
KOMMUNEREVISJONSDISTRIKT 2
MØRE OG ROMSDAL

Forvaltningsrevisjonsrapport

Samhandlingsreformen
i
Molde kommune

14.10.2014

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.

Innholdsliste

INNHALDSLISTE.....	3
1 OPPSUMMERING, SAMLEDE VURDERINGER OG ANBEFALINGER.....	4
2 INNLEDNING	7
2.1 BAKGRUNN.....	7
2.2 PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER.....	7
2.3 AVGRENSING AV UNDERSØKELSEN.....	7
2.4 METODE OG DATA	8
2.5 HØRING	9
3 SAMHANDLINGSREFORMEN	9
4 MOLDE KOMMUNE.....	11
4.1 ORGANISERING.....	11
4.2 ARBEID MED SAMHANDLINGSREFORMEN	12
5 FOLKEHELSE - FOREBYGGENDE OG HELSEFREMMENDE ARBEID	13
5.1 PROBLEMSTILLING OG REVISJONSKRITERIER	13
5.2 FOLKEHELSE I PLANLEGGING.....	13
5.3 OVERSIKT OVER HELSETILSTANDEN I BEFOLKNINGEN	16
5.4 TILTAK FOR Å FREMME FOLKEHELSE HERUNDER TVERRSEKTORIELT SAMARBEID	17
5.5 VURDERING OG ANBEFALING	20
6 TJENESTER, KAPASITET OG KOMPETANSE	21
6.1 PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER.....	21
6.2 UTVIKLING AV TJENESTETILBUDET	21
6.3 PERSONELL - KOMPETANSE	29
6.4 VURDERING	31
7 KOORDINERTE OG HELHETLIGE HELSETJENESTER	33
7.1 PROBLEMSTILLING OG REVISJONSKRITERIER	33
7.2 KOORDINERENDE ENHET	33
7.3 INDIVIDUELL PLAN OG KOORDINATOR.....	33
7.4 ANDRE TILTAK	36
7.5 VURDERING OG ANBEFALING	38
8 SAMARBEIDSAVTALENE	39
8.1 PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER.....	39
8.2 SAMARBEIDSAVTALENE	39
8.3 KOMPETANSEUTVIKLING OG VEILEDNING	41
8.4 VURDERING OG ANBEFALING	41
9 ØKONOMI OG BRUK AV SYKEHUSTJENESTER.....	42
9.1 PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER	42
9.2 SAMHANDLINGSREFORMEN I MOLDE KOMMUNE – ØKONOMISKE KONSEKVENSER.....	42
9.3 UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER.....	44
9.4 MEDFINANSIERING	48
9.5 VURDERING.....	52
10 REFERANSER OG KILDER	54
11 VEDLEGG	55
11.1 REVISJONSKRITERIER - BAKGRUNNSINFORMASJON.....	55
11.2 DATA	62

1 Oppsummering, samlede vurderinger og anbefalinger

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 reform som skal innføres fram mot 2016.

Folkehelse – forebyggende og helsefremmende arbeid

Molde kommune har prioritert arbeidet med folkehelse i planlegging i samsvar med ny folkehelselov. Dette gjelder både i kommuneplanens samfunnsdel og i kommunedelplaner. Molde kommune har utarbeidet noe oversikt over helsetilstanden, men dette er så langt ikke tilstrekkelig. Molde kommune arbeider med dette og er i gang med å tilrettelegge for innhenting av data fra ulike sektorer.

Molde kommune har noen utfordringer knyttet til samordning og oppfølging av vedtatte mål og strategier for folkehelse. Kommunen arbeider med å utvikle plansystemet.

Tiltak for å fremme folkehelse herunder tverrsektorielt samarbeid

Molde Kommunen har mange tiltak knyttet til folkehelse. Kommunen bør vurdere å synliggjøre disse i enda større grad og sikre tiltak i alle sektorene. Behovet for videreutvikling av samarbeidet mellom ulike sektorer og aktører er tatt opp i ulike sammenhenger. Kommunen bør prioritere arbeidet som er startet opp med å legge forholdene til rette for dette.

Utvikling av tjenestetilbud, kapasitet og kompetanse

Kommunen har i sine planer fokus på samhandlingsreformen og foreslår tilpasninger og endringer i forhold til intensjonen i reformen. Kommunen har iverksatt tiltak for å bedre kapasiteten for å motta utskrivningsklare pasienter. Kommunen klarer ikke å ta imot alle utskrivningsklare pasienter. Pasienter som blir utskrevet fra sykehus, har større behov for oppfølging i kommunen.

Kommunen påpeker behov og har planer blant annet innenfor rehabilitering. Økonomien setter begrensninger for iverksetting. Prosjektmidler har vært viktig for etablering av nye tilbud innen kreftomsorgen, palliasjon og psykisk helse. Oppgavefordelingen med spesialisthelsetjenesten framstår uavklart på enkelte områder.

Kommunen påpeker i ulike sammenhenger behovet for å utvikle kompetansen for å oppfylle intensjonen i samhandlingsreformen. Det skjer noe kompetanseutvikling. Kompetansen er i begrenset grad styrket med flere stillinger. Innenfor fysioterapitjenesten er det en reduksjon. Kommunen vektlegger spesialisering og samling av ressurser for å gi et sterkere fagmiljø. I forhold til tjenestene som kommunen ser behovet for, og intensjonen i samhandlingsreformen som skal innføres gradvis, er ikke fagkompetansen tilstrekkelig. Kommunen arbeider med kompetanseplan som kan bidra positivt her.

Koordinerte og helhetlige tjenester

Molde kommune har etablert koordinerende enhet og har fast ansatte med ansvar for denne funksjonen. Individuell plan og koordinator er sentrale virkemiddel for å sikre helhetlige og

koordinerte tjenester. Kommunen bør vurdere kriteriene for å få tildelt individuell plan. Det er en utfordring å sikre tilstrekkelig med koordinatorene. Molde kommune bør legge bedre til rett for å få flere koordinatorene.

Molde kommune har iverksatt ulike tiltak for å sikre mer koordinerte og helhetlige tjenester. Molde kommune deltar blant annet i nasjonalt læringsnettverk for helhetlige, koordinerte og trygge pasientforløp i kommunene. Kommunen har iverksatt organisatoriske tiltak og samarbeidsfora for å sikre samordning. Det er blant annet lagt opp til en samarbeidsstruktur internt i kommunen på overordna nivå som legger til rette for samarbeid. Det er også etablert samarbeid med helseforetaket. Dette kan videreutvikles på utøvende nivå.

Samarbeidsavtalene mellom Helse Møre og Romsdal og Molde kommune

Kommunen har vedtatt samarbeidsavtaler. Det kan være behov for å styrke medvirkningen i samsvar med avtalen.

Strategisk utviklingsgruppe for helse og omsorg har et overordnet ansvar for oppfølging av avtalen. Ansvaret for oppfølging av avtalen ellers framstår noe uklart på noen områder. I regi av ROR blir det utarbeidet et opplegg for opplæring av ansatte. 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 gjennom dette få effekt av avtalen.

Kommunen er godt representert i ulike samarbeidsfora. Kommunene i regi av ROR har etablert faste møtearena med Molde sjukehus. Dette framstår som positivt, og er en viktig arena for utvikling av samarbeidet. Det er også faste møter knyttet til utskrivning av pasienter.

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.

Økonomi

I 2012 var utgiftene til sykehusene større enn inntektene (anslag for overføringer fra staten). I 2013 var derimot inntektene større enn utgiftene. Dette gir ikke noe fullstendig bilde av samhandlingsreformens økonomiske konsekvenser for kommunen. Siden Molde kommune hadde mange utskrivningsklare pasienter, fikk ikke kommunen «friske» midler til disposisjon i 2012.

Samhandlingsreformen skal iverksettes i en fase med økonomiske utfordringer. Kommunen arbeider med omstilling av tjenestetilbudet. Dette skal sikre et mer differensiert tilbud, mer effektiv drift og tilpasning til samhandlingsreformen.

Kommunen jobber aktivt for å hindre at pasienter blir liggende på sykehuset unødvendig, og har styrket tilbudet for å kunne ta imot flere utskrivningsklare pasienter. Kommunen har lagt opp til et godt samarbeid med Molde sjukehus i forbindelse med utskrivningsprosessen, og har etablert rutiner knyttet til kontroll av utgiftene.

Det kommer fram at kortere liggetid ved sykehusene skaper utfordringer for kommunen. Liggetiden 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 har hatt fokus på tiltak for å redusere bruken av spesialisthelsetjenesten. Kommunen er likevel her bare i en startfase på et langsiktig arbeid.

Kommunen har ressursmessige utfordringer knyttet til gjennomføring av samhandlingsreformen og samarbeidsavtalen. Dette blir forsterket av at helseforetaket også har økonomiske utfordringer.

Molde kommune er godt i gang med utvikling av tjenestetilbudet i tråd med intensjonen i samhandlingsreformen. Så langt skjer det i liten grad en systematisk oppfølging av samarbeidsavtalen med Helse Møre og Romsdal på områder som kan bidra til redusert bruk av sykehus, mer helhetlig tilbud til pasienter/brukere og god arbeidsdeling. Molde kommune kan med fordel mer aktivt bruke avtalen.

Anbefalinger

1. Molde kommune bør sikre at det arbeides mer systematisk med å skaffe oversikt over helsetilstanden og de positive og negative faktorer som innvirker på denne.
2. Molde kommune bør legge til rett for at folkehelsearbeidet blir tverrsektorielt.
3. Molde kommune bør ha større fokus på oppfølging av planer for eksempel i kommuneplanens handlingsdel.
4. Molde kommune bør i større grad prioritere arbeidet med å sikre koordinerte og helhetlige helsetjenester herunder legge forholdene til rette for koordinatore og utvikle samarbeidet med fastleger og helseforetaket i samsvar med samarbeidsavtalen.
5. Molde kommune bør sikre en mer systematisk oppfølging av samarbeidsavtalen herunder ansvarsfordeling og opplæring av aktuelle ansatte.

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.

Molde kommune har vedtatt overordnet plan for forvaltningsrevisjon for 2012–15, jf. sak 23/12 i Kommunestyret og sak 5/12 i Kontrollutvalget. Kontrollutvalget har videre vedtatt å prioritere et forvaltningsrevisjonsprosjekt om «Samhandlingsreformen i Molde kommune». Bestilling ble gjort i møte 3.6.2013, sak 23/13.

2.2 Problemstillinger og revisjonskriterier

Med utgangspunkt i kontrollutvalgets behandling av prosjektplan i møte 5.12.2013 skal følgende problemstillinger belyses:

- Hva er status for arbeidet med å styrke det forebyggende og helsefremmende arbeidet?
- Er fagkompetansen tilstrekkelig i forhold til tjenestene som kommunen har etablert?
- Har kommunens kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehuset?
- Hva blir gjort for å sikre at pasient/bruker får koordinerte og helhetlige helsetjenester?
- Hva er status for samarbeidsavtalene mellom Helse Møre og Romsdal og Molde herunder kompetanseutvikling og veiledning?
- Hva er de økonomiske virkemidlene og de økonomiske kostnadene for kommunen?

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

Folkehelseloven, Plan og bygningsloven, Helse- og omsorgstjenesteloven
Samarbeidsavtale mellom Molde kommune og Helse Møre og Romsdal

2.3 Avgrensning av undersøkelsen

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

Resultater fra flere av de nasjonale undersøkelsene viser at det er utfordringer knyttet til samhandling og brukervedvirkning i helsetjenesten. Både brukervedvirkning og informasjonsutveksling er områder som jevnt over kommer dårlig ut for ulike pasientgrupper. (Status for samhandlingsreformen Helsedirektoratet 2013). Brukervedvirkning berører mange områder, men vil i liten grad bli 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. Vi 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. Det er lagt ned betydelig innsats i 2013 for å kunne kommunisere gjennom elektroniske meldinger mellom helseforetak, pleie og omsorg og legekantorene i kommunen. (Årsmelding for Molde kommune 2013.) 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. Loven trer i kraft fra 2016. Tre av fire kommuner har så langt etablert øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Molde kommune har under planlegging oppretting av 4 plasser i 2014. Nabokommuner er invitert til et samarbeid med etablering av inntil 6 døgnplasser ved Kirkebakken helsehus. (Årsrapport 2013) Tilbudet fullfinansieres ved statlige tilskudd, og Molde regner med å få tilført midler til oppstart i 2014. Dette skal benyttes som alternativ til sykehusinnleggelse i de tilfeller hvor dette er forsvarlig. Innleggelsene kan vare fra noen timer til maks tre døgn. (Budsjett 2014) Vi går ikke nærmere inn på etableringen 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.

Molde kommune deltar i interkommunalt samarbeid innenfor helse og omsorgssektoren. Vi går ikke nærmere inn på dette.

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”¹.

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

Rådmann og kommunalsjefer (oppstartsmøte)
Fagsjef pleie og omsorg
Leder og to ansatte ved kontor for tildeling og koordinering
Helsesjef og folkehelsekoordinator
Leder og nestleder for eldrerådet
Leder for rådet for funksjonshemmede

¹ Tilgjengelig på [Norges Kommunerevisorforbunds hjemmeside](#).

Budsjettsjef og ansatt ved budsjettkontoret
Kvalitetssjef

Vi har også sendt spørsmål til enhetsledere innenfor pleie og omsorg og fått skriftlig tilbakemelding, og hatt kontakt på mail/telefon med andre ansatte.

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 Molde kommune med andre kommuner, kommunegruppe 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 ulike kommuner.

2.5 Høring

Et foreløpig utkast til rapport har vært forelagt Molde kommune ved rådmannen i møte 19. september 2014. I etterkant av møtet ble justert rapport sendt på høring med høringsfrist 10. oktober 2014. Rådmannen hadde ingen merknader til justert rapport.

3 Samhandlingsreformen

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. (Helse og omsorgsdepartementet.)

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.

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 insitamenter til å fremme god helse, øke den enkeltes mestringsevne, forhindre sykdomsutvikling og begrense innleggelser i sykehus. 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 innføringa av samhandlingsreformen. Dette skulle gi kommunene handlingsrom til å løse de nye oppgavene som følger av reformen. Det blir vist til at disse midlene blir overført i tillegg til inntektsveksten for kommunene året etter.

Kompensasjonsordningen med ekstra midler i tre år til noen kommuner ble innført, fordi enkelte kommuner kunne ha høyere kostnader ved innføringstidspunktet enn det som fordeling etter kostnadsnøklerne fanger opp.

Kommunene skal betale en del av regningen når innbyggerne legges inn på sykehus. 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 med kommunal medfinansiering 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.

I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 får kommunene plikt til å tilby øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Det legges opp til at plikten trer i kraft fra 2016. Tilbudet 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 RHF/HF. (Helsedirektoratet.)

I forhold til budsjett for 2014 vil for eksempel kostnadene for kommunene i Møre og Romsdal ved etablering av ø-hjelpsplasser øke med 14,5 mill. kroner. Helse Møre og Romsdal har 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 endringer 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 Molde kommune

4.1 Organisering

Molde kommune har i tillegg til rådmannen to kommunalsjefer. Kommunene er organisert med resultatenheter. Det er stabsavdelinger som økonomiavdeling, i tillegg. Innenfor helse og omsorg er det følgende sentrale enheter:

Plan- og utviklingsavdeling leda av kommunalsjef

Seksjon for strategi og bestilling i plan og utviklingsavdelingen har overordnet administrativt ansvar for analyse av samfunnsutviklingen, strategi- og kommuneplanarbeid og rådgivning, beredskapsarbeid og samordning av plan- og utviklingsarbeid knyttet til tjenesteproduksjonen. Seksjonen ivaretar bestillerfunksjonen og har ansvaret for å utarbeide forslag til investeringsbudsjett.

Fagseksjonen pleie og omsorg har ansvar for planlegging, kvalitetssikring og tilsyn med alle enheter innen pleie og omsorg. Utarbeidelse av bestilling, koordinering av oppgaver, og utvikling av fagområdet i tråd med sentrale føringer og retningslinjer er også av fagseksjonens oppgaver. Fagseksjonen skal arbeide med overordnet planarbeid, ha en faglig støttefunksjon ut mot enhetene og drifte fagsystemene. Fagsjef for pleie og omsorg har en koordineringsrolle og har myndighet overfor enhetene når fagsjef opptrer på rådmannens vegne.

Drifts- og forvaltningsavdelingen leda av kommunalsjef

Kommunalsjef for drifts- og forvaltningsavdelingen har utføreransvaret og oppfølgingsansvar for de ulike enhetene. Her ligger blant annet kontoret for tildeling og koordinering (KTK) som ble etablert i forbindelse med gjennomføring av samhandlingsreformen. Kontorets oppgaver er å utføre fullstendig saksbehandling av søknader på helse og omsorgstjenester som krever enkeltvedtak i henhold til ny lov om helse og omsorgstjenester. Kontoret skal også fungere

som koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Oppgaver som fakturering for tildelte tjenester og vederlagsberegning, ligger også her. Kontoret er videre kontaktpunkt opp mot helseforetaket vedrørende håndtering av melding om ferdigbehandlede pasienter.

Ulike resultatenheter

- Det er syv omsorgssenter inklusiv ett helsehus. Disse har ansvar for institusjoner og hjemmetjenester inklusiv psykisk helsevern. Legevakt og ø-hjelp tilbud er lagt/skal legges til helsehuset.
- Ressurstjenesten har ansvar innenfor rusomsorgen.
- Tiltak funksjonshemmede har ansvaret for de fleste kommunale tjenester for mennesker med utviklingshemming inklusiv koordinering av tjenester.
- Helsetjenesten som består av 6 virksomheter:
 - ergoterapi, fysioterapi, rehabilitering
 - helsestasjon/skolehelsetjeneste
 - legetjenesten inkludert interkommunal legevakt
 - pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT)
 - folkehelse
 - psykisk helse – rehabiliteringsteam.

4.2 Arbeid med samhandlingsreformen

Molde kommune etablerte i 2011 en styringsgruppe for å forberede kommunen på reformen. Under denne ble det oppnevnt 9 arbeidsgrupper som la fram forslag til tiltak på de forskjellige områdene som reformen ville gi utfordringer til kommunen. (Kommuneplanens samfunnsdel Molde kommune 2013 - 2022/Årsrapport 2012) Styringsgruppens sammensetning er nå noe endret, og skal fungere som strategisk utviklingsgruppe for helse og omsorg.

Følgende områder ble utredet i 2012:

Råkhagen lokalmedisinske senter, kontor for tildeling av koordinering, elektronisk meldingsutveksling, system for avviksmeldinger i kommunikasjonen med sykehuset, organisering av psykiatri og rusomsorg, etablering av plasser for øyeblikkelig hjelp, helseforebyggende tiltak, fastlegenes rolle i reformen og samarbeid mellom kommunene i ROR.

Romsdal Regionalråd har hatt en prosjektstilling og har etablert et nettverk mellom kommunene. Daglig leder for ROR har koordineringsansvaret for nettverket i dag.

Molde kommune har vedtatt Helse og omsorgsplan for perioden 2013-2020 med undertittel: «lengst mulig i eget hjem». Det er fokus på «omsorgstrappen» og få på plass alle trinn.

Det blir rapport på status for samhandlingsreformen i årsrapport både i 2012 og 2013. Det er også tema i budsjett og økonomiplan.

5 Folkehelse - forebyggende og helsefremmende arbeid

5.1 Problemstilling 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 Molde kommune og Helse Møre og Romsdal, folkehelseloven, kommunale helse- og omsorgstjenesteloven, og plan- og bygningsloven (PBL), se vedlegg for nærmere omtale av revisjonskriteriene.

5.2 Folkehelse i planlegging

Det blir i årsrapport 2012 for Molde kommune pekt på at ny folkehelselov har som formål å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjevner sosiale helseforskjeller, og at ansvaret er lagt til kommunen, og ikke kun helsesektoren som i tidligere lovverk. Det blir videre pekt på at folkehelsearbeidet skal være systematisk, langsiktig, tverrsektorielt og kunnskapsbasert. Det skal tas folkehelsehensyn i alt planarbeid.

I rapport fra arbeidsgruppe opprettet i forbindelse med samhandlingsreformen i Molde kommune, kommer det fram at kommunen i sitt arbeid med kommuneplaner skal fastsette overordna mål og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet til å møte de utfordringer kommunen står overfor med utgangspunkt i oversikt over helsetilstanden.

Mål for folkehelsearbeidet i Molde kommune kommer fram i kommuneplanens samfunnsdel 2013-2022, både i endelig plan (mai 2013) og utfordringsdokumentet (juni 2012).

I **utfordringsdokumentet** blir følgende hovedmål for folkehelsearbeidet skissert:

- Gjennom medvirkning og tilrettelegging skal det skapes trivsel og livskvalitet for alle i Molde kommune. Arbeidet skal være basert på kunnskap om lokale forhold og folkehelsearbeid. Prioriteringen av barn og unge og utvalgte grupper, i tillegg til generelle befolkningstiltak, videreføres.

Ulike satsingsområder blir skissert og omfatter fysisk aktivitet, kosthold, psykisk helse, rusforebygging og utjevning av sosiale ulikheter i helse. Det blir pekt på at utfordringen er å sørge for at folkehelseperspektivet blir integrert i all kommunal planlegging. Folkehelseprofiler blir presentert, og det er fokus på miljørettet helsevern, klima og miljø, tilpasning til klimaendringer og beredskap.

Molde **kommunes samfunnsdel av kommuneplanen** ble vedtatt i kommunestyret 20. juni 2013. Folkehelse er ett av tre hovedmål under kommunens rolle som samfunnsutvikler: «Molde kommune skal drive et aktivt folkehelsearbeid». Det er skissert mål knyttet til hovedmålet. Dette omfatter natur-, energi- og miljøpolitikken, frivillighet, trygge omgivelser og gode levekår, beredskap i planlegging, trygg trafikk, kultur-, idretts-, og friluftsliv, universell utforming, ungdomstiltak, botilbud. Det kommer fram i årsrapport 2013 at med en slik strategi er folkehelsearbeidet løftet opp til å bli et viktig satsingsområde som forplikter til en tydelig satsing på folkehelse.

Ett av to hovedmål under kommunen som tjenesteleverandør, er at kommunen skal levere gode tjenester til sine innbyggere. Derunder er ett av seks mål knyttet til folkehelse: Alle tjenester i kommunen skal bidra til å fremme helse og forebygge sykdom.

