

---

**KOMMUNEREVISJONSDISTRIKT 2**  
**MØRE OG ROMSDAL**

---

**Forvaltningsrevisjonsrapport**

**Samhandlingsreformen**

**i**

**Eide kommune**

**27.1.2015**

---

*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.*

|          |                                                                                  |           |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>OPPSUMMERING, SAMLEDE VURDERINGER OG ANBEFALINGER.....</b>                    | <b>4</b>  |
| <b>2</b> | <b>INNLEDNING .....</b>                                                          | <b>7</b>  |
| 2.1      | BAKGRUNN.....                                                                    | 7         |
| 2.2      | PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER.....                                     | 7         |
| 2.3      | AVGRENSING AV UNDERSØKELSEN.....                                                 | 8         |
| 2.4      | METODE OG DATA .....                                                             | 8         |
| 2.5      | HØRING .....                                                                     | 9         |
| <b>3</b> | <b>FOLKEHELSE.....</b>                                                           | <b>9</b>  |
| 3.1      | PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER.....                                     | 9         |
| 3.2      | FAKTA OG BESKRIVELSE .....                                                       | 9         |
| 3.2.1    | <i>Mål og strategier – oversikt og planlegging .....</i>                         | <i>9</i>  |
| 3.2.2    | <i>Folkehelsetiltak .....</i>                                                    | <i>11</i> |
| 3.2.3    | <i>Tverrsektorielt samarbeid – folkehelse i alle sektorer .....</i>              | <i>12</i> |
| 3.3      | KOMMUNEREVISJONENS VURDERINGER OG ANBEFALINGER.....                              | 13        |
| <b>4</b> | <b>TJENESTETILBUD OG KOMPETANSE .....</b>                                        | <b>14</b> |
| 4.1      | PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER.....                                     | 14        |
| 4.2      | FAKTA OG BESKRIVELSE .....                                                       | 15        |
| 4.2.1    | <i>Utvikling av tjenestetilbudet .....</i>                                       | <i>15</i> |
| 4.2.2    | <i>Kompetanse .....</i>                                                          | <i>25</i> |
| 4.2.3    | <i>Utskrivningsklare pasienter – samarbeid med helseforetaket.....</i>           | <i>29</i> |
| 4.3      | KOMMUNEREVISJONENS VURDERINGER OG ANBEFALINGER.....                              | 30        |
| <b>5</b> | <b>KOORDINERTE OG HELHETLIGE TJENESTER.....</b>                                  | <b>31</b> |
| 5.1      | PROBLEMSTILLING OG REVISJONSKRITERIER .....                                      | 31        |
| 5.2      | FAKTA OG BESKRIVELSE .....                                                       | 32        |
| 5.2.1    | <i>Planer m.m. ....</i>                                                          | <i>32</i> |
| 5.2.2    | <i>Koordinerende enhet, individuell plan, koordinator.....</i>                   | <i>33</i> |
| 5.2.3    | <i>Andre tiltak for å sikre helhetlige tilbud og koordinerte tjenester .....</i> | <i>35</i> |
| 5.2.4    | <i>Samarbeidet med helseforetaket/sjukehusa .....</i>                            | <i>36</i> |
| 5.3      | KOMMUNEREVISJONENS VURDERINGER OG ANBEFALINGER.....                              | 37        |
| <b>6</b> | <b>SAMARBEIDSAVTALEN MED HELSE MØRE OG ROMSDAL.....</b>                          | <b>38</b> |
| 6.1      | PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER.....                                     | 38        |
| 6.2      | FAKTA OG BESKRIVELSE .....                                                       | 40        |
| 6.2.1    | <i>Samarbeidsavtalene .....</i>                                                  | <i>40</i> |
| 6.2.2    | <i>Medvirkning .....</i>                                                         | <i>41</i> |
| 6.2.3    | <i>Forankring/opplæring.....</i>                                                 | <i>43</i> |
| 6.2.4    | <i>Ansvar for oppfølging.....</i>                                                | <i>43</i> |
| 6.3      | KOMMUNEREVISJONENS VURDERINGER OG ANBEFALINGER.....                              | 43        |
| <b>7</b> | <b>ØKONOMI .....</b>                                                             | <b>44</b> |
| <b>8</b> | <b>REFERANSER OG KILDER .....</b>                                                | <b>46</b> |
|          | <b>VEDLEGG.....</b>                                                              | <b>47</b> |

# 1 Oppsummering, samlede vurderinger og anbefalinger

## Anbefalinger

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

1. Eide kommune bør videreutvikle det tverrfaglige samarbeid og sikre folkehelse i alle sektorene.
2. Eide kommune bør fortsatt prioritere arbeidet med å sikre kompetanse tilpasset kommunens oppgaver og framtidig behov.
3. Eide kommune bør sikre at avvikssystemet knyttet til samarbeidsavtalen mellom kommunen og helseforetaket fungerer, og legge til rette for læring.
4. Eide kommune bør i arbeidet med å sikre koordinerte og helhetlige tjenester for brukere/pasienter vurdere å prioritere arbeidet med gode pasientforløp i større grad.
5. Eide kommune bør vurdere ansvarsfordelingen for oppfølging av samarbeidsavtalen mellom kommunen og Helse Møre og Romsdal.
6. Eide kommune bør sikre brukermedvirkning i henhold til samarbeidsavtalen og legge til rette for at rådet for funksjonshemmede og elderrådet kan ivareta sine oppgaver.

## Innledning

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

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

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

Vurderingene i denne rapporten må sees i lys av at dette er en reform som innføres over tid.

Kommunerevisjonen har sett på følgende problemstillinger:

- Hva er status for arbeidet med å styrke folkehelsearbeidet i kommunen?
- Har Eide kommune utviklet tjenestetilbudet og styrket kompetansen herunder tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter?
- Hva blir gjort for å sikre at pasient/bruker får koordinerte og helhetlige tjenester?
- Hvordan sikrer Eide kommune at [samarbeidsavtalen](#) mellom kommunen og Helse Møre og Romsdal blir iverksatt?

Revisjonen har i tillegg beskrevet noen økonomiske forhold knyttet til reformen.

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

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

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

Eide kommune omtaler folkehelse i ulike planer. Folkehelse skal integreres i planstrategien og kommuneplanen som er under arbeid. Kommunen er i gang med å lage oversikt over helsetilstanden som skal danne grunnlag for mål og strategier.

Eide kommune har iverksatt flere folkehelseiltak. Kommunen har folkehelsekoordinator og deltar i «God helse partnerskapet» med fylkeskommunen og rapporterer på folkehelseiltak i den sammenhengen. Kommunen har etablert frisklivssentral.

Det ble etablert noe formalisert samarbeid i arbeidet med folkehelse. Det har vært lite systematisk tverrsektorielt samarbeid om folkehelseiltak de siste årene. Eide kommune bør videreutvikle det tverrfaglige samarbeid, herunder vurdere organiseringen, og sikre folkehelse i alle sektorene.

### **Har Eide kommune utviklet tjenestetilbudet og styrket kompetansen herunder tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter?**

Revisjonen har sett på om Eide kommune har utviklet/styrket kompetansen og lagt til rette for å ta imot utskrivningsklare pasienter. Vi har videre beskrevet hovedtrekk i utviklingen av tjenestetilbudet.

Eide kommune har i ulike planer stort fokus på samhandlingsreformens krav til utvikling av tjenestene og kompetanse. Kommunen har i varierende grad fulgt opp ulike planer.

Undersøkelsen viser at det er større forventninger til og press på tjenestene i dag, samtidig som ressursituasjonen har vært tilnærmet uendret.

Eide kommune hadde forholdsvis høy kompetanse og høy institusjonsdekning med både pleie og behandling ved innføring av samhandlingsreformen. Eide kommune har tatt i mot utskrivningsklare pasienter både før og etter reformen, og har ikke betalt for utskrivningsklare pasienter i sjukehus.

Kommunen har lagt til rette for å ta imot utskrivningsklare pasienter og viser stor vilje til å unngå at pasienter blir liggende i sjukehus etter at de er ferdigbehandlet der.

Det kommer fram at det er større usikkerhet framover knyttet til om kommunen klarer å ta i mot utskrivningsklare pasienter og sikre tilbud innen for eksempel rehabilitering.

Kommunen legger til rette for kompetanseutvikling. Andel med fagutdanning fra høyskole har gått ned fra 2012, og kommunen er nå på nivå med landet og Møre og Romsdal.

Kommunen har i planer påpekt behov for å styrke kompetansen innenfor for eksempel fysioterapi, men har ikke prioritert dette.

Både helse og omsorgsplanen og strategisk kompetanseplan skal rulleres i 2016. Kommunen har her muligheten til å ta tak i ulike utfordringer, også innenfor tjenester som psykisk helse og rus og helsestasjon/skolehelsetjeneste.

