser hvor. Det kommer fram at

dette har med økonomi å gjøre, og at det er vanskelig å få sjukehusene ut til kommunen. Barne- og ungdomspsykiatrien har møte fast en gang i måneden. Dette er en gammel avtale.

Det blir i samtaler pekt på at det kan være aktuelt å samle flere personer i kommunen for felles opplæring.

Det kommer fram i samtaler at møter vedrørende enkeltpasienter fungerer greit. Det har blitt endring knyttet til kompetanseoverføring når det gjelder palliasjon. Helseforetaket er på tilbudssiden. Kommunen har ikke vært flink til å bruke tilbudet eller etterspørre dette.

Det har vært tilrettelagt for hospitering innen alderspsykiatri og ved Mork Senter for Rehabilitering. Når kommunen spør, er helseforetaket positiv. Palliativt team har høsten 2014 gått ut med invitasjon til hospitering innen palliasjon ved Molde sjukehus. Flere ansatte fra både institusjon og hjemmetjeneste skal delta. Rauma deltar fra høsten 2014 i et 3-årig prosjekt for ROR-kommunene, «Sammen for lindring», der det skal utarbeides felles rutiner, hjelpemidler og arbeidsmåter innen palliasjon.

8.3 Kommunerevisjonens vurderinger og anbefalinger

Samarbeidsavtalene mellom Helse Møre og Romsdal og Rauma kommune

Kommunen har inngått samarbeidsavtaler. Medvirkning er til en viss grad sikret i utarbeidelse og revisjon. Eldrerådet og rådet for funksjonshemmede har ikke fått avtalen til behandling før behandling i kommunestyret. Medvirkningen bør styrkes i samsvar med samarbeidsavtalen.

Ansvar for oppfølging av avtalen er lagt til fagsjef. I tillegg har enhetsleder for koordinerende enhet et ansvar for avtalene knyttet til utskrivning av pasienter.

Ansvar for oppfølging av avtalen ellers, framstår noe uklart. Dette bør klargjøres.

ROR i samarbeid med Orkidè, Sunnmøre Regionråd og Helse Møre og Romsdal skal utarbeide opplegg for presentasjon av avtalen som ledd i opplæringa. Dette er positivt med tanke på å sikre opplæring og oppfølging av avtalen.

Samarbeidsavtalen er omfattende. Det krever tid og ressurser å følge opp avtalen og dermed få effekt av avtalen. Det framstår som både kommunen og helseforetaket har en utfordring knyttet til dette.

Kommunen er representert i ulike samarbeidsfora med helseforetaket. Kommunene i regi av ROR har etablert faste møtearena med Molde sjukehus. Dette framstår som positivt, og en viktig arena for utvikling av samarbeidet.

Kompetanseutvikling og veiledning

Det er i liten grad systematisk kompetanseutvikling og veiledning fra helseforetaket til kommunene. Det kommer fram i denne undersøkelsen at veiledning skjer på en tilfredsstillende måte på individnivå. Både kommunen og helseforetaket legger til rett for hospitering.

Anbefaling

- Rauma kommune bør sikre en mer systematisk oppfølging av samarbeidsavtalen herunder ansvarsfordeling og opplæring av aktuelle ansatte.

9 Økonomi

9.1 Problemstillinger og revisjonskriterier

Problemstilling

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

Revisjonskriterier

I dette kapitlet vil det være en beskrivelse av økonomiske virkemidler, økonomiske kostnader og kommunens bruk av sjukehus tjenester. Vi vil ha fokus på de mest sentrale virkemidlene og kostnadene. Dette omfatter betaling for utskrivningsklare pasienter og medfinansiering.

Vi har i tillegg til den beskrivende delen satt opp to revisjonskriterier:

- Kommune følger opp samarbeidsavtalen og har etablert rutiner knyttet til utskrivningsklare pasienter inklusiv fakturakontroll.
- Kommunen har fokus på/har satt i gang tiltak for å redusere utgiftene til unødvendig bruk av sjukehusene.

9.2 Fakta og beskrivelse

9.2.1 Samhandlingsreformen i Rauma kommune – økonomiske konsekvenser

Rauma kommune arbeider med omstilling av virksomheten. Kommunestyret vedtok blant annet 18.12.12 at rådmannen skulle forberede et omstillingsprogram av kommunens organisasjon og tjenesteproduksjon for å øke kommunens handlingsrom tilsvarende om lag 25 mill. kroner i løpet av neste økonomiplanperiode. Omstillingsprosjekt innenfor helse og omsorg, et av kommunens hovedsatsingsområder for 2013, vektlegger i følge samtaler, utvikling og omstilling. Det var her ikke snakk om å redusere drifta.

Kommunestyret tok i møte 9.9.2014 rådmannens skisse til tiltak for økonomiplanperioden 2015-2018 til orientering, og rådmannen ble anmodet om å framlegge flere tiltak. Rådmannen viser i saksframlegget til at flere av prosjektene har betydelig risiko i seg både når det gjelder gjennomføring, effekt og økonomi, og at gjennomføringen krever målrettet og fokusert innsats fra størstedelen av den kommunale organisasjon. Videre at brukere blir berørt i flere av prosjektene.

I rådmannens forslag til budsjett for 2015 blir det vist til pågående omstillingsarbeid og understreket at økt satsing i hele omsorgstrappa er eneste måte Rauma kommune kan sikre et tilfredsstillende helse- og omsorgstilbud.

KOSTRA tall, jf. vedlagt tabell 11.2.9, viser følgende for 2013:

- Netto driftsutgifter per innbygger til kommunehelsetjenesten er noe lavere enn kommunegruppe 11, og høyere enn gjennomsnittet for Møre og Romsdal og landet.
- Netto driftsutgifter per innbygger til pleie og omsorg er høyere enn kommunegruppe 11, Møre og Romsdal og landet.
- Netto driftsutgifter per innbygger til pleie og omsorg 67 år+ og 80 år+ er lavere enn kommunegruppe 11, Møre og Romsdal og landet.
- Utgifter pr oppholdsdøgn i institusjon, brutto driftsutgifter institusjon per plass og bruttodriftsutgifter per mottaker av hjemmetjenesten er lavere enn kommunegruppe 11, Møre og Romsdal og landet.

Med unntak for nettodriftsutgifter innen pleie og omsorg per innbygger 67 år+ og 80 år+, har det vært en økning fra 2012 til 2013.

Rauma har hatt en egen gjennomgang av kostnader og rammeoverføringer som viser at kommunen har et «underforbruk» innenfor pleie og omsorg når dette blir sett opp mot behov. (Telemarksforskning, se omtale i vedlegg).

Rauma kommune gir i budsjett 2012 en oversikt over de økonomiske virkemidlene knyttet til samhandlingsreformen:

- Rammeoverføringer til kommunene øker, med tilsvarende reduksjon i rammer til helseforetakene.
- Kommunalt medfinansieringsansvar for pasienter som behandles i sjukehus. Kommunen skal betale 20 % av utgiftene til behandling av pasienter i sjukehus. Finansieringen skjer ved å overføre 20 prosent av tilskuddene som nå går fra staten til regionale helseforetak, til kommunene. Virkeområdet er somatisk helsehjelp, med unntak for kirurgi, fødsler og nyfødtbehandling, samt spesielt kostnadskreven behandling. Maksimal betalingssats for enkeltbehandling (2011-tall) er satt til kr. 30 000.
- Kommunene skal sørge for et forsvarlig tjenestetilbud til utskrivningsklare pasienter etter behandling i sjukehus. Dersom kommunen ikke kan ta imot utskrivningsklare pasienter, inntreder økonomisk ansvar for sjukehusoppholdet fra dag 1 etter at pasienten er meldt utskrivningsklar. Døgnprisen er satt til kr. 4 000.
- Kommunal plikt til å tilby døgnopphold for pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten skal innføres gradvis fram til 2016, og fullfinansieres med overføring av midler fra helseforetak til kommuner.

Vi viser også til omtale av utskrivningsklare pasienter og medfinansiering i vedlegg.

Rauma kommune har hatt merforbruk av sjukehus tjenester til ordningen med medfinansiering sett i forhold til overføringer fra staten og får overgangsmidler i tre år. ([Årsrapport Rauma kommune 2012](#))

Midler til øyeblikkelig hjelp plasser blir trukket fra rammetilskuddet til kommunene. Dette innebærer at alle kommunene får sin andel av trekket uavhengig om de har eget tilbud med tilskudd fra helsedirektoratet og helseforetakene.