Kommunal planstrategi 2013-2016, som er et verktøy for prioritering av planer, og for oppfølging av samfunnsdelen, ble vedtatt 20.06.2013. Planoversikten skal revideres hvert år i forbindelse med revidering av kommunens handlingsprogram. Pleie- og omsorgsområdet er planmessig foreslått samordnet med Helsetjenesten, Ressurstjenesten og Tiltak funksjonshemma. Molde kommune legger vekt på samordning innenfor beslektede områder i en overordnet plan. Dette skal bidra til helhetstenking i kommunens planlegging. I planstrategien er «Samfunnssikkerhet og beredskap – Overordnet ROS-analyse» omtalt særskilt. I planstrategien inngår blant annet Plan for utvikling av helse og omsorgstjenester (2013), herunder er nevnt Forebyggende folkehelse. Det er en rekke planer med relevans for folkehelse blant annet plan for smittevernberedskap (2015), barne- og ungdomsplan (2016) og kommunedelplanens arealdel for Molde byområde som skal ferdigstilles 2015.

Kommuneplanens handlingsdel - økonomiplanen

Det framgår av kommuneplanens samfunnsdel for Molde kommune 2013-2022 (*Hovedmål og strategier*) at mål og tiltak skal inngå i kommunens handlingsdel og evalueres hvert år i forbindelse med evaluering av handlingsdelen. Det skal gå klart fram sammenhengen mellom strategiene i "Kommuneplanens samfunnsdel" og de mål og tiltak som kommunens virksomheter arbeider etter. For at innbyggerne skal kunne følge med på hvordan oppfølgingen skjer i forhold til mål og strategier, skal dette tilkjennegis på kommunens hjemmesider, både på en sentral plass og under respektive avdelinger, områder, enheter og foretak.

Kommuneplanens hovedmål er gjengitt på første side i økonomiplanen. Delmål på nivået under, blant annet «Alle tjenester i kommunen skal bidra til å fremme helse og forebygge sykdom», er ikke gjengitt i økonomiplanen. I årsrapport for 2013 blir dette gjengitt.

Økonomiplanen inneholder ingen handlingsdel/tiltaksdel, men ulike tiltak og prioriteringer framgår indirekte under følgende avsnitt som går igjen under ulike enheter/sektorer:

- Tjenester og oppgaver som skal utføres innenfor rammene 2014-2017
- «Fremtidige utfordringer»

Folkehelse er tema under avsnitt 15. Helsetjenesten og under avsnitt 9.2 Nærvær og sykefravær, der det blant annet er skissert følgende satsinger for 2014: Prosjektet «Sammen om en bedre helse» og utrulling av frivillighetsplan og fokus på samhandling innen frivilligheten. Folkehelse er ikke et tema som får særskilt oppmerksomhet ellers i økonomiplanen.

Delplaner

Folkehelse inngår i ulike kommunedelplaner blant annet **Frivillighetsplan for Molde kommune 2014-2017**.

I **Kulturplan** for Molde kommune 2014-2017 blir det vist til hovedmålet om at Molde kommune skal drive et aktivt folkehelsearbeid. Det blir vist til at kulturplanen blant annet skal følge opp mål knyttet til kultur-, idretts-, og friluftsliv, frivillighet, ungdomstilbud og universell utforming.

I planprogram for kommunedelplan **idrett og friluftsliv** 2015-2019 framgår det at folkehelse vil være sentralt.

I arbeidet med Molde 2040: **Arealplan** fra Strande til Aukra grense, kommer det fram i samtaler at det vil være fokus på folkehelse. Folkehelsekoordinator deltok på oppstartsmøte, og vil være aktuell som medlem i en eventuell referansegruppe.

Balansert målstyring (BMS) og tiltaksplaner

Kommunen arbeider med oppfølging av kommuneplanen også gjennom BMS og tiltaksplaner for enhetene.

Balansert målstyring (BMS) er utviklet og tatt i bruk. Det blir rapportert på økonomi, sykefravær, medarbeidere og brukere. Når det gjelder bruker, skal det rapporteres på brukerundersøkelser. Brukerundersøkelser har imidlertid ikke vært gjennomført på alle tjenesteområder. Sist brukerundersøkelse innenfor pleie og omsorg var i 2008.

Arbeidet med balansert målstyring er et utviklingsarbeid som har pågått over tid. De fire indikatorene har vært sett på i sammenheng for hver enhet, og for kommunen totalt, som en forsiktig tilnærming til balansert målstyring.

I starten på hvert år utarbeider enhetene sine tiltaksplaner knyttet til kommuneplanens samfunnsdel og andre strategier, inklusiv nasjonale føringer. Målekortet i BMS er tilpassa vedtatte hovedmål i kommuneplanen. Enhetene ble i 2012/2013 bedt om å komme med innspill til aktuelle indikatorer som skal inngå i målekortet og måles elektronisk i et nytt BMS-verktøy. I 2013/2014 er 29 indikatorer (inklusive spørreundersøkelser) gjenstand for målinger. Noen av de tiltak/indikatorer som ikke er med, inngår likevel i enhetenes tiltaksplaner og følges opp der. I tillegg inneholder tiltaksplanene tiltak som ikke nødvendigvis er knyttet til en indikator som måles, men er knyttet direkte til mål og strategier. Det er så langt få indikatorer direkte knyttet til folkehelse; kun Moldebadet har en indikator.

I 2012/2013 ble noen flere indikatorer aktualisert, og i 2013/2014 har det vært fokus på implementering og idriftsettelse av nytt elektronisk BMS-verktøy, med sine 29 indikatorer totalt. I den videre oppfølgingen skal det vurderes:

- om de eksisterende indikatorene gir nyttig styringsverdi, eller om de bør byttes ut med andre som er mer påvirkelige for styring
- hvordan ha mer aktiv nytte av de målinger som allerede gjøres i BMS
- hvordan BMS ytterligere kan tas i bruk på en nyttig måte for rådmannen, enhetslederne og politikerne

Det kommer fram i samtaler at rådmannen legger vekt på at folkehelse skal omfatte alle sektorer. Rådmannen vil også ha med tverrsektorielle prosesser/tiltak i BMS. Det kommer fram at BMS tidligere har hatt sektorfokus, og at folkehelse så langt ikke er etterspurt i enhetene, men at dette vil komme etter hvert. I forbindelse med at ny struktur er etablert i 2014 i kommunens kvalitetsdokumentasjon (en modul i kommunens kvalitetssystem «Rettesnora»), er det lagt til rette for å beskrive tverrfaglige prosesser. Der vil tverrfaglige prosesser innen folkehelse også ha sin plass. Det kommer fram at en slik synliggjøring av tverrfaglige prosesser stiller krav til å fastslå gjennomføringsmyndighet, noe som tidligere har vært en utfordring i forhold til fremdrift på slike tiltak.

Rapportering

Folkehelse er tema i årsrapport for både 2012 og 2013 for Molde kommune.

I en rapport (mai 2013) fra arbeidsgruppen opprettet i forbindelse med samhandlingsreformen, presenteres følgende modell for hvordan kommunen skal jobbe systematisk med folkehelse: Oversikt (helsetilstand og påvirkningsfaktorer), planstrategi, fastsette mål i plan, tiltak, evaluering.

Arbeidsgruppen skriver at folkehelse som overordnet mål, skal inn i alle planer, skal gjennomsyre kommuneplanen, skal inn i strategiene og gjenspeiles i alle enheter.

Arbeidsgruppa peker på at første del av målsetningene er delvis nådd gjennom kommuneplanens to mål. Arbeidsgruppa kommer med blant annet følgende råd og anbefalinger knyttet til implementering og rapportering:

- Folkehelse skal gjenspeiles i tiltaksplaner/handlingsplaner og rapporteres i BMS
- Folkehelseperspektivet skal synliggjøres i alle organisasjonens årsplaner.

Gruppens anbefalinger er tatt inn i kommuneplanens utfordringsdokument.

Det kommer fram i samtaler at rapporteringen i forhold til planer varierer, og at kommunen kan forbedre systematikken. Innenfor folkehelse er det ingen systematisk rapportering av mål og strategier vedtatt i kommuneplanens samfunnsdel.

Det kommer fram i samtaler at kommunen arbeider med å utvikle plansystemet med fokus på at alle planer skal henge sammen, og prioritering sikres i handlingsdel og tiltaksplaner.

Det kommer også fram at folkehelse skal være tema i all planlegging, og at dette er forankra i planstrategien.

5.3 Oversikt over helsetilstanden i befolkningen

Det kommer fram i Årsrapport 2013 for Molde kommune at kommunen skal ha en oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på dette. Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer skal inngå som grunnlag for kommunens planstrategi, og en drøfting av kommunens folkehelseutfordringer bør inngå i strategien, jf. plan- og bygningsloven. Det er utarbeidet en forskrift med merknader og veileder angående oversikt over helsetilstand.

I kommuneplanens samfunnsdel Molde kommune 2013 – 2022, utfordringsdokumentet, inngår folkehelseprofil for 2012. Her finner man status for kommunen i forhold til resten av landet og utvikling over tid. For 2012 er det laget grafiske framstillinger og kommentarer til følgende faktorer: sosial ulikhet i helse, arbeidsdeltakelse og sykefravær, skolemiljø og utdanning, skader og ulykker, levevaner og helse og sykdom

Kommunens helseprofil blir omtalt i Årsrapport for 2013 for Molde kommune:

I folkehelseprofilen for 2014 har Molde positive tall på mange temaområder, slik som få barn som bor i husholdninger med lav inntekt, utdanningsnivå, frafall fra videregående skole, levealder hos menn og overvekt blant menn på sesjon. Samtidig er andelen eldre over 80 år estimert til å være høyere enn landsgjennomsnittet i 2020. Det ser videre ut til å være et høyere skadeomfang i kommunen enn landsgjennomsnittet, og det er utfordringer knyttet til skader og enkelte sykdomsforekomster. Det kommer fram at folkehelsearbeid i praksis blir å beholde de positive tallene og å planlegge godt for å møte nye utfordringer.

Folkehelseprofil Molde 2014 blir lagt ut på hjemmesiden til Molde kommune: «Slik er folkehelsen i Molde kommune».

Kravet om oversikt over helsetilstanden skal sees i sammenheng med andre krav blant annet miljørettet helsevern der kommunen skal ha en oversikt over viktige miljøfaktorer i kommunen som forurensning, støy, sosiale miljøfaktorer, ulykkesrisiko osv. Kommunen skal ha en løpende oversikt i tillegg til et samlet oversiktsdokument hvert fjerde år. Oversiktsdokumentet skal foreligge ved oppstart av arbeidet med planstrategi etter plan og bygningsloven. Den løpende oversikten skal dokumenteres som en del av ordinær virksomhet. Å vurdere folkehelseprofilene hvert år, vil blant annet være en del av det løpende oversiktsarbeidet.

For kommunen er det mange kilder til data. Helse- og omsorgstjenestene og fastlegene skal bidra. I fastlegeforskriften går det fram at avtalen bør regulere hvordan dette skal skje. I følge samarbeidsavtalen skal helseforetaket bidra med nødvendig data for overvåking av helsetilstanden i kommunen.

I intervju kommer det fram at kommunen arbeider med å få en samlet oversikt i samsvar med de krav som blir stilt i lov, forskrift og veileder. Så langt har kommunen i tillegg til data fra folkehelseprofilen, startet med innhenting av data fra helsetjenesten.

Det kommer også fram at dette er et arbeid som tar tid å utvikle, og at arbeidet krever forankring hos ledelsen da mange sektorer må bidra. Kommunen har tatt tak i dette, og folkehelsekoordinator har fått i oppdrag å utarbeide mandat eller en beskrivelse av dette arbeidet.

Kommunen vurderer å ta i bruk Ungdata, som er en spørreundersøkelse rettet mot ungdom på ungdomsskolen og i videregående opplæring. Gjennom kartlegging av den lokale oppvekstsituasjonen skal dette blant annet være et grunnlag for kommunalt plan- og utviklingsarbeid knyttet til folkehelse og forebyggende arbeid overfor ungdom.

5.4 Tiltak for å fremme folkehelse herunder tverrsektorielt samarbeid

Tverrsektorielt samarbeid - folkehelsekoordinator

Kommunen inngikk i august 2004, som en av seks kommuner, en avtale med Møre og Romsdal fylke om "Partnerskap om folkehelse og livskvalitet". Gjennom partnerskapsavtalen forpliktet kommunen seg til å opprette et folkehelseutvalg, og ansette en folkehelsekoordinator i minimum 50 % stilling.

Folkehelseutvalget i Molde ble opprettet høsten 2004, og folkehelsekoordinator ble ansatt november 2004. Folkehelseutvalget består av leder eller representant fra flere avdelinger i kommunen; kultur, skole, barnehage, barn- og familie, sosial, helse og kommunelege.

Et tverrsektorielt arbeid for å implementere folkehelseloven i kommunen kom i gang i 2012. Rapport fra arbeidsgruppen som var et utvidet folkehelseutvalg opprettet i forbindelse med samhandlingsreformen, foreslår følgende tiltak knyttet til styrking/konsolidering av ressurser rundt folkehelsesatsingen: (mai 2013)

- Rådmannen tar ansvaret for å koordinere kommunens samlede folkehelsearbeid.
- Folkehelsekoordinators organisatoriske plassering gjennomgås.
- Folkehelseutvalgets rolle utvikles, evt. erstattes med annen tverrsektorielt sammensatt gruppe nær rådmannen. Gruppens mandat tydeliggjøres.
- Folkehelse skal jevnlig være et tema på ledermøtene og andre tverrsektorielle arenaer.

Arbeidsgruppa har også flere forslag til tiltak knyttet til økning av kompetanse innen folkehelse.

I Frivillighetsplan for Molde kommune 2014-2017 er ett av målene at Molde kommune skal ha en tverrfaglig møteplass for folkehelsearbeid innen utgangen av 2014 med følgende tiltak:

- Det etableres et bredt sammensatt «Utvalg for folkehelse og frivillighet» for å motivere til folkehelsetiltak, sikre informasjon, koordinere tiltak, og for å skape en årlig arena for erfaringsoverføring.

Kulturplan for Molde kommune 2014-2017 tar også opp behovet for møteplasser og arenaer for samarbeid i folkehelsearbeidet. Det blir vist til frivilligplanen som tar opp disse utfordringene og skisserer mål og tiltak.

I årsrapport for 2013 blir det understreket at prinsippet om «helse i alt vi gjør» dreier seg om å utvikle en helsevennlig politikk i alle sektorer, og at folkehelsearbeidet angår alle kommunens områder. Og videre at frivillige organisasjoner, næringsliv, helseforetak, fylke, fylkesmann og andre aktører er viktige samarbeidspartnere i folkehelsearbeidet.

Det kommer fram i samtaler at det allerede skjer mye folkehelsearbeid utenfor helsesektoren og utenfor kommunen. Det er etablert samarbeid blant annet med fylkeskommunen, friluftsrådet og idrettskretsen.

I intervju kommer det videre fram at ivaretagelsen av det tverrsektorielle er en utfordring. Enhetene har ansvar for fag, økonomi m.m. innenfor sine enheter. Det er arbeidspress innenfor de ulike enhetene med hensyn til å ivareta enhetenes oppgaver. Det tverrsektorielle og samarbeidet blir ikke i tilstrekkelig grad etterspurt. Arbeidet med folkehelse lider under dette.

Folkehelseutvalget har vært rådgivende for folkehelsekoordinator og har ikke hatt noe mandat ut over dette. Det kommer fram i samtaler at det tverrfaglige samarbeidet i regi av folkehelseutvalget ikke blir etterspurt. I tilknytning til oppfølging av samhandlingsreformen ble et utvidet folkehelseutvalg etablert. Så langt er ikke innspill fra utvalget eller vedtak i frivillighetsplanen til videre samarbeidsstruktur for folkehelsearbeidet fulgt opp.

Folkehelsekoordinator er organisert i helseavdelinga. Det kommer fram at dette kompliserer det tverrsektorielle samarbeidet. Folkehelsekoordinator arbeider «på vegne av rådmannen». Dette er problemstillinger som er tatt opp, og som skal avklares nærmere.

Kommunen er i startfasen med å utvikle en struktur og finne gode modeller for samarbeid. Dette er tatt opp i møte mellom folkehelsekoordinator og kommunalsjef. Folkehelsekoordinator har fått ansvar for å utarbeide forslag til mandat for det videre arbeidet med folkehelse inklusiv organisering av arbeidet.

Det kommer fram i samtaler at det er ønskelig å bruke eksisterende fora eller lage nye i regi av kommunalsjef. Det blir understreket at det er viktig med forankring hos ledelsen jf. også innspill fra arbeidsgruppe.

Ulike folkehelsetiltak

I rapport fra arbeidsgruppe opprettet i forbindelse med samhandlingsreformen, blir det sagt følgende om folkehelsetiltak:

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

I kommuneplanens samfunnsdel, utfordringsdokumentet, blir det vist til at mange tiltak allerede er iverksatt som oppfølging av partnerskapsavtalen:

- Flere samarbeidstiltak på tvers av sektorer har vært drevet som en virkning av partnerskapsavtalen. Disse tiltakene har kommet i tillegg til mye godt helsefremmende og forebyggende arbeid (folkehelsearbeid) som har vært drevet – og drives - i mange enheter og miljø i kommunen i lang tid.

Det kommer fram i samtaler at det er en rekke enkelttiltak som er satt i verk, blant annet i barnehage. Det kommer fram at skolen er en viktig arena, fordi skolen møter alle. Det kommer videre fram at det ikke er noen samlet styrt retning, og at det er et forbedringsområde å få til tverrsektorielt systematisk langsiktig arbeid.

Det kommer videre fram i samtaler at folkehelsearbeid handler mye om bevisstgjøring. Etter hvert som begrepet folkehelse er på agendaen, vil mange se at de allerede har tiltak/aktivitet innen folkehelse. De har kanskje ikke så langt vært bevisst på å knytte tiltaket til begrepet folkehelse. Det kommer også fram at erfaringen er at økt fokus bidrar til nye folkehelse tiltak.

Følgende enkelttiltak blir trukket fram:

- Sammen om en bedre helse er et delprosjekt under Sammen om en bedre kommune som skal gå ut 2015. Utviklingsprogrammet omhandler sykefravær, kompetanse og rekruttering, ufrivillig deltid og omdømme. Folkehelsekoordinator er involvert.
- Folkehelsekoordinator er fast ansatt i 100 % stilling. Folkehelsekoordinator skal følge opp folkehelselova som gav arbeidet nytt fokus med formelle krav.
- Konkrete tiltak: Aktiv på dagtid, Stikk Ut, Ball i hall (Folkehelse i Molde)
- Molde kommune informerer på sine hjemmesider om en rekke tema knyttet til folkehelse, blant annet: Ernæring, Fysisk aktivitet, Innemiljø, Smittevern.

Frisklivssentral er et kommunalt helsetjenestetilbud som gir tilbud til de som har behov for hjelp til å endre levevaner knyttet til fysisk aktivitet, kosthold og/eller snus og tobakk. Frisklivssentral er en del av kommunens forebyggende arbeid knyttet til Samhandlingsreformen. Frisklivssentralen er et lavterskeltilbud som bl.a. er finansiert med prosjektmidler fra Helsedirektoratet i den hensikt å redusere og forsinke behovet for innleggelser i helseinstitusjoner. Frisklivssentralen samarbeider med Psykisk helse, «Rosestua» og «Aktiv på dagtid». Frisklivssentral legger vekt på læring og mestring. Helseforetaket bidrar. Det er blant annet i gang opplæring knyttet til diabetes. Frisklivssentral ønsker å utvikle kontakten med fastlegene/kommunefastlegegruppa. For frisklivssentralen er prosjektperioden over. Kommunen har fått 700 000 kroner, og tiltaket skal nå over til kommunen. Det blir stilt spørsmål ved hva som vil skje da.

Det kommer fram at det er mye bruk av prosjektmidler. Det blir trukket fram at det innenfor kommunens budsjett ikke er midler til nye tiltak som krever ressurser, innenfor forebygging.

På oppdrag fra Rådet for funksjonshemmede har særorganisasjoner kommet med innspill til denne rapporten. Det kommer i den sammenhengen fram følgende:

- Molde kommune har vært god på oppbyggingen av folkehelsestjenesten med opprettelsen av Frisklivssentral og folkehelsekoordinator.

- Tilbudene er gjort godt kjent.

I kommuneplanens utfordringsdokument og i Kulturplan 2014-2017 understrekes behovet for nye tiltak og at plan- og bygningsloven og folkehelseloven krever ytterligere satsing.

5.5 Vurdering og anbefaling

Folkehelse i planlegging herunder oversikt over helsetilstanden.

Molde kommune har prioritert arbeidet med folkehelse i planlegging. Molde kommune har inkludert folkehelse i sine planer i samsvar med ny folkehelselov. Dette gjelder både i kommuneplanens samfunnsdel og i kommunedelplaner.

Molde kommune har utarbeidet noe oversikt over helsetilstanden. Molde kommune har så langt ikke et system som sikrer at arbeidet med oversikt over helsetilstanden og de positive og negative faktorer som innvirker på denne, foregår på en systematisk måte. Grunnlaget for planlegging er dermed bare delvis på plass. Molde kommune arbeider med dette og er i gang med å tilrettelegge for innhenting av data fra ulike sektorer. Dette krever innsats fra mange aktører, og det vil derfor ta noe tid å få dette på plass.

Molde kommune har noen utfordringer knyttet til samordning og oppfølging av vedtatte mål og strategier for folkehelse. Kommunen arbeider med utvikling av balansert målstyring og enhetene har tiltaksplaner. Handlingsplan for oppfølging av kommuneplanens samfunnsdel mangler. Balansert målstyring har så langt i liten grad fokus på folkehelse. Det pågår imidlertid et utviklingsarbeid slik at dette vil kunne komme på plass etter hvert. Oppfølging av planer kan skje på ulike måter. Kommunen bør sikre utarbeidelse av handlingsplan for oppfølging av kommuneplanens samfunnsdel.

Kommunen arbeider med å utvikle plansystemet med fokus på at alle planer skal henge sammen, og prioritering sikres i handlingsdel og tiltaksplaner.

Tiltak for å fremme folkehelse herunder tverrsektorielt samarbeid

Molde 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. Det framstår som at kommunen vil prioritere dette i større grad.

Molde kommune har siden 2004 hatt folkehelsekoordinator og folkehelseutvalg. Behovet for videreutvikling av samarbeidet mellom ulike sektorer og aktører er tatt opp i ulike sammenhenger. Kommunen har startet arbeidet med å legge forholdene til rette for å dette. Kommunen bør prioritere dette.

Anbefaling

- Molde kommune bør sikre at det arbeides mer systematisk med å skaffe oversikt over helsetilstanden og de positive og negative faktorer som innvirker på denne.
- Molde kommune bør legge til rett for at folkehelsearbeidet blir tverrsektorielt.
- Molde kommune bør ha større fokus på oppfølging av planer for eksempel i kommuneplanens handlingsdel.