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

Revisjonen har sett på om kommunen har etablert koordinerende enhet og legger til rette for individuell plan og koordinator. Revisjonen har videre sett på andre tiltak for å sikre koordinerte og helhetlige tilbud, og samarbeidet med helseforetaket.

Det kommer fram i denne undersøkelsen at Eide kommune har ulike tiltak for å sikre koordinering og helhetlig tilbud til brukerne. Eide kommune har etablert koordinerende enhet som et tverrfaglig team, og har utarbeidet rutiner for enheten, individuell plan og koordinator. Representanter fra ulike enheter møtes ved tildeling av institusjonsplass og i felles møte innenfor helse og omsorg.

Arbeidet med pasientforløp internt i kommune og i samarbeid med helseforetaket har ikke vært prioritert.

Det kommer fram at samarbeidet med helseforetaket har utviklet seg i positiv retning, og at etablerte samarbeidsfora fungerer som en læringsarena med avklaring av gjensidige forventninger.

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

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

Eide kommune har lagt til rette for medvirkning og forankring/opplæring blant ledere og ansatte i kommunen.

Pasient- og brukerorganisasjoner skal medvirke i forbindelse med utarbeidelse, praktisering, oppfølging og endring av avtalen. Eide kommune har ikke lagt til rette for brukermedvirkning fra eldrerådet og rådet for funksjonshemmede.

Hovedansvaret for oppfølging av samarbeidsavtalen er lagt til en enhetsleder. Ansvar for delavtaler eller ulike oppgaver er ikke fordelt.

### **Økonomi**

Revisjonen har omtalt sentrale økonomiske virkemidler i samhandlingsreformen. Dette omfatter i første rekke midler til medfinansiering og utskrivningsklare pasienter. Kommunens utgifter til helseforetaket har vært lavere enn overføringene fra staten. Det kommer fram i samtale at kommunen pga. økonomien i kommunen ikke benyttet merinntektene innenfor helse og omsorg.

Netto driftsutgifter til pleie og omsorg i prosent av kommunens totale netto driftsutgifter er lavere i Eide kommune enn i kommunegruppen og Møre og Romsdal. I perioden 2012-2015 har det vært noe økning i utgiftene til hjemmetjenesten og sjukeheimen.

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

Eide kommune vedtok overordnet plan for forvaltningsrevisjon for 2012-2015, sak 12/ 2012 i kommunestyret og sak 5/ 2012 i kontrollutvalget. Kontrollutvalget vedtok i møte 25.11.14 i sak 31/14, å prioritere et forvaltningsrevisjonsprosjekt om «Samhandlingsreformen i Eide kommune».

Samhandlingsreformen ble innført 1. januar 2012. Reformen har sin hovedforankring i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og lov om folkehelsearbeid, og er beskrevet i ulike stortingsmeldinger. Reformen skal innføres gradvis over tid. I «Meld. St.26 2014-2015 Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet» blir det pekt på at det var og er bred politisk enighet om utfordringsbildet som ligger til grunn for samhandlingsreformen. I stortingsmeldingen framgår det kommunene må gjøres i stand til å oppfylle samhandlingsreformens intensjoner om:

- koordinerte og helhetlige pasientforløp – mer helhetlige tjenester
- mer forebygging og tidlig innsats
- flere tjenester nær der brukerne bor
- en større andel av tjenestene leveres i kommunene – når dette gir bedre kvalitet og kostnadseffektivitet.

Innspillsmøtene til stortingsmeldingen ga et tydelig budskap fra brukerne om hva som er de største utfordringene i primærhelsetjenesten:

- Kvaliteten i tjenestene.
- Tjenestene oppleves som fragmenterte og søyleorganiserte. Det er for lite koordinering mellom tjenestene.
- Det er for lite brukerinvolvering.
- Fastlegene er for dårlig integrert i resten av den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

### 2.2 Problemstillinger og revisjonskriterier

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

- Hva er status for arbeidet med å styrke folkehelsearbeidet i kommunen?
- Har Eide kommune utviklet tjenestetilbudet og styrket kompetansen herunder tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter?
- Hva blir gjort for å sikre at pasient/bruker får koordinerte og helhetlige tjenester?
- Hvordan sikrer Eide kommune at [samarbeidsavtalen](#) mellom kommunen og Helse Møre og Romsdal blir iverksatt?

Revisjonen vil også beskrive økonomiske virkemidler.

### **Revisjonskriterier**

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

- [Folkehelseloven](#)
- [Plan og bygningsloven](#)
- [Helse- og omsorgstjenesteloven](#)
- [Samarbeidsavtalen](#) mellom Eide kommune og Helse Møre og Romsdal HF.

Revisjonskriterier blir utdypet i rapporten i tilknytning til det enkelte kapittel.

## **2.3 Avgrensning av undersøkelsen**

Samhandlingsreformen er en retningsreform og reformens målsetninger skal gradvis nå gjennom et sett av virkemidler. Iverksetting skal skje over tid. Første fasen er perioden 2012-2015. Dette må undersøkelsen ta hensyn til. Det kan være noe vanskelig å skille mellom samhandlingsreformen og annen utviklingsarbeid. Dette vil i liten grad bli problematisert i undersøkelsen.

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

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

## **2.4 Metode og data**

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

Undersøkelsen er lagt opp som en kombinasjon av dokumentanalyse og intervju. Det er gjennomført samtaler med: rådmann, kommunalsjef, enhetsleder kultur og familie, ledere for sjukeheimsavdelingene Furutoppen og Slettatunet, leder for hjemmetjenesten, folkehelsekoordinator, kommuneplanlegger og leder for eldrerådet.

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

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



## **2.5 Høring**

Et utkast ble sendt til Eide kommune ved rådmannen i forkant av høringsmøte 18.1.2016. Rådmannen hadde ikke kommentarer til utkastet utover mindre justeringer som er tatt inn i dokumentet.

## **3 Folkehelse**

### **3.1 Problemstillinger og revisjonskriterier**

#### Problemstilling

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

#### Revisjonskriterier

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

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

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

Det går fram av samarbeidsavtalen mellom Eide kommune og Helse Møre og Romsdal at kommunen skal ha oversikt over helsetilstanden og identifisere faktorer som påvirker helsa. Kommunen skal videre etablere tverrfaglig samarbeid mellom alle kommunale sektorer for å fremme helse og forebygge sykdom.

Eide kommune er med i God helse partnerskapet med Møre og Romsdal fylkeskommune. Kommunens plikter som følge av partnerskapsavtalen med fylkeskommunen (2013-2016):

- Bruk av alle kommunale sektorar i folkehelsearbeidet.
- Fastsette mål og strategiar for folkehelsearbeidet – med forankring i det kommunale planarbeidet.
- Utarbeide oversikt over helsetilstanden og dei positive og negative faktorane som kan virke inn på den. Oversikta skal danne grunnlag for lokal planlegging.
- Tilsette folkehelsekoordinator i minimum 50 % stilling. Koordinator bør ha ei sentral plassering i organisasjonen, då folkehelsearbeid omfattar heile kommunen si verksemd.

### **3.2 Fakta og beskrivelse**

#### **3.2.1 Mål og strategier – oversikt og planlegging**

Rådmannen i Eide kommune viser i sin kommentar i Årsrapport 2013 til at God helse er et nasjonalt satsningsområde, og at alle kommuner er forpliktet til å ha temaet med i alt

kommunalt planarbeid. Rådmannen peker på at Eide kommune har gjort dette. Rådmannen viser også i Årsmelding 2014 til at folkehelse er et nasjonalt satsingsområde og viser til at Eide kommune har et eget prosjekt «Bli i Eide» som involverer barn og unge i planarbeidet som skal legge til rette for fysisk fostring og gode forhold.

Eide kommune gjennomførte tidlig (i forhold til andre kommuner) Ungdataundersøkelse. Dette er en standardisert undersøkelse som muliggjør sammenligning med andre kommuner. (også mulig med egne formulerte spørsmål) Det var oppfølging i arbeidsseminar også med utgangspunkt i rusforebyggende arbeid.

Det framgår av Årsrapport 2013 at kommunen har utarbeidet analyse av **styringsdata** i regi av KS. Kommunen har arbeidet mye med analyse av styringsdata i sitt arbeid med samhandlingsreformen. En gruppe deltok på tre samlinger i regi av KS. Data ble hentet fra KOSTRA og Folkehelseinstituttet og skulle danne grunnlag for hva kommunen skulle satse på.

Det framgår av Årsrapport 2013 at det er en utfordring å lage en **oversikt** over alle folkehelseutfordringene i Eide kommune, samt prioriterte tiltak. I Årsrapport 2014 framgår det at arbeidet med oversiktsplan folkehelse har kommet godt i gang.