Tabellen under viser uttrekk av midler ved utbygging av tilbud om øyeblikkelig hjelp:

Tabell 9.2.1.1

1000 kr	2013	2014	2015
I makro/landet	83 000	86 000	89 000
Rauma	144	147	152

Kilde: Rauma kommune

Det betyr at trekket for øyeblikkelig hjelp plasser i 2015 (akkumulert) blir ca. 500 000 kroner. Det vil si at dersom ordningen med øyeblikkelig hjelp i kommunen ikke hadde blitt innført, skulle rammetilskuddet til Rauma kommune vært ca. 500 000 kroner større i 2015.

Samhandlingsreformen trådte i kraft fra 2012. Det første året fikk Rauma et tilskudd på kr. 11,298 mill. Av dette var kr. 8,798 mill. knyttet til medfinansiering av sjukehus og kr. 984 000 til utgifter for utskrivningsklare pasienter.

Siden tilskudd til medfinansiering og utskrivningsklare pasienter ikke er spesifisert i statsbudsjettene for påfølgende år, er det laget et anslag ved å justere med kostnadsdeflatoren for de påfølgende år. Rauma kommune har med hjelp fra Telemarksforskning beregnet uttrekket ut fra utgiftsindeks for 2015.

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

Tabell 9.2.1.2 Anslag rammeoverføring samhandlingsreformen Rauma kommune – regnskap.

	2012		2013		2014	
1000 kr	Overføring	Utgifter	Overføring	Utgifter	Overføring	
Medfinansiering	8 798	9 323	9 062	8 427	9334	
Utskrivningsklare pasienter	984	208	1 014	29	1044	
Kompensasjon	1 516		1 566		1 613	
Sum	11 298	9 531	11 641	8 456	11 991	

Kilde: Rauma kommune

Ser en isolert på disse overføringene og utgiftene, har Rauma kommune hatt merinntekter.

Reversert kommunal medfinansiering gir et trekk i rammene for 2015 på 8,808 mill. kroner for Rauma kommune. I tillegg blir det ikke gitt kompensasjon på 1,613 mill. kroner.

Regnskapet viser også mindreforbruk i forhold til budsjettet jf. tabellen nedenfor.

Tabell 9.2.1.3 Regnskap og Budsjett Rauma kommune - tusen kroner

Medfinansieringsordningen *				Utskrivningsklare pasienter			
År	Regnskap	Budsjett	Avvik	År	Regnskap	Budsjett	Avvik
2012	9.323	9.355	- 32	2012	208	200	8
2013	8.427	9.700	- 1.273	2013	29	100	- 71
2014	5.866*	8.573		2014	8*	80	

*Endelig avregning 2013 finner sted i november 2014 – anslag sommeren 2014 Regnskap per 21.08.2014
Rammen for 2013 ble oppjustert fra 8,7 til 9,7 mill. kroner, med bakgrunn i forventet merkostnad.

I forbindelse med innføring av samhandlingsreformen oppretta Rauma kommune flere stillinger til forsterket sjukeheimsavdeling. Avdelingen ble styrket med 4 stillinger i pleie, i tillegg til økt 50 % fysioterapeut, 50 % ergoterapeut og 40 % legestilling. I tillegg ble folkehelsekoordinatorstillingen utvida fra 50 % til 100 % stilling. I helårseffekt ble disse tiltakene beregnet til å koste om lag 3,5 millioner kroner årlig i 2012 kroner.

Legger en også disse utgiftene til grunn, har samhandlingsreformen gitt kommunen merutgifter.

9.2.2 Utskrivningsklare pasienter

Rauma kommune oppretta forsterket sjukeheimsavdeling ved Rauma sjukeheim for å ta imot utskrivningsklare pasienter. ([Årsrapport Rauma kommune 2012](#)) Forsterka avdeling var også mottaksadresse for utskrivningsklare pasienter tidligere. Nå er dette lagt til koordinerende

enhet (fra andre halvår 2013) som er kontaktinstans mot sjukehus om utskrivningsklare pasienter. Enheten ivaretar innleggelse av pasienter som trenger sjukeheimplass. Kveld, helg og høytid har sjukepleier på sjukeheim ansvar for å håndtere pasienter som eventuelt har behov for sjukeheimplass.

Tabellen nedenfor viser utviklingen når det gjelder utskrivningsklare pasienter:

Tabell 9.2.2.1 Utskrivningsklare pasienter

	Antall 24 t meldinger	Antall personer liggende etter meldt utskrivningsklar	Antall døgn kommune må betale for	Gjennomsnitt dager per person
2012			54	
2013	271	5	7	1,6
2014*	234	5	48	9,6

*For 2014 er tallene frem til 27.10.14. Det er fra oktober i år det ligger pasienter på sjukehus som kommunen må betale for og ikke har kunnet ta imot i kommunen.

Det kommer fram i samtale at de fleste reiser rett heim fra sjukehus. Det kommer videre fram at noen må ligge på dobbeltrom i sjukeheim en tid etter utskriving.

Det kommer videre fram at kommunen klarer å ta imot pasientene pga. ekstra ressursinnsats på sjukeheimen. Det blir pekt på at selv om hjemmetjenesten har hatt en økning på 3,2 mill. kroner oppleves likevel arbeidspress der. (Det er aktuelt med arbeidsmiljøkartlegging for å finne ut om det handler om arbeidspress, organisering, ledelse eller andre forhold.)

Tabellen nedenfor viser andel **utskrivningsklare pasienter** etter de mest vanlige sykdomsgrupper.

Tabell 9.2.2.2 Utskrivningsklare pasienter etter de mest vanlige pasientgrupper, prosent.

2012	Rauma	Fræna	Vestnes	Molde	Midt-Norge	Landet
Kreft	7,4	-	13,0	8,6	6,7	7
Lungebetennelse	-	-	-	7,0	5,0	7,8
Nyre, urinblære, prostata	-	-	-	4,7	3,7	5,9
Nervesystemet - hjerneslag	12,6	-	-	5	8,0	8
Muskler og ledd	-	20,0	6,0	15,9	26,7	17,1
Akutt skade, hofte/lår – kirurgi	21,0	-	11,0	8,6	6,2	6,9
Pasienter i alt	95	115	79	383		

[Helsedirektoratet](#)

Kommunens erfaringer som framkommer i samtaler:

- Sjukehuset skriver ut tidligere enn før og forventer at kommunen er i stand til å motta pasienter tidligere. Koordinerende enhet tar diskusjonen ved behov, og gir beskjed om det ikke stemmer at pasienten er utskrivningsklar. Kommunen har fått medhold på klage.
- Det er et godt samarbeid med Molde sjukehus som melder antatt ferdigbehandlet pasient på faks 24 timer før utskriving, og gir god informasjon om hjelpebehovet. Det er litt vanskeligere ved utskriving fra Ålesund og Kristiansund. Det er litt mindre informasjon derfra. Sjukehusene ringer til koordinerende enhet når pasienten er ferdigbehandlet. (Det er noen ganger kontoransatte eller sjukepleier uten detaljkunnskap som ringer).
- Ansatte på sjukehusene som gir informasjon om pasienten, har ofte ikke god nok informasjon om samarbeidsavtalen. Samarbeidet med Molde sjukehus har gått seg til. Det er mange som skal kunne dette. Hovedinntrykket er bra. Det er hurtig omløp av pasienter.

- Sjukehusene har slutta å love ting på vegne av kommunene.
- Sjukehuset melder om antatt utskrivning. Det blir ikke alltid utskrivning som meldt.
- Pasienter kan sitte på sjukehuset og vente i mange timer på papirer, ambulanse etc. Pasienter kan komme i samledrosje. Kommunen har opplevd at de har kommet sent på kveld.
- Det er uheldig at sjukehuset sender pasienter til kommunen etter kl. 15.00, fordi kommunen har lavere bemanning/ dekning på kveld, og apoteket er stengt. Kommunen kan måtte ta inn ekstra pga. de sjukepleieoppgaver som kreves. Kommunen har tatt utfordringen med mange utskrivninger på fredag. (Varslinga skal skje mandag- fredag mellom fra kl. 8-15.)
- Noen ganger mottas ikke epikrise.
- Medisin håndtering kunne vært bedre. Medisinoversikt kan være mangelfull, og stemmer ikke alltid. Kommunen får ikke alltid kontakt med de som har ansvar på sjukehuset. De som tar imot pasienten, skal gi tilbakemelding til fastlege – tilsynslege.
- Det kommer fram at det skulle vært bedre forløp. Epikrise og samarbeid med lege må bedres. Det er stort sett gamle skrøpelige pasienter.
- Det blir reist spørsmål om pasientene alltid er utskrivningsklare. Pasientene er dårligere enn før.

Ulike forhold, som nevnt over, tas opp i samarbeidsmøter med helseforetaket (Molde sjukehus) som arrangeres to ganger i året.