6 Tjenester, kapasitet og kompetanse

6.1 Problemstillinger og revisjonskriterier

Problemstillinger

- Er fagkompetansen tilstrekkelig i forhold til tjenestene som kommunen har etablert?
- Har kommunen kapasitet til å ta i mot utskrivningsklare pasienter fra sykehuset?

Revisjonskriterier

Dette kapitlet vil til en viss grad være beskrivende. Dette gjelder oversikt over tjenestene og kommunens kapasitet. Vi har i tillegg satt opp følgende revisjonskriterier med utgangspunkt føringer i samhandlingsreformen og kommunens helse- og omsorgsplan.

- Kommunen har utvikla tjenestetilbudet og styrka kompetansen.

Vi viser også til kapittel 9 for mer utfyllende omtale av utskrivningsklare pasienter.

6.2 Utvikling av tjenestetilbudet

Generelt

Det kommer fram i årsrapport for 2012 at den største utfordringen kommunen har er å etablere tilbud til de gruppene som kommunen nå har og får ansvaret for gjennom samhandlingsreformen: Nye tilbud innen behandling, forebygging og rehabilitering må bygges opp og kompetansen må heves eller endres på allerede etablerte områder.

Kommunestyret vedtok 20.06.2013 Helse og omsorgsplan 2013-2020 for Molde kommune og vedtok da blant annet den foreslåtte spesialisering og at antall sykehjemsplasser skulle bestå inntil det er opparbeidet et alternativt tilbud i form av døgnbemannet bofellesskap og en styrket hjemmetjeneste. For planperioden ble blant annet følgende tiltak skissert i handlingsplanen:

- Gjennomføre strukturendring i institusjonsdriften
- Styrke rehabilitering
- Ø-hjelp døgntilbud
- Opprette egnet driftsenhet for barn.
- Hjemmebesøk / Hverdagsrehabilitering
- Gjennomgang av helse og omsorgstjenesten
- Etablering av frisklivssentral
- Styrke sykehjemslegetilbudet

Handlingsplan for perioden 2017-2020 hadde med følgende tiltak:

- Kreftkoordinator
- Etablering av demensteam
- Etablere lærings- og mestringssenter
- Utvide ressursene til hjelpemiddelforvaltningen

Blant annet følgende tiltak skulle utredes videre i handlingsplanperioden:

- Helhetlig strategisk kompetanseplan for helse og omsorgstjenestene.
- Etablering av utredningsplasser og døgnbemannet bo-fellesskap for demente i Råkhaugen
- Samarbeidsprosjekt med spesialisthelsetjenesten
- Implementering av tiltak som følge av valg av organisering av kommunens rus og psykiatritjeneste etter at prosjektperiode er ferdig. Tilpasninger til samhandlingsreformen.

Molde kommunestyre behandla i møte 20.06.2013 dokument om samhandlingsreformens utfordringer for Molde kommune, som er vedlegg til helse og omsorgsplanen. Dokumentet har oversikt over igangsatte tiltak og tiltaksliste.

Det kommer fram i budsjett 2014 at helse- og omsorgsplanen er kommunens strategi for å vri tjenestefokuset fra dagens institusjonsbaserte, til å kunne bo lengst mulig i eget hjem. Det kommer videre fram at det er behov for etablering av flere ambulerende fagteam som jobber utadrettet både i forhold til kartlegging, diagnostisering og veiledning mot forskjellige diagnosegrupper. Dette er pasientgrupper som i dag får denne tjenesten i spesialisthelsetjenesten, men som kommunen bør kunne ivareta både for å jobbe mer forebyggende, men ikke minst for å kunne hindre innleggelser og bruk av spesialisthelsetjenester. (Budsjett 2014)

Oppfølging av helse- og omsorgsplan vil være prioriterte oppgaver i 2014. Utfordringen er å få til gode og koordinerte prosesser slik at helse- og omsorgsplanen utvikles til å omfatte hele tilbudet innen helse- og omsorgstjenestene. (Budsjett 2014) Det går fram i budsjettet for 2014 at følgende nye delplaner skal startes opp: individuell plan, miljørettet helsevern, helsestasjon- og skolehelsetjeneste, fastlegetjenesten, legevakt- og øyeblikkelig hjelp døgnopphold og medisinsk rehabilitering.

Institusjons- og hjemmetjenesten

I 2012 ble Råkhaugen lokalmedisinske senter (LMS) etablert med 16 plasser for korttidsopphold og rehabilitering. Det ble arbeidet med plan for etablering av øyeblikkelig hjelp-senger. Dette i samarbeid med ROR-kommunene. (Årsrapport 2012) Råkhaugen LMS ble bemannet som en vanlig langtidsavdeling. Oppfølgingen av pasientene på avdelingen viste seg å være atskillig mer krevende siden de som meldtes som ferdigbehandlede hadde større oppfølgings- og rehabiliteringsbehov enn den planlagte bemanningen kunne klare. Den faglige bemanningen ble styrket med en stilling. (Sak til kommunestyret 20.06.2013 om tilpasninger til samhandlingsreformen) Institusjonen ble dermed bemannet noe høyere enn en vanlig langtidsavdeling.

Institusjonsplasser til rehabilitering og korttidsplasser på Råkhaugen fra høsten 2012 og utvikling av tilbudet på Kirkebakken var ledd i arbeidet med samhandlingsreformen. Nærmere 1 mill. kr ble bevilget til de ordinære sykehjemmene for å sette disse i stand til å ta imot flere pasienter. (Kommuneplanens samfunnsdel 2013 - 2022 - Utfordringsdokumentet)

Planen bak tiltaket i Råkhaugen forutsatte at nabokommuner skulle kjøpe 6 av plassene. Det var ikke etterspørsel etter disse plassene fra noen av nabokommunene. Plassene ble derfor brukt til å dekke behovet for Molde kommunene, alene. Til tross for dette var det vanskelig for kommunen til enhver tid å være ajour med utskrivningsbehovet fra sykehuset i 2012. (Årsrapport 2012)

I Helse og omsorgsplan for Molde kommune 2013-2020 kom en fram til at det var bedre å utvikle Kirkebakken som kommunens lokalmedisinske senter, med følgende innhold:

- Alle korttidsplasser og rehabiliteringsavdelingen samles der.
- Rehabiliteringsteamet, samt de andre kommunale fysioterapeuter og ergoterapeuter samles.
- Interkommunal legevakt etableres sammen med etablering av øyeblikkelig-hjelp døgnplasser.
- Det etableres nytt fastlegekontor i tilknytning til institusjonen.

Det kommer fram i planen at Kirkebakken med dette får spesialkompetanse på rehabilitering, opptrening av korttidsbrukere som skal tilbake til hjemmet, samt behandling og oppfølging av alvorlig syke og medisinsk krevende pasienter. Løsningen gjør også at kommunen får økt sin andel korttidsplasser, noe som er i tråd med sentrale anbefalinger. Å samle ressursene og kompetansen som i dag jobber fragmentert, vil gi et sterkt fagmiljø. Råkhaugen etableres som

kommunens kompetansesenter for demensomsorgen. Kommunen bruker i dag utredningsplasser ved alderspsykiatrisk avdeling på Hjelset. Ved å etablere utredningsplassering vil kommunen selv kunne tilby denne tjenesten, noe som også er i tråd med samhandlingsreformen. (Helse og omsorgsplanen)

Det går fram av planen at strukturendringen gir kommunen muligheten til å utvikle gode, kvalitative og effektive korttidstilbud. Dette sammen med en styrking av de hjemmebaserte tjenestene, vil gi kommunen større mulighet til raskere å ta mot utskrivningsklare pasienter fra sykehuset. Det blir vist til at oppbyggingen som må gjøres innenfor rehabiliteringstjenesten, er viktig.

Det kom videre fram i planen at kommunen mangler tilbud i «omsorgstrappen». Dette gjelder tilbud for eldre i døgnbemannet bofellesskap. Etablering av dette tilbudet vil i følge planen gi kommunen større fleksibilitet og sørge for at pasientene i større grad kan få tilbud på riktig nivå og med riktig bruk av ressurser.

Kommunestyret vedtok 20.06.2013 at antall sykehjemsplasser skal bestå inntil det er opparbeidet et alternativt tilbud i form av døgnbemannet bofellesskap og en styrket hjemmetjeneste. Kommunestyret vedtok 12.12.2013 at nedlegging av plasser ved Røbekk omsorgssenter ikke skulle gjennomføres før beboerne har fått plass ved andre sykehjem.

Eldrerådet har støtta kommunens omlegging av helse og omsorgstjenestene, men har gjennom ulike vedtak gitt uttrykk for bekymring når det gjelder kapasiteten for sykehjemsplasser. Eldrerådet uttalte blant annet følgende i sak om oppfølging av helse og omsorgsplan i møte 7.4.2014:

Nødvendig økning av sykehjemskapasiteten skjer i første omgang ved at Røbekk omsorgssenter oppgraderes gradvis til full kapasitet med 32 plasser, i stedet for å bli gradvis nedgradert og utfaset ultimo desember 2015.

Kommunestyret vedtok i sak 20/14 Oppfølging Helse og omsorgsplan og budsjettvedtak for 2014 endret framdrift på gjennomføring av Plan for helse og omsorg. Røbekk omsorgssenter ble igjen vedtatt videreført inntil alternative forsvarlige, tilgjengelige tilbud er etablert.

Det ble i 2013 gjennomført en intern gjennomgang av de **hjemmebaserte tjenestene**. Hovedkonklusjonen er at det er en sterkt presset tjeneste med stort gap mellom oppgaver og ressurser. Det blir pekt på at en ser at trenden vil fortsette, med bakgrunn blant annet i Samhandlingsreformen der pasienter skrives ut mer hjelpetrengende enn tidligere. Parallelt med at antall eldre øker litt, øker også andelen personer med demenslidelser og kreftdiagnoser. Dette er en stor utfordring for tjenesten, da disse vil kreve tett oppfølging og godt kvalifisert personell. Det blir også tatt opp at det fra statlig hold legges føringer på innføring av tiltak som vil gi ytterligere oppgaver til personellet som er i tjenesten. Som eksempel nevnes kartlegginger og oppfølging i forhold til ernæring, kartlegging av personer med symptomer på demens og å bidra til at disse blir diagnostisert. Et annet område er krav til dokumentasjon av tjenestene som ytes. (Helse- og omsorgsplan)

Det jobbes med struktur og organisering av de hjemmebaserte tjenestene blant annet for å sikre fleksibel bruk av kompetanse og ressurser mellom distriktene. Det blir pekt på at det fortsatt er et betydelig avvik mellom ressurs og vedtak, selv etter styrking med fem stillinger i 2013. (Budsjett 2014) Arbeidet skal ferdigstilles i løpet av våren. (Sak kommunestyret 24.4.2014) Rapport for hjemmetjenesten har vært til intern høring og høring i Eldrerådet og Rådet for funksjonshemma.

Det kommer også fram i budsjett 2014 at samhandlingsreformen gir store utfordringer til kommunene ved raskere utskriving fra sykehus og mer medisinsk krevende pasienter. Videre at Helseforetaket legger om sine tilbud med tidligere utskriving etter fødsler og reduserte tilbud innen rehabilitering. Dette skjer samtidig som helsetjenesten reduserer bemanningen. Det kommer fram at det nå er et betydelig økt press på tjenesteutøvingen for alle tjenestene. Enheten får heller ikke gitt tilstrekkelig tilbud for å holde innbyggerne mest mulig selvhjulpne. Dette virker inn på antall kostbare liggedøgn ved sykehuset. Det er en stor utfordring å følge opp intensjonene og tiltakene i helse- og omsorgsplanen. (Budsjett 2014)

Det kommer videre fram i budsjett 2014 at kommunen ennå ikke i stand til å ta imot alle **utskrivningsklare pasienter** som meldes fra sykehusene. Dette gir en økonomisk utfordring, og et kapasitetsproblem ved at kommunen ikke greier å gi et godt nok avlastnings- og korttidstilbud til hjemmeboende. Det kommer videre fram at rammereduksjon krever oppbygging av hjemmebaserte tjenester for å kunne redusere på antallet institusjonsplasser. Og videre at det ikke er rom for disse ekstrakostnadene/pukkelkostnadene innenfor områdets rammer.

Molde kommune har hatt mindre differensiert tilbud innenfor pleie og omsorg enn andre kommuner. Molde kommune har nå etablert boliger med heldøgns bemanning. Andel plasser i institusjon og heldøgnsbemannet bolig i prosent av befolkningen over 80 år låg under gjennomsnittet for kommunegruppe 13, Møre og Romsdal og landet i 2013. Andel plasser avsatt til tidsbegrenset opphold har økt fra 2012 til 2013 og ligger over kommunegruppe 13, Møre og Romsdal og landet. Vi viser til vedlagte Kostra-data for Molde kommune sammenlignet med andre kommuner, jf. vedlagte tabell 11.2.8.

Antall sykehjemsplasser har gått opp fra 230 i 2011 til 246 i 2012. Det var 158 søknader om plass, 77 vedtak om fast plass og 34 som fikk avslag i 2012. (Budsjett 2014). Kommunen har etablert 16 nye korttids-/rehabiliteringsplasser som følge av samhandlingsreformen.

På spørsmål til enhetslederne om forandringer i enheten som følge av samhandlingsreformen, kommer følgende fram:

Vi ser at brukerne vi yter tjenester til er generelt dårligere. Pasientene skrives ut fra sykehuset tidligere enn før. Dette stiller høye krav til kompetansen til de som skal yte tjenester. Det er mange yngre pasienter, både med demens og ellers, som stiller andre krav til personalet. Det er mye mer tung psykiatri på korttidsavdelingene, i tillegg til somatisk veldig syke pasienter. Det er ofte svært komplekse saker, der en samarbeider med flere etater som f. eks NAV for å få brukerne hjem igjen. Behandlingen i sykehuset går så raskt, at vi enhetene ofte ikke får oppdaterte epikriser, og da er det utfordrende å gi god og tilrettelagt pleie til pasientene, og det er risiko for feilbehandling.

Det kommer videre fram at det blir gjennomført flere oppgaver, prosedyrer, behandlingsmåter etc. etter 1. januar 2012:

Kommunen har prioritert å etablere korttidsplasser og økt kompetansen på sykehjemmene for å kunne ta raskt ut av sykehus. Pasientene sendes hjem tidligere enn før, slik at det kan bli mer «sykehusbehandling» i kommunen. Ved korttidssykehjemmet (Kirkebakken), men også ved «langtidsinstitusjonene», er det mye mer intravenøsbehandling både væske- og antibiotikabehandling. Pasientene må vurderes og kartlegges nøyer. Det er ofte ikke tatt beslutninger om videre behandling og om det er palliasjon eller aktiv behandling når de ankommer avdelingen. Dette

krever et tett samarbeid med pårørende, da beslutningene om behandlingsforløpet tas i avdelingen og ikke mens de er på sykehuset. Legevisitten blir lengre og lengre, og tilsynslege må kontaktes flere ganger i uken, utenom visitten pga. syke pasienter. Det kommer fram at tilsynslegene kunne fulgt bedre opp.

Det kommer fram i samtale at hjemmesykepleien gjør mer, og at det har skjedd mer der enn på sykehjemmene.

Det kommer videre fram følgende:

- Hjemmetjenesten i Molde kommune ble styrket med 5 sykepleierårsverk i fjor. Denne styrkingen var ikke utført med bakgrunn i samhandlingsreformen, men et nødvendig grep for å prøve å minke et stort gap mellom ressurser i forhold til vedtakstimer. Behovet om flere årsverk i hjemmetjenesten var meldt inn i lang tid før samhandlingsreformen ble innført.

I tillegg til 5 årsverk i hjemmetjenesten i 2013 økte nattpatruljen med 1,9 årsverk.

Det kommer fram i budsjett 2014 at kommunen ikke har egen **demensplan**, og ingen strategi for å imøtekomme dagens og fremtidens utfordringer innenfor fagområdet. Det er initiert at denne må inn i kommunens planprogram for 2014. Det blir flere demente, og flere yngre demente som har behov for annen oppfølging og tilbud enn det kommunen har i dag. Det er allerede behov for utredningsteam, utredningsplasser, avlastningsplasser tilrettelagt for demente, døgnbemannet bofelleskap for yngre demente osv. Disse utfordringene må finne sin løsning gjennom utarbeidelse av demensplan, som en delplan til helse- og omsorgsplanen.

Det kommer fram i samtale at kommunen til en viss grad omtaler demensomsorgen i tidligere overordnede planer, og vil integrere demensplan i helhetlig plan innenfor helse og omsorg.

Det kommer fram i samtale at det er behov for demens-team i kommunen. Dette inngår i kommunens langsiktige planer. Det kommer videre fram at dagsenter der pasientene får tilsyn, fellesskap, mat etc. er viktig, og at sykehjem gjerne blir alternativet uten dagsenter.

For 2013 har kommunen mottatt prosjektmidler fra Kreftforeningen til en stilling som **kreftkoordinator** i kommunen. Kreftforeningen finansierer 75 pst. av utgiftene, og kommunen må dekke resten innenfor fagområdets ramme. Prosjektmidler søkes videreført så lenge Kreftforeningen lyser ut midler, og det kommer fram at det er av stor betydning at denne stillingen også videreføres etter at prosjektmidler fra Kreftforeningen opphører. Tiltaket er også del av helse og omsorgsplanen.

Samtidig som kommunen fikk midler og ansatte kreftkoordinator, har kommunen også fått prosjektmidler til fullfinansiering av stilling som skal jobbe med utarbeiding og implementering av gode prosedyrer og rutiner innenfor fagområdet **palliasjon** (omsorg ved livets slutt). Prosjektmidler kan søkes på årlig i tre år og søkes videreført også for 2014.

Stillingene som kreftkoordinator og palliativ koordinator er lagt til fagseksjon pleie og omsorg. Molde kommunen har satset på opplæring innenfor kreftomsorg og palliasjon.

Det kommer fram i intervju at mange pasienter ønsker å komme hjem. Pga. mangel på kompetanse i kommunen får ikke alle denne muligheten. Det kommer videre fram at det er ønskelig å øke kompetansen i hjemmesykepleien knyttet til palliasjon.

Det blir videre pekt på at sykehjemmene mangler palliative senger, kompetanse knyttet til enkelte prosedyrer slik at flere pasienter kan behandles i kommunen, og at det er ønskelig å samle kompetanse på palliasjon.

Legetjenesten

I helse og omsorgsplanen kommer det fram at det er behov for å styrke tilbudet på flere områder, blant annet at antall **fastleger** må styrkes. Det blir vist til at samhandlingsreformen gir utfordringer.

Fastlegekapasiteten er under press ved at flere velger fastlege i Molde, også fra nabokommuner, og legene reduserer sine lister. Det går fram av Årsrapport 2012 at det må etableres rundt ett nytt årsverk i året for å dekke behovet.

I 2012 ble fastlege ansatt som skal være 50 % tilknyttet lokalmedisinsk senter ved Kirkebakken. Kommunen har ansatt kommuneoverlege i 100 % stilling. 25 fastleger og to turnusleger arbeider ut fra sju legekantor. Alle legene er tilpikttet offentlig legearbeid innen institusjoner, skoler, helsestasjoner, psykisk helse, rus, asylmottak med mer. Plikten er gitt i fastlegeforskriften, der det bestemmes at inntil 7,5 timer til offentlige arbeid hver uke kan pålegges alle fastleger. Molde kommune har hittil ikke benyttet disse timene fullt ut. (Molde kommune kjøper fire årsverk og kunne kjøpt fem årsverk.) Det kommer fram i samtaler at Molde kommune ikke har midler til å bruke alle disse timene. Det er et økonomisk spørsmål hvor mange timer kommunen kan benytte. (Budsjett 2014)

Alle legene deltar også i døgkontinuerlig legevakt. Molde kommune er vertskommune for legevaktssamarbeid med Eide, Fræna og Nesset kommuner. Legevakt og nytt legesenter er nå etablert ved Kirkebakken helsehus.

Tall fra Kostra viser at legeårsverk per 10 000 innbygger i Molde kommune i 2013 er på nivå med landet og Møre og Romsdal, men høyere enn kommunegruppe 13. Molde har lavere sykehjemslegedekning enn andre kommuner. Legetimer pr uke pr beboer i sykehjem er lavere enn kommunegruppe 13, Møre og Romsdal og landet i 2012 og 2013. Legeårsverk per 10 000 innbygger og legetimer pr uke pr beboer i sykehjem har gått opp fra 2012 til 2013, jf. vedlagte tabell 11.2.9. Det kommer fram i samtale at det er ønskelig med fast ansatte sykehjemsleger.

I tillegg til delplan for legetjenesten skal det inngås nye avtaler med fastlegetjenesten i Molde.

Opptrening og rehabilitering

Somatisk rehabiliteringsteam i Molde kommune, med til sammen tre årsverk, består av ergoterapeut, fysioterapeut og sjukepleier. Teamet har base i Kirkebakken helsehus og har hele kommunen som arbeidsområde. Det gis ulike former for rehabilitering. Det er åtte plasser til disposisjon. Det er også tilbud om oppsøkende rehabilitering. Det vil si at den enkelte kan få tilbud i sitt eget hjem. Innholdet i den enkeltes rehabiliteringstilbud er individuelt tilpasset. (Hjemmesiden)

Det er 15,2 årsverk privat **fysioterapi** med driftsavtale med kommunen knyttet til syv fysikalske institutt. I tillegg er det flere fysioterapeuter uten driftsavtale i kommunen. Fysioterapeuter uten avtale har ikke trygderefusjon for sine tjenester og mottar ikke kommunal støtte. Innen kommunal fysioterapi er det 2,5 årsverk knyttet til barn og personer med psykisk utviklingshemming ved Enensenteret. Antall henvendelser er økende. Mange har

behov for habilitering i et livsløpsperspektiv. Det er rundt fem årsverk knyttet til voksne og eldre med baser på omsorgssentrene. Ergoterapi har hovedarbeidsområde å tilrettelegge for mestring av eget liv, i hjem, skole og arbeidsplass. Det er 1,4 årsverk knyttet til barn og 1,4 årsverk til voksne og eldre. (Budsjett 2014)

Tall fra Kostra viser at fysioterapiårsverk per 10 000 innbygger i Molde kommune er høyere enn kommunegruppe 13, Møre og Romsdal og landet i 2012 og 2013. Fysioterapitime pr uke pr beboer i sykehjem er lavere enn kommunegruppe 13 og landet i 2012 og 2013, men høyere enn gjennomsnittet for Møre og Romsdal. Utvikling fra 2012 til 2013 viser at fysioterapiårsverk per 10 000 innbygger er stabil og at fysioterapitime pr uke pr beboer i sykehjem har gått noe ned, jf. vedlagte tabell 11.2.9. Det kommer fram i helse og omsorgsplan at Molde kommune i følge KOSTRA har en god fysioterapidekning, men tre årsverk går til nabokommunenes innbyggere. Korrigerer en for dette er fysioterapidekningen lavere enn snittet i Norge.