Folkehelsekoordinatoren leder arbeidet. Det er etablert arbeidsgruppe med kommunalsjef, kommuneoverlege, planlegger og fagsjef oppvekst. Arbeidet har hatt prioritet våren 2015 og vil igjen ha prioritet med målsetning om avslutning i 2016. Frafall fra videregående, helsestasjon, psykisk helse og hjerte/kar sykdommer er områder som så langt peker seg ut. Det blir pekt på at det er utfordringer knyttet til tolking og bruk av statistikk.

Det kommer fram i samtale at kommunen ikke har utarbeidet mål eller rapporterer i forhold til mål ut over det som følger av God helse partnerskapet. I forhold til rapportering på God helse partnerskapet blir det bedt om innspill, men det er lite å få inn fra enhetene. Særlig barnehagene bidrar, men også skole. Rammeplaner for skole og barnehage vektlegger folkehelse. Det blir pekt på som et aktuelt tiltak, at det i saksframlegg bør framgå konsekvenser for folkehelse.

Eide kommune arbeider med å rullere **kommuneplanen** for perioden 2014-2027. Utkast til [planprogram Eide kommune](#) ble lagt ut på høring fram til 01.08.2014. Det framgår av planprogrammet at folkehelse skal være et av flere gjennomgående tema som skal utredes og prege hvert område som tas opp. I planprogrammet er det eget avsnitt om **Folk, folkehelse og trivsel** der blant annet følgende framgår:

- Kommunene har fått et spesielt viktig ansvar for folkehelsen i Folkehelseloven som trådte i kraft fra 1. januar 2012. Kommunene skal blant annet fremme befolkningens helse og bidra til forebygging av sykdom i befolkningen og til utjevning av sosiale forskjeller. ...Folkehelse handler om å holde seg frisk som et personlig ansvar, men også om hvordan offentlige myndigheter tilrettelegger for at befolkningen kan forbedre helsen sin. Folkehelse omfatter psykisk helse, fysisk aktivitet, rusforebygging, tobakksforebygging, kosthold og sosialt fellesskap. Økt trivsel og tiltak mot mobbing bør fremdeles være i hovedfokus, både i samfunnet og i skolen. Hvilke strategier og tiltak vil Eide ha framover for å fremme innbyggernes helse, utjevne forskjeller og forebygge sykdommer?

I arbeidet med kommuneplan er det egen referansegruppe for folkehelse med følgende representanter: folkehelsekoordinator, kommunelege, planlegger, fagsjef oppvekst og kommunalsjef helse og omsorg.

Det var lagt opp til offentlig ettersyn og vedtak av kommuneplanens samfunnsdel i mai-juni 2015. Det kommer fram i samtale at arbeidet med kommuneplanen er utsatt på bakgrunn av plankapasiteten i kommunen og politisk prioritering. Arbeidet vil starte opp igjen med det første. Kommunestyret skal også vedta planstrategi første året i kommunestyreperioden. Eide kommune har stilling som planlegger lagt til rådmannens stab som har ansvar for kommuneplan, arealplaner og reguleringsplaner.

Det framgår følgende om folkehelse i [økonomiplan 2015-2018](#) og tilsvarende i økonomiplan 2016-2019:

I forbindelse med samhandlingsreformen er det vedtatt ny folkehelselov. Formålet med loven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevne sosiale helseforskjeller. Loven skal sikre bedre samhandling og forankring av folkehelsearbeidet i kommunens politiske og administrative ledelse, i alle sektorer og i ordinære plan- og styringssystemer. Loven skal legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid. Kommunen er samfunnsutvikler, lokal planmyndighet og eier av virksomheter. Dette krever et tverrsektorielt engasjement for folkehelsearbeid, både helsefremmende og forebyggende arbeid. Folkehelsearbeidet må også forankres i alle planprosesser og etter plan- og bygningsloven. Folkehelseutfordringene i Eide kommune må kartlegges og analyseres. I den forbindelse må kommunen ha som felles mål:

- Utarbeide en oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Herunder vurdere konsekvenser og årsaksforhold. Dette oversiktsdokumentet skal utarbeides hvert fjerde år og skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi.
- Fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet som svar på de utfordringene som fremkommer av oversikten nevnt i forrige punkt.
- Beskrive folkehelse i eget avsnitt og integrere folkehelseperspektivet i alle vurderinger ved utarbeidelse av kommunens felles planstrategi for 2015 - 2018.

Det er opp til kommunen å ta stilling til hvorvidt det skal utformes en egen folkehelseplan eller om mål og strategier på folkehelseområdet skal synliggjøres gjennom øvrige planer, eksempelvis kommuneplanens samfunnsdel og arealdel. Det er uansett en forutsetning at kommunens folkehelsepolitikk kommer tydelig fram og at denne blir vedtatt politisk. Mål og strategier skal i neste fase knyttes opp mot nødvendige tiltak.

### **3.2.2 Folkehelseiltak**

#### **Folkehelsekoordinator og frisklivssentral**

Eide kommune har tilsett folkehelsekoordinator i 50 % stilling fra 2009.

Folkehelsekoordinator har i tillegg 50 % stilling knyttet til frisklivssentralen.

Eide kommunestyre prioriterte å bevilge midler til etablering av frisklivssentral. Det framgår av måloppnåelse i årsrapport 2013 at frisklivssentral for voksne ble etablert 01.03.2014. Det er fokus på motivasjonssamtaler til livsstilsendringer, kosthold, fysisk aktivitet og kurs i depresjonsmestring/KID kurs. Det framgår av årsrapport 2014 at Frisklivssentralen har startet tilbud for barn. (mellom 8 og 12 år) Det er fokus på kosthold og fysisk aktivitet. Det er

gjennomført rusforebyggende tiltak: arrangement antidoping, kurs for ansatte og foreldre i ungdomsskolen og vedtak om å innføre [MOT](#) (Bevisstgjøring og styrking av ungdom.)

Det kommer fram i samtale at frisklivssentralen i starten arbeidet mer tverrfaglig. Helsestasjon bidro blant annet i større grad i arbeidet. Nå er det i første rekke bare den halve stillingen knyttet til frisklivssentralen som arbeider der. Kommunen har fått støtte fra fylkesmannen til kjøp av utstyr og kompetanseutvikling.

Frisklivssentral får henvisning fra NAV, fastlege og private institutt (fysioterapi). Personer tar også selv kontakt. Det framgår av økonomiplan 2015-2018 at det er et mål å videreutvikle frisklivssentralen.

### **Andre tiltak**

Det kommer fram i samtale at en starta med kosthold i barnehage i 2011, og at dette nå også blir gjennomført i skolen. Barnehage og skole har fokus på folkehelse.

På [Heimesida](#) til Eide kommune gis oversikt over ulike folkehelse tiltak. I samtaler blir tilbud som Aktiv på dagtid, Stikk ut, ungdomsklubb og rusforebyggende tiltak framhevet. Gangveier blir videre nevnt som positive tiltak, men er også noe som ikke har vært prioritert ved utbygging av nye boligfelt. Det kommer fram i samtale at det skjer mye forebygging i Eide kommune, og at folkehelsekoordinator får til mye.

Det kommer videre fram i samtale at det er etablert godt samarbeid mellom folkehelsekoordinator og barnehagene, og at det er ønskelig med tettere samarbeid mellom barnehage og helsestasjon. Det blir vist til at Eide kommune har utfordringer innenfor barnevernet.

Kommunen rapporterer på ulike folkehelse tiltak til Møre og Romsdal fylkeskommune som del av «God helse partnerskapet», se vedlegg.

### **3.2.3 Tverrsektorielt samarbeid – folkehelse i alle sektorer**

Folkehelsekoordinator er organisatorisk plassert i enhet for kultur og familie. God helse partnerskapet anbefaler en sentral plassering i kommunens organisasjon. Det kommer fram i samtale at ulike alternativ kan ha sine fordeler.

Det ble etablert en styringsgruppe for folkehelsearbeidet (god helse partnerskapet) der enhetsleder for kultur og familie er leder og skal kalle inn til møter. Det er i tillegg med representanter fra skole, barnehage og ungdomsrådet. Gruppen har ikke fungert de siste to åra. Det kommer fram i samtale at kommunen mangler strukturer for å sikre det tverrfaglige, og at det er behov for en slik gruppe for å sikre at folkehelsearbeidet blir tverrsektorielt. Med en styringsgruppe på plass hadde mye av dette vært løst.

Det opplyses at det lett blir folkehelsekoordinators ansvar å prioritere hvilke tiltak det skal satses på når det gjelder folkehelse tiltak. Med en aktiv styringsgruppe hadde det vært lettere at flere kom med aktuelle forslag til tiltak og samarbeidsområder.

Folkehelsekoordinator deltar på ledermøtene innen helse og omsorg som ledes av kommunalsjef. Dette blir framhevet som positivt.