Fakturakontroll

Det ble opplyst at kommunikasjon mellom kommunen og helseforetaket dokumenteres på en oversiktlig og god måte i Rauma kommune. Kommunen har gode rutiner på å dokumentere alle henvendelser fra sjukehuset. Det er egen mappe. Det er eget samhandlingsskjema for de som ikke er i systemet. (Sjukehus skal sende med sjukepleiedokumentasjon, epikrise, medisinoversikter og resepter. Hjemmesjukepleie eller sjukeheim mottar dokumentasjon fra pasient, eventuelt etterspørres dette.)

Fakturaer for utskrivningsklare pasienter legges inn på Fellesområde helse og omsorg, som har budsjettpost for kostnaden, og anvises av fagsjef. Grunnlagsdokumentasjon for den enkelte faktura sendes fra Helse Møre og Romsdal til Koordinerende enhet. Grunnlagsdokumentasjon gjennomgås av Koordinerende enhet, som sender klage til Helseforetaket dersom faktagrunnlaget ikke stemmer. Går pasienten direkte til sjukeheim/hjemmesjukepleie, sjekker enhetsleder regninger. Koordinerende enhet orienterer fagsjef om at anvisning av faktura skal avventes. Det er avtalt med helseforetaket at fakturaer ikke betales så lenge det foreligger en klagesak.

Rauma kommune klager fra tid til annen på fakturaer, og har hittil fått medhold i alle klagen. Kommunen har hatt 18 klager på regning. Det kan være uenighet om forløp. Sjukehuset har for eksempel ikke gitt beskjed innen fristen eller har ikke sendt dokumentasjon. Det var mye saksbehandlingsfeil fra sjukehuset i startfasen.

Liggetid

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

Når det gjelder liggetid, har trenden over lang tid vært en nedgang. Gjennomsnitt liggetid i Helse Møre og Romsdal er noe høyere enn landet samlet, også for øyeblikkelig hjelp innleggelser for de eldste pasientene.

Gjennomsnitt liggetid for døgnopphold for somatiske sykdommer i 2012 var 4,4 i Møre og Romsdal, 4,3 i Helse Midt-Norge og 4,1 i landet samlet. (se vedlagt tabell 11.2.2)

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

Tabell 9.2.2.3 Liggetid for pasienter fra Rauma kommune ved ulike klinikker i Helse Møre og Romsdal 2013

	Psykisk helsevern	Kirurgi Molde	Kvinne-klinikken	Medisin	Rehabilitering
Liggedager	29,3	4,0	3,3	5,2	5,9

Med unntak for psykisk helsevern er tendensen en nedgang i liggetid fra 2010 til 2013 med noen variasjoner fra år til år.

I [langtidsplan/langtidsplan](#) for Helse Møre og Romsdal blir det konkludert med en målsetting om at alle liggetider skal reduseres til et nivå som tilsvarer korteste liggetid for samme diagnose i sammenlignbare helseforetak.

Reinnleggelser

Reinnleggelser til sjukehusene registreres ikke i kommunen. Ved reinnleggelser innen 48 timer skal kommunen ikke betale for utskrivningsklare pasienter. Det kommer fram at inntrykket er at det ikke er mye reinnleggelser. Kommunen vil starte med å dokumentere reinnleggelser etter 48 timer, 7 døgn og 30 døgn.

9.2.3 Medfinansiering

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

Tabell 9.2.3.1 Sum kostnader pr innbygger – medfinansiering 2013

	Poliklinikk	Innleggelse	Blanding *	I alt
Rauma	228	732	90	1125
Molde	254	803	79	1235
Ålesund	226	665	73	1076
Kristiansund	260	898	91	1374
Fræna	247	844	79	1249
Aukra	235	707	103	1138
Vestnes	232	821	107	1251

*blanding av poliklinikk og innleggelse Helsedirektoratet

For medfinansiering utgjør betaling for ordinær innleggelse med overnatting hovedtyngda av kostnadene. (5,4 mill. kroner og 684 opphold i 2013.) Polikliniske konsultasjoner er størst i volum (6997 i 2013) og hadde en kostnad på 1,7 mill. kroner. Det var også 1350 andre opphold til en kostnad på 1,2 mill. kroner. (se vedlagt tabell 11.2.6) (I alt 9031 opphold, 8,4 mill. kroner)

Ser vi på befolkningens bruk av sjukehus tjenester i Møre og Romsdal, har befolkningen et «merforbruk» samlet sett innenfor somatikk, også i forhold til utvalgte kriterier for behov der

en tar hensyn til alderssammensetning etc., jf. vedlagte tabell 11.2.4. Vi ser at «merforbruket» særlig gjelder poliklinisk behandling jf. vedlagte tabell 11.2.2.

Tabellen nedenfor viser Rauma kommunes bruk av sjukehusjenester som kommunen medfinansierer for 1. tertial 2014. Rauma kommune lå lavere enn landet når det gjelder innleggelser, og høyere når det gjelder DRG-poeng og polikliniske konsultasjoner.

Tabell 9.2.3.2 - 2014 1. tertial – [Helsedirektoratet](#) Kommunal medfinansiering/ **all aktivitet**

Per 1000 innbygger	Rauma	Fræna	Vestnes	Molde	Landet
DRG-poeng	48	54	48	53	46
Innleggelser	46	53	60	62	61
Akuttinnleggelser	25	33	30	31	29
Polikliniske konsultasjoner	376	426	364	433	320

DRG: Diagnose Relaterte Grupper, aktivitetsmål som tar hensyn til diagnose, prosedyrer etc.

Hovedtyngda av kostnader til medfinansiering finner vi i aldersgruppen 67-79 år, jf. vedlagte tabell 11.2.3. I forhold til folketallet i ulike aldersgrupper er antall pasienter per 1000 innbygger høyest i aldersgruppa over 80 år jf. tabellen nedenfor.

Tabell 9.2.3.3 Aktivitet som kommunen medfinansierer 2013 [Helsedirektoratet](#) Rauma

	Pasienter	Innlegg- elser	Ligge- dager	Konsulta- sjoner	Kontroll Konsultasjoner	Akutt- innleggelser	Antal pas Per 1000 innbygger
0-17 år	190	18	32	276	182	5	119
18-49 år	411	52	150	627	335	36	145
50-66 år	390	86	266	770	481	40	230
67-79 år	334	100	364	753	497	51	407
80-89 år	177	69	156	317	215	34	441
90 år og eldre	51	18	66	61	44	18	432

Rauma kommune har høy andel innleggelser for personer over 80 år, vel 25 % mot et landsgjennomsnitt og fylkesgjennomsnitt som ligger under 20 %. ([Rapport Eide Kommune](#))

Kommunen kan påvirke innleggelsen av et fåtall DRG-grupper, mens de fleste andre er upåvirkelige, i alle fall i løpet av en to-tre årsperiode. (professor Terje P Hagen) De viktigste gruppene der kommunen kan forhindre innleggelse er:

- rehabilitering, lungebetennelser, hjertesvikt, KOLS, palliasjon.

Tabellen nedenfor viser medfinansiering etter pasientgrupper. Kommunen lå 1. tertial 2014 over Midt-Norge og landet, men lavere enn nabokommuner når det gjelder bruk av sjukehus.

Tabell 9.2.3.4 Medfinansiering - etter pasientgrupper – sykdommer – per 1000 innbygger [Helsedirektoratet](#)

1. tertial 2014	Rauma	Fræna	Vestnes	Molde	Midt-Norge	Landet
Kreft	12	13	12	13	12	11
Hjerteinfarkt - smerter i brystkassa	6	7	5	6	5	5
Lungebetennelse	2	3	2	2	3	2
Nyre, urinblære, prostata	14	16	15	15	14	13
Hjerte og blodårer eksklusivt hjerteinfarkt og hjerneslag	10	11	11	12	10	9
Smerter i buk/bekken	0	3	3	8	4	4
Nervesystemet – hjerneslag	14	15	14	17	12	12
Luftveiene unntatt lungebetennelse	8	11	10	11	6	7
Fordøyelsessystem	13	13	14	13	16	13
Muskler og ledd	23	26	26	26	27	24
Diabetes inkludert komplikasjoner	0	6	10	3	6	5
Andre pasientgrupper	150	147	134	156	116	110
I alt	252	271	256	282	231	215

I Budsjett og økonomiplan 2013 er det skissert følgende mål innenfor helseområdet:

Mål	Indikator	Status 2011	Ambisjon 2013	Ambisjon 2016
Folkehelse	Medfinansiering av sjukehusene i forhold til overført kommunalt tilskudd	-	Under 100 %	Under 100 %

Det kommer fram i [Årsrapport 2013](#) at målsettinger er nådd i 2013. Det kommer videre fram i årsrapport 2013 at påvirkningsmuligheten på kostnadene er usikre, men at flere forhold kan ha bidratt til å redusere forbruk av spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder:

- økt fastlegedekning, styrket legevakt og legedekning i sjukeheimer
- andel korttidsopphold i sjukeheim for å forebygge sjukehusinnleggelser har økt, kvalitetssikret ernæringsmessige vurdering av risikopasienter (både institusjon og hjemmetjeneste)
- etablering av frisklivssentral fra mars (70 nye brukere i 2013)
- styringsdata fra helsedirektoratet som etter hvert kan danne grunnlag for valg av kommunale innsatsområder
- folkehelsearbeid – bedre folkehelse skal kunne bidra til redusert etterspørsel etter helsetjenester.