Det kommer fram i helse og omsorgsplanen at det er seks måneders ventetid på privat fysioterapi. Videre at det betyr at pasienter må leve lengre med sine plager uten behandling, er lengre sykemeldt og kan bli liggende lengre på sykehuset før behandling i kommunen. Dette forverres ved at fysioterapidekningen går ned med ett årsverk i 2013 og ett årsverk i 2014.

Det kommer fram i samtaler at fysioterapi har mye å gjøre, og at det er diskusjon og fokus på at det er for lite forebygging i forhold til behandling. Ventetiden er nå opp til seks måneder til fysioterapeut og vil øke ved en reduksjon av tjenesten. (Budsjett 2014)

Behovet for økt satsing på rehabilitering kommer fram i ulike sammenhenger:

- Det er klar økning av pasienter som trenger opptrening og rehabilitering etter sykehusbehandling. Helseforetaket legger ned rehabiliteringsplasser, og kommunen reduserer samtidig sitt fysioterapitilbud. Dette fører til økt ventetid og økt liggetid på sykehuset. (Årsrapport 2012)
- Behovet for økt opptrening etter ortopediske operasjoner er økende. Helseforetaket har lagt om sine rutiner og skriver ut pasienter langt raskere nå enn tidligere. I tillegg sendes pasientene rett hjem eller til kommunen, pasienter som før var innom opptreningsinstitusjoner. (Helse og omsorgsplan.)
- Dersom kommunen skal lykkes med å styrke hjemmebaserte tjenester, må ressursene til rehabiliteringstjenesten øke. (Helse og omsorgsplan)

På oppdrag fra Rådet for funksjonshemmede har særorganisasjoner kommet med følgende innspill til denne revisjonsrapporten:

- Kapasiteten innen tjenesten fysikalsk behandling som rehabilitering og habilitering er minsket istedenfor økning for å ta imot pasientene. På grunn av samhandlingen, har kronisk syke blitt presset ut av listene hos de kommunale fysioterapeutene og over til de private. Også her begynner det å bli et press.

Det går fram av årsrapport 2013 for Molde kommune at rehabilitering er et felt der statlige forskrifter og rapporter er utydelige på hva som er spesialisert rehabilitering og hva som er kommunalt ansvar.

Molde kommune vil prioritere **hverdagsrehabilitering**. Det går fram av årsrapport 2013 at hverdagsrehabilitering i hjemmet setter fokus på «hva er viktigst for deg» og skal bidra til økt egenmestring i hverdagen, sikre sterkere brukermedvirkning, gi tidlig innsats og dermed bidra

til forebygge fremfor bare å reparere. Molde kommune deltar i nasjonalt læringsnettverk for forbedring av pasientforløp i kommunen, der hverdagsrehabilitering er et av hovedelementene. Det går fram av sak om oppfølging av helse- og sosialplan at hverdagsrehabilitering gir redusert behov for bistand fra kommunens tjenesteapparat. Flere kommuner i Norge er i gang med å innføre dette prinsippet. Rapporter viser en markant reduksjon i vedtaks timer hos de brukerne som kan nyttiggjøre seg hjemmetrening. Pleie og omsorg er, sammen med helsetjenesten, i gang med forberedelser til å kunne innføre hverdagsrehabilitering som metode. Det vil gi mer brukermedvirkning i utformingen av tjenestene og effektivisering av tjenesteleveransen. (Sak kommunestyret 24.2.2014) Det går fram av helse- og omsorgsplanen at grunnkompetansen innen hverdagsrehabilitering er ergoterapeuter og fysioterapeuter.

Psykisk helsevern og rusomsorg

Det kommer fram i helse og omsorgsplanen at tjenestene innen psykisk helse er redusert de to siste årene. Rosestuen dagsenter som er lavterskeltilbud til personer med psykiske vansker, er redusert med ett årsverk i 2013. (Budsjett 2014)

I Årsrapport 2012 kommer det fram at det er en framtidig utfordringer å redusere konsekvensene av fragmentert tjenestetilbud innen psykisk helse i kommunen. Og videre: Det blir viktig å styrke psykologtjenesten i kommunen og rette mer innsats mot tidlig hjelp ved psykiske vansker. Samhandling med andre kommuner må styrkes. Til slutt blir det viktig å få en praksis som gjør inn- og utskrivningssituasjoner mindre belastende for personer med psykisk helsesvikt. (Årsrapport 2012)

Det kommer videre fram i årsrapport 2012 at det på landsbasis at 7 pst. av pasientene i psykisk helsevern som er utskrivningsklare og venter på et kommunalt tilbud. Årsaken oppgis å være mangel på kommunalt botilbud. For mange er også evnen til å bo en utfordring. Dette er alvorlig syke pasienter som trenger omfattende tilbud i kommunene i tillegg til omsorgsboliger med bemanning og tilsyn. Tett samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten er nødvendig for å gi et godt tilbud til disse pasientene. Det kommer fram at utviklingspotensialet ligger i området mellom tjenestenivåene.

Tjenesten Psykisk helsearbeid inneholder rehabiliteringsteam for psykisk helse, miljøarbeid, veiledning og psykolog. Det er etablert samarbeid innenfor ROR, med Helseforetaket og Høgskolen i Molde. Tjenesten deltar også i prosjektene ”På egne ben i Molde” og ”Rask psykisk helsehjelp”. Dette er prosjekt for lettere angst og depresjon som går frem til 2016. Det arbeides med å utforme egen stilling for kommunepsykolog. (Budsjett 2014)

Kommunen har hatt to psykolog-prosjekt. Det første var utprøving av modell for kommunepsykolog i tett samarbeid med fastlegene (to legekantor). Dette prosjektet er avvikla og psykologen har gått over til prosjektet Rask Psykisk Helsehjelp. I tillegg til psykolog er det med psykiatrisk sykepleier, vernepleier og lege ved behov. Det er tett samarbeid med andrelinjetjenesten.

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)

Det kommer fram i budsjett 2014 at flere barn og unge har psykiske vansker og en opplever at BUP/andrelinjetjenesten stadig avviser saker, og anbefaler de som søker hjelp om å ta kontakt med helsesøster. Det er ellers en stor økning av barn og unge som ikke har det godt hjemme. Dette som følge av for eksempel skilsmisse, nye hjem, nye konstellasjoner, rusmisbruk eller psykiske problem blant foresatte, foreldre med liten tid til barna og så videre. Mange barn, unge og deres familier kontakter medarbeidere i helsetjenesten for å få hjelp når disse strever.

Det er i dag 13 enheter som har et ansvar innenfor tjenesten. Psykiatrisk sykepleier er for eksempel lagt til ulike distrikt/omsorgssenter. Det ble i 2012-2013 gjennomført en intern gjennomgang av tjenesteområdene psykisk helse og rusomsorgen i kommunen. Rapporten konkluderer blant annet med et fragmentert og lite faglig koordinert tjenesteområde, lite effektiv utnyttelse av kompetanse og ressurser, og spredte fagmiljø. (Helse- og omsorgsplan)

Ressurstjenesten er egen resultatenheter og har følgende tilbud til personer med rusavhengighet:

- Oppfølging: rehabilitering: mottaks og oppfølgingssenter, ambulant miljøteneste (AMT), nærbehandlingen for alkoholisme og avhengighet
- Ettervern: integrering: Ressurssenteret i Molde (RIM), jentegruppe, halvveishus.
- Lavterskel helsetiltak: Indigo og Sykepleie på hjul

Kommunen har Ruspolitisk handlingsplan 2012-2016

Det er i 2014 ansatt prosjektleder i plan- og utviklingsavdelingen for utvikling av tjenestetilbudet innenfor rus og psykiatri.

Helsetasjon- og skolehelsetjenesten

Helsetasjon- og skolehelsetjenesten inneholder svangerskapsomsorg, helsetasjonsvirksomhet, skolehelsetjeneste, helsetasjon for ungdom og helsetjeneste for asylsøkere. Her ligger blant annet ansvar for å følge opp gravide og barn og unges fysiske, psykiske og sosiale utvikling fra de er født til de er 20 år gamle. Dette medfører både et stort ansvar og samtidig et stort potensiale for å jobbe helsefremmende og forebyggende. (Budsjett 2014 Helsetasjons- og skolehelsetjenesten)

Det kommer fram i samtale at kommunen ligger under anbefalt norm for helsetasjon-skolehelsetjeneste, og at kommunen ikke klarer å følge opp veileder.

Molde kommune fikk 874 000 kroner som særskilt tilskudd over statsbudsjettet til helsetasjon/skolehelsetjeneste for 2014. Helsetasjon for ungdom har psykolog. I forhold til målet om tidlig innsats kommer det fram i samtale at det er ønskelig med flere psykologer i kommunen jf. også 6.6.

Jordmortjenesten er organisert som en del av helsetasjonsvirksomheten i kommunen. Samhandlingsreformen har ført til tidligere hjemreise fra føden. Dette medfører at det blir behov for tidligere og flere hjembesøk fra helsetasjonstjenesten, uten at det er tilført økte ressurser for å gjennomføre denne vridningen fra spesialist- til primærhelsetjenesten. (Budsjett 2014)

6.3 Personell - kompetanse

Sammenlignet med andre kommuner viser KOSTRA-tall følgende for Molde kommune, jf. vedlagte tabellen 11.2.9:

- Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/fagutdanning er lavere i Molde kommune enn i kommunegruppe 13, Møre og Romsdal og landet.
- Molde kommune har en høyere andel med fagutdanning fra høyskole/universitet.

- Årsverk i brukerrettede tjenester pr mottaker er høyere enn kommunegruppe 13, Møre og Romsdal og landet.
- Legeårsverk og fysioterapiårsverk per 10 000 innbygger er høyere enn kommunegruppe 13, Møre og Romsdal og landet.
- Legetimer pr uke pr beboer i sykehjem er lavere enn kommunegruppe 13, Møre og Romsdal og landet.
- Fysioterapitime pr uke pr beboer i sykehjem lavere enn kommunegruppe 13 og landet, men høyere enn gjennomsnittet for Møre og Romsdal.
- Årsverk ergoterapeuter pr 10 000 innbygger er lavere enn kommunegruppe 13 og landet, men høyere enn fylket.
- Årsverk psykiatrisk sykepleier pr 10 000 innbygger er høyere enn kommunegruppe 13, fylket og landet.

Utvikling fra 2012 til 2013 viser blant annet:

- Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/fagutdanning fra høyskole/universitet er stabil.
- Legeårsverk per 10 000 innbygger og legetimer pr uke pr beboer i sykehjem har gått opp.
- Fysioterapiårsverk per 10 000 innbygger er stabil, og fysioterapitime pr uke pr beboer i sykehjem har gått ned.

I rapport om Samhandlingsreformens utfordringer for Molde kommune 02.05.2013 kommer det også fram at Molde kommune har lavere dekning på timeantall tilsynslege og fysioterapi på sykehjem enn snittet i Norge.

I helse og omsorgsplanen blir det flere steder pekt på behovet for økte kompetanse:

- For å sikre en bærekraftig omsorgstjeneste med god kvalitet i framtida er det nødvendig med faglig omstilling i omsorgstjenestene som krever endret og høyere kompetanse, nye arbeidsmetoder og nye faglige tilnærminger. Den faglige omstillingen er først og fremst knyttet til sterkere vektlegging av rehabilitering, tidlig innsats, aktivisering, nettverksarbeid, miljøbehandling, veiledning av pårørende og frivillige og til innføring av velferdsteknologi.
- Rekrutteringsutfordringer tjenesten står overfor i planperioden gjør at kommunen må jobbe på flere fronter som for eksempel strukturelle tilpasninger, utarbeidelse av strategisk kompetanseplan for helse og omsorg, velferdsteknologi mm.
- Det blir stilt spørsmål ved om dagens organisering av tjenesteområdet er hensiktsmessig både med hensyn til fragmenterte tjenester, samhandling, kompetanse, effektiv ressursutnyttelse, og ikke minst endring i tjenestelevering som følge av samhandlingsreformen.
- Det blir pekt på behov for både kompetanseheving og ressursøkning i direkte brukerrelatert tjeneste. Dette gjelder også for ergo-/ fysioterapi og legetjenesten i tillegg til de tradisjonelle hjemmetjenestene.
- Ny kommunerolle og nye krav i henhold til samhandlingsreformen vil øke behovet for kompetanse og ressurser i forhold til forebygging og folkehelse relaterte oppgaver.
- Som følge av den struktur kommunen har på oppholds kategorier ved institusjonene, er det varierende grad av kompetanse og spesialkompetanse blant personalet. De fleste ansatte er dyktige generalister og en greier ikke å etablere gode spesialiserte fagmiljø innenfor diagnosegrupper, og kompetansen blir ikke like tilgjengelig for alle som har behov for denne. Innføring av Samhandlingsreformen viser så langt at pasienter blir utskrevet til kommunen med behov for mer teknisk og spesialisert hjelpebehov enn tidligere. Det gjelder både medisinske og kirurgiske pasientgrupper. Det siste forholdet utfordrer også kommunen på legetjenester i sykehjem. Tiltak; Kommunen må på kort sikt gjøre strukturelle endringer som gir bedre kvalitet, kompetanse og fleksibel bruk av ressurser i tjenestetilbudet til beboerne. Legetjenestene i sykehjem må styrkes.

- Helse og omsorgsplan gir oversikt over ulike stillingstyper/kompetanse og aldersfordeling. Det kommer fram at det framover blir et økende behov for spesialutdanning både for fagarbeider- og høgskoleområdene. Dette vil være innenfor rehabilitering, demensomsorg, kreftomsorg, palliativ pleie og innenfor flere fagfelt for langtidsavdelingene. Det blir vist til arbeidet med en helhetlig plan for kompetansebehovet framover.

Det er arbeid på gang med utarbeiding av **overordnet kompetanseplan** Molde. Med utgangspunkt i blant annet samhandlingsreformen startet Molde kommune arbeidet med kompetanseplan. Planen skal omfatte hele kommunen. Overordna del som vil gå på tvers av enhetene, skal behandles første halvår 2014. Den delen som omfatter ulike fagområder (helse, skole etc.) skal arbeides med andre halvår 2014. Hver enhet skal så på bakgrunn av ulike overordna føringer utarbeide planer for sin enhet. Kommunen skal kartlegge hva de har, før en vet hva som skal med i kompetanseplanen.

Det går fram av dokumentet Samhandlingsreformens utfordringer at det skal utarbeides strategisk kompetanseplan i et samarbeid mellom ROR og KS for å redusere bruk av sykehus. Hensikten er å se på hvilke utfordringer Samhandlingsreformen gir i forhold til krav til kompetanse. (Mottatt kr. 100 000 fra KS) Kommunene vil benytte tilsvarende kompetanseplan fra Sunnmøre. Det kommer fram i samtaler at det kan bli en utfordring med gjennomføringen.

Det skjer også kompetanseutvikling gjennom Molde kommune deltakelse i nasjonalt læringsnettverk for helhetlige, koordinerte og trygge pasientforløp i kommunene i regi av KS og Kunnskapscenteret. Hospitering blir benyttet, blant annet får personalet ved Kirkebakken mulighet til å hospitere ved Mork Rehabiliteringssenter i Volda. Det er også hospitering ved kreftavdelinga ved Ålesund sjukehus.

Det kommer fram følgende fra enhetene på spørsmålet om enhetene har styrket kompetansen:

- Enhetene har ikke fått tilført nye årsverk som følge av samhandlingsreformen. De seneste årene har alle pleie- og omsorgsdistrikt redusert årsverk i forhold til ledelse og merkantil ressurs. Når det gjelder kompetanseheving, har kommunen de siste årene hatt fokus på kvalifisering av ufaglærte til helsefagarbeidere, samt videreutdanning for ansatte med høgskoleutdanning: eldre og aldring, demens og omsorg ved livets slutt, psykisk helsearbeid. Kommunen har mottatt midler fra Kompetanseløftet. ROR jobber med et felles opplæringsprogram som kan tilpasses definert målgruppe. Da tenkes alt fra ansatte til ledelse både i kommunen og i helseforetaket. Nevnte opplæringsprogram er ikke ferdig enda.

Det kommer fram i samtale at tilbudet ved Råkhaugen og hjemmetjenesten har blitt styrket med flere stillinger.

6.4 Vurdering

Utvikling av tjenestetilbud, kapasitet og kompetanse

Kommunen har i sine planer 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 heldøgnsbemannede tilbud. Kommunen har iverksatt tiltak for å bedre kapasiteten for å motta utskrivningsklare pasienter blant annet økt antall korttidsplasser.

Kommunen er ennå ikke i stand til å ta imot alle utskrivningsklare pasienter som meldes fra sykehusene. I forhold til budsjett har det vært merforbruk innenfor pleie og omsorg.

Andel plasser i institusjon og heldøgnsbemannet bolig i prosent av befolkningen over 80 år ligger i 2013 under gjennomsnittet for kommunegruppe 13. (sammenlignbare kommuner)

Kommunen påpeker at relasjonen og oppgavefordelingen med spesialisthelsetjenesten er en utfordring. Pasienter som blir utskrevet fra sykehus, har større behov for oppfølging i kommunen.

Molde kommune har kapasitetsutfordringer innenfor rehabilitering. Molde kommune vil satse på hverdagsrehabilitering for å minske etterspørselen. Kommunen peker på at statlige forskrifter og rapporter er utydelige på hva som er spesialisert rehabilitering og hva som er kommunalt ansvar.

Kommunen påpeker behov og har planer, men økonomien setter begrensninger for iverksetting. Prosjektmidler har vært viktig for etablering av nye tilbud innen kreftomsorgen, palliasjon og psykisk helse.

Legetjenesten er sentral i samhandlingsreformen. Det er ut fra dette positivt at Molde kommune i tillegg til delplan for legetjenesten skal inngå nye avtaler med fastlegetjenesten i Molde.

Kommunen ser behovet for å utvikle kompetansen for å oppfylle intensjonen i samhandlingsreformen. Kommunen har skissert behov innenfor en rekke områder blant annet i helse og omsorgsplan. Det skjer noe kompetanseutvikling, men dette vil trolig skje på en mer systematisk måte når kompetanseplan for kommunen og sektoren blir ferdig. Kompetansen er i begrenset grad styrket med flere stillinger. Innenfor fysioterapitjenesten er det en reduksjon. Kommunen vektlegger spesialisering og samling av ressurser og kompetansen som i dag jobber fragmentert, for å gi et sterkere fagmiljø.

Det kommer fram noe usikkerhet knyttet til hva som er styrking som følge av samhandlingsreformen, og hva som er generelle behov for styrking og utvikling av tjenestene.

Kommunen er i en prosess og har til en viss grad utviklet tjenestetilbudet og styrket kompetansen. I forhold til tjenestene som kommunen ser behovet for, og intensjonen i samhandlingsreformen, er ikke fagkompetansen tilstrekkelig. Dette har kommunen omtalt i ulike sammenhenger. Den økonomiske situasjonen setter begrensninger. Samhandlingsreformen skal innføres gradvis i løpet av 4 år.

Molde kommune kan med fordel aktivt bruke samarbeidsavtalen. I forhold til iverksetting av samhandlingsreformen vil blant annet oppfølging av samarbeidsavtalen være sentral. Vi viser her til anbefalingen i kapittel 8 om mer systematisk oppfølging av samarbeidsavtalen. Vi viser blant annet til følgende i samarbeidsavtalen:

- Egen avtale om avvikshåndtering.
- Avtale om oppgavefordeling med krav til dialog og høringer før beslutning, planlegging av endringer i god tid og helhetlig pasientforløp.
- Avtale om inntak, innleggelse, utskriving og behandling av pasienter med behov for psykiske helsetjenester.

- Avtale om forebygging og samarbeid om tiltak for tidlig intervensjon for å forebygge psykiske lidelser hos barn og unge er et felles ansvar.
- Avtale om kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling.

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

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

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

7.2 Koordinerende enhet

Molde kommune har lagt koordinerende enhet til kontoret for tildeling og koordinering (KTK). Helse Møre og Romsdal har liste over alle koordinerende enheter i Møre og Romsdal. Leder for kontoret står oppført som kontaktperson. (Koordinerende enhet Helse Møre og Romsdal)

Det går fram av stillingsbeskrivelsen at hensikten med seksjonsleders stilling og andre stillinger er å ivareta Molde kommunes oppgaver i henhold til Lov om helse og omsorgstjenester og som kommunens koordinerende enhet. Seksjonsleder har blant sine oppgaver å være leder for koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. En av de andre stillingenes ansvar og oppgaver er å delta i arbeidet rundt koordinerende enhet.

Det kommer fram i samtale at stillingen har ansvar for å samle og ansvarliggjøre ulike aktører og sikre videre framdrift gjerne uten at ansatt fra kontoret for tildeling og koordinering deltar.

Molde kommunestyret vedtok 22.05.2014 standard for tjenester og kriterier for tildeling av helse- og omsorgstjenester. Dette omfatter også koordinerende enhet, se vedlegg.

Det kommer fram i samtaler at enheten i større grad kan ivareta kontakt med alle instanser, ha oversikt og informere. Det er aktuelt å gjøre seg mer synlig og delta på møter etc. for å finne best mulig løsning for bruker.

7.3 Individuell plan og koordinator

Det går fram av Kostra at 11 % av brukere har individuell plan i 2013. Molde kommune ligger på nivå med landet, noe lavere enn kommunegruppe 13 og noe høyere enn Møre og Romsdal. Andelen var 10,7 % i 2011 og 10,5 % i 2012.

Tabell 7.3.1 Andel brukere (eksklusiv langtidsbeboere på institusjon) med individuell plan

Kommune	Molde		Kommunegruppe 13		Møre og Romsdal		Landet	
KOSTRA funksjon	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
	10,5	11,0	10,8	11,8	9,4	9,9	10,8	11,1

KOSTRA – reviderte tall 27.06.2014

Det kommer fram i samtaler at det i Molde kommune er flest planer for barn og unge, særlig innen tiltak for funksjonshemma.

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.

I Molde kommune ligger søknadsskjema for individuell plan på nett. Det er lenke til tipshefte for individuell plan og omtale av individuell plan på Helsenorge.no.

Kontoret for tildeling og koordinering behandler søknader om individuell plan. Søknadene kommer i tillegg fra enheten tiltak for funksjonshemma, gjerne fra psykisk helsevern. Det er nå blitt flere søknader fra eldre.

Det kommer fram i samtale at det er kriterier for å få individuell plan, og at det skal skrives vedtak. Kontoret for tildeling og koordinering legger vekt på at det skal være to eller flere tjenester og behov for langvarige og koordinerte tjenester for å få individuell plan. Det kommer fram i samtale at det for eksempel ikke er tilstrekkelig med behov for en tjeneste fra kommunen og en fra andrelinjetjenesten.