Folkehelsekoordinator skal ha et overordna koordineringsansvar. Folkehelsearbeidet i regi av folkehelsekoordinator er i dag mye drift (ungdomsklubb, kontaktperson friluftsråd, ungdomsråd, rusgruppe etc.).

Det kommer også fram at det har skjedd en endring de siste årene. Flere enheter tenker folkehelse nå. Noen har mye å gå på. Det er mest å hente innenfor teknisk, planlegging og tiltak for eldre.

Det blir pekt på at foreløpig utkast til «oversikt over helsetilstanden» brukes allerede. Slik sikres noe av tverrfagligheten, men det blir pekt på at det kanskje ikke blir forpliktende nok. Samtidig blir det framhevet at folkehelsekoordinatorstillingen er en «fri» stilling der det er mye opp til folkehelsekoordinator å ta initiativ.

Folkehelsekoordinator blir involvert i planlegging i høringsfasen (ikke planfasen). Folkehelsekoordinator får noen saker/planer fra planlegger, og er kontaktperson for ungdomsrådet og får noen planer til høring i den forbindelse.

### **3.3 Kommunerevisjonens vurderinger og anbefalinger**

Eide kommune omtaler folkehelse i ulike planer som budsjett og økonomiplanen og planprogrammet for kommuneplanen. Folkehelse skal integreres i planstrategien og kommuneplanen som er under arbeid.

Eide kommune har så langt ikke fastsett mål og strategier for folkehelsearbeidet for å møte kommunens utfordringer. Kommunen er i gang med å lage oversikt over helsetilstanden som skal danne grunnlag for mål og strategier. Kommunen kan på bakgrunn av dette iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer. Det er positivt at kommunen nå vil prioritere dette arbeidet.

Eide kommune har iverksatt flere folkehelsetiltak. Kommunen har folkehelsekoordinator og deltar i «God helse partnerskapet» med fylkeskommunen og rapporterer på folkehelsetiltak i den sammenhengen. Kommunen har etablert frisklivssentral.

Det ble etablert samarbeidsstrukturer knyttet til «God helse partnerskapet». Det har vært lite systematisk tverrsektorielt samarbeid om folkehelsetiltak de siste årene. Det er etablert samarbeidsstruktur knyttet til arbeidet med oversikt over helsetilstanden, og som referansegruppe for kommuneplanen. Eide kommune bør videreutvikle det tverrfaglige samarbeid, herunder vurdere organiseringen, og sikre folkehelse i alle sektorene.

#### **Anbefaling**

- Eide kommune bør videreutvikle det tverrfaglige samarbeid og sikre folkehelse i alle sektorene.

## 4 Tjenestetilbud og kompetanse

### 4.1 Problemstillinger og revisjonskriterier

#### Problemstilling

Har Eide kommune utviklet tjenestetilbudet og stryket kompetansen herunder tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter?

#### Revisjonskriterier:

- Eide kommune har utviklet/styrket kompetansen.
- Eide kommune legger til rette for å ta imot utskrivningsklare pasienter.

Vi vil her også beskrive hovedtrekk i utviklingen av tjenestetilbudet.

Når det gjelder utskrivningsklare pasienter, viser til samarbeidsavtalen mellom kommunen og helseforetaket. Avtalen skal sikre at alle pasienter får et faglig forsvarlig og helhetlig behandlingstilbud i overgangen mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste, og regulerer ansvarsfordeling, oppgaver og plikter ved utskriving av pasienter med behov for somatiske helsetjenester.

Det framgår av samarbeidsavtalen at kommunen skal sørge for å egne ansatte får påkrevd videre- og etterutdanning. Kommunen skal videre legge praktisk og økonomisk til rette for gjensidig hospitering.

Det framgår følgende i forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter:

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

## 4.2 Fakta og beskrivelse

### 4.2.1 Utvikling av tjenestetilbudet

#### Planer og sentrale vedtak m.m.

[Helse og omsorgsplan 2010-2016](#) ble vedtatt av kommunestyret i 2010. Planen ble skrevet etter intensjon og føringer i St.meld. nr. 47 Samhandlingsreformen. Planen skulle ta høyde for hvordan utfordringer knyttet til *Samhandlingsreformen* skulle møtes.

Det ble i planen vist til at Eide kommune har en noe svakt dimensjonert hjemmetjeneste. Tiltak som ble skissert for å oppnå optimal balanse mellom sykehjem, omsorgsboliger, dagtilbud og hjemmetjenester var blant annet styrking av bemanningen i hjemmetjenesten, herunder bemanning i omsorgsboligene, for å redusere presset på institusjonsplasser, og aktiv bruk av vernepleier / ergoterapeut ved vurdering av tildeling av tjenester.

Den kommer også fram at en økt andel av sykehjemsplassene må bli aktive behandlingsplasser pga. økningen av livsstil-sykdommer som KOLS og kreftsykdommer. Det blir vist til at Eide sykehjem utfører oppgaver som tidligere lå til spesialisthelsetjenesten, som for eksempel intravenøs væske- og antibiotikabehandling, og at Eide kommune ligger langt framme i lindrende behandling.

Det blir vist til at KOSTRA-tall tyder på at Eide kommune har en høy institusjonsdekning i forhold til befolkningsgrunnlaget og at andel institusjonsplasser brukt til korttidsopphold er lav. Det blir videre vist til at Eide ikke har fulldøgns bemanning i omsorgsboliger eller aldershjem og at dette fører til økt etterspørsel på sykehjemsplasser.

Handlingsdelen til helse og omsorgsplanen skulle innarbeides i budsjett og økonomiplanen. Tiltak som skulle vurderes i budsjett og økonomiplanen, var blant annet omsorgsboliger, dagtilbud for demente, styrking av legetjenesten i sykehjem, helsestasjon og skolehelsetjeneste. Tiltak der enhetene skulle finne løsningen innenfor egne rammer, var blant annet forebyggende helsearbeid/utarbeide oversikt over helsetilstand og økning av kompetansenivået for å møte utfordringene i samhandlingsreformen.

Helse og omsorgsplan skal rulleres i 2016.

Eide kommune deltok i samarbeidsprosjekt i Romsdals Regionråd (ROR) ved innføring av samhandlingsreformen. Mandatet var blant annet:

- korttids-/behandlingsplasser for å forebygge sykehusinnleggelser
- ta i mot utskrivningsklare pasienter første dag
- kompetanseheving (sykehjem, hjemmetjenesten)

Det kommer fram i samtale at grunnlaget for prosjektet var at samhandlingsreformen fordrer krav til betydelig omstillinger, og at kommunene i nedslagsområdet til Molde sjukehus ønska å samarbeide for å kartlegge grunnlag, utfordringer og samarbeidsløsninger for å kunne implementere reformen på best mulig måte.

Det ble på bakgrunn av dette arbeidet laget en strategiplan med følgende tiltak:

- Furutoppen sykehjem – tre plasser forbeholdes reformen, lindrende enhet 1 plass, behandling, observasjon, rehabilitering 2 plass, øyeblikkelig hjelp fases inn mot 2016.
- Hjemmetjenesten - styrke i forhold til ressurser, enkelte ferdigbehandlede pasienter kan få tilrettelagte tjenester i hjemmet.

- Bemannet omsorgsboliger, rehabiliteringsleilighet.
- Kompetansekartlegging (ROR gruppa), se på organisering i forhold til kompetanse og utnyttelse av ressursene.
- En koordinator i forhold til ferdigbehandlede pasienter. Forvaltning av reformbudsjett. Tiltaksnemnd fortsatt tildelende myndighet.
- Styrke det helsefremmende og forebyggende arbeidet, frisklivssentral fra 2012 (barn og oppvekst), 80 % stilling som jordmor (samarbeide med helsesøster på skolene), prioritere helsefremmende tiltak etter kommunens «helsetilstand».
- Legetjenester styrkes; timer sykehjem, individrettet forebyggende helsearbeid, poliklinisk oppfølging.

Strategiplanen ble ikke politisk behandlet, men var bakgrunnsdokument til virksomhetsplaner for enhetene og budsjett/økonomiplan.