Rauma kommune tar også opp ulike forhold som kan påvirke bruken av sjukehus i rapporten oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i Rauma kommune, og nevner i tillegg:

- helsestasjon for ungdom
- etablering av tildelingskontor i pleie- og omsorg

Av innspill til mulige framtidige tiltak blir blant annet følgende nevnt:

- forsterka skolehelsetjeneste
- tverrfaglig faggruppe som jobber videre med Ungdata undersøkelsen
- frisklivssentralen - utvida tilbud til psykisk helse og tobakk - tilbud også til ungdom og barnefamilier
- forsterka hjemmetjeneste
- diabetesprosjekt - videreføre stilling for diabetes sjukepleier i samarbeid med FLS.
- etablere øyeblikkelig hjelp plasser ved B4 Rauma sjukeheim.

Det blir i samtaler også vist til at kommunen legger pasienter inn til observasjon i sjukeheim jf. avsnitt 6.2.1, noe som vil kunne redusere sjukehusinnleggelser.

Det kommer fram i [Årsrapport Rauma kommune 2012](#) at det utarbeides styringsdata fra helsedirektoratet for at kommunene skal kunne følge sjukehusaktivitet, og derigjennom planlegge og iverksette kommunale tiltak som reduserer forbruket. I kommunens rapport etter kurs i analyse av styringsdata – Status for Rauma kommune – september 2013 - er det fokus på å redusere DRG-forbruk. Det blir skissert forslag til tiltak som frisklivssentral, hverdagsrehabilitering, forebygging av fall og tiltak knyttet til overvekt.

Stilling som folkehelsekoordinator ble utvidet til 100 % stilling som rådgiver folkehelse i 2012. Rådgiver skulle ha et særskilt ansvar for kartlegging av kommunens folkehelseutfordringer som ledd i kommunens overordnede planlegging. Folkehelserådgiver skulle videre være pådriver for iverksetting av tiltak som kan redusere forbruk av sjukehus tjenester. (Kilde: økonomisjef)

9.3 Kommunerevisjonens vurdering

Både i 2012 og 2013 hadde Rauma kommune større overføringer/inntekter enn utgifter til helseforetak/sjukehus. Dette gjelder både for medfinansiering og utskrivningsklare pasienter.

Siden Rauma kommune tok i mot tilnærmet alle utskrivningsklare pasienter, fikk kommunen dermed «friske» midler til disposisjon i 2012 og 2013.

Dette gir ikke noe fullstendig bilde av samhandlingsreformens økonomiske konsekvenser for kommunen. Kommunen etablerte forsterka sjukehjemsavdeling med nye stillinger og fikk 100 % stilling som rådgiver innenfor folkehelse. Tar en med disse utgiftene, har kommunen hatt merutgifter til samhandlingsreformen.

Det kommer fram at kortere liggetid ved sjukehusene skaper utfordringer for kommunen. Liggetiden ved sjukehusene har gått ned, men er likevel høyere enn ellers i landet. Helseforetaket har ambisjoner om ytterligere nedgang i liggetid. Dette vil kunne få konsekvenser for kommunene.

Rauma kommune arbeider med omstilling av tjenestetilbudet. Dette skal sikre et mer differensiert tilbud, mer effektiv drift og tilpasning til samhandlingsreformen. Kommunen har i forhold til folketallet mange eldre og vil i framtida kunne få utfordringer knyttet til dette.

Kommunen har styrket tilbudet ved bruk av egne midler og gjennom prosjektmidler. Samtidig er stillingen som rådgiver folkehelse, blitt redusert. Det er forslag om styrking av stilling innenfor frisklivssentralen.

Når det gjelder utskrivningsklare pasienter, har kommunen vært aktive for å hindre at pasienter blir liggende på sjukehuset etter at kommunen har fått melding om at pasienten er utskrivningsklar. Kommune følger opp særlig samarbeidsavtalen om utskrivning av pasienter med behov for somatiske helsetjenester. Enhet for koordinerende helse og omsorgstjenester har ansvar for denne delen av avtalen. Kommunen har etablert rutiner knyttet til kontroll av utgiftene når det gjelder utskrivningsklare pasienter.

Kommunens bruk av sjukehus er noe høyere enn andre kommuner, dette gjelder særlig for poliklinisk behandling. Kommunen har hatt fokus på tiltak for å redusere bruk av spesialisthelsetjenesten. Medfinansieringsordningen faller bort fra 2015. Ingen alternative virkemidler er planlagt så langt. Samtidig ligger intensjonen i samhandlingsreformen fast.

Samarbeidsavtalen mellom Rauma kommune og Helse Møre og Romsdal inneholder ulike tiltak som kan påvirke bruken av sjukehus:

- Helseforetaket er pålagt veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten. Helseforetaket skal tilby ambulante tjenester, støtte og veiledning slik at kommunen, så langt det lar seg gjøre, kan gi innbyggerne nødvendig helsetjenester uten behandling i helseforetaket.
- Helse Møre og Romsdal skal bistå lege fra kommunehelsetjenesten når det er tvil om behov for innleggelse, herunder ved vurdering i akuttmottak eller poliklinikk.
- Helse Møre og Romsdal skal redusere bruk av kontroller der dette kan gjøres faglig forsvarlig av kommunehelsetjenesten.
- Det er et felles ansvar å samarbeide om å lage gode pasientforløp og etablere samarbeid rundt pasient og brukergrupper med sammensatte behov, eksempel palliativ omsorg.
- Helseforetaket skal gi råd og veiledning til kommunalt helsepersonell i samband med forebyggende tiltak.

- Samarbeidsavtalen har som formål å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommunen og helseforetak og skal bidra til at pasienter og brukerne mottar et helhetlig tilbud. Samhandlingen skal sikre at pasientene/brukerne blir behandlet på rett nivå, rett sted og innen rett tid.

Så langt skjer i liten grad en systematisk oppfølging av samarbeidsavtalen med Helse Møre og Romsdal knyttet til disse punktene. Rauma kommune kan med fordel mer aktivt bruke avtalen. Selv om det ikke lenger vil være noe økonomisk insitament for å redusere sjukehusinnleggelser, vil blant annet avtalen forplikte både kommunen og helseforetaket.

Selv om mye kan gjøres innenfor gjeldende rammer og prosjektmidler bidrar positivt, ser det ut det ut som økonomiske ressurser er en kritisk faktor både i kommunene og i helseforetaket. Samtidig er dette en retningsreform som skal iverksettes over tid.

Rauma kommune er godt i gang med utvikling av tjenestetilbudet og bør videreføre dette i tråd med intensjonen i samhandlingsreformen. Vi viser til anbefaling i kapittel 8 om en mer systematisk oppfølging av samarbeidsavtalen.