Det kommer ikke mange initiativ fra helseforetaket, med unntak for barne- og ungdomspsykiatrien. Det kommer fram at det er en holdning i andrelinjetjenesten at alle har krav på individuell plan.

De som er under 18 år, kan også ha individuell opplæringsplan (IOP). Skole har ansvar for individuell opplæringsplan. Individuell opplæringsplan pluss tjenester fra en enhet innenfor helse og omsorg utløser ikke rett til individuell plan. Det kommer fram at det må være to eller flere innenfor helse og omsorg. Pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT) regnes her ikke som en helsetjeneste. Det kommer fram at PPT er veldig tydelig og bevisst på dette, og at det er noen utfordringer i forhold til dette. 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 omsorgstjenesteloven.

Kommunen tok i bruk verktøyet Sampro i 2006. Sampro er et elektronisk verktøy for å lette samarbeidet rundt individuell plan. Det kommer fram i samtale at dette er et godt verktøy som forenkler hverdagen for koordinator. En kan koble på hvem en vil. Det kommer videre fram at

systemet blir brukt for lite, og at folk/ansatte er usikre på Sampro. Det er eksempel på aktive foreldre som bruker verktøyet.

Det kommer fram i samtale at det er en utfordring å finne koordinator, og at det er vanskelig å få folk til å stille. Kommunen har et problem når det gjelder det å sikre koordinatorene. Det blir vist til at dette er et problem i flere kommuner.

Skole og PPT vil for eksempel helst ikke være koordinator, men noen skoler tar ansvaret. Kontoret for tildeling og koordinering er avhengig av «goodwill».

Det krever tid og ressurser å finne koordinator. Arbeidet krever prosedyrer, møtereferat og frigitt tid. Gjennom Sampro og effektiv bruk av møter, kan det være lettere å få det til.

Det kommer fram i samtaler at kontoret for tildeling og koordinering må bli mer synlig og gi rådgivning til koordinatorene, og at det er en del arbeid å gjøre for arbeidsgiver her. Det må gis rom for å være koordinator.

Kontoret for tildeling og koordinering har fokus på hvem som har mest med bruker å gjøre. Det er dialog med enheten/aktuell koordinator, og en hører alltid med bruker først. En legger vekt på å finne de med god relasjon, og at individuell plan skal være en aktiv plan.

Ergoterapeuter og fysioterapeuter har i mange tilfeller rollen som koordinator.

Når det kommer en søknad eller det tas initiativ ved behov, tas de aktuelle inn til møte. Det er først møte med bruker og eventuelt pårørende, så internt arbeidsmøte før møte der bruker er med. Det skjer en kartlegging i forkant.

Ved avlastningsopphold er det leder for avlastningen som får en koordineringsrolle. Det blir leders oppgave å delegerer. Primærsykepleier vil gjerne få en rolle. Koordineringsansvaret blir her ikke skriftlig formulert.

Det går fram av Geric (elektronisk pasientjournalssystem) hvor mange som har innvilget IP, hvem som har koordinator og hvem som bruker Sampro. Det er få som bare har koordinator, eller som har bedt om det. Det kommer fram i samtale at det bør bli flere som får koordinator. Det kan også bli utarbeidet enklere planer. Dette er for eksempel aktuelt for kreftkoordinator.

Molde kommune hadde tidligere et prosjekt knyttet til individuell plan. Det går fram av budsjett 2014, under avsnitt om nye delplaner i planstrategien, at plan for individuell plan bør oppdateres snarest for å tilpasses nye lovkrav og kommunal organisasjon. Det blir vist til at gjeldende plan er gammel.

Molde kommunestyret vedtok 22.05.2014 standard for tjenester og kriterier for tildeling av helse- og omsorgstjenester. Dette omfatter også standard for individuell plan og koordinator, se vedlegg.

På oppdrag fra Rådet for funksjonshemmede har særorganisasjoner kommet med følgende innspill til arbeidet med denne rapporten:

- Koordinerende enhet er oppe og går i Molde kommune. Men mangel på kunnskap om bruken av Individuell Plan, IP, gjør at pasienter ikke mottar sine helhetlige helsetjenester på tross av kjennskapet til IP.

- Kompetanseutvikling og veiledning blir gitt, men når det kommer til hvordan IP skal brukes, så er den mangelfull. Det mangler et fullgodt pasientforløp.

7.4 Andre tiltak

Opprettelse av **ansvarsgruppe** er en metode for å sikre den enkelte bruker best mulig medvirkning og koordinering av egen re-/habiliteringsprosess. Ansvarsgruppe er en tverrfaglig og tverretattlig samarbeidsgruppe. Den består av bruker/ brukers pårørende eller verge og ulike fagpersoner som har kontakt med bruker. Deltakere i ansvarsgruppen samarbeider og samordner aktuelle tiltak innenfor eget ansvarsområde og den ressursrammen som er til disposisjon. Alle saker skal løses på lavest mulig nivå. Kommunestyret vedtok mai 2014 standard for ansvarsgrupper:

- Sikre brukermedvirkning ved utforming, gjennomføring og evaluering av tjenestetilbud.
- Sikre tverrfaglig samarbeid, informasjonsflyt og koordinerte tjenester, herunder smidige overganger i tiltakskjeden.
- Sikre målrettet og helhetlig arbeid, der alle har kjennskap til sitt ansvarsområde.

Ansvarsgruppe skal etableres ved utarbeidelse av individuell plan og ved behov for samordning av et helhetlig tjenestetilbud etter samtykke fra bruker/ pårørende/ verge.

Molde kommune har så langt ikke reforhandlet avtalene med **fastlegene** etter samhandlingsreformen. Det skal skje forhandling av delavtaler i løpet av 2014. Kommunen har et ansvar for å legge til rette for samarbeid også mellom fastlegene og helseforetaket jf. vedlagte forskrift. To fastleger deltok i styringsgruppen for samhandlingsreformen. Kommuneoverlegen vil ta del i nyetablert strategisk utviklingsgruppe for helse og omsorg. Fastlegene deltar i ansvarsgruppemøter og samarbeider om enkeltpasienter/-brukere. Kommunen ønsker å trekke fastlegene med i arbeidet med pasientforløp. Fastlegene har også et ansvar for koordinering jf. vedlagte forskrift. Det kommer fram i samtale at kommunens administrasjon har god kontakt med fastlegene, på mail, møte, etc.

Organisatoriske tiltak

Det går fram av budsjett 2014 at flere utredninger konkluderer med at tjenestene i kommunen på flere områder er fragmentert og lite koordinert. Og videre:

«Sett i samhandlingsformens perspektiv vil dette utfordre kommunen, både innenfor helsetjenestene, pleie og omsorg og innen psykisk helse og rus. Det er iverksatt prosjekter der gode, trygge kommunale pasientforløp og identifisering av modeller som sikrer en organisering av tjenestene på en slik måte at tjenestemottaker opplever en sammenhengende flyt av tjenestetilbudet på tvers av kommunale enheter og opp mot spesialisthelsetjenesten, er målet.» (Budsjett 2014) /Framtidige utfordringer)

Kontoret for tildeling og koordinering har en sentral rolle når det gjelder koordinering av tilbudet til bruker og pasient. Kontoret har ikke kompetanse på alle områder og må oppsøke og samarbeide med ulike kompetanse i organisasjonen blant annet gjelder dette for fysioterapi, rehabilitering og psykisk helse. Dette kommer fram i samtaler at det har vært en utfordring å sikre gode rutiner for dette samarbeidet og gode prosesser rundt vedtak. Det kommer videre fram at samarbeidet har gått seg til. Kontoret legger vekt på å utvikle samarbeidet med ulike enheter, og tidlig dialog med bruker. Det kommer fram at samordning og koordinering tar ressurser i en situasjon der alle instanser har nok å gjøre. Hvordan dette løses, kan også være personavhengig. Molde kommunestyre vedtok 20.06.13, sak 46/13, en styrking av Kontoret for tildeling og koordinering. Det framgår blant annet følgende av saksframlegget:

- Det ble heller ikke fullt ut tatt høyde for at KTK fikk rollen som koordinerende enhet, herunder ansvar for Sampro, som er et program for elektronisk individuell plan. Et ansvar overført fra Helseavdelingen. Området er pr dato ikke tilfredsstillende ivarettatt.

Kommunen arbeider også for å sikre **samordning av tjenestene innfor rus og psykiatri**. Det er ansatt prosjektleder i plan- og utviklingsavdelingen i prosjekt for utvikling av tjenestetilbudet. Tilbudet er i dag fragmentert med 13 enheter som har et ansvar. En skal se på framtidig organisering.

Møter og samarbeidsfora

Kommunen har etablert **intern samordningsgruppe for helse og omsorg**. Styringsgruppe for oppfølging av samhandlingsreformen ble etablert i 2011. Gruppen hadde hyppige møter i 2011 og 2012. Styringsgruppa har eksistert fram til nå med fagsjef pleie og omsorg som leder. Styringsgruppa skal ha en rolle knyttet til overordna koordinering av helse- og omsorgsarbeidet i kommunen. Alle aktuelle enheter og tjenesteområde vil delta. For eksempel har ikke tiltak for funksjonshemmede vært med tidligere. Det vil skje en avklaring av gruppas funksjon høsten 2014 da gruppa vil få sitt mandat. Kommunalsjef for plan og utvikling skal lede arbeidet. Gruppen har fått navnet: Strategisk utviklingsgruppe for helse og omsorg. Det kommer fram i samtale at det er behov for en slik gruppe, blant annet fordi det er vanskelig å holde oversikt og følge opp helse- og omsorgsplan.

Fagsjef for pleie og omsorg har faste fagmøter med enhetsledere; distriktsledermøte. Fagsjefen har også **faste møter** med helsetjenesten ca. en gang per måned. Fagsjefen koordinerer dette, men har ingen myndighet for tjenestene helse og omsorgstjenestene samlet. Kontoret for tildeling og koordinering har også etablert flere faste møter, også med Molde sjukehus, for å sikre koordinering og helhetlige tilbud. Det er ikke faste møter med hjemmetjenesten, men behovet for dette blir vurdert. Aktuelle instanser blir samlet til møter ved behov.

Nettverket i regi av **Romsdals regionråd** har etablert faste møter med Molde sjukehus og vil etablere dette som en fast ordning to ganger i året.

Eksempel på sentrale prosjekter

- KS og Kunnskapssenteret har invitert kommunene til å delta i nasjonalt **læringsnettverk** for helhetlige, koordinerte og trygge pasientforløp i kommunene. Satsingen er forankret i kvalitetsavtalen mellom Helse og omsorgsdepartementet og KS, og er et virkemiddel for å møte hovedutfordringene i samhandlingsreformen: bedre koordinering av tjenestene, økt helsefremmende innsats for å begrense og forebygge sykdom, og utvikling av bærekraftige tjenester for å møte den demografiske utviklingen. I stedet for standardiserte diagnoselaterte forløp, er fokuset på hva den enkelte pasient trenger og ikke hva som er i veien. Pasientene blir spurt om hva som er viktig for dem. Fra Møre og Romsdal deltar Molde kommune. Helse Møre og Romsdal møter også med en representant i kommunens arbeidsgruppe. Molde kommune skal kartlegge pasientforløpet 14 dager etter utskrivning for pasienter som er avhengig av hjemmetjenesten etter utskrivning. Så langt er det lite kontakt med fastlegene. I det videre arbeidet vil de også trekke med fastlegene. Kommunen ønsker å få legene til å ta en rolle og følge opp pasientene.
- Molde kommune deltar også i prosjektet **Samarbeid om koordinerte tjenester for barn og unge**. «Kvalitet i alle ledd – koordinerte utrednings- og behandlingslinjer for barn og unge» er et **samarbeidsprosjekt** mellom Klinikken for barn og unge og kommunene Averøy, Fræna, Molde og Smøla. Målet med dette arbeidet er å utvikle gode samarbeidsrutiner mellom familier, kommuner og spesialisthelsetjeneste, slik at barn med sammensatte vansker og behov får så god og samordnet hjelp som mulig.

7.5 Vurdering og anbefaling

Koordinerende enhet

Kommunen har etablert koordinerende enhet og har fast ansatte med ansvar for denne funksjonen. Gjennom økning med en stilling blir denne funksjonen bedre ivaretatt.

Individuell plan og koordinator

Individuell plan og koordinator er sentrale virkemiddel for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester. Molde kommunen har utarbeidet standard for tildeling av individuell plan. Kommunen bør vurdere kriteriene for å få tildelt individuell plan blant annet vil også individuell plan kunne være aktuelt for pasienter/brukere som får tilbud fra ulike nivå. Det kunne med fordel komme tydeligere fram hva som er rettigheter i forhold til lov og forskrifter, og hva som er kommunens standard. Molde kommune bør videreføre arbeidet med å utvikle individuell plan.

Det er en utfordring å sikre tilstrekkelig med koordinører. Molde kommune bør legge bedre til rett for å få flere koordinører. Pasienter/bruker vil også ha rett på koordinator uavhengig av om de har individuell plan.

Andre tiltak for å sikre koordinerte og helhetlige tilbud

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

Molde kommune deltar blant annet i nasjonalt læringsnettverk for helhetlige, koordinerte og trygge pasientforløp i kommunene. Prosjektet legger vekt på helhetlig tilbud internt i kommunen. Kommunen ønsker å trekke fastlegene sterkere med i dette arbeidet. Fastlegene skal også ha en koordinerende rolle jf. forskrift. Samarbeidsrutiner og ansvarsfordeling med fastlegene er sentralt for å sikre koordinerte og helhetlige tilbud. I samsvar med samarbeidsavtalene er også utvikling av pasientforløp i samarbeid med helseforetaket sentralt.

Kommunen har iverksatt organisatoriske tiltak og samarbeidsfora for å sikre samordning. Det er blant annet lagt opp til en samarbeidsstruktur internt i kommunen på overordna nivå som legger til rette for samarbeid. Dette kan bidra til å utvikle og sikre helhetlige og koordinerte tilbud for pasienter/brukere.

Anbefaling

- Molde kommune bør i større grad prioritere arbeidet med å sikre koordinerte og helhetlige helsetjenester herunder legge forholdene til rette for koordinører og utvikle samarbeidet med fastleger og helseforetaket i samsvar med samarbeidsavtalen.

8 Samarbeidsavtalene

8.1 Problemstillinger og revisjonskriterier

Problemstilling

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

Status for samarbeidsavtalene vil i stor 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 sosialtjenesteloven jf. vedlagte omtale. Vi har satt opp følgende revisjonskriterier.

Revisjonskriterier

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

8.2 Samarbeidsavtalene

Samarbeidsavtalen mellom Molde kommune og Helse Møre og Romsdal ble inngått 2012. Høsten 2013 har kommunene i Møre og Romsdal og helseforetaket reforhandle samarbeidsavtalen med vedlegg. Samarbeidsstrukturen skal vurderes nærmere og vil tas opp senere. Molde godkjente reforhandlet/evaluert samarbeidsavtale i sak 14/14, 20.03.2014. Det ble i tillegg vedtatt egen avtale for avvik og forbedringsarbeid.

Det er gjennomført mindre justeringer. Det er nå blant annet tatt med hva som skal være med av dokumentasjon. Det kommer fram i samtaler at det er litt for tidlig for en større revisjon, og at det er forhold som er aktuelt å ta opp ved neste revisjon blant annet når det gjelder reinnleggelser. Avtalen omhandler reinnleggelser innen 48 timer, mens en i nettverket for pasientforløp opererer med 30 dager.

Det kommer fram at det er brukt mye tid på å få på plass avtalene. Det blir understreket at det har bedret seg når det gjelder å bli likeverdig parter.

Medvirkning

Kommunal styringsgruppe for samhandlingsreformen har vært ansvarlig for kommunens revisjonsuttale/høringsuttale. Det kom inn få innspill fra enhetene.

Brukermedvirkning ble ivaretatt på den måten at eldrerådet og rådet for funksjonshemma behandlet revidert avtale før den gikk til kommunestyret. Eldrerådet behandlet reforhandlet avtale i møte 10.03.2014 og slutta seg til rådmannens innstilling. Det er vanligvis leder for eldrerådet og rådet for funksjonshemma i samråd med sekretær som blir enig om hvilke saker som skal behandles i utvalgene.

Forankring og oppfølging av avtalen

Strategisk utviklingsgruppe for helse og omsorg har et ansvar for oppfølging av avtalen. Det er ikke på alle områder definert tydelig hvem som skal ha ansvar for oppfølging av ulike deler av avtalen. Fagsjefen har et ansvar for pleie- og omsorg. Tildelingskontoret følger opp

avtalens vedlegg 5a, samarbeid om utskrivning av pasienter med behov for somatiske helsetjenester, og 5 b Samarbeid om utskriving av pasienter med behov for tjenester innenfor psykisk helsevern.

Det kommer fram følgende i samtaler:

- Det tar tid og ressurser å komme praktisk opp og gå.
- Enhetene har ikke eierforhold til avtalen.
- En er avhengig av flere ledere for oppfølging av avtalene.
- For avtalen om forebyggende og helsefremmende arbeid vil folkehelsekoordinator være en av mange ansvarlige.
- Det har så langt vært fokus på avtalene knyttet til inn- og utskriving av pasienter. Denne del av avtalen er konkret og lettere å følge opp.
- Det er aktuelt å sette ned ulike grupper for å implementere samarbeidsavtalene.

Enhetsledere innen pleie og omsorg er spurt om de og de ansatte er kjent med samarbeidsavtalen mellom kommunen og helseforetaket. Det kommer fram at lederne er kjent med avtalen, men utfordringer er å nå ut til alle ansatte da avtalen er veldig omfattende. Og videre: «Vi ser kanskje ikke behovet for at alle ansatte skal kunne avtalen ned til minste detalj. Den praktiske gjennomføringen er de kjent med, men spesialistene her er jo KTK.» (Kontoret for tildeling og koordinering.)

Kommunen er representert i ulike samarbeidsfora. Fagsjef for pleie og omsorg er med i nettverk i regi av ROR. Helsesjefen, med leder for tildelingskontoret som vara, er med i administrativt samhandlingsutvalg, og rådmannen er med i overordna samhandlingsutvalg. (Samhandlingsutvalga)

ROR har tatt initiativ til møte med Molde sykehus/Helseforetaket. Det er planlagt to møter i året. Det kommer fram at det er forbedringsområder knyttet til møte med helseforetaket, og at det er behov for fora for å drøfte utfordringer og forbedringsområder. Dette gjelder i første rekke samhandlingsfora på utøvende nivå. Det blir understreka at det er viktig å få med enhetsledere, og at utøvende nivå må med.

ROR 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. Det kommer fram i samtale at presentasjonen må gjennomføres på alle nivå. Blant annet må utøvende nivået få slik opplæring. I helseavdelingen vil det bli informert om avtalen når den er underskrevet. Før har avtalen sirkulert. Det blir pekt på at det er «et stykke opp» for å få til opplæring.

Avtalen er tilgjengelig i arkiv- og saksbehandlingssystemet Ephorte. Avtalen, med unntak for alle vedleggene som utgjør hoveddelen, ligger også i kvalitetssystemet Rettesnora. Der ligger videre avtale og prosedyrer for samarbeid om avvikshåndtering og forbedringsarbeid. Det er planer om å legge hele avtalen inn i kvalitetssystemet og på kommunens hjemmeside.

Så langt er det sendt avvik angående for eksempel manglende dokumentasjon knyttet til avtalen om inn- og utskriving. Vedtatt avviksrutiner omfatter alle samarbeidsområder som omfattes av avtalen. Avvik skal sendes til leder for tildelingskontoret som så sender det videre til helseforetaket. Avvikshåndteringen er samordnet med kommunens avvikssystem.

8.3 Kompetanseutvikling og veiledning

Det er egen delavtale (vedlagt) 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 samtaler at når det gjelder kunnskapsoverføring og veiledning, er det ikke noe system for dette. Det blir pekt på at kommunen er for lite flink til å bruke sykehuset til veiledning. Kommunen etterspør ikke veiledning fra helseforetaket på en systematisk måte. Det kommer videre fram at dette handler litt om kapasitet, at lederne ute må være med, og at fagutvikling må skje ute på enhetene.

Når det gjelder enkeltklienter/på individnivå der det er krav til opplæring, er helseforetaket på tilbudssida, og sjukehuset stiller opp.

Fastlegene har lang tradisjon angående kontakt med sykehuset i forhold til innleggelse m.m.

Ansatte ved Molde kommune har faste møte ved Molde sykehuset knyttet til utskrivningsklare pasienter. Det kommer fram at det er noen utfordringer knyttet til dialogen med sykehuset, fordi sykehuset er diagnoseorientert mens kommunen er funksjonsbasert. Kreftkoordinator har godt samarbeid med helseforetaket og har hospitert i Ålesund kommune og ved kreftavdelingen. Kreftteam er sporadisk i kommunen. Det er få møter.

Når det gjelder kompetanseutvikling, kommer det fram i samtaler at kommunen ønsker å prioritere hospitering og at kommunen har lagt vekt på dette. Det er satt av kommunale midler. Det blir gitt støtte til reise. Hospitering skjer uavhengig av avtalen. Helseforetaket sier ikke nei når de spør. I forbindelse med etablering av øyeblikkelig hjelp tilbud vil kommunen lage en plan for kompetanseutvikling inklusiv hospitering.

Vi viser også til omtale av arbeidet med kompetanseplan i kapittel 6.

8.4 Vurdering og anbefaling

Samarbeidsavtalene mellom Helse Møre og Romsdal og Molde kommune

Kommunen har vedtatt samarbeidsavtaler. Medvirkning er til en viss grad sikret i utarbeidelse og revisjon. Eldrerådet og rådet for funksjonshemmede har fått avtalen til behandling før behandling i kommunestyret. Det kan være behov for å styrke medvirkningen i samsvar med avtalen.

Strategisk utviklingsgruppe for helse og omsorg har et overordnet ansvar for oppfølging av avtalen. Ansvar for oppfølging av avtalen ellers framstår noe uklart på noen områder. Dette bør klargjøres. I regi av ROR blir det utarbeidet et opplegg for opplæring av ansatte. 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. Dette blir ytterligere forsterket av at både helseforetaket og kommunen har økonomiske utfordringer og skal omstille egen virksomhet.

Kommunen er godt representert i ulike samarbeidsfora. Kommunene i regi av ROR har etablert faste møtearena med Molde sjukehus. Dette framstår som positivt og en viktig arena for utvikling av samarbeidet. Det er også faste møte knyttet til utskrivning av pasienter.

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

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

9 Økonomi og bruk av sykehustjenester

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 beskrivende del knyttet til økonomiske virkemidler, økonomiske kostnader og kommunens bruk av sykehustjenester. 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 kontroll av utgiftene.
- Kommunen har fokus på/har satt i gang tiltak for å redusere utgiftene til unødvendig bruk av sykehusene.