Andre sentrale planer, rapporter, vedtak:

- Analyse av styringsdata for Eide kommune som følge av samhandlingsreformen, ble utarbeidet i 2013. Det er oversikt over igangsatte tiltak som styrking av hjemmetjenesten (2010) og dagsenter innen rus/psykiatri (2013) og forslag om nye tiltak som styrking av hjemmetjenesten, rehabiliteringsteam, psykiatri/rus m.m. Det kommer fram at kommunen ikke har vært i stand til å endre organiseringen med utgangspunkt i de funn som er framkommet i statistikk/analyser, og peker på at dette blant annet kan skyldes at planar ikke har vært aktivt i bruk i forbindelse med budsjettbehandlingene i kommunen.
- Demensplan 2015 ble vedtatt i 2014. Målet er at kommunen skal ha en strategi for å ivareta økningen av demente i årene som kommer.
- Strategisk kompetanseplan for helse og omsorg 2012-2016.
- Sak om Veivalg innen pleie og omsorgssektoren ble behandlet av kommunestyret 11. desember 2014. Etter overtakelsen av helseforetakets del av sykehjemmet, ble *Prinsippsak – bruk av den totale bygningsmasse innen helse og omsorg* behandlet mai 2015. Det er blitt foretatt en behovskartlegging herunder sett både på nåværende og fremtidige behov. Det er planlagt demensomsorg i ulike faser, sykehjem for langtidsboere, sykehjem for korttidsboere (rehabilitering, behandling, observasjon, avlastning), aktivitetssenter, flerbruk og akutte boenheter for vanskeligstilte.
- Det framgår av økonomiplan 2015-2018 at det er et overordnet mål at helse- og omsorgstjenestene videreutvikles i tråd med Samhandlingsreformen og folkehelseutfordringene i Eide kommune.
- Budsjett 2016 – økonomiplan 2016-2019 omtaler også samhandlingsreformen: I Samhandlingsreformen legges det til grunn at den forventede veksten i behov i en samlet helsetjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene. Dette innebærer at en økt andel av sykehjemsplassene må bli aktive behandlingsplasser....Samtidig vil det være behov for at kommunen har nok sykehjemsplasser for ferdigbehandlede pasienter i sykehus, og pasienter henvist fra legevakt og fastlegene. Videre vil utviklingen i spesialisthelsetjenesten, med nedbygging av sengeposter, føre til at Eide kommune på sikt må ha flere korttidsplasser for behandling/rehabilitering av pasienter. ...Fra 2016 vil kommunen få et større ansvar innen rus og psykiatri - noe som også vil innbefatte boligplanlegging. Disse utfordringene er hensyntatt i sak 15/49 – Fremtidens sykehjem-vedtatt 29 10 15.
- Kommunestyrets behandling av økonomiplan 17. desember 2015 innebærer en framtidig økning i antall plasser. (Investeringer)



Eide kommune har i flere år hatt økonomiske utfordringer. Dette er omtalt i ulike sammenhenger:

- Årsrapport 2013: Driftsnivået i Eide kommune er for høyt i forhold til de inntektene kommunen har....Eide kommune har iverksatt tiltak for å redusere driften i inneværende økonomiplan periode. ...Enhetene innen pleie og omsorg har et stort merforbruk. De økonomiske ressursene i forbindelse med Samhandlingsreformen, som skulle gå til forebyggende tiltak, har vi brukt til balansering av driften. ....
- Det kommer fram i Årsmelding 2013 at det for 2014 er en utfordring å forberede organisatoriske endringer jf. felleskutt for helse - og omsorgsområdet (2,1 mill.). Kultur og familie peker på følgende utfordring: Hvordan skal vi kunne gi våre innbyggere de tjenestene de har krav på, med omfattende kutt i tjenestetilbudet og økonomiske rammer? Kravet til kommunene øker (samhandlingsreformen), mens den økonomiske rammen reduseres.
- Eldrerådet viser i sin uttale til budsjett 2012 og økonomiplan 2012-2015 at samhandlingsreformen vil resultere i økt press på kommunenes institusjonsplasser: Samhandlingsreformen – med overføring av ressurskrevende ferdigbehandlet pasienter fra sykehusene fra dag en uten å øke tilbudet – vil i praksis innebære redusert tilbud til øvrige eldre i kommunen.
- Eldrerådets uttalelse til Budsjett 2013 og økonomiplan 2013-2016: Regnskapsrapporter for 2012 oppgis å vise en underdekning for eldretjenesten på ca. kr 1 300 000. Eldrerådet ber om at nåværende eldretjenester sikres videreført for 2013, gjennom at udisponerte samhandlingsmidler på kr 900 000 «sperras» og nyttes til å sikre inneværende års driftsnivå for eldreomsorgens tre enheter 2013.
- Eldrerådets uttalelse til Økonomiplan 2015-2017: Å møte eldrebølgen med varsel om kommende varige kutt innen Helse og omsorg på kr 1,6 mill. i tillegg til budsjetterte kutt på 0,8 mill. for 2014, vil få svært store konsekvenser for helse og omsorgstilbudet for kommunens eldre innbyggere.

Tall fra KOSTRA viser at Eide kommune har lavere netto driftsutgifter innen pleie og omsorg i prosent av kommunens totale driftsutgifter, enn kommunegruppen og Møre og Romsdal, men høyere enn landet jf. figur 9 i vedlegg.

Eide kommune skal gjennomføre en KOSTA-analyse i 2016. Denne skal danne grunnlaget for ytterligere kutt i 2017 og 2018.

Eldrerådet har vært opptatt av samhandlingsreformen, og leder peker på at den ikke har blitt det den skulle i forhold til pasientene. Det er enighet om prinsippene. Det blir mer oppgaver til kommunene, pasientene blir sendt hjem tidligere, men kommunene har ikke økt ressursene. Reformen har virket i forhold til sykehusene, som sender ut pasientene tidligere enn før. Eide kommune har overrasket positivt og klart mye uten økte ressurser. Kommunen har taklet vekst uten tilføring av ressurser. Dette blir forklart med at kommunen er liten med god oversikt, og at engasjerte ledere har funnet en balanse og taklet dette bra. Det blir framhevet at kommunen har hatt en god sjukeheimsdekning som ikke er bygd ned. Det blir pekt på at det nå er en utfordring hva som må gjøres for at folk skal bo lengst mulig hjemme.

### **Institusjonsplasser**

Andel innbyggere 80 år+ som bor i institusjon låg i 2014 over gjennomsnittet for kommunegruppe 01, Møre og Romsdal og landet. Andel innbyggere 80 år og over som bor i institusjon har vært stabilt i perioden 2012-2014, jf. tabell 5 og figur 5 i vedlegg.

Andel plasser satt av til *tidsbegrensa opphold* låg i 2014 under kommunegruppe 01, Møre og Romsdal og landet, jf. tabell 4 og figur 6 i vedlegg. Andel plasser avsatt til tidsbegrenset opphold har økt fra 2012. Det er forslag om å øke antall plasser for tidsbegrensa opphold fra 4 til 10 etter ombygging. I tillegg vil det være mulighet for korttidsopphold på Slettatunet (1 plass). Det blir lagt opp til en økning i institusjonsplasser med plasser som skal gi mer aktiv behandling. Korttidsopphold er ellers aktuelt for rehabilitering, lindrende behandling og avlastning. (Plasser til rehabilitering inngår i plasser til tidsbegrenset opphold.)

Kommunen har ikke heldøgnsbemannet boliger for eldre eller aldersheim. Det blir i årsrapport 2013 pekt på behov for oppbemanning av omsorgsboliger (Bjørklia), slik at de som bor der kan få forsvarlig og god pleie om de blir syke/sengeliggende. Det blir pekt på at de ikke handlingsrom på grunn av den økonomiske situasjon. Det kommer fram i samtale at heldøgnsbemannet boliger for eldre nå nesten er på plass. Bemanningen ved Bjørklia har økt.

Det kommer fram i samtale at kommunen har hatt kapasitet nok, og at det har vært eksempel med ledige senger ved sjukeheimen. Det kommer videre fram at det er større press nå. Det er fullt på sjukeheimen. Det blir vist til at dette svinger.

### **Sykehjemstjenester**

Eide sykehjem består av to avdelinger, Furutoppen og Slettatunet.

Det kommer fram i samtale at selv før innføring av samhandlingsreformen var *Eide sykehjem* et aktivt pleie- og behandlingssykehjem. Mange av de «nye» oppgavene som fulgte reformen var allerede innarbeidet i sykehjemsavdelingen (rehabilitering, observasjon, behandling intravenøs behandling, lindrende behandling osv.) Pasienter ble, og blir fortsatt, lagt inn på sykehjemmet av fastlegene, til antibiotikabehandling, væskebehandling etc. Pasienter blir behandlet i avdelingen framfor innleggelse i sykehus. Det kommer fram at dette er mulig på grunn av svært flinke og myndiggjorte medarbeidere.

Det framgår av Årsrapport 2013 at tildelingsrutinene er revidert jfr. Samhandlingsreformen. Kommunen startet et systematisk arbeid i forhold til tildeling av plasser i sykehjem. Det kommer fram i samtale at det er strengere krav for tildeling av sjukeheimplass i de nye tildelingsrutinene.

Furutoppen er kommunens behandlingsinstitusjon og tar imot utskrivningsklare pasienter. Det framgår av Årsrapport 2013 at avdelingen jobber aktivt med rehabilitering og behandling av pasienter inne på korttidsopphold.