10 Referanser og kilder

RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon, [Norges Kommunerevisorforbunds hjemmeside](#).
Folkehelseloven
Helse- og omsorgstjenesteloven
Plan- og bygningsloven (PBL)
[Samhandlingsstatistikk 2012-2013](#) – Helsedirektoratet
[Helse og sosialmelding 2013](#) Fylkesmannen i Møre og Romsdal
[Status for samhandlingsreformen](#) – 2012 - Helsedirektoratet
[Status for samhandlingsreformen](#) – 2013 – Helsedirektoratet
[Helse- og omsorgsdepartementet](#) – kommunal medfinansiering (1)
[Helse- og omsorgsdepartementet](#) – kommunal medfinansiering (2)
[Regjeringen](#) – pressemelding
[Prop. 1 S \(2013–2014\)](#)
Statsbudsjettet 2012 – [inntekter kommunene](#)
Helsedirektoratet [Økonomiske virkemidler i samhandlingsreformen](#)
[Prop. 91 L \(2010-11\) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.](#)
(Til barns beste NOU 2012: 1 - [Kommuneplanprosessen – veileder](#))
Statsbudsjettet 2012 [Helse og omsorgsdepartementet](#)
[Helse og omsorgsdepartementet](#) – om samhandlingsreformen
[Fastlegeforskrift](#) § 20
[Helsedirektoratet](#) styringsdata for kommuner.
[Helsedirektoratet](#) – styringsdata utskrivningsklare pasienter
[Helsedirektoratet](#) – økonomiske virkemidler
[Helsedirektoratet](#) foredrag
[Veileder - Forskrift helsestrasjon](#)
[Veileder](#) - Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold
[Veileder](#) for samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner
[Sykehusenes veiledningsplikt – rundskriv](#)
[Samdata 2012](#) Spesialisthelsetjenesten Helsedirektoratet
[Samarbeidsavtale](#) mellom Rauma kommune og Helse Møre og Romsdal.
[Årsrapport Rauma kommune 2012](#)
Omstillingsnotat Helse og omsorg
Overordnet KOSTRA analyse fra Telemarksforskning
Analyse av pleie- og omsorgstjenestene fra TMforskning
Budsjettvedtak for budsjett 2012/ økonomiplan 2012 – 2015
Budsjett og økonomiplan 2014
Tekstdelen (grunnlagsdokumentet) for budsjettvedtak
Mal for lederavtale 2014
Kommunestyrevedtak - Oversiktsdokument Folkehelse 2013 - 2014
Statusrapport folkehelse 2013
Rapport etter kurs i Styringsdata
To interpellasjoner vedr. Samhandlingsreformen fra Karsten Aak til Kommunestyret
Rapport fra Prosjektgruppe for etablering av enhet for hjemmebaserte tjenester 11. juni 2014. Beslutningsnotat fra rådmannen 25.08.2014
Lederavtale.
Kompetanseplan for helse og omsorg.
[SØF-rapport nr. 01/13 - SENTER FOR ØKONOMISK FORSKNING AS](#)
[Rapport - KS samhandlingsreformen](#)
[DRG](#) Foreløpig regelverk Innsatsstyrt finansiering 2014
[Analyse kommunal medfinansiering](#) Risør m. fl.
[Samhandlingsreformen KS](#)
[Nasjonal helsekonferanse om samhandlingsreformen 2014](#)
Helse Møre og Romsdal, foretaksmøte 13. februar 2014/ [Styringskrav og rammer](#) 2014
[Langtidsplan/langtidsbudsjett](#) for Helse Møre og Romsdal

11 Vedlegg

11.1 Revisjonskriterier og bakgrunnsinformasjon

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

Folkehelse – helsefremmende og forebyggende arbeid

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

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

- 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. ([Folkehelseloven](#) § 5 Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommunen.)

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

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

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

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

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

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

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

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en lovpålagt tjeneste som er sentral i det helsefremmende og forebyggende arbeidet blant gravide, barn og ungdom 0-20 år og deres foresatte. I 2000 avdekket Helsetilsynet betydelig mangler ved kommunenes styring av skolehelsetjenesten. [En kartlegging utført av Helsetilsynet](#) i 2011 viste svak og mangelfull kommunal risikostyring i nesten alle de 50 kommunene/bydelene som ble kartlagt.

Antall årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten økte med 2,8 prosent fra 2011 til 2012. I denne perioden gikk andel årsverk uten fagutdanning mest ned med 12,3 prosent, mens økningen har vært størst i årsverk for jordmødre med 6,9 prosent. ([Nøkkeltall](#) Helsedirektoratet. [Tilsyn helsestasjon](#) – Helsetilsynet)

Fastleger

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

§ 8. Kommunens ansvar for å tilrettelegge for samarbeid.

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

§ 19. Medisinskfaglig koordinering og samarbeid

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

Merknader

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

Koordinerende enhet

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

Det framgår av [Forskrift](#) om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator at det skal finnes en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen, jf. helse- og

omsorgstjenesteloven § 7-3. Den koordinerende enheten skal bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering. Koordinerende enhet skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Overordnet ansvar for individuell plan innebærer at enheten blant annet skal:

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

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

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

Individuell plan og koordinator

Retten til individuell plan etter helselovgivningen ble innført i 2001. Dette er videreført i ny lovgivning fra 2012. Bestemmelsene er utdypet i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.

Helsedirektoratet har utarbeidet [forslag til veileder](#) som hadde høringsfrist 1. september 2014. Individuell plan er også hjemlet i lov om arbeids- og velferdsforvaltningen, lov om sosiale tjenester i arbeids og velferdsforvaltningen samt i barnevernloven. Formålet med individuell plan er å sikre et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Tjenester fra ulike fagområder og sektorer skal samordnes, og det skal arbeides i samsvar med tjenestemottakerens mål.

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

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

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

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

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

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

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

I Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) (samhandlingsreformen) blir det påpekt at det dreier seg om at det vil være en person som gjennom sin ordinære stilling får et særlig ansvar for å være kontaktpunkt for pasienten. I Innstilling til Stortinget (Innst.212 S, 2009-2010) støtter komiteen stortingsmeldingens 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. Ansvar for å utarbeide individuell plan må være forankret hos ledelsen av virksomheten, og **ledelsen må sørge for rammebetingelser som gjør det mulig å fylle en koordinatorrolle**. I enkelte tilfeller kan det være nødvendig å utpeke en stedfortreder.
- Koordinatorrollen skal som i dag innebære at koordinator skal være kontaktperson og ha hovedansvar for å følge opp innspill fra pasient og bruker og pårørende. Koordinator har en viktig rolle i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten, og skal bidra til at pasienten eller brukeren får et "sømløst" tilbud. Det bør ved behov etableres kontakt mellom koordinatorene på de to nivåene. Når koordinator ikke er fastlege, bør det etableres kontakt med fastlegen. I tillegg skal vedkommende ha et hovedansvar for å ta initiativ til og påse at pasienten eller brukeren får et koordinert tjenestetilbud. Dersom ansvarsforholdene for de forskjellige tjenestetilbudene er uklare, må vedkommende ta initiativ for å få nødvendige avklaringer slik at pasienten eller brukeren ikke blir kasteball i systemet.

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

Utskrivningsklare pasienter

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

Blant annet følgende framgår av forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter:

- Sykehuset skal vurdere om en pasient som legges inn på sykehus, har behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskrivning fra sykehuset.
- Sykehuset skal i så fall varsle kommunen om dette innen 24 timer etter innleggelsen.
- 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.

Medfinansiering

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

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

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

Kommunene skal betale en del av regningen når innbyggerne legges inn på sykehus. Når kommunene er med på å betale for innleggelser, vil det føre til at de blir mer bevisst på viktigheten av å fremme helse, forebygge sykdom og bygge opp lokale tilbud. Målet med kommunal medfinansiering er å få kommunene til å ta større ansvar for innbyggernes helse. Det er dokumentert at kommunale tilbud har effekt på innleggelser ved medisinske sykehusavdelinger. Kirurgisk behandling, nyfødte barn, fødsler og behandling med kostbare biologiske legemidler omfattes ikke av kommunal medfinansiering. (Helse- og omsorgsdepartementet)

Med kommunal medfinansiering er det etablert en økonomisk kobling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Kommunene får et økonomisk medansvar for innbyggernes medisinske innleggelser og konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten. Slik får kommunene et insentiv til å følge med på sammenhengen mellom eget tjenestetilbud og innbyggernes forbruk av spesialisthelsetjenester. ([Prop. 1 S \(2013–2014\)](#) – Statsbudsjettet)

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](#))

Det har vært noe vekst i kommunenes kostnader til kommunal medfinansiering fra 2012 til 2013, men økningen har vært på nivå med befolkningsveksten. Kostnadene til kommunal medfinansiering per innbygger totalt sett har vært stabil. For eldre over 80 år har det imidlertid vært en økning i bruk av sykehustjenester, og økte kostnader til kommunal medfinansiering per eldre innbygger. ([Helsedirektoratet](#)) (Medfinansieringsordningen opphører fra 2015.)

Samarbeidsavtale

Det går fram av [helse- og omsorgstjenesteloven](#) at kommunene og helseforetaket har plikt til å inngå samarbeidsavtale (§ 6-1). Samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. Pasient- og brukererfaringer skal inngå i vurderingsgrunnlaget ved utarbeidelsen av avtalen. Pasient- og brukerorganisasjoner skal medvirke i forbindelse med utarbeidelse av avtalene. Det framgår av § 6-2 hva avtalen som et minimum skal omfatte. Det er også utarbeidet [Veileder samhandlingsavtalene](#)

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

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

Vedlegg 6 til Samarbeidsavtalen

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

1. Formål

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

2. Virkeområde

Dette vedlegget skal regulere samhandlingen mellom partene vedrørende kunnskapsoverføring, informasjonsutveksling, faglig nettverk, felles møteplasser og hospitering. Samhandlingen skal være preget av gjensidighet. Informasjonsutveksling når det gjelder inn- og utskriving av pasienter er ivarettatt i vedlegg 3a og b, og 5a og b til samarbeidsavtalen. Informasjon om endring i tilbud og gjensidige forpliktelser rundt dette omtales i vedlegg 1 til samarbeidsavtalen. Faglige nettverk og felles møteplasser kan opprettes blant annet via samhandlingsutvalgene etter innmeldte behov fra fagmiljøene.