9.2 Samhandlingsreformen i Molde kommune – økonomiske konsekvenser

Molde kommune har økonomiske utfordringer og har hatt det over flere år. Pleie og omsorg har hatt merforbruk i forhold til budsjett. Det er i første rekke gjennom prosjektmidler nye tilbud blir etablert.

For å følge opp samhandlingsreformen får Molde kommune midler til utskrivningsklare pasienter, medfinansiering og tilleggskompensasjon. (jf. omtale i kap. 3) Kommunen får trekk for øyeblikkelig hjelp plasser.

I budsjettet for 2014 kommer det fram følgende om kommunens tildelte midler:

- Egentlig var dette i oppstartsfasen det man kaller et ”nullsumspill”, når en ser det i et nasjonalt makroøkonomisk perspektiv. Imidlertid fordeles midlene til kommunene etter andre kriterier enn det faktiske forbruk av sykehustjenester. Det kan derfor skje at noen kommuner får tildelt mer i rammeøkning enn hva de vil måtte betale for sine innbyggers sykehusopphold. Likeså vil det være kommuner hvor det motsatte kan

skje. Molde kommune ser så langt ut til å havne i denne siste gruppen. For å kompensere for dette ble det, i tillegg til innføring av egen delkostnadsnøkkel i inntektssystemet, også innført en treårig kompensasjonsordning. Ordningen gir de kommunene som er underfinansiert, et tilskudd etter særskilt fordeling. Molde kommune er én av kommunene som får dette tilskuddet.

I 2014 fikk Molde kommune 7,3 mill. kroner i kompensasjon pga. underfinansiering.

Midler til øyeblikkelighjelp-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.

Årlig trekk ø-hjelp i rammen til Molde kommune (anslag):

- 2012: 0,26 mill. kroner
- 2013: 0,44 mill. kroner
- 2014: 0,45 mill. kroner

Det betyr at samlet trekk for ø-hjelpsplasser i 2014 (akkumulert) blir 1,14 mill. kroner. Det vil si at dersom denne ordningen ikke hadde blitt innført, skulle rammetilskuddet til Molde kommune vært 1,14 mill. større i 2014. (Kilde: Molde kommune)

Det finnes ikke eksakte beregninger på hvor mye av rammefinansieringen som er knyttet til medfinansiering og utskrivningsklare pasienter for den enkelte kommune. I tabellen nedenfor er det derfor lagt til grunn nasjonal nøkkel fra 2012 da reformen startet opp. Dette gjelder både for kostnadsnøkkel og tilleggskompensasjon. Dette vil dermed være anslag.

Tabellen nedenfor viser tildelte midler til medfinansiering og utskrivningsklare pasienter i 2012, 2013 og 2014 og hvilke utgifter kommuner har hatt til helseforetaket/sykehusene.

Tabell 9.2.1 Anslag rammeoverføring/inntekter samhandlingsreformen Molde kommune – utgifter/regnskap

	2012		2013		2014	
	Inntekter	Utgifter	Inntekter	Utgifter	Inntekter	Utgifter*
Medfinansiering	32,8	32,3	35,2	31,3	36,3	25,7
Utskrivningsklare pasienter	3,7	8,0	3,9	4,7	4,1	3,5
Sum	36,5	40,3	39,1	36,0	40,4	29,2

Kilde: Budsjettseksjonen Tall i millioner. (Trek for ø-hjelp er ikke tatt med her.) * pr 11.9.2014

I 2012 var utgiftene til sykehusene større enn inntektene (anslag for overføringer fra staten). I 2013 var derimot inntektene større enn utgiftene, også om en tar med trekket for ø-hjelp plasser.

Dette gir ikke noe fullstendig bilde av samhandlingsreformens økonomiske konsekvenser for kommunen. Kommunen etablerte blant annet Råkhaugen lokalmedisinske senter i 2012. Vi viser til avgrensningen for denne undersøkelsen jf. avsnitt 2.4. Siden Molde kommune hadde mange utskrivningsklare pasienter, fikk ikke kommunen «friske» midler til disposisjon i 2012.

Molde kommune blir kompensert totalt med 40,4 mill. kroner i 2014 til medfinansieringsordningen og utskrivningsklare pasienter. Det kommer fram i budsjett for 2014 at det er vanskelig på nåværende tidspunkt å mene noe sikkert om dette vil dekke de utgiftene kommunen faktisk får i 2014. (Budsjett 2014 – Økonomiplan 2014-2017) Per 11. september 2014 hadde kommunen hatt utgifter på 29,2 mill. kroner.

Molde kommune har i forhold til kommunens *budsjett* hatt merforbruk både i 2012 og 2013. Merforbruket var størst i 2012 jf. tabellen nedenfor.

Tabell 9.2.2 Regnskap og Budsjett Molde kommune

Medfinansieringsordningen – tusen kroner*				Utskrivningsklare pasienter – tusen kroner			
År	Regnskap	Budsjett	Avvik	År	Regnskap	Budsjett	Avvik
2012	32 333	31 519	-814	2011	676	556	-120
2013	31 339	30 996	-343	2012	8 944	6 412	-2 532
2014		32 495		2013	4 710	4 011	-699
				2014		4 033	

*Endelig avregning 2013 finner sted i november 2014 – anslag kom sommeren 2014, budsjettseksjonen

Kommunen betalte helseforetaket 8 mill. kroner for utskrivningsklare pasienter i 2012. I tillegg har kommunen i regnskapet utgiftsført 0,9 mill. på denne posten. Årsaken var at omsorgssentrene fikk beskjed om å ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehuset på overbelegg. De fikk denne summen for å dekke sine utgifter til ekstra innleie for at antall utskrivningsklare pasienter skulle bli redusert. Dvs. at kommunens samlede utgifter skulle gå ned. Det er usikkerhet om summen var tilstrekkelig til å dekke merutgiftene internt, men utgiftene til helseforetaket og samlet for kommunen gikk ned. Kommunen hadde ikke hatt de utgiftene dersom samhandlingsreformen ikke hadde vært innført, og utgiftene til helseforetaket ville ha vært enda større dersom kommunen ikke hadde økt kapasiteten midlertidig i egen organisasjon. (Seksjon for budsjett og økonomi, Molde kommune)

9.3 Utskrivningsklare pasienter

Opphold for utskrivningsklare pasienter har gått opp og liggedager for utskrivningsklare pasienter har stabilisert seg på et lavere nivå i alle helseregioner. ([Helsedirektoratet](#)) Vi ser samme utvikling i Molde kommune.

Tabell 9.3.1 Utskrivningsklare pasienter i Molde kommune

	Antall 24 t meldinger	Antall personer liggende etter meldt utskrivningsklar	Antall døgn kommune må betale for	Gjennomsnitt dager per person
2012	825	153	1771	11,6
2013	1100	164	1425	8,7

(Kilde: Molde kommune)

Det er en økning på 275 24-timers meldinger fra 2012 til 2013. Økning i snitt pr måned for samme periode er 24. Dette gir et bilde på vekst i behovet for tjenester. (Sak kommunestyret 24.4.2014). Utviklinga fram til og med august 2014 viser en liten nedgang i forhold til 2013, se vedlagte figur 11.2.3.

Antall personer som har blitt liggende på sykehus etter at de ble meldt utskrivningsklar fra helseforetaket, har gått noe opp fra 2012 til 2013. Utviklinga fram til og med august 2014 viser en nedgang i forhold til 2013, se vedlagte figur 11.2.4.

Antall døgn kommunen må betale for har gått ned fra 2012 til 2013. Antall døgn kommunen må betale for var høyere i 2014 enn i 2013 de tre første månedene i året, mens det i juni, juli, august har vært en nedgang, jf. vedlagte figur 11.2.5.

Fra 01.01.14 ble døgnprisen økt fra kr 4125,- til kr. 4255,-. Pr. 22.08.14 har kommunen registrert 793 døgn som kommunen må betale for. Dette utgjør kr 3 374 215, som tilsvarer i gjennomsnitt på kr. 14 420,- pr døgn.

Molde kommune har hatt noe bedre kapasitet den siste tiden. I løpet av sommeren er antall pasienter med langtidsvedtak på korttidsinstitusjonen redusert fra 18 i juni til mellom 2 og 5 til midten august. Dette har igjen økt, og det er i dag 9 pasienter med langtidsvedtak på Kirkebakken.

Kommunen viser til at det innenfor pleie og omsorg er en krevende fase med behov for økte ressurser (pukkelfase) i forhold til overgang fra institusjonsbasert tjenestefokus til hjemmebasert, og at kommunen har stort behov for økt kapasitet for å ta imot pasienter fra sykehuset.

I alt hadde 473 økt hjelpebehov etter utskriving fra sykehus i 2013. Vel halvparten reiste hjem med økt hjelpebehov, mens litt under halvparten kom på korttidsopphold med økt hjelpebehov. Mange reiste også hjem med økt hjelpebehov etter korttidsoppholdet. Utviklingen fram til august 2014 viser en liten nedgang i hjelpebehov jf. vedlagte figur 11.2.6

Tabellen nedenfor viser andel utskrivningsklare pasienter etter pasientgruppe og de meste vanlige sykdomsgrupper.

Tabell 9.3.2 Utskrivningsklare pasienter etter pasientgrupper – de mest vanlige sykdomsgrupper – prosent.

	2012		2011		2010	
	Molde	Landet	Molde	Landet	Molde	Landet
Kreft	8,6	7	9,9	8,1	14,7	9,3
Lungebetennelse	7,0	7,8	4,1	7,2	6,3	7,8
Nyre, urinblære, prostata	4,7	5,9	-	5,3	5,3	5,3
Nervesystemet - hjerneslag	5	8	10,7	9,9	-	10,2
Muskler og ledd	15,9	17,1	10,7	11,4	5,3	4,3
Akutt skade, hofte/lår – kirurgi	8,6	6,9	19,8	11,0	20,0	10,4

Helsedirektoratet

Molde kommune har tatt opp utfordringer knyttet til utskrivningsklare pasienter i ulike sammenhenger. Kommunen har beskrevet dette i ulike dokumenter som gjengis nedenfor:

- Kommunen er ennå ikke i stand til å ta imot alle utskrivningsklare pasienter som meldes fra sykehusene. Dette gir en økonomisk utfordring, og et kapasitetsproblem ved at kommunen ikke greier å gi et godt nok avlastnings- og korttidstilbud til hjemmeboende. (Budsjett 2014 Framtidig utfordringer)
- Sykehuset øker sin produksjon og pasientene har kortere liggetid. Pasientene er mer ressurskrevende for kommunen når de er utskrivningsklar. Dette dokumenteres gjennom tilbakemeldinger fra tjenesteapparatet, men også i økning i antall 24-timers meldinger til kommunen. (Oppfølging Helse og omsorgsplan og budsjettvedtak for 2014. Molde kommunestyre 24.4.2014.)
- Kirkebakken omsorgssenter hadde et merforbruk på over 8 mill. kroner. Merforbruket ligger i hovedsak på institusjonsdriften som hadde et avvik på vel 6 mill. kroner. Årsaken til merforbruket skyldes at sykehjemmet inntil september hadde 6-8 personer i overbelegg. Det for å avhjelpe situasjonen med utskrivningsklare pasienter fra sykehuset. (Årsrapport 2013)
- Kommunen hadde 343 færre betalte liggedøgn i 2013 i fht 2012. Sett sammen med økning i antall 24-timersmeldinger viser dette at tjenesten økte sin produksjon i 2013 gjennom styrket hjemmetjeneste og planlagt overbelegg ved institusjonene. Etter

spesialisering av sykehjemmene har det ikke vært planlagt overbelegg i institusjonene. Dette, sammen med minimal sirkulasjon ved korttidsinstitusjonen pga. mange som ligger med vedtak om langtidsplass, gjør at vi ikke kan ta imot pasienter fra sykehuset som forventet. - Kommunen har pasienter liggende på sykehuset til en døgnpris av kr. 4255.- Det medfører store kostnader og er helt feil bruk av ressurser. (Oppfølging Helse og omsorgsplan og budsjettvedtak for 2014. Molde kommunestyre 24.4.2014.)

Det kommer fram at Molde kommune har stor fokus på utskrivningsklare pasienter, blant annet:

- Samarbeidsavtalen om utskrivning av pasienter med behov for somatiske helsetjenester, er den del av avtalen som har fått mest oppmerksomhet i Molde kommune.
- Rådmannen har jevnlig rapport til politisk nivå, drifts- og forvaltningsutvalget, om situasjonen når det gjelder utskrivningsklare pasienter.
- Liggedøgn utskrivningsklare pasienter er tatt med som indikator i kommunens mål- og rapporteringssystem; BMS.
- Tildelingskontoret har ansvar for oppfølging av utskrivningsklare pasienter. Regningene blir gjennomgått av tildelingskontoret. De kontrollerer at fakturagrunnlaget stemmer. Det er enighet om felles måte å sende avvik, og det er færre meldte avvik knyttet til faktura nå enn tidligere.

Det kommer fram i samtaler med ansatte at det også i Molde kommune er diskusjon om når pasienten er utskrivningsklar. Det blir stilt spørsmål om det er når medisinske og foreløpig epikrise ligger føre. Kommunen mener det ved utskrivning skal det være tilstrekkelig dokumentasjon. Det blir også påpekt at utskrivning ofte skjer på fredager. Pasienten får gjerne ikke lenger to dager ekstra for å styrke seg.

Kontoret for tildeling og koordinering har en sentral rolle i forhold til utskrivningsklare pasienter. Kontoret ble styrket med en stilling i 2013. Det kommer fram i sak til kommunestyret at dette var nødvendig for å gjennomføre faglige vurdering av søknader om tjenester innen helse og omsorg, beregne og fakturere brukerbetaling og koordinere virksomhet. Det kommer videre fram at kontoret lever på grensen av det forsvarlige og ytterligere kutt vil svekke tjenestens evne til å håndtere situasjonen og risikere svikt i inntekter for kommunen. (Budsjettrevisjon 1 2014 – sak 1/14 kommunestyret 13.02.2014)

Kontoret for tildeling og koordinering møter på sjukehuset to ganger i uka for dialog om utskrivningsklare pasienter. Det blir opplyst om at det er god dialog med sjukehuset. Det er dialog med personalet som har ansvaret for pasienten på sykehuset, og pårørende blir trukket inn. Kontoret har egen telefon som bare sjukehuset benytter. Telefonen er alltid betjent av ansatt i kommunen mellom kl. 08.00 og 15.00 på hverdager.

Det har vært en utvikling der kommunen og sykehuset har blitt mer likeverdige. Ansatte ved sykehuset kunne tidligere si at pasienten for eksempel måtte ha sykehjemsplass. Dette er ikke ønskelig sett fra kommunens side.

Det kommer fram i samtale at utfordringen for kontoret er det store behovet og mangel på plasser. Kontoret må hele tiden avveie hvem som har størst behov, enten de som kommer hjemmefra eller de som kommer fra sykehuset. Er det tvil, prioriteres de som bor hjemme. Faglige avveininger blir vektlagt. Kontoret må både tenke ressurser/hender og rettigheter/behov. Behov og rettigheter veier tyngst. Det er fokus på hva som er forsvarlig, og

de må forholde seg til standarder. Det skjer avveininger underveis i dialog med enheten/tjenestene. Det kommer fram at det ofte skjer endringer før endelig vedtak.

Det kommer fram at pasientgruppa er større, at utskrivningsklare pasienter er dårligere enn før, at terskelen for sjukeheimplass er høyere og at kommunen mangler mellomtrinnet. Det kommer videre fram at det var lettere å få til rulling før der pasientene både var hjemme og inne på institusjon i perioder. Færre kommer hjemmefra, og når de først får korttidsplass, går de rett over i langtidsplass. Dette skaper stor frustrasjon.

Kontoret for tildeling og koordinering sender ikke avvik når det ikke er kapasitet til de som har behov for et tilbud.

Kapasitetsproblemet blir også trukket fram av brukerorganisasjoner:

- De økonomiske kostnadene for utskrivningsklare pasienter fra Helseforetaket ut til kommunen er fortsatt enorm på grunn av manglende kapasitet i kommunen.

(På oppdrag fra Rådet for funksjonshemma kom det innspill fra FFO til denne rapporten.)

I Budsjett 2014 blir utskrivningsklare pasienter tatt opp som en særlig utfordring:

- Utskrivningsklare pasienter har påført kommunen store budsjettoverskridelser de siste årene. I budsjetttrammene for 2014 og kommende planperiode, er utgiftene økt i tråd med budsjettrevisjonene for 2013. Dette betyr at det for 2014 er innlagt 4,0 mill. kroner til formålet. Dette er sannsynligvis også for lite, da en stor del av merforbruket ute på omsorgssentrene skyldes overbelegg grunnet mottak av utskrivningsklare pasienter fra sykehus.

Liggetid ved sykehusene

Molde kommune peker i ulike sammenhenger på at liggetiden ved sykehusene har gått ned og at dette får konsekvenser for kommunen. Trenden har over lang tid vært en nedgang i liggetiden. (Dette har flere årsaker blant annet nye behandlingsmetoder.) 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 11.2.1)

Med få unntak har Molde kommune lengre liggetid for sine innbyggere enn gjennomsnittet for Møre og Romsdal innenfor ulike fagområder. Trenden er nedgang i liggetid selv om det er noen variasjoner innenfor ulike fagområder fra år til år jf. vedlagte tabell 11.2.2. Tabellen nedenfor viser liggetid for noen utvalgte klinikker.

Tabell 9.3.3 Liggetid for pasienter fra Molde kommune ved ulike klinikker i Helse Møre og Romsdal 2013

Gjennomsnitt Liggetid	Psykisk helsevern	Kirurgi Molde sjukehus	Kvinne- klinikken	Medisin	Rehabilitering
Liggedager	20,0	4,3	3,6	4,8	6,6

Utvikling 2010-2013 viser følgende for Molde kommune jf. vedlagte tabell 11.2.1:

- Psykisk helsevern: Opphold har gått noe opp, liggetid har gått noe ned.
- Kirurgi Molde: Opphold har gått opp fra 2012 til 2013, liggetid har gått ned fra 2011.
- Kvinneklinikken: Opphold og liggetid varierer noe over tid.
- Medisin: Opphold har gått opp. Liggetid varierer noe, men har gått ned fra 2012 til 2013.
- Rehabilitering: Opphold varierer noe. Liggetid har gått ned fra 2011.

I langtidsplan/langtidsbudsjett 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

I SAMDATA registreres både reinnleggelser innen 7 dager og 30 dager. Andel reinnleggelser har gått ned i perioden 2008-2012. Dette gjelder for fylket og for landet samla. Andel reinnleggelser er noe lavere i Møre og Romsdal enn i Helse Midt-Norge og landet, både innen 7 dager og 30 dager, jf. vedlagte tabell 11.2.3.

Reinnleggelser for de eldste og for medisinsk behandling er høyest. Ca. 14 % av eldre over 67 år som får medisinsk behandling, blir lagt inn igjen innen 30 dager i Møre og Romsdal. Molde kommune har starta med registrering av reinnleggelser både innen 48 timer og innen 30 døgn jf. vedlagte figur 11.2.7.

I henhold til Samarbeidsavtalen mellom Helse Møre og Romsdal HF og Molde kommune defineres reinnleggelse med innleggelse for samme problemstilling innen 48 timer etter utskrivning. Når dette forekommer, faller kommunenes betalingsplikt bort. Molde kommune deltar i nasjonalt læringsnettverk for helhetlig pasientforløp. De definerer reinnleggelser som innleggelse for samme problemstilling innen 30 dager etter utskrivning. Reinnleggelser innen 30 døgn er en nasjonal definisjon. Dette får ingen økonomisk konsekvens for kommunen. Helse Møre og Romsdal HF har laget egen avtale med kommunene ifht. 48 timer. (Saksframlegg til drifts- og forvaltningsutvalg 1. september 2014)

9.4 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) Molde kommune ligger høyere enn Ålesund kommune og lavere enn Kristiansund kommune jf. tabellen nedenfor.

Tabell 9.4.1 Sum kostnader pr innbygger – medfinansiering 2013

	Poliklinikk	Innleggelse	Blanding *	I alt
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
Rauma	228	732	90	1125
Vestnes	232	821	107	1251

*blanding av poliklinikk og innleggelse Helsedirektoratet

For medfinansiering utgjør betaling for ordinær innleggelse med overnatting hovedtyngda av kostnadene. (20,8 mill. kroner og 2741 opphold i 2013.) Polikliniske konsultasjoner er størst i volum (ca. 28 000 i 2013) og hadde en kostnad på 6,6 mill. kroner. Det var også 5399 andre opphold til en kostnad på 4,6 mill. kroner. (se vedlagt tabell 11.2.6) (I alt 35 776 opphold, 32 mill. kroner.)

Det kommer fram følgende om kommunal medfinansiering (KMF) av sykehustjenester i årsrapport 2013 for Molde kommune:

- Det er sett på bakenforliggende årsaker til at så mange kommuner går med underskudd på KMF. Rapporten viser at økt aktivitet og ledig kapasitet i helseforetaket gir økte

utgifter for kommunene, og en del av vertskommunene for sykehus merker dette spesielt godt. Også Molde kommune. Med i utfordringsbildet er også at størsteparten av aktivitetsøkningen står helseforetaket selv for, og ligger utenfor kommunenes kontroll og påvirkning. Veksten i kommunenes frie inntekter fastsettes uavhengig av aktivitetsutviklingen i sykehusene. I 2012 ble kommunene underfinansiert med om lag 150 mill. kroner. Denne underfinansieringen drar kommunene med seg i årene fremover. Selv om det ble lagt opp til 2 pst. økning i sykehusforbruket i 2013, var det forutsatt om lag nullvekst i aktiviteten som omfattes av kommunal medfinansiering. Nullvekstanslaget må ses i sammenheng med at det er forutsatt at kommunal øyeblikkelig hjelp døgnopphold isolert sett vil redusere behovet for medfinansiering med om lag 80 mill. kroner, noe kommunene også er trukket for. Molde kommune er ikke i gang med dette tilbudet enda. I statsbudsjettet er prognosen for 2013 at utgiftene vil bli om lag 40 mill. kroner høyere enn lagt til grunn.

Molde kommune peker i budsjett 2014 på at den største endringen som følger av samhandlingsreformen er medfinansieringsordningen, og at denne delen av reformen har en betydelig større økonomi i seg enn endringen i betaling for utskrivningsklare pasienter.

I Molde kommune er det fagsjef for pleie og omsorg som får regning fra helsedirektoratet og anviser. Fagsjefen har ansvar for budsjettet, men det blir ført på tjenestene, ikke stab. Det blir ikke gjennomført noen spesiell kontroll av regningene som kommunen får fra Helsedirektoratet. Kommunen stoler på regningene de får. Kommunen får tilsendt brev med signal om hva de vil ende opp med av utgifter.