Eide kommune klarer ikke alltid å gi et tilbud om avlastning. Det blir vist til at det er mange dårlige/syke som bor heime, og at pårørende blir slitne.

Det framgår følgende av budsjett 2016:

- Furutoppens driftsbudsjett skal reduseres med kroner 296 000,- og Slettatunets driftsbudsjett skal reduseres med kroner 206 000,- Ut fra dagens budsjett ved Furutoppen og Slettatunet er det vanskelig å finne poster en kan kutte / redusere. En gjennomgang av budsjettpostene for Slettatunet og Furutoppen viser at begge enhetene allerede har marginale budsjett. I forhold til bemanning så reduserte Furutoppen 1 årsverk og Slettatunet 0,5 årsverk i 2014. En ytterligere reduksjon i bemanningen vil gi et uforsvarlig tjenestetilbud for pasientene. Allerede i dag merker vi at færre ansatte fører til uønskede hendelser og avvik. Ved å redusere antall ansatte ytterligere, må en også

redusere antall pasienter. Dette vil gi kommunen en merkostnad i forhold til «overligger» i sykehus, og økt belastning på hjemmetjenesten...Eide sykehjem driver kun med lovpålagte tjenester, og en ser med stor bekymring på flere kuttforslag.

(Det er lagt opp til en generell reduksjon av tjenestenivå på 1,8 %. Nyere tall viser at dette blir 333 000 kroner for Furutoppen og 232 000 kroner for Slettatunet. Hjemmetjenesten skal reduseres med 155 000 kroner, kultur og familie med 354 000 kroner og rus og psykisk helse med 33 000 kroner.)

### **Hjemmetjenesten**

KOSTRA-tall viser følgende trekk for Eide kommune, jf. tabell 5 i vedlegg:

- Mottakere av hjemmetjenester pr 1000 innbygger 67-79 år ligger under kommunegruppe 1 og på nivå med Møre og Romsdal og landet.
- Mottakere av hjemmetjenester pr 1000 innbygger 80 år + ligger under kommunegruppe 01 og over Møre og Romsdal og landet.
- Mottakere av hjemmetjenester pr 1000 innbygger over 67 år har gått ned fra 2012.

Gjennomsnittlig antall timer pr uke som brukere av hjemmesykepleie får, ligger lavere enn kommunegruppen, Møre og Romsdal og landet i perioden 2007-2014 jf. tabell 5 og figur 7 i vedlegg. Det har vært en økning fra 1,7 timer i 2012 til 2,4 timer i 2014.

Gjennomsnittlig antall tildelte timer pr uke, praktisk bistand, ligger høyere enn kommunegruppen, Møre og Romsdal og landet fra 2007-2014, jf. tabell 5 og figur 8 i vedlegg.

Det går fram av samtale at kommunen starter opp tidlig med hjemmesykepleie som forebyggende tiltak og for å unngå innleggelse i sykehjem. Dette kan foreklare at det er mange som får forholdsvis få timer. Det blir diskutert om dette går ut over tid for brukere som trenger mye tjenester.

Det framgår følgende utfordringer i Helse og omsorgsplan:

- Det er viktig at kommunen også fremover gir tydelige signaler på at det er en etisk målsetning at den enkelte skal ha anledning til å bo hjemme så lenge som mulig.

I årsrapport 2013 blir det pekt på utfordringer med nok ressurser (personer) i hjemmetjenesten til å ta seg av de som kommer fra sykehus.

Det kommer fram også i Årsrapport 2014 at samhandlingsreformen gir utfordringer:

- Året 2014 har vært et år hvor vi i større grad har fått merke konsekvensene av Samhandlingsreformen... Hurtige inn- og utskrivninger fra sykehus, samt at flere eldre, syke ønsker/velger å bo hjemme, har gjort at vi har fått et økt press på tjenesten....På grunn av presset som har vært i Hjemmesykepleien, har det ikke vært mulig å drive tjenesten på en forsvarlig måte for både brukere og ansatte, uten å leie inn mer personell.
- Med den stadig økende veksten av personer som vil trenge våre tjenester, ser vi store utfordringer i å klare oss med de vedtatte budsjettene og økonomiske rammene som er gitt.

Det kommer fram i samtale at tilbudet i hjemmetjenesten har blitt litt mer avansert. (Væskebehandling m.m.) Fra 2012 har hjemmetjenesten fått en del brukere som krever mer

ressurser. Det er for eksempel flere terminale pasienter som ønsker å dø hjemme. Kreftkoordinator/prosjektet «lindring på tvers» bidrar her.

Hjemmetjenesten er bygd opp over tid. Behovet har styrt dette. Flere ønsker å klare seg hjemme lengre. Det er behov for å synliggjøre behovet innenfor tjenesten. Det kommer fram at en strekker seg langt og ikke alltid er like flink til å melde fra til ledelsen om situasjonen. (Det blir gitt anledning til å gi tilbakemelding i årsrapport og jevnlig driftsrapport til kommunestyret.) Det er stort press, og tjenesten er ikke bemannet nok for å gjøre en god jobb. Det blir pekt på at det er behov for bedre tid til å gjøre en grundigere jobb.

Stadig flere pasienter med omfattende hjelpebehov har ført til behov for ekstrapersonell. Det kan være aktuelt å bemanne opp mer i hjemmetjenesten.

Hjemmetjenesten mangler nattpatrulje. Siden kommunen ikke har nattpatrulje er det to ansatte på Slettatunet og to på Furutoppen som reiser ut til heimen ved behov. Det blir framhevet at det er behov for nattpatrulje.

Tjenestene ble økt med en 85 % stilling i 2014. Aktivitør/ergoterapeutstilling ble gjort om til sykepleierstilling. (Intern omstilling innenfor enheten)

I Budsjett 2016 med forslag om reduksjon i driftsbudsjettet blir det pekt på at hjemmetjenesten, og spesielt hjemmesykepleien, merker et større press på tjenestene etter at Samhandlingsreformen trådte i kraft. Det er flere pasienter med sammensatte behov og trenger mer ressurser/tid, for fortsatt å kunne bo hjemme.

Aktuelle tiltak for å komme i balanse i 2016 er innstramming av tildeling av tjenester. Det blir pekt på at en konsekvens vil være mer press på institusjonene og betaling for ferdigbehandlede utskrivningsklare pasienter til helseforetaket. Det blir sagt følgende om samhandlingsreformen i budsjettet:

- Vi merker Samhandlingsreformen på den måten at stadig flere pasienter blir utskrevet fra sykehus direkte til hjemmet, med behov for Hjemmetjenester. Vi har bygget gradvis opp kompetanse over år, og merker nå at dette har vært klokt og riktig i forhold til utfordringene vi står overfor. Det blir pekt på behovet for å ruste opp tjenesten slik at behovet for institusjonsplass kan utsettes og pasienten kan bo hjemme i eget hjem så lenge som mulig.

### **Avhengigheten og samspillet mellom tjenestene**

Avhengigheten og samspillet mellom tjenestene blir tatt opp i budsjett 2016:

- Alle våre tjenester i pleie- og omsorg (både hjemmetjenester og institusjonstjenester) må ses i sammenheng med hverandre. Dette medfører at vi lever i en symbiose, hvor vi merker stort trykk når plassene på sykehjemmet er «opptatt» og et litt lettere trykk, når det er mulighet for en pasient å komme inn på et korttidsopphold f.eks. Siden Samhandlingsreformen trådte i kraft, har vi merket at det stadig blir vanskelig å tilby f.eks. avlastningsopphold til våre hjemmeboende dementes pårørende. Dette medfører utslitte pårørende, som ikke makter mer, og som ser det som eneste utvei å søke fast plass på sykehjemmet. Vi merker en stadig større pågang fra andre enheter, hvor ikke kompetansen er god nok i forhold til de normale endringene i et menneskes liv jo eldre de blir. Dette byr på utfordringer i en allerede hardt presset tjeneste. Rus og psykiatri tjenesten håper vi kan bli utbygd og fungere på en mer hensiktsmessig måte, slik at de kan ha en mer fullverdig tjeneste til disse brukerne.

### **Rehabilitering - rehabiliteringsteam**

Det kommer fram i helse- og omsorgsplanen at fysioterapitjenesten må styrkes i årene som kommer, og at samhandlingsreformen innebærer at rehabilitering etter slag, brudd osv. skal skje i egen kommune.

Det kommer fram i samtale at det er for lite ressurser til fysioterapi i kommunen. Det har ikke skjedd noen styrking av tjenesten. Kommunen har sykepleier med videreutdanning i rehabilitering.

Fysioterapeuten er rehabiliterings – og hjelpemiddelkontakt i kommunen, har oppfølgingsansvar i forhold til rehabilitering av pasienter innlagt i sykehjem, og veileder ansatte i forhold til arbeidsteknikk. Fysioterapeut, lagt til hjemmetjenesten, arbeider mest i sjukeheimen, men også ute i heimen ved behov for hjelpemidler. To ansatte i hjemmetjenesten har i tillegg et ansvar hjelpemidler.