3. Lovgrunnlag

- ☐ Helse- og omsorgstjenesteloven, Spesialisthelsetjenesteloven, ☐ Pasient- og brukerrettighetsloven
- ☐ Helsepersonelloven, ☐ Psykisk helsevernloven

4.1. Felles

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

4.2. Helse Møre og Romsdal

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 allmennmedisin
- Opprette og delta i faglige nettverk
- Koordinerende enhet holder oversikt over og informerer om felles møteplasser og faglige nettverk mellom kommunene og helseforetaket
- Samarbeide med kommunen om nødvendig kunnskapsoverføring som sikrer forsvarlighet ved overføring av oppgaver
- Skal sørge for at egne ansatte får påkrevd videre- og etterutdanning

4.1 Kommunen

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

11.2 Data

Tabell 11.2.1 Opphold og liggetid Helse Møre og Romsdal fordelt klinikker og kommunene Molde, Fræna, Rauma, Vestnes (Kilde: Helse Møre og Romsdal)

Klinikk for psykisk helsevern

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

Liggetid varierer.

Klinikk for kirurgi Molde

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

Liggetid har gått ned.

Kvinneklippen

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

Liggetid varierer.

Klinikk for medisin

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

Liggetid varierer.

Klinikk for rehabilitering

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

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

Tabell 11.2.2 [SAMDATA 2012](#) - Helsedirektoratet

	Møre og Romsdal	Helse Midt-Norge	Landet
Antall behandlingsepisoder			
- per 1000 innbygger 67 -79 år – døgnopphold	376	350	368
- per 1000 innbygger 80 år + - døgnopphold	587	581	617
- per 1000 innbygger 67 -79 år – dagbehandling i alt	221	220	202
- per 1000 innbygger 80 år + - dagbehandling i alt	308	315	235
- per 1000 innbygger 67 -79 år – poliklinisk konsultasjon	2415	2240	2025
- per 1000 innbygger 80 år + - poliklinisk konsultasjon	2168	1837	1768
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	405	368	353
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	4,28	4,13
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	9,3	10,0	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	492	513
Pasienter per 10 000 innbygger 18 år +/voksne	416	422	428
Psykisk helsevern – årsverk per 10 000 innbygger 0-17 år	28,4	31,0	32,0
Psykisk helsevern – årsverk per 10 000 innbygger 18 år +	37,1	40,4	42,4
Psykisk helsevern – døgnplasser per 10 000 innbygger 0-17 år	2,1	2,5	2,7
Psykisk helsevern – døgnplasser per 10 000 innbygger 18 år +	9,8	9,7	10,2
Årsverk ved somatiske sykehus per 1000 innbygger	15,2	14,1	13,6

- Andel reinnleggelser har gått ned fra 2008. Dette gjelder særlig for kirurgisk behandling.
- Andel reinnleggelser (67 år +) har også gått ned i perioden 2008-2012.
- Andel reinnleggelser er størst blant de eldste pasientene og for medisinsk behandling.
- Snitt liggetid øyeblikkelig medisinsk hjelp (67 år +) har gått ned i perioden 2008-2012.
- Gjennomsnitt liggetid døgnopphold har gått ned fra 2008.
- I Møre og Romsdal har det vært en nedgang i antall behandlingsepisoder i perioden 2008-2012 for døgnopphold, mens det har vært en økning for dagbehandling og poliklinisk konsultasjon.
- I Helse-Midt Norge og landet samlet har det også vært en økning i polikliniske konsultasjoner, mens det for døgnopphold og dagbehandling varierer noe.
- Antall pasienter per 1000 innbyggere 67 år + har økt fra 2008 til 2012.
- For døgnopphold ligger Møre og Romsdal på landsgjennomsnittet (101/landet 100), mens det for både dagbehandling (116) og polikliniske konsultasjoner (118) ligger godt over landsgjennomsnittet. Mens det for døgnopphold og polikliniske konsultasjoner har vært en liten nedgang fra 2008, har det vært en økning for dagbehandling.
- Planlagt opphold kirurgisk DRG er stabilt i perioden fra 2008, mens øyeblikkelig hjelp DRG har gått ned.

Siste femårsperiode (2008-2012) kjennetegnes av følgende sentrale utviklingstrekk i spesialisthelsetjenester:

- Tydelig nedgang i liggetid/oppholdsdøgn i både somatisk spesialisthelsetjeneste og psykisk helsevern (17 prosent i psykisk helsevern, 14 prosent innen somatikk og 4 prosent innen TSB/ tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer)
- Stor grad av stabilitet i bruk og tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester (veksten i antall pasienter i spesialisthelsetjenesten har i hovedsak fulgt veksten i befolkningen)
- Økt bruk av poliklinikkene (psykisk helsevern 11 prosent, TSB 67 prosent, somatikk 7 prosent)

Tabell 11.2.3 Antall innleggelser fordelt på aldersgrupper- 2013 - Helsedirektoratet – medfinansiering

	Antall innleggelser og konsultasjoner	Summer av Korrigerte DRG-poeng	Summer av Kommunepoeng	Summer av Beregnet kostnad
1539 Rauma	9 031	1 060,556	1 058,612	8 351 814
0-17 år	965	70,037	70,037	552 550
18-49 år	2 382	205,086	204,636	1 614 455
50-66 år	2 137	235,057	235,057	1 854 459
67-79 år	2 255	323,094	321,694	2 537 973
80-89 år	1 049	177,166	177,072	1 396 992
90 år eller eldre	243	50,116	50,116	395 385
1548 Fræna	12 545	1 524,023	1 521,455	12 003 367
0-17 år	1 617	130,752	130,752	1 031 555
18-49 år	3 678	269,211	269,211	2 123 913
50-66 år	3 282	363,111	363,111	2 864 728
67-79 år	2 956	484,008	481,440	3 798 273
80-89 år	827	210,422	210,422	1 660 103
90 år eller eldre	185	66,519	66,519	524 795
1535 Vestnes	8 228	1 069,755	1 050,721	8 289 558
0-17 år	935	119,040	112,638	888 646
18-49 år	2 400	214,081	213,855	1 687 188
50-66 år	2 321	271,863	268,312	2 116 821
67-79 år	1 683	275,028	275,028	2 169 806
80-89 år	714	162,193	153,338	1 209 745
90 år eller eldre	175	27,550	27,550	217 353
1502 Molde	35 776	4 091,398	4 060,820	32 037 433
0-17 år	4 135	323,952	323,952	2 555 787
18-49 år	10 548	860,891	853,941	6 737 082
50-66 år	8 833	962,959	940,159	7 417 290
67-79 år	7 981	1 119,952	1 119,952	8 835 749
80-89 år	3 632	643,829	643,001	5 072 892
90 år eller eldre	647	179,815	179,815	1 418 632

Tabell 11.2.4 - Relativt kostnadsnivå (landsgjennomsnitt er lik 100)

Rauma			Behovsjustert		80 år og eldre	
	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>
Somatikk totalt*	132	125	119	113	110	90
Forebyggende arbeid **	92	73	83	66	-	-
Behandling og rehabilitering**	94	112	85	101	-	-
Pleie og omsorgstjenester**	121	119	109	107	106	99
Fastlege (refusjoner)	92	93	82	84	82	82

*Sykehustjenester - Ved behovskorrigeringer benyttes Magnussenutvalgets behovsindeks (NOU 2008:2).

[Helsedirektoratet](#) **KOSTRA

Tabell 11.2.5 – 1. tertial 2014 Rauma kommune [Helsedirektoratet](#) – somatikk – medfinansiering.

	Rauma	Vestnes	Fræna	Landet
Pasienter	1874	1681	2615	
DRG-poeng	359	319	520	
DRG pr 1000 innbygger	48	48	54	46
Innleggelser	343	394	510	
-pr 1000 innbygger	46	60	53	61
Antall akuttinnleggelser	184	200	318	
-pr 1000 innbyggere	25	30	33	29
Antall konsultasjoner	2804	2405	4144	
-pr 1000 innbygger	376	364	426	320

Med unntak for konsultasjoner har det vært en nedgang fra samme perioden i 2013.

For landet samlet har det vært en økning med unntak for akuttinnleggelser der det har vært en nedgang.