Det blir ikke gjort noen analyser av forbruket, men statistikk blir brukt i forbindelse med planarbeid. Det blir vist til at folkehelseprofilen viser noe om tilstanden i Molde kommune, blant annet høy forekomst av kreft.

Kommunens bruk av sykehustjenester

En rapport (SØF-rapport nr. 01/13) viser følgende når det gjelder kommunenes bruk av sykehus:

- Det er betydelige variasjoner i merforbruk kommunene imellom avhengig av hvilket helseforetak kommunen er knyttet til.
- Merforbruket har sammenheng med helseforetakets behandlingskapasitet målt ved antall senger og (kort) ventetid.
- Det er en viss tendens til at kommuner med kort reiseavstand til nærmeste sykehus har høyt merforbruk.

Ser vi på befolkningens bruk av sykehustjenester 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. tabell 11.2.10) Vi ser at «merforbruket» særlig gjelder poliklinisk behandling jf. vedlagte tabell 11.2.3.

Data for 3. tertial 2013 og 1. tertial 2014 viser samme mønster for Molde kommune (medfinansiering). Særlig polikliniske konsultasjoner er høyere enn landet samlet. Kristiansund kommune har høyere bruk enn Molde kommune.

Tabell 9.4.2 - Kommunal medfinansiering - *3. tertial 2013 /1. tertial 2014

Per 1000 innbygger	Molde		Ålesund		Kristiansund		Landet	
*	3/2013	1/2014	3/2013	1/2014	3/2013	1/2014	3/2013	1/2014
DRG-poeng	53	53	45	47	58	59	45	46
Innleggelser	64	62	66	66	72	71	61	61
Akuttinnleggelser	34	31	25	27	36	37	29	29

Polikliniske konsultasjoner	407	433	365	380	435	462	308	320
-----------------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Helsedirektoratet DRG er et kostnadssystem som vekter alle diagnoser i grupper etter hvor kostbar behandlingen av de aktuelle diagnoser er i gjennomsnitt. Enhetsprisen per DRG-poeng er satt til 40.772 kroner i 2014.

Det kommer også fram i dokumentet samhandlingsutfordringer for Molde kommune 2.5.2013 at kommunen har et høyt forbruk på DRG poliklinikk i 2011 og 2012. I 2012 hadde Molde kommune færre konsultasjoner enn Ålesund, men kommer ut med høyere DRG. (Flere pasienter med tyngre klassifisert i DRG poliklinikk.)

Det blir pekt på at Molde kommune har en høyere andel eldre, og at dette kan forklare noe av forskjeller mellom Molde og Ålesund.

Det kommer fram i Samhandlingsreformens utfordringer for Molde kommune 2.5.2013:

- Kommunen har et relativt høyt forbruk av DRG i aldersgruppen 80+ og 90+, spesielt høyt i 90+ selv ved få antall innleggelser. Kommunen ligger høyere enn Norge i snitt på pasienter til behandling og sum DRG i aldersgruppen 67-79 år. I de andre aldersgruppene avviker vi i liten grad fra resten av landet.

Det blir vist til at Molde kommune har 11,2 % flere innbyggere i aldersgruppen 80-89 år og 17,6 % flere innbyggere over 90 år enn landet for øvrig. Statistikken viser betraktelig høyere kostnader for behandling av disse aldersgruppene i kommunen enn for landsgjennomsnittet. Og videre: «Noe av forklaringen er som påpekt demografi, men det må også settes i sammenheng med hvilke tilbud kommunen har tilrettelagt for disse aldersgruppene.»

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

Ser vi på all bruk av sykehus (både poliklinikk, innleggelse/medfinansiering) brukte over halvparten i aldersgruppen over 80 år sykehustjenester 1. tertial 2014 jf. vedlagte figur 11.2.2.

Hovedtyngda av bruk av sykehus og kostnader (DRG-poeng) finner vi i aldersgruppen 67-79 år, jf. vedlagte tabell 11.2.4.

Tiltak for å redusere bruken av sykehus

Det kommer fram i samtaler med ansatte i Molde kommune at det ved sykehjemmene har skjedd en styrking av sykepleietjenesten. Ø-hjelp tilbud vil når dette er på plass, kunne redusere bruken av sykehus. Det er videre eksempler på områder som gjennom økt prioritering kan ha betydning for bruken av sykehus. Dette gjelder palliasjon og behandling av infeksjoner. Det kommer fram i samtaler at det er behov for palliative senger, og at mange ønsker å bo hjemme ved livets slutt.

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

- Rehabilitering, Lungebetennelser, Hjertesvikt, KOLS, Palliasjon

Tabellen nedenfor viser sykdomsfordeling for pasienter kommunen betalte for i 2012:

Tabell 9.4.3 Medfinansiering - etter pasientgrupper – sykdommer – per 1000 innbygger – 1 tertial 2014

Sykdomsgruppe	Molde	Midt-Norge	Landet
Kreft	13	12	11

Hjerteinfarkt - smerter i brystkassa	6	5	5
Lungebetennelse	2	3	2
Nyre, urinblære, prostata	15	14	13
Hjerte og blodårer eksklusivt hjerteinfarkt og hjerneslag	12	10	9
Smerter i buk/bekken	8	4	4
Nervesystemet – hjerneslag	17	12	12
Luftveiene unntatt lungebetennelse	11	6	7
Fordøyelsessystem	13	16	13
Muskler og ledd	26	27	24
Diabetes inkludert komplikasjoner	3	6	5
Andre pasientgrupper	156	116	110
I alt	282	231	215

Helsedirektoratet

I dokumentet Samhandlingsreformens utfordringer for Molde kommune 2.5.2013 viser kommunen til at kreft er den gruppen med størst uttelling målt i DRG, og har større DRG forbruk enn de andre byene i fylket. Videre følger sykdommer i nervesystemet, luftveiene og diabetes. Det blir i dokumentet vist til hva som kan gjøres:

- Når det gjelder kreftområdet, må en vite mer før vi kan si hvilke tiltak kommunen bør iverksette for å redusere sykehusinnleggelser.
- Innen de andre gruppene er det naturlig at kommunen øker egenkompetansen innen forebygging og behandling/kontroll.
- Sykdommer i nervesystemet inklusive slag er et av de områdene hvor en godt utbygd rehabiliteringstjeneste vil kunne utrette mye.

Det blir vist til målsettingen om å behandle flere pasienter i kommunen istedenfor på sykehus. Og videre: Med folkehelseloven har kommune ansvaret for folkehelsesatsingen, og skal bruke alle sine sektorer i dette arbeidet. Folkehelsesatsingen må derfor ses i nær sammenheng med arbeidet for å bygge opp tjenester i kommunen og hindre sykehusinnleggelser.

To fastleger deltok i styringsgruppe for samhandlingsreformen, og ble sett på som sentrale aktører blant annet i arbeidet med å unngå unødvendige innleggelser i sykehus og dermed spare kommunen for utgifter. Dette er blant annet tatt opp i styringsgruppa for gjennomføring av samhandlingsreformen sitt møte 23. juni 2011 der det kommer fram en viss skepsis til hva som er mulig å få til:

- Status i arbeidsgruppen fastlegenes utfordringer i samhandlingsreformen: Det ble satt ned en «tenke-gruppe» bestående av 6 leger. «Man bør dempe litt ned dette med at forebygging hindrer innleggelser, det er ikke nødvendigvis riktig. Gruppen vil finne vitenskapelig belegg for det de velger å prøve ut.»

Tiltak for å unngå innleggelser er også tatt opp som tema blant annet på møte i styringsgruppa 6.9.2011. Det ble sendt ut forespørsel til fastlegegruppa. Fastlegene rapporterer på møte 30.11.2011. Følgende kommer blant annet fram der:

- Medisinsk poliklinikk har ikke tilstede nattevakt for spesialist. Dermed kan de ikke være med å vurdere og gi råd som kan «forhindrer» innleggelser på natt. Kirurgisk poliklinikk er derimot tilgjengelig med spesialist døgnet rundt. Det er viktig at avtalene inneholder forpliktende konsultasjonsmulighet for legevaktslege på natt.

Det kommer fram i samtaler at pasienter ikke blir lagt inn unødvendig. Legene ringer alltid og konsulterer, og det er et tett samarbeid mellom legene og sykehuset. Helsesjefen har møte med legegruppa der dette er tema. Praksiskonsulent tilsatt i helseforetaket har blant annet

deltatt på møte med fastlegene. Barne- og ungdomspsykiatrien har tatt opp tema om målretta innleggelse.

Det kommer fram at kommunen ikke har noen systematisk oppfølging av samarbeidsavtalen for å redusere kommunens bruk av spesialisthelsetjenesten.

9.5 Vurdering

I 2012 var utgiftene til sykehusene større enn inntektene (anslag for overføringer fra staten). I 2013 var derimot inntektene større enn utgiftene. I 2012 hadde Molde kommune knapt 4 mill. kroner i merutgifter til utskrivningsklare pasienter og medfinansiering. I 2013 hadde kommunen merinntekter på ca. 3 mill. kroner. Dette kommer fram om en ser isolert på overføringer fra staten og utgiftene kommunen hadde til medfinansiering og utskrivningsklare pasienter. Det var både i 2012 og 2013 merutgifter til utskrivningsklare pasienter, mens det for medfinansiering var merinntekter.

Siden Molde kommune hadde mange utskrivningsklare pasienter, fikk ikke kommunen «friske» midler til disposisjon i 2012.

Dette gir ikke noe fullstendig bilde av samhandlingsreformens økonomiske konsekvenser for kommunen. Kommunen etablerte blant annet Råkhaugen lokalmedisinske senter i 2012. Tjenesten er styrket for å kunne ta imot flere utskrivningsklare pasienter.

Molde kommune hadde et merforbruk innen pleie og omsorg på vel 15 mill. kroner i 2013. Det er også eksempel på reduksjon av stillinger blant annet innenfor psykisk helsevern.

Det kommer fram at kortere liggetid ved sykehusene skaper utfordringer for kommunen. Liggetiden ved sykehusene 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 har ikke tilstrekkelig kapasitet, og handlingsrommet for å starte nye tilbud i Molde kommune er lite. Kommunen arbeider med omstilling av tjenestetilbudet. Dette skal sikre et mer differensiert tilbud, mer effektiv drift og tilpasning til samhandlingsreformen.

Det er i første rekke gjennom prosjektmidler kommunen klarer å styrke tjenestene med tilbud som kreftkoordinator, rask psykisk helsehjelp etc. jf. kap.6.

Når det gjelder utskrivningsklare pasienter, jobber kommunen aktivt for å hindre at pasienter blir liggende på sykehuset unødvendig. Kommunen har lagt opp til et godt samarbeid med Molde sjukehus i forbindelse med utskrivningsprosessen.

Kommune følger opp særlig samarbeidsavtalen om utskrivning av pasienter med behov for somatiske helsetjenester. Kontoret for tildeling og koordinering har ansvar for denne delen av avtalen. Kommunen har etablert rutiner knyttet til kontroll av utgiftene når det gjelder utskrivningsklare pasienter.

Kommunens bruk av sykehus er noe høyere enn andre kommuner, dette gjelder særlig for poliklinisk behandling. Kommunen har hatt fokus på tiltak for å redusere bruk av spesialisthelsetjenesten. Kommunen er likevel her bare i en startfase, og det kommer fram noe

usikkerhet knyttet til hva som er mulig å oppnå. Medfinansieringsordningen faller bort fra 2015. Ingen alternative virkemidler er planlagt så langt. Samtidig ligger intensjonen i samhandlingsreformen fast.

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

- 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, 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. Molde kommune kan med fordel mer aktivt bruke avtalen. Avtalen har fokus på pasienten blant annet ved å vektlegge helhetlige tilbud til pasientene. Selv om det ikke lengre vil være noe økonomisk insitament for å redusere sykehusinnleggelser, vil blant annet avtalen forplikte både kommunen og helseforetaket.

Kommunen har ressursmessige utfordringer knyttet til gjennomføring av samhandlingsreformen og samarbeidsavtalen. Selv om mye kan gjøres innenfor gjeldende rammer, ser det ut som reformen ikke har tilstrekkelig økonomiske ressurser for å sikre iverksetting på kort sikt. Dette blir forsterket av at helseforetaket også har økonomiske utfordringer.

Molde 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

Folkehelseloven

Kommunale 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 Molde kommune og Helse Møre og Romsdal.

Kommunal planstrategi – planoversikt 2013-2016 – Molde kommune

Årsrapport 2012 - Årsrapport 2013 Molde kommune

Samhandlingsreformens utfordringer for Molde kommune 02.05.2013

Sak til kommunestyret 20.06.2013 om tilpasninger til samhandlingsreformen.

Kommuneplanens samfunnsdel Molde kommune 2013 – 2022

Kommuneplanens samfunnsdel Molde kommune 2013 - 2022 - Utfordringsdokumentet

Frivillighetsplan for Molde kommune 2014-2017

Helse og omsorgsplan for Molde kommune 2013-2020

Rapport fra arbeidsgruppe opprettet i forbindelse med samhandlingsreformen (mai 2013)

Organisasjonskart Molde kommune

Oppfølging Helse og omsorgsplan og budsjettvedtak for 2014. Sak Molde kommunestyre 24.4.2014.

Kulturplan for Molde kommune 2014-2017

Folkehelseprofil Molde 2014 bl

Budsjett 2012, 2013, 2014

Sak kommunestyret 24.2.2014 -Oppfølging Helse og omsorgsplan og budsjettvedtak for 2014.

SØF-rapport nr. 01/13 - SENTER FOR ØKONOMISK FORSKNING AS

Pilotprosjekt i regi av Helsedirektoratet

Læringsnettverk helhetlig pasientforløp - KS

Kunnskapscenteret – Gode pasientforløp

Rapport - KS samhandlingsreformen

DRG Foreløpig regelverk Innsatsstyrt finansiering 2014

Analyse kommunal medfinansiering Risør m. fl.

Samhandlingsreformen KS

Nasjonal helsekonferanse om samhandlingsreformen 2014)

Rapport Eide Kommune

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

Langtidsplan/langtidsbudsjett for Helse Møre og Romsdal

11 Vedlegg

11.1 Revisjonskriterier - bakgrunnsinformasjon

(I tillegg til revisjonskriterier er det med noe bakgrunnsinformasjon som undersøkelser, meldinger etc.)

Folkehelse – helsefremmende og forebyggende arbeid

En sentral intensjon med samhandlingsreformen er å ”forebygge mer og reparere mindre”. Ny lov om folkehelse i kommunene, trådte i kraft 1. januar 2012. Formålet med loven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjevner sosiale helseforskjeller. I følge den nye loven er ansvaret lagt til kommunen, og ikke kun helsesektoren som i tidligere lovverk. Folkehelsearbeidet skal være systematisk, langsiktig, tverrsektorielt og kunnskapsbasert. Det skal tas folkehelsehensyn i alt planarbeid. (Årsrapport 2012 Molde kommune).

Folkehelseloven:

§ 5. Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommunen: 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

§ 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

§ 6. Mål og planlegging: 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

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)

Kommuneplanens handlingsdel

Kommunen skal ha en samlet kommuneplan som omfatter samfunnsdel med handlingsdel og arealdel. Kommuneplanens handlingsdel gir grunnlag for kommunens prioriteringer av ressurser, planleggings- og samarbeidsoppgaver og konkretiserer tiltakene innenfor kommunens økonomiske rammer. (PBL § 11-3).

handlingsdelen skal rulleres årlig og synspunkt skal innhentes. (PBL 11-4). Kommunen kan velge å la budsjett og økonomiplan (kommunelovens kap.8) inngå i handlingsdelen. (*KS – kommuneplan*)

Ved Stortingets behandling av Prop. 1 S (2010–2011), jf. Innst. 11 S (2010–2011), ble det vedtatt å utvikle et opplærings- og utviklingsprogram i langsiktig og strategisk samfunnsplanlegging innen folkehelse og helse- og omsorgstjenestene. Hensikten er å bidra til en god implementering av samhandlingsreformen, styrke kommunenes, fylkeskommunenes og helseforetakenes kompetanse om helhetlig planlegging, sikre flerfaglig og tverrsektoriell planlegging og bidra til innovasjons- og utviklingsarbeid på tvers av sektorgrenser og forvaltningsnivå. Målgruppen er medarbeidere som har ansvar for planlegging i kommuner og helseforetak. (*Prop. 1 S (2013–2014) – Statsbudsjettet*)

Det systematiske folkehelsearbeidet i kommunene innebærer: Oversikt § 5, Planstrategi § 6 første ledd, Fastsette mål i plan § 6 andre ledd, Tiltak §§ 4 og 7 og Evaluering §§ 30 og 5 (*Foredrag*)

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

Samarbeidsavtalen mellom Molde 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 helsen. 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. Medisinsk faglig koordinering og samarbeid

Fastlegen skal ivareta en medisinsk faglig 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 spesialist-helsetjenesten 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.» (Koordinerende enhet - Helse og omsorgstjenesteloven)

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»

Siden 2008 har Helsedirektoratet gjennomført flere undersøkelser om hvorvidt enhetene har vært etablert i samsvar med forskrift om habilitering og rehabilitering. I en landsomfattende kartlegging i 2008 oppga alle kommuner at de hadde etablert koordinerende enhet. Da Helsedirektoratet i oppfølgingen av dette gjorde tiltak for å tydeliggjøre krav til funksjon og rolle, ble det synlig at ikke alle kommuner hadde en enhet i samsvar med kravet i forskriften.

Individuell plan og koordinator

Retten til individuell plan etter helselovgivningen ble innført i 2001. Dette er videreført i ny lovgivning fra 2012. Bestemmelsene er utdypet i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Helsedirektoratet utarbeider nå veileder til denne forskriften. Denne er planlagt ferdigstilt i løpet av sommer 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* berør til en viss grad på skjønn. (Veileder) Individuell plan er innført som et virkemiddel for å bidra til et helhetlig, koordinert og *individuelt tilpasset* tjenestetilbud til pasienter og brukere.

Kravet om at plikten skal gjelde ved behov for "langvarige" tjenester innebærer ikke at behovet skal være varig, men at det skal strekke seg over et visst tidsrom. Departementet legger til grunn at dette vilkåret i praksis ikke har vært tolket restriktivt, og at det fortsatt bør tolkes slik at det fanger opp de som har et reelt behov for individuell plan og en koordinator. (Prop.91 L (2010-2011))

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

Selv om det lovfestes en plikt for det enkelte personell til å delta i arbeidet, må ansvaret for å utarbeide individuell plan være forankret i virksomhetsledelsen på det aktuelle offentlige tjenestenivået. Ansvaret for om

planarbeidet lykkes eller ikke kan ikke forskyves til det enkelte personell. Prop. 91 L (2010-11) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

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

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

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

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

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

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

Koordinerende enhet, individuell plan, koordinator – vedtatt standard Molde kommune

Formål koordinerende enhet:

- Koordinerende enhet skal være en enhet med tydelig adresse for enkeltpersoner med behov for habilitering og rehabilitering og et møtested for interne og eksterne samarbeidspartnere. Den skal være en motor i å kartlegge, planlegge og utvikle rehabiliteringsvirksomheten generelt.
- Koordinerende enhet skal bidra til at de forskjellige tjenesteyterne samarbeider ved planlegging og organisering av habilitering- og rehabiliteringstilbudene, samt tilrettelegge for brukermedvirkning på individ- og systemnivå.
- Koordinerende enhet skal ha en generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen og skal være et kontaktpunkt for samarbeid.

- Koordinerende enhet skal også ha overordnet ansvar for arbeidet med Individuell plan og oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatorene. Formålet er å bidra til at brukere som har behov for tjenester fra flere ulike aktører skal motta et helhetlig tjenestetilbud.

Standard er:

- Tjenester til brukerne skal ses i sammenheng og sikre at det er kontinuitet i tiltakene over tid, uavhengig av hvem som har ansvaret.
- KTK skal etablere og utvikle et system som sikrer at tjenestene som tilbys er samordnet, tverrfaglig, planmessig og ytes ut fra et brukerperspektiv, for eksempel gjennom bruk av Individuell plan.
- Tjenestene skal tilbys og ytes i eller nærmest mulig brukerens vante miljø og i en for brukeren meningsfylt sammenheng.

Formål individuell plan:

- Bidra til at brukeren/ pasienten får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, herunder å sikre at det til en hver tid er en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av brukeren/ pasienten.
- Kartlegge brukerens/ pasientens mål, ressurser og behov for tjenester på ulike områder, samt å vurdere og koordinere tiltak som kan bidra til å dekke tjenestemottakerens bistandsbehov.
- Styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og bruker/ pasient og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere.

Standard innebærer blant annet at dannelsen av ansvarsgruppe er grunnlaget for å igangsette arbeidet med Individuell plan (IP), at planen skal være kortfattet, overordnet og om nødvendig henvise til eventuelle andre planer og at dersom det er ønskelig skal Sampro benyttes.

Formål for koordinator:

- Kontor for tildeling og koordinering skal bidra til at brukere/ pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester får oppnevnt koordinator.
- Koordinator skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker (0-100 år), samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.
- Koordinator har hovedansvar for koordinering av tjenester – ikke eneansvar – og oppfølging av den enkelte bruker/ pasient.

Det blir vist til lovhjemmel som sier at for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal kommunen tilby koordinator, uavhengig av om pasienten eller brukeren ønsker individuell plan.

Det framgår at den som utnevnes som koordinator, bør:

- ha brukerens tillit – etablere og vedlikeholde et godt forhold til brukeren
- kjenne til kommunens tjenester og saksgang slik at det blir mulig å koordinere de tjenestene brukeren har behov for
- komme fra det fagområdet som er mest naturlig ut fra brukerens situasjon, alder og kompleksitet i hjelpebehov

Samarbeidsavtalene

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 samarbeidsavtalene.

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.

Samarbeidsavtalen – vedlegg 6

***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 ivaretatt i vedlegg 3a og b, og 5a og b til samarbeidsavtalen. Informasjon om endring i tilbud og gjensidige forpliktelser rundt dette omtales i vedlegg 1 til samarbeidsavtalen. Faglige nettverk og felles møteplasser kan opprettes blant annet via samhandlingsutvalgene etter innmeldte behov fra fagmiljøene.

3. Lovgrunnlag

- ☐ Helse- og omsorgstjenesteloven, 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

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. (Helse- og omsorgsdepartementet arbeider nå med ny forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.) ([Helse og sosialdepartementet](#))

En pasient er utskrivningsklar når lege på sykehus vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i helseforetaket. Dersom helseforetaket vurderer at pasientene har behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjeneste, skal de innen 24 timer etter innleggelse varsle kommunen om innleggelsen, pasientens status, antatte forløp og forventet utskrivningstidspunkt (24t melding). Kommunen på sin side, skal forberede og iverksette nødvendige tiltak for å kunne ta imot pasienten. (Utfordringsdokumentet.) Kommunal betalingsplikt inntreffer fra den dagen pasienten blir erklært utskrivningsklar og fram til den datoen kommunen melder fra om at de kan ta imot pasienten.