I analyse av styringsdata (2013) blir det foreslått å etablere rehabiliteringsteam. Rehabiliteringsteam er ikke etablert.

Det var planlagt at ergoterapeuter skulle ha en mer aktiv rolle i hjemmetjenesten. Kommunen har ikke ergoterapeut i dag jf. avsnitt 4.2.2.

Kommunen har ikke kommet i gang med hverdagsrehabilitering på en systematisk måte.

Det ble i strategiplanen foreslått 6 korttidsplasser inklusiv 2 rehabiliteringsplassene. Det ble etablert i alt 4 plasser. I prinsippsak fra mai 2015 er det foreslått i alt 10 korttidsplasser inklusiv rehabiliteringsplasser.

Kommunen har rutiner for rehabilitering i sykehjem.

Det kommer fram i budsjettforslag 2016 at reduksjon av 1,5 årsverk har ført til redusert rehabiliteringstilbud:

- Fram til 2014 har sykehjemmet lyktes med rehabilitering av pasienter inne på korttidsopphold. Enheten har jobbet systematisk med opptrening og behandling *ved slag, brudd* osv. Dette forutsetter at det er nok ansatte på jobb for å utføre disse oppgavene. En reduksjon i antall ansatte har gitt et dårligere tilbud om rehabilitering og oppfølging. Eide kommune risikerer å måtte sende pasienter til rehabiliteringssentre (Aure, Mork). Dette vil medføre store kostnader for Eide kommune.

(Når pasienter trenger rehabilitering etter sjukehusopphold, må kommunen betale for oppholdet om søknaden kommer fra kommunen (fastlegen), mens helseforetaket/sjukehuset betaler om søknaden kommer fra sjukehuset.)

### **Kreftkoordinator – lindrende behandling**

Det kommer fram følgende utfordring i Helse- og omsorgsplanen for Eide kommune:

- Lindrende enhet er et ofte brukt tilbud i kommunen. Dette er ofte pasienter med omfattende pleie – og omsorgsbehov. Det er en utfordring å gi et fullgodt tilbud med dagens bemanning. Avdelingen bør styrkes i perioder med pasienter innlagt på Lindrende enhet. Det må fokuseres på kompetanse oppbygging, og enheten må sørge for videreutdanning av kreftsykepleier.

Helse- og omsorgsplan legger opp til at lindrende behandling skal styrkes både kompetanse – og ressursmessig. Kommunen har hatt tilbudet siden 2005.

Kommunen er med i prosjektet «Sammen for lindring» som er et interkommunalt samarbeidsprosjekt mellom ROR-kommunene og Molde sjukehus om kompetanseutvikling, «plan for lindring» og samarbeid innen palliasjon. Prosjektperioden er 1.7.2014 til 1.1. 2017. Prosjektet får statlige midler. Det kommer fram i samtale at fastlegen er involvert, og det er samarbeid med palliativt team ved Molde sjukehus som er godt tilgjengelig for kommunen. Helseforetaket tilbyr opplæring og bidrar også ved utskrivning.

Kommunen har stilling som kreftkoordinator i samarbeid med Fræna kommune. Kreftforeningen har gitt støtte til stillingen og har forlenget støtten til ut 2016. Det kommer fram i samtale at kreftkoordinator bidrar med veiledning og økt kompetanse til andre ansatte. Det blir pekt på at kommunen har god kompetanse på lindrende behandling.

### **Tilbud til personer med demens - demensteam**

Det kommer fram i helse- og omsorgsplan at demensutfordringene er store i Eide kommune, og at en i planen må ta stilling til fremtidig tjenestetilbud til demente. Eide kommunestyre vedtok 3.4.2014 Demensplan 2015. Tiltak med økonomiske konsekvenser skulle vurderes i forbindelse med budsjett 2015, økonomiplan 2015 – 2018.

Det kommer fram i Årsrapport 2014 at demensteamet er opprettet, men at det ikke er politisk forankret, og det er ikke frigjort tid nok til at det skal fungere optimalt. Demensteam består av enhetsledere ved hjemmetjenesten og sykehjemmet og lege. Demensteamet har hatt pårørendeskole for dementes pårørende i 2013-2014-2015. Det er utfordringer knyttet til oppfølging.

Kommunen har videreført dagaktivitetstilbudet for hjemmeboende personer med demens. Tilbudet i 2015 ble økt ved hjelp av prosjektmidler. (Årsrapport 2014)

Det kommer fram i Årsrapport 2014 at det er en utfordring å gjøre kommunen i stand til å møte framtidige utfordringer med et økende antall personer med demens samtidig som bemanningen er redusert. (Slettatunet)

Det kommer fram i samtale at kommunen samarbeider godt med Alderspsykiatrisk avdeling i Helse Møre og Romsdal. Før ble gjerne pasientene lagt inn på sjukehus. Det tar nå lang tid å få plass. Alderspsykiatrisk kommer nå ut til kommunen for å hjelpe til der pasienten er. Noen blir lagt inn nå også.

### **Psykisk helse – rus**

Eide og Fræna kommune samarbeider om tjenestene innen rus og psykisk helse. Eide kommune er vertskommune. Ny samarbeidsavtale er inngått mellom Fræna og Eide kommune fra 1.1.2016. Tjenesten som tidligere var en del av NAV, skal organiseres som egen enhet i Eide kommune.

Det er egen gruppe for rus/psykisk helse i Eide kommune der hjemmetjenesten deltar.

Det blir i årsrapport 2014 pekt på økningen av personer med psykiatri- og/eller rusproblemer.

Psykiatrisk sjukepleiere har tilbud på dagtid. På kveld og helg tar hjemmesykepleien over. Det kommer fram at flere og flere trenger mye oppfølging, og at behovet er mer enn hjemmesykepleien klarer. Det følger ikke med ressurser til hjemmesykepleien.

Det er fellesmøte siste tirsdag i hver måned mellom hjemmetjenesten og psykisk helse. Hjemmesykepleier har ansvar for medisinalutdeling. Ved fravær som sjukemeldinger, blir det ikke leid inn vikar innen psykisk helse. Det er faste kontaktpersoner for hver bruker. Brukere vil stå uten kontaktperson ved fravær. Dette blir ikke vurdert som optimalt. Det blir pekt på at hjemmetjenesten får mye ansvar, og at dette er krevende.

Hjemmesykepleien har ansatt psykiatrisk sjukepleier. Dette blir sett på som viktig. Stillingen skal i hovedsak arbeide med psykisk helse og er med på faste møte i rus/psykiatri gruppa.

Det er tre stillinger som psykiatrisk sykepleiere i det interkommunale samarbeidet mellom Eide og Fræna.

Det blir i Årsrapport 2014 pekt på at Eide kommune mangler stilling som psykiatrisk sykepleier til de under 18 år. Helsestasjon har et ansvar for psykisk helse fram til 16 år. Psykiatrisk sykepleier har et ansvar fra 18 år og har også ansvar for de på institusjon. I aldersgruppen 16-18 år vil skolehelsetjenesten ved de videregående skolene ha et ansvar. I tillegg vil fastlegene ha et ansvar for alle aldersgrupper.

### **Helsestasjon, skolehelsetjeneste, jordmortjeneste**

Det framgår av Årsrapport 2013 under måloppnåelse at det er økt treffetid i skolehelsetjenesten fra 20.08.2014. Det kommer fram at det er ukentlig treffetid på alle skolene, men at tilbudet bør økes ytterligere (gjelder spesielt Eide barneskole). Det blir pekt på følgende utfordringer: øke kapasiteten i helsestasjon og skolehelsetjenesten, nye krav og store utfordringer. Årsrapport 2014 viser til at gjennomført risikoanalyse gav avvik innen for HMS ved Eide helsestasjon pga. stress og tidspress. Det har vært tilsyn fra Arbeidstilsynet. Det ble pekt på følgende utfordringer for helsestasjon:

- Svært knappe ressurser, har ikke mulighet til å utføre alle de konsultasjonene som anbefales, nye lovkrav/samhandlingsreformen, lite tid til skolehelsetjenesten, ikke tid til samarbeid med barnehagene. Eide mangler 1,13 årsverk helsesøster etter Helsedirektoratets minstenorm for helsesøsterdekning. Eide mangler også stilling som psykiatrisk sykepleier til de under 18 år, og familieveileder, dette er områder helsesøster også må dekke.