Tabell 11.2.6 Kostnad og opphold 2013 – medfinansiering - [Helsedirektoratet](#)

	Polikliniske konsultasjoner	Ordinær innleggelse med overnatting	Blanding *	Annet**	I alt
Rauma					
-opphold	6 997	684	211	1139	9 031
-kostnad	1 690 193	5 430 708	665.187	565 725	8 351 814
Molde					
-opphold	27 636	2 741	709	4 690	35 776
-kostnad	6 599 333	20 816 119	2 052 861	2 569 120	32 037 433
Vestnes					
-opphold	6 118	663	242	1 205	8 228
-kostnad	1 538 307	5 439 055	710.504	601 693	8 289 558
Fræna					
-opphold	9 679	1098	289	1 479	1 2545
-kostnad	2 376 958	8 114 492	756.735	755 181	12 003 367
Aukra					
-opphold	3 304	295	126	607	4 332
-kostnad	784 632	2 359 254	343 339	311 639	3 798 864

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

**Spesifikk polikliniske tjenester og innleggelser uten overnatting.

Tabell 11.2.7 Tallet på 67 år og eldre per 100 personer 20-66 år.

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

Fylkesstatistikk 2013, Møre og Romsdal fylkeskommune.

Befolkning

Rauma kommune har generelt en eldre befolkning enn landsgjennomsnittet. Andelen eldre over 67 år utgjorde 17,6 prosent av befolkningen pr 1.1.2012. Tilsvarende andel for fylket og landet var hhv. 14,6 prosent og 13,1 prosent. (Telemarksforskning/Ernst & Young)

Rauma kommune har en "aldrende befolkning" sett i forhold til landet og øvrige kommuner i Møre og Romsdal. Samlet sett utgjør befolkningen over 67 år 17,8 % av innbyggerne, mot 14,8 % i Møre og Romsdal og 13,3 % i landet. Fram til 2020 er det forventet nedgang i aldersgruppene 80 år og eldre, men sterk økning i aldersgruppen mellom 67-79 år. Fra 2020 til 2030 forventes økning i aldersgrupper 67-90 år, men nedgang i 90+. (Kompetanseplan for helse og omsorgstjenesten i Rauma kommune 2014-2017)

Tabell 11.2.8 Pleie og omsorgstjenesten

KOMSTRA funksjon	Kommune	Rauma		Møre og Romsdal		Landet		Kommunegruppe 11	
		2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Plasser i institusjon i % av innbyggere 80 år og over		24,9	25,0	19,7	19,4	18,8	18,8	18,3	18,2
Andel plasser i institusjon og heldøgnsbemannet bolig i prosent av befolkningen over 80 år		31	30	31	30	29	29	29	29
Andel innbyggere 80 år og over som bor i institusjon		20,8	20,2	15,2	14,8	14,2	13,8	14,1	13,6
Andel beboere 80 år og over i institusjon		81,5	82,7	76,4	76,3	71,4	71,0	75,6	75,1
Andel plasser avsatt til tidsbegrenset opphold		16,7	16,9	18,3	18,7	16,1	18,1	15,2	17,1
Andel plasser til skjermet enhet for demens		26,5	26,9	21,1	21,2	22,8	23,4	27,4	28,1
Andel plasser satt av til rehabilitering/habilitering		8,3	8,5	5,6	8,7	5,4	7,4	5,5	8,9
Andel plasser i enerom i pleie og omsorgsinstitusjoner		98,5	100,0	93,9	92,7	93,5	93,9	94,7	95,1
Mottakere av hjemmetjenester pr 1000 innbygger 0-66 år		42	42	20	20	19	19	24	25
Mottakere av hjemmetjenester pr 1000 innbygger 67-79 år		95	88	78	72	74	71	82	80
Mottakere av hjemmetjenester pr 1000 innbygger 80 år og over		345	328	349	347	338	336	359	359
Andel av alle brukere som har omfattende bistandsbehov		27,2	26,9	26,3	26,7	23,4	24,0	24,7	24,9

KOMSTRA – reviderte tall 27.06.2014

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

- Plasser i institusjon i % av *innbyggere* 80 år+, andel *innbyggere* 80 år+ og andel *beboere* 80 år+ som bor i institusjon ligger over gjennomsnittet for kommunegruppe 11, Møre og Romsdal og landet.
- Andel plasser i institusjon og heldøgnsbemannet bolig i prosent av befolkningen over 80 år er på nivå med Møre og Romsdal, og over gjennomsnittet for kommunegruppe 11 og landet.
- Andel plasser satt av til tidsbegrensa opphold ligger under kommunegruppe 11, Møre og Romsdal og landet.
- Andel plasser til skjermet enhet for demens ligger over Møre og Romsdal og landet, og under kommunegruppe 11.
- Andel plasser til rehabilitering/habilitering ligger over landet, men under Møre og Romsdal og kommunegruppe 11.
- Andel enerom og mottakere av hjemmetjenester pr 1000 innbygger 0-79 år ligger over kommunegruppe 11, Møre og Romsdal og landet.
- Mottakere av hjemmetjenester pr 1000 innbygger 80 år + ligger under kommunegruppe 11, Møre og Romsdal og landet.

Tabell 11.2.9 Prioritering og produktivitet

KOMSTRA funksjon	Kommune	Rauma		Kommune gruppe 11		Møre og Romsdal		Landet	
		2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Netto driftsutgifter per innbygger i kr til kommunehelsetjenesten		2101	2359	2279	2394	2158	2190	2041	2132
Netto driftsutgifter pr. innbygger i kr pleie og omsorg		18 262	18410	17590	17855	16 955	17 164	14 899	15 245
Netto driftsutgifter pr. innbygger over 80 år i kr pleie og omsorg		265 724	264 374	323 362	332 602	321 632	330 009	339 635	352 815
Netto driftsutgifter pr. innbygger over 67 år i kr pleie og omsorg		102 511	102 396	111 599	110 506	114 435	113 387	111 789	111 471
Utgifter pr oppholdsdøgn i institusjon		1985	2058	2 725	2817	2 593	2 662	2 774	2 907
Korrigerte brutto driftsutgifter, institusjon pr kommunal plass		672 470	711 092	914 564	941 835	872 472	906 965	967 882	994 850
Korrigerte brutto driftsutgifter, pr mottaker av hjemmetjeneste		134 661	145 189	214 131	218 692	223 494	237 312	211 435	221 125

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

Tabell 11.2.10 Personell

Kommunegruppe	Rauma		Kommune gruppe 11		Møre og Romsdal		Landet	
KOSTRA funksjon	12	13	12	13	12	13	12	13
2012 – 2013								
Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/fagutdanning	75	76		74	75	76	74	74
Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/fagutdanning fra videregående skole	47	47		43	42	42	41	41
Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/fagutdanning fra høyskole/universitet	28	29		31	32	33	33	34
Årsverk eks fravær i bruker-rettede tjenester pr mottaker	0,34	0,37		0,48	0,49	0,51	0,48	0,49
Legeårsverk per 10 000 innbygger*	12,1	12,1		11,1	10,5	10,7	9,9	10,2
Fysioterapiårsverk per 10 000 innbygger*	11,5	11,4		9,4	8,4	8,3	8,8	8,9
Legetimer pr uke pr beboer i sykehjem	0,33	0,34		0,41	0,38	0,41	0,43	0,46
Fysioterapitimer pr uke pr beboer i sykehjem	0,18	0,19		0,28	0,25	0,25	0,36	0,38
Årsverk ergoterapeuter pr 10 000 innbygger**	1,3	2,0		2,9	2,6	2,6	3,2	3,4
Årsverk psykiatrisk sykepleier pr 10 000 innbygger**	5,1	3,6		4,8	5,1	5,2	4,1	4,2
Årsverk jordmødre pr 10 000 fødte		129,9		78,1	72,1	64,2	46,3	47,9

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

Økonomi – ressurs bruk - Sak til kommunestyret 09.09.2014

Pleie og omsorg (F234, 253, 254, 261)	-13 615
234 Aktivisering eldre og funksjonshemmede	-4 856
253 Pleie, omsorg, hjelp i institusjon	6 317
254 Pleie, omsorg, hjelp i hjemmet	-14 013
261 Botilbud i institusjon	-1 062
Kommunehelse (F232, 233, 241)	-213
232 Forebygging - skole- og helsestasjonstjeneste	20
233 Forebyggende arbeid, helse og sosial	-1 348
241 Diagnose, behandling, rehabilitering	1 115

Analysen bekrefter tidligere kunnskap om at Rauma har et betydelig «merforbruk» innenfor grunnskole og et tilsvarende «underforbruk» på pleie/omsorg. Tallene kan også leses som om vi er effektive på alle områder som viser mindreforbruk i forhold til normen og lite effektive der vi bruker mer enn normen. Den oppdaterte analysen viser også den betydelig skjevfordeling Rauma har mellom institusjonsbasert omsorg og pleie/omsorg i hjemmet, og som det nå jobbes for å rette opp gjennom nedlegging av Veøy og omdefinering av Voll.