I en forskningsrapport kommer det fram at det i de fleste kommunene som ble undersøkt, kommer pasientene (fra sykehus) tidligere enn før, og det er blitt flere.

- «Kommunen har sett en endring i pasientsammensetningen på sykehjemmet etter samhandlingsreformens start. Pasientene som kommer er generelt mer pleietrengende. Prolaps- og hjertepasienter blir nå skrevet ut raskere fra sykehus, og havner på korttidsopphold på sykehjem, med et større krav til kompetanse enn tidligere» (tilsynslege sykehjem).
- Det kom videre frem at det var flere pasienter enn tidligere med komplekse problemstillinger som nå ble utskrevet til kommunene med pågående avansert behandling (intravenøs behandling, PEG-sonde, CVK, respirator og sondeernæring). ([Sykepleien.no](#) – utskrivningsklare pasienter)

En evaluering avdekker at det er uenighet mellom sykehusene og kommunene om pasienter defineres som utskrivningsklare tidligere nå enn før. Sykehusene mener de i stor grad definerer en utskrivningsklar pasient på samme måte som tidligere, mens kommunene på sin side mener de vurderer pasientenes tilstand som dårligere nå sammenlignet med før reformen. (Rambøll Management Consulting Des 2012)

Mange kommuner har prioritert utskrivningsklare pasienter ved å øke kapasiteten eller omgjøre institusjonsplasser. Det har gjort det vanskeligere for andre i kommunen å få sykehjemsplass eller korttidsopphold. Mange steder var det opprettet et nytt mottaks- og tildelerapparat. Mengden administrativt arbeid har økt og funnene indikerer at enkelte pasienter får et mer oppstykket forløp. Innføring av kommunal medfinansiering av utskrivningsklare pasienter har virket effektivt og har redusert antallet dager pasienter venter på et kommunalt tilbud. Funn i studien og internasjonal forskning reiser imidlertid tvil om den økte bruken av institusjoner i mottak av utskrivningsklare pasienter er en riktig utvikling i møte med fremtidige behov. ([Sykepleien.no](#))

Medfinansiering

Kommunene skal betale en del av regningen når innbyggerne legges inn på sykehus. 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 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)

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](#)) (Ordnningen opphører fra 2015.)

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

Molde kommune: Opphold har gått noe opp, liggetid har gått noe ned.

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

Molde kommune: Opphold har gått opp fra 2012 til 2013, liggetid har gått ned fra 2011.

Kvinneklinnen

	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

Molde kommune: Opphold og liggetid varierer noe over tid.

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

Molde kommune: Opphold har gått opp. Liggetid varierer noe, men har gått ned fra 2012 til 2013.

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

Molde kommune: Opphold varierer noe. Liggetid har gått ned fra 2011.

Tabell 11.2.2 Gjennomsnitt liggetid for heldøgnsopphold for utvalgte fagområde – Helse Møre og Romsdal i alt og Molde kommune Kilde: Helse Møre og Romsdal

	2010	2011	2012	2013
Kirurgisk klinikk Molde *				
Generell kirurgi	4,00	4,23	4,27	3,70
- Molde kommune	4,64	4,89	4,84	3,91
Gastroenterologisk kirurgi	5,17	5,24	4,65	4,33
- Molde kommune	5,19	5,12	5,01	4,60
Ortopedisk kirurgi (inkl. revmakir.)	5,13	5,45	4,63	4,49
- Molde kommune	5,13	5,80	5,35	5,16
Øre-nese-hals sykdommer	2,42	1,95	1,81	1,62
- Molde kommune	3,26	1,79	1,99	1,88
Kvinneklippen				
Kvinnesykdommer og el. fødselshjelp	3,67	3,51	3,57	3,30
- Molde kommune	3,95	3,44	3,73	3,62
Medisinsk klinikk				
Generell indremedisin	5,04	4,82	4,61	4,42
- Molde kommune	5,91	4,48	6,10	4,83
Fordøyelsesykdommer	4,13	3,68	4,17	3,63
- Molde kommune	5,47	4,87	5,06	3,68
Hjertesykdommer	4,13	4,15	3,66	3,64
- Molde kommune	3,67	4,14	3,53	3,46
Infeksjonssykdommer	6,08	6,24	6,26	5,84
- Molde kommune	6,55	6,49	7,90	6,61
Terapeutisk onk. og radioterapi	5,48	5,78	5,39	5,63
- Molde kommune	5,13	4,94	7,23	4,59
Psykisk helsevern klinikk				
Psykisk helsevern voksne	20,96	24,76	20,01	19,90
- Molde kommune	21,06	25,00	24,57	20,06
Rehabiliteringsklinikk				
Fysikalsk medisin og rehabilitering	18,78	20,10	22,58	22,95
- Molde kommune	17,66	19,39	20,97	22,13
Nevrologi	6,58	6,63	4,61	4,12
- Molde kommune	4,97	5,81	4,35	4,31
Barn og unge klinikk				
Barnesykdommer	3,53	3,80	3,93	3,41
- Molde kommune	3,04	3,10	3,24	2,87
Psykisk helsevern for barn og unge	15,11	15,61	12,31	9,99
- Molde kommune	7,40	12,40	8,95	7,00

*Kirurgi er delt i fire klinikker – en ved hvert av sykehusene. Vi tar her bare med utvalgte fagområder ved Molde sykehus.

Tabell 11.2.3 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 11.2.4 Antall innleggelser fordelt på aldersgrupper- 2013 - Helsedirektoratet

	Antall innleggelser og konsultasjoner	Summer av Korrigerte DRG-poeng	Summer av Kommunepoeng	Summer av Beregnet kostnad
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
1505 Kristiansund	36 270	4 210,377	4 202,727	33 156 994
0-17 år	3 663	351,815	351,815	2 775 609
18-49 år	10 977	881,377	880,199	6 944 242
50-66 år	9 895	1 038,096	1 038,096	8 189 955
67-79 år	7 887	1 116,949	1 111,399	8 768 271
80-89 år	3 338	655,118	654,196	5 161 214
90 år eller eldre	510	167,022	167,022	1 317 703

Tabell 11.2.5 Styringsdata – 3. tertial 2013 – medfinansiering - Helsedirektoratet

Per 1000 innbygger	Molde	Ålesund	Kristiansund	Volda	Rauma	Landet
Antall DRG- poeng	53	45	58	47	45	45
Antall innleggelser	64	66	72	54	44	61
Antall akuttinnleggelser	34	25	36	29	23	29
Antall konsultasjoner	407	365	435	348	375	308

I forhold til samme periode forrige år har det vært en liten nedgang i Molde kommune.

Tabell 11.2.6 Kostnad og opphold 2013 – medfinansiering - Helsedirektoratet

	Polikliniske konsultasjoner	Ordinær innleggelse med overnatting	Blanding *	Annet**	I alt
Molde					
-opphold	27 636	2 741	709	4 690	35 776
-kostnad	6 599 333	20 816 119	2 052 861	2 569 120	32 037 433
Vestnes					
-opphold	6 118	663	242	1 205	8 228
-kostnad	1 538 307	5 439 055	710.504	601 693	8 289 558
Rauma					
-opphold	6 997	684	211	1139	9 031
-kostnad	1 690 193	5 430 708	665.187	565 725	8 351 814
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
Molde	23,3	29,9
Fræna	22,7	30,7
Rauma	30,6	38,6
Vestnes	25,1	34,5
Kristiansund	22,5	30,4
Ålesund	20,7	25,3
Møre og Romsdal	24,7	30,4
Landet	21,5	25,9

Fylkesstatistikk 2013, Møre og Romsdal fylkeskommune.

KOSTRA

Molde kommune har i eget dokument om samhandlingsreformens utfordringer for Molde kommune datert 02.05.2013 presentert ulike data. Det blir der pekt på problemet med bruk av Kostra-data uten grundige analyser og lokalkunnskap. Det kommer videre fram at rådmannen har gitt signal om at arbeide med analyse av KOSTRA-data særlig innen området helse og omsorg skal prioriteres. Kommunen har engasjert ekstern ekspertise/rådgivere til å se på pleie og omsorgsområdet uten at disse med sikkerhet har kunnet pekt på område der kommunen kunne effektivisere gjennom omstrukturering av ressursbruken.

Det kommer fram i Samhandlingsreformens utfordringer for Molde kommune 02.05.2013:

- Molde har et mindre differensiert tilbud enn mange andre kommuner. Mangler blant annet døgnbemannede omsorgsboliger eller aldershjem. Kommunen ligger litt over snittet på institusjonsplasser, og har i utregningsmodellen (antall plasser opp mot befolkning på 80+) ca. 19 % dekning.
- Andelen beboere 80+ på institusjon er omtrent som i Ålesund og Kristiansund. Andelen innbyggere 80+ med hjemmetjenester er lavere i Molde enn nabobyene.

Tabell 11.2.8 Pleie og omsorgstjenesten

KOSTRA funksjon	Kommune		Kommunegruppe 13		Møre og Romsdal		Landet	
	Molde		2012	2013	2012	2013	2012	2013
Plasser i institusjon i % av innbyggere 80 år og over	19,1	20,9	16,6	16,5	19,7	19,4	18,8	18,8
Andel plasser i institusjon og heldøgnsbemannet bolig i prosent av befolkningen over 80 år	23	25	27	27	31	30	29	29
Andel innbyggere 80 år og over som bor i institusjon	15,9	15,3	12,5	12,3	15,2	14,8	14,2	13,8
Andel beboere 80 år og over i institusjon	77,4	73,7	68,7	69,1	76,4	76,3	71,4	71,0
Andel plasser avsatt til tidsbegrenset opphold	18,3	21,4	19,2	19,9	18,3	18,7	16,1	18,1
Andel plasser til skjermet enhet for demens	13,8	13,0	23,4	23,4	21,1	21,2	22,8	23,4
Andel plasser satt av til rehabilitering/habilitering	3,3	3,1	6,2	7,6	5,6	8,7	5,4	7,4
Andel plasser i enerom i pleie og omsorgsinstitusjoner	90,7	80,2	93,2	92,6	93,9	92,7	93,5	93,9
Mottakere av hjemmetjenester pr 1000 innbygger 0-66 år	15	16	19	19	20	20	19	19
Mottakere av hjemmetjenester pr 1000 innbygger 67-79 år	66	59	68	66	78	72	74	71
Mottakere av hjemmetjenester pr 1000 innbygger 80 år og over	306	303	323	321	349	347	338	336
Andel av alle brukere som har omfattende bistandsbehov	23,1	24,5	23,8	24,1	26,3	26,7	23,4	24,0

KOSTRA – reviderte tall 27.06.2014

Tabellen 11.28 viser følgende trekk ved tilbudet i Molde kommune 2012 og 2013:

- Plasser i institusjon i % av innbyggere 80 år+ og andel innbyggere 80 år+ som bor i institusjon ligger over gjennomsnittet for kommunegruppe 13, Møre og Romsdal og landet.
- Andel plasser i institusjon og heldøgnsbemannet bolig i prosent av befolkningen over 80 år ligger under gjennomsnittet for kommunegruppe 13, Møre og Romsdal og landet.
- Andel beboere 80 år og over som bor i institusjon ligger høyere enn landet og kommunegruppe 13, og under gjennomsnittet for Møre og Romsdal.
- Andel plasser satt av til tidsbegrensa opphold ligger over kommunegruppe 13, Møre og Romsdal og landet. Det har vært en forholdsvis stor økning fra 2012.
- Andel plasser til skjermet enhet for demens, rehabilitering/habilitering, enerom og mottakere av hjemmetjenester ligger lavere enn kommunegruppe 13, Møre og Romsdal og landet. Andel plasser til rehabilitering har økt fra 2010/2011 til 2012. (Antall brukere av hjemmetjenester og antall tildelte timer til hjemmesykepleie har økt fra 2011 til 2012. (Budsjett 2014))
- Andel av alle brukere som har omfattende bistandsbehov har økt fra 2012 til 2013 og ligger på nivå med landet og under Møre og Romsdal.

Molde kommune sammenligner seg med bykommunene i fylket og i sak til kommunestyret 11. 09.20 14 kommer følgende fram:

- Antallet mottakere av hjemmetjenester i aldersgruppen 67-79 år er lavere per 1.000 innbyggere enn i de kommuner Molde sammenligner seg med.
- Antallet mottakere av hjemmetjenester i aldersgruppen 80 år og over er lavere per innbyggere enn i Kristiansund og kommunegruppe 13, men noe høyere enn i Ålesund.
- Molde kommune har ikke etablert boliger med heldøgns bemanning ennå. Ålesund har nær 60 slike plasser. (Andel innbyggere 80 år og over i bolig med heldøgns bemanning er 1,2 % i Kristiansund, 2,9 % i Ålesund og 3,5 % i Kommunegruppe 13.)
- Samlet antall beboere på institusjon er høyere enn i Ålesund og vesentlig høyere enn i kommunegruppe 13.
- Molde kommune har prosentvis flere innbyggere i aldersgruppen 80 år og over enn både Kristiansund og Ålesund. Det er prosentvis færre personer i denne aldersgruppen i Molde kommune som bor på institusjon eller i bolig med heldøgns bemanning.

Rådmannen vil ikke foreta en ytterligere analyse av disse dataene nå, og viser til at det pågår et administrativt arbeid for om mulig å finne forklaringene på de vesentligste avvik innenfor enkelte rammeområder. Dette gjelder ikke minst helse- og omsorgsområdet.

Tabell 11.2.9 Personell

Kommunegruppe KOSTRA funksjon	Molde		Kommune gruppe 13		Møre og Romsdal		Landet	
	12	13	12	13	12	13	12	13
2012 – 2013								
Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/fagutdanning	72	73	74	74	75	76	74	74
Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/ fagutdanning fra videregående skole	33	33	40	39	42	42	41	41
Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/ fagutdanning fra høyskole/universitet	39	39	34	35	32	33	33	34
Årsverk i brukerrettede tjenester pr mottaker	0,59	0,65	0,48	0,49	0,49	0,51	0,48	0,49
Legeårsverk per 10 000 innbygger*	9,9	10,5	9,3	9,6	10,5	10,7	9,9	10,2
Fysioterapiårsverk per 10 000 innbygger*	9,9	10,0	8,6	8,7	8,4	8,3	8,8	8,9
Legetimer pr uke pr beboer i sykehjem	0,30	0,36	0,48	0,54	0,38	0,41	0,43	0,46
Fysioterapitimer pr uke pr beboer i sykehjem	0,30	0,28	0,37	0,38	0,25	0,25	0,36	0,38
Årsverk ergoterapeuter pr 10 000 innbygger**	3,3	3,0	3,1	3,4	2,6	2,6	3,2	3,4
Årsverk psykiatrisk sykepleier pr 10 000 innbygger**	9,7	9,6	4,4	4,6	5,1	5,2	4,1	4,2
Årsverk jordmødre pr 10 000 fødte	59,5	-	34,7	39,6	72,1	64,2	46,3	47,9

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

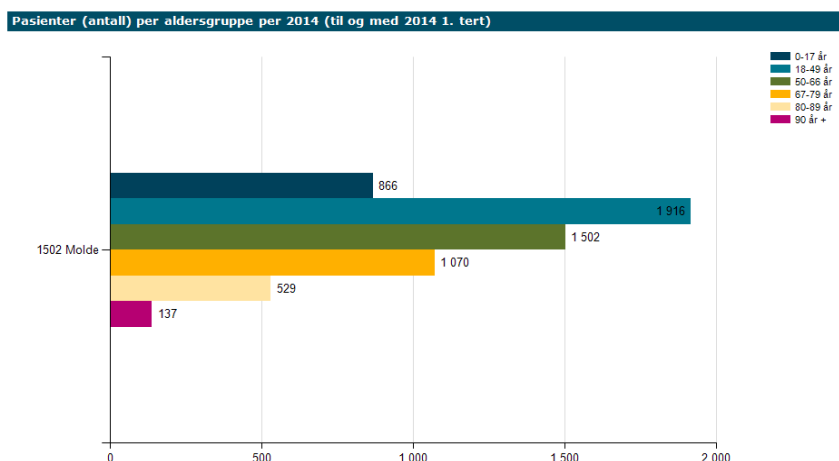
Tabell 11.2.10 - Relativt kostnadsnivå (landsgjennomsnitt er lik 100)

Molde	Kostnadsnivå		Behovsjustert		80 år og eldre	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Somatikk totalt*	115	113	112	110	107	112
Forebyggende arbeid **	128	135	124	132	-	-
Behandling og rehabilitering**	89	87	87	85	-	-
Pleie og omsorgstjenester**	110	109	107	106	96	95
Fastlege (refusjoner)	91	90	89	88	74	74

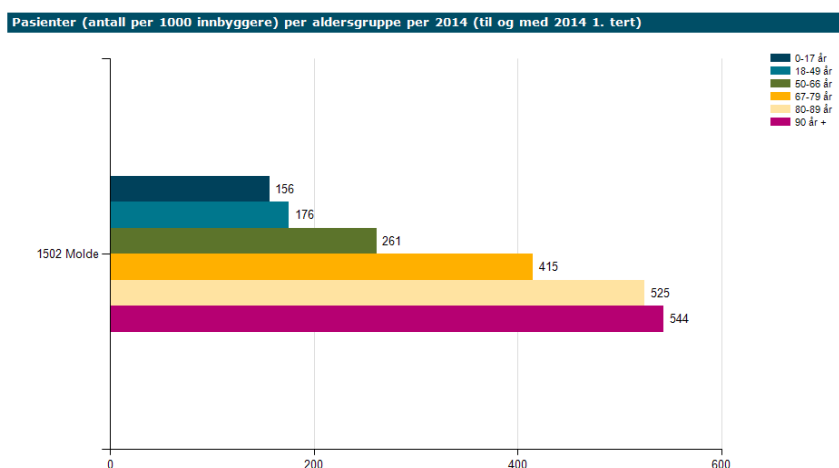
*Sykehus tjenester - Ved behovskorrigeringer benyttes Magnussen-utvalgets behovsindeks (NOU 2008:2).

Helsedirektoratet **KOSTRA

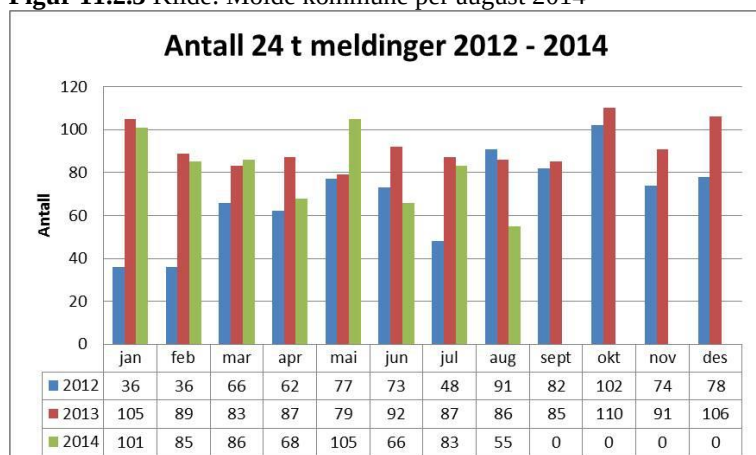
Figur 11.2.1 Antall pasienter fordelt på aldersgrupper per 1 tertial 2014 - Medfinansiering Helsedirektoratet, Molde kommune



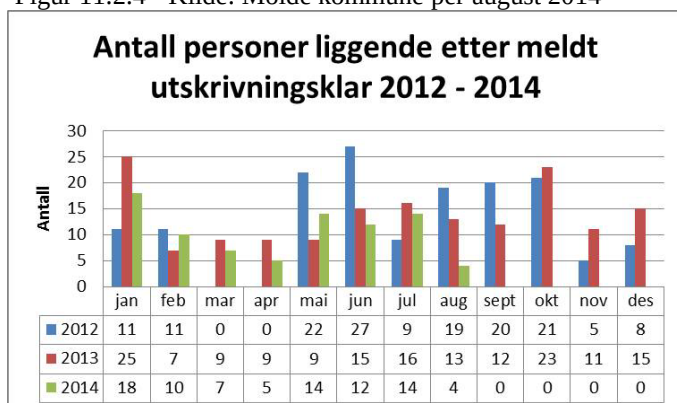
Figur 11.2.2 Antall pasienter per 1000 innbygger per aldersgruppe per 1. tertial 2014, Molde kommune



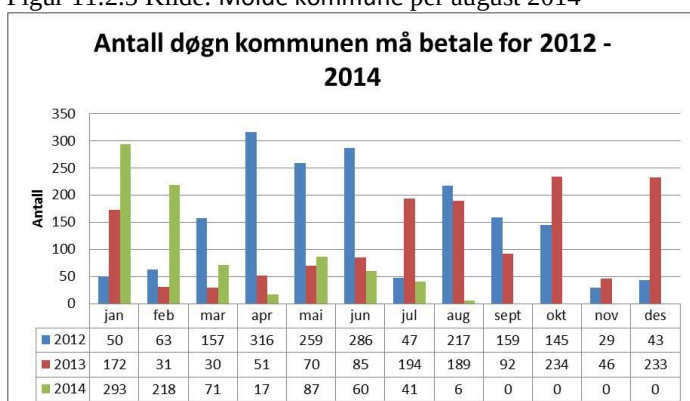
Figur 11.2.3 Kilde: Molde kommune per august 2014



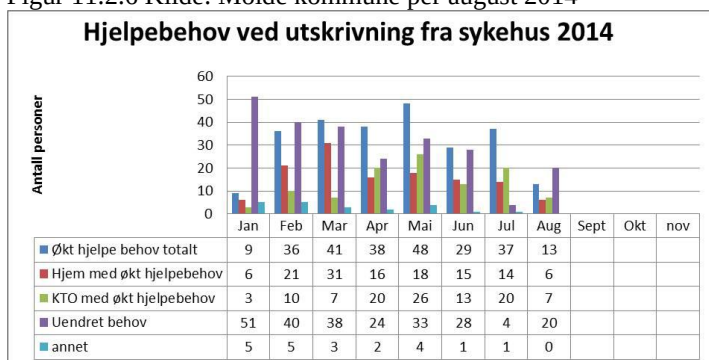
Figur 11.2.4 - Kilde: Molde kommune per august 2014



Figur 11.2.5 Kilde: Molde kommune per august 2014



Figur 11.2.6 Kilde: Molde kommune per august 2014



Figur 11.2.7 - Kilde: Molde kommune per juli 2014