Telemarksforskning/Ernst & Young

- Rauma kommune har tilsynelatende et utgiftsnivå som ligger noe høyere enn landsgjennomsnittet (=8,7 mill. kr i 2011), men da er det ikke korrigert for at kommunen har et høyere beregnet utgiftsbehov enn «gjennomsnittskommunen» (ca. 8 prosent)
- Rauma kommune er beregnet til å være 8,1 prosent mer kostnadskreven å drive enn gjennomsnittskommunen. Pleie og omsorg trekker opp utgiftsbehovet med 9,9 % og helse med 0,5 %.
- Rauma kommune har mindretgifter på om lag 18 mill. kroner i forhold til kommunens «normerte utgiftsnivå» i 2011. (basert på kommunens verdi på aktuelle delkostnadsnøkkel innfor inntektssystemet).
- Mindretgifter i alt på 18 mill. kroner derav mindretgifter på 17,2 mill. kroner innenfor pleie og omsorg og 2,2 mill. kroner innenfor kommunehelse.
- Beregnet mindretgifter 17,2 mill. kroner pleie og omsorg: aktivisering -1,9, institusjon -0,5, hjemmetjenester -13,9 og botilbud i institusjon -0,9 mill. kroner. (Mindretgifter på om lag 13,9 mill. på funksjonen hjemmetjeneste, og 3,3 mill. kroner på øvrige «PLO-funksjoner».
- Beregnet mindretgifter kommunehelse: forebygging skole og helsetjeneste -1, forebygging arbeid, helse og sosial -1,1, diagnose, behandling, rehabilitering -0,061 mill. kroner.

- Ressursbruk ift. kommunegruppe 11: I 2011 er det beregnet mindretgifter på om lag 0,2 mill. kr. (Samtidig får Rauma beregnet et noe høyere utgiftsbehov enn sammenlignbare kommuner.)
- Rauma får beregnet et høyere utgiftsbehov enn gjennomsnittskommunen innen pleie og omsorg på bakgrunn av befolkningssammensetning og bosettingsmønster.
- **Samhandling (2012):** kostnadsnøkkelene består av alderskriterier som er vektet sammen med bakgrunn i hvordan de faktiske utgiftene (sykehusforbruk) fordeler seg mellom ulike aldersgrupper. I følge beregninger har Rauma kommune noe høyere inntekter enn beregnede utgifter til reformen med en gevinst på 1,1 mill. kroner. (Tall for første og andre tertial og foreløpige tall for september/desember 2012) Utgifter og inntekter knyttet til utskrivningsklare pasienter er holdt utenom. Her har mange kommuner en gevinst ifølge de beregninger som er blitt gjort.
- Basert på beregningsopplegget fra TBU er det anslått at kommunen kan få merutgifter på om lag 27,6 mill. kroner i perioden 2013-2030, som følge av endringer i demografien. I aldersgruppene over 67 år er det isolert sett anslått merutgifter på 26,9 mill. kroner i samme perioden.
- **På pleie og omsorg har kommunen merutgifter på 17,9 mill. kroner, men mindretgifter på om lag 17,2 mill. kroner i fht kommunens normerte utgiftsnivå.**

11.3 Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer

Utdrag fra oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i Rauma kommune

Strategi

Folkehelseloven er tydelig på kommunens plikter innenfor kommunal virksomhet. Konsekvensene av loven er at folkehelseperspektivet må inntas i all ordinær saksbehandling og tjenesteyting. En må videre sikre at kommunens virksomheter har oppmerksomhet mot folkehelseperspektivet i sin drift.

Det må utvikles tenkning som gjør at en får tilbakemeldinger som gir grunnlag for videre planlegging og tiltak i forhold til folkehelsen. Det betyr at det i årsbudsjett og i årsmeldinger må folkehelse inntas som et vesentlig område. Administrativt må folkehelsearbeidet forankres hos rådmannen.

I folkehelsearbeidet snakker en om å jobbe etter to strategier, massestrategien og høyrisikostategien. Massestrategien er befolkningsrettet, noe som vil si at en må sette innsatsen inn mot bakenforliggende påvirkningsfaktorer for helse. Høyrisikostategien vil si å rette fokus mot grupper som allerede er utsatt, det meste av dette arbeidet vil foregå i helsesektoren.

Folkehelseloven forutsetter at hele kommunen arbeider med folkehelse (befolkningsrettet). Det innebærer at dette arbeidet må forankres i kommunestyret, og det må sikres at alle politiske organ har med seg folkehelseperspektivet i sitt virke. Folkehelsearbeidet må realiseres gjennom en felles forståelse i Rauma som samfunn slik at vi får det store folkehelsearbeidet inn i alle deler av samfunnet.

Rauma kommune vil være avhengig av samspill og felles forståelse for folkehelse også med innbyggere, bedrifter, organisasjoner og frivilligheten. Skal Rauma bli et godt sted å bo, betinger at vi løpende løser folkehelseutfordringene. Med bakgrunn i folkehelseutfordringene foreslås følgende innsatsområder:

1. Helse i alt vi gjør
2. En aktiv, inkluderende og sunn livsstil
3. Barn og unge

Tiltak er tidligere presentert under hvert sitt hovedområde (1-6), de viktigste er forsøkt tatt ut og lagt under innsatsområdene.

Innsatsområde 1: Helse i alt vi gjør

Forslag til mål og tiltak: Sikre at ansvaret for folkehelse forankres i kommunens ledelse, og påse at krav i folkehelseloven og folkehelseforskriften blir ivaretatt.

Forankring, formidling, bevisstgjøring, kompetanse – og kunnskapsheving

- Folkehelse skal være et overordnet felles ansvar for alle sektorer og forankres i rådmannens ledergruppe
- Etablering av tverrsektoriell kommunal folkehelsegruppe
- Minst en gang i året skal folkehelse være tema i møter med kommunens virksomhetsledere
- Informasjon om folkehelse på kommunens nettsider
- Kommunen må ha et system for løpende oversikt over folkehelsen og årlig gjennomgang av dokumentet

Folkehelse som tema i kommunal planlegging

- Folkehelse som fokusområde i årlige budsjett, virksomhetsplaner samt årsmelding
- Folkehelse skal være tema i kommuneplanens samfunnsdel, arealdel og alle kommunedelplaner, samt reguleringsplaner og utbyggingsavtaler
- Folkehelsekonsekvenser skal omtales i alle saksfremlegg

Samarbeid

- Aktivt og forpliktende samarbeid med lag og foreninger

Innsatsområde 2: En aktiv, inkluderende og sunn livsstil

Forslag til mål og tiltak: Legge til rette for en inkluderende, sunn og aktiv livsstil, der folkehelse skal være et viktig vurderingskriterium i alle planer og vedtak.

Rauma kommune skal sikre befolkningen sunne alternativer gjennom å:

- videreføre og utvikle tiltak som fremmer fysisk helse
- kartlegge bruk av ulike friluftsområder i Rauma, derav turløyper
- videreføre og utvikle tiltak som fremmer psykisk helse og trivsel for befolkningen
- utvikle et godt arbeidsmiljø, tilrettelegge for mindre belastninger psykisk og fysisk
- bygge ut og sikre attraktive gang- og sykkelveier, etablere «helseløype» rundt bruene på Åndalsnes (universell utformet)
- etablere park og grøntareal i sentrumsområder
- etablere skisenter med lys og oppkjørte løyper
- tilrettelegge for sosiale møteplasser
- tilby bedre oppfølging av personer med diabetes (f.eks. kostholds kurs)
- videreutvikle tilbud gjennom Aktiv på dagtid (for trygdede)
- øke tiltakene mot livsstilssykdommer, blant annet å forsterke Frisklivssentralen (FLS)

Innsatsområde 3: Barn og unge

Barn og unge skal ha et sunt og inkluderende oppvekstmiljø som gir de mulighet for å oppleve mestring og utvikle sine evner og interesser.

Forslag til mål og tiltak: Rauma kommune skal fremme god oppvekst i Rauma gjennom å:

- forbedre læringsresultat gjennom år slik at alle ungdommer gjennomfører videregående skole
- utarbeide tiltak og oppfølging etter Ungdataundersøkelsen
- tilrettelegge for trivselsskoler og trivselsbarnehager med økt fysisk aktivitet (1 time om dagen for skoler), bedre kosthold, fokus på trivsel og mestring, tobakks- og rusforebyggende arbeid
- øke fokuset på tannhygiene i hjem, barnehage og skole (mindre sukker)
- forebygge og følge opp barn og unge med vektproblemer
- trygge skoleveien