Det kommer også fram i samtale at det er en utfordring med bemanningen i helsestasjon. I 2013 og 2014 var det ingen økning. Helsestasjon – og skolehelsetjeneste skal evalueres høsten 2015. Det blir pekt på at kommunen skulle hatt 1,5 stilling til barneskolen, men har ½ stilling. Kommunen klarer å innfri når det gjelder ungdom og jordmortjenester. Jordmor ivaretar også noen helsesøsteroppgaver. Ved ungdommens helsestasjon arbeider jordmor og lege. Det kommer fram i samtale at en håper på en styrking av helsestasjon fra 2016. Det er ikke lagt opp til noen økning i budsjettet for 2016.

Når det gjelder **jordmortjenesten**, har kommunen en god dekning med 80 % stilling. Liggetida på sjukehus er kortere. Etter 48 timer skal kommunen ha tilbud. Det er behov for tettere oppfølging fra kommunen.

Kostra-tall viser at årsverk jordmødre pr 10 000 fødte ligger godt over kommunegruppen, fylket og landet, jf. tabell 5 i vedlegg.

I statsbudsjettet for 2016 blir helsestasjons- og skolehelsetjenesten styrket med 200 millioner kroner gjennom veksten i kommunenes frie inntekter i 2016. Disse kommer i tillegg til økningen med samme formål i 2014 og 2015, på henholdsvis 180 og 270 millioner kroner, som gir en total økning for disse årene på 667,7 millioner kroner i 2016-kroner. (2015: helsestasjonstjenesten, inkludert skolehelsetjenesten og jordmortjenesten)

Eide kommune fikk 134 000 kroner i 2014, 344 000 kroner i 2015 og 499 000 kroner i 2016 til styrking av disse tjenestene. Dette er frie midler, og det er derfor opp til kommunene å prioritere bruken av disse midlene.

Helsestasjonen/skolehelsetjenesten har ikke blitt styrket i den perioden det har vært satset på i rammeoverføringer. Eide kommune får en 30 % helsesøsterstilling i 2016 på grunn av etablering av et mottak/omsorgssenter for enslige mindreårige flykninger i Eide, barn under 15 år. (Tilskudd i fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet/bufdir).

Helsedirektoratet viser i «Status for samhandlingsreformen 2014» til at helsestasjon- og skolehelsetjenester er definert som satsningsområder, og at det er en utfordring for mange kommuner å etterleve kravene til denne tjenesten.

[Oversikt folkehelse 2015 – tabellvedlegg](#) fra Møre og Romsdal fylkeskommune viser at Eide kommune i 2012 brukte nest minst av kommunene i fylket til forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste målt etter netto driftsutgifter per innbyggere 0-20 år i 2012.

Det kommer også fram i årsrapport 2014 at NAV ser det som en utfordring å styrke innsatsen mot ungdom som ikke lenger er i utdanning eller arbeid. Det blir også pekt på at det er stort behov for forebyggende tiltak i ungdomsmiljøet, spesielt psykisk helse og rus.

Det er større frafall fra videregående skole i Eide kommunen enn i fylket samlet jf. tabell 4.2. Tabell 4.2 Gjennomføring av videregående opplæring. Fullført og bestått etter normert tid og fem år, etter kommune

|                        | Fullført på normert tid | Brukt meir enn normert tid | Fullført og bestått etter 5 år |
|------------------------|-------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| Eide                   | 45,0                    | 15,0                       | 60,0                           |
| <b>Møre og Romsdal</b> | <b>59,5</b>             | <b>14,0</b>                | <b>73,5</b>                    |

Kjelde: Fylkesstatistikk, Møre og Romsdal fylkeskommune

### Kommunale akutte døgnplasser

Krav om opprettelse av øyeblikkelig hjelp døgntilbud trer i kraft fra 2016. Eide kommune har pga. avstand til legetjenesten på kveld/helg og sårbarhet i ansattgruppen, valgt å starte i et interkommunalt samarbeid med Molde kommune. (Responstid for lege skal være 20 minutt.) Oppstarten var mai 2015. Kommunen har samtidig et interkommunalt samarbeid om legevakt på samme sted. (Kirkebakken). (Legevaktsamarbeidet utenom kontortid – kveld, natt og helg.)

Kommunen vil motta 750 000 kroner til dette tilbudet. (Dette tilsvarer midler til en «½ seng» som er beregnet behov.) Disse midlene blir i sin helhet overført til det interkommunale samarbeidet/Molde kommune. Etter 72 timer/3 døgn må kommunen finne tilbud eller det kan være aktuelt med sjukehusinnleggelse. Kommunen får tilsendt rapporter over bruken av tilbudet. [Det var to innleggelser i 2015.](#)



Det kommer fram i samtale at kommunen ikke ønsker å slutte med å legge inn pasienter på egen sjukeheim ved behov for kortere behandlingsopphold. Dette kan for eksempel være aktuelt ved behov for væskebehandling.

Kommunale akutte døgnplasser (KAD)/øyeblikkelig hjelp døgntilbud har innen somatikk gradvis blitt innfasert fra 2012. Plikten vil også omfatte brukere med psykiske helseproblemer og/eller rusproblemer, men først fra 2017 for å gi kommunene tid til å etablere nødvendige tilbud. Formålet med oppbyggingen av et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp er å unngå innleggelser i sykehus når dette ikke er ønskelig eller nødvendig ut i fra en medisinsk faglig vurdering. ([Meld.St.26 2014-2015](#) Fremtidens primærhelsetjeneste)

#### 4.2.2 Kompetanse

##### Kompetanseutvikling - planer

Det kommer fram i Helse- og omsorgsplan for Eide kommune at en av de viktigste utfordringene framover blir å sikre tilgang på tilstrekkelig personell. Når det gjelder samhandlingsreformen, blir det blant annet sagt følgende:

- Kjernen i *Samhandlingsreformen* er å svare på pasientens behov for koordinerte tjenester. For å kunne lykkes med dette som i all annen omsorgstjeneste er det viktig å ha et kompetent personell – i alle deler av tjenesten som skal utføres.
- Flere oppgaver blir flyttet fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Dette medfører at Eide kommune må utvikle en kunnskapsbasert og utviklingsorientert organisasjon med fokus på: demens, diabetes, KOLS, rehabilitering og brukermedvirkning, kreftomsorg, samt aktivitet og ernæring.

Helse- og omsorgsplan for Eide kommune skulle i henhold til mandatet beskrive framtidig kompetanseutvikling og rekruttering av personell i omsorgstjenestene og spesialisering for å imøtekomme fremtidige omsorgsutfordringer.

Det kommer fram i helse og omsorgsplan at kommunen må samarbeide med andre kommuner:

- Nye oppgaver overført til kommunen kan kreve kompetanse og personell som kommunen ikke selv innehar. En årsak til dette kan være små fagmiljø, små pasientgrupper og at det er uhensiktsmessig og økonomisk belastende for kommunen å drive tilbudet alene. I en slik sammenheng vil det bli naturlig at Eide kommune ser på mulige samarbeidspartnere i nærliggende kommuner. Aktuelle samarbeidsarenaer kan være: grupperettede tiltak til spesielle pasientgrupper, styrke fagmiljø ved helsestasjonen, styrke fagmiljø i kreftgruppa og demensgruppa.

Når det gjelder hjemmesykepleien, framgår det at det stilles høye krav til en variert og faglig god kompetanse innen psykiatri, geriatri, smertelindring og somatikk. «Den som jobber i hjemmesykepleien må jobbe selvstendig, ta avgjørelser på egen hånd og handle raskt.»

Prosjektet knyttet til innføring av samhandlingsreformen hadde også fokus på kompetanse:

- Vurdere konkret hvilke kompetanse, ferdigheter, utstyr avdelingen trenger for å drive korttids/behandlingsplasser, herunder også kompetanse i hjemmetjenesten. Planlegge kompetanseheving på individnivå og organisasjonsnivå. Samarbeid med sykehus, undervisningssykehjem på vurderes.

Det ble som oppfølging av helse- og omsorgsplanen satt ned en arbeidsgruppe som skulle jobbe med kompetanseutvikling, se på hvilke behov Eide kommune hadde for «ny» kompetanse og utarbeide kompetanseplan i forhold til nye og flere oppgaver i kommunehelsetjenesten.

Det framgår av Årsrapport 2013 at strategisk kompetanseplan for helse – og omsorgsfeltet (2012-2016) er utarbeidet og vedtatt i kommunestyret. Handlingsdelen blir rullert hvert år. (2013, 2014, 2015) Planen skal rulleres i 2016.

Strategisk kompetanseplan tar på samme måte som helse og omsorgsplan, utgangspunkt i samhandlingsreformen. Det blir vist til at den stiller krav til flytting av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Kommunen skal kunne tilby alternativer til sykehusinnleggelser for pasienter, både i forkant av sykehusinnleggelse, i stedet for og ved å ta i mot utskrivningsklare pasienter tidligere enn før. Kommunen har i tillegg fått et tydeligere ansvar for å legge til rette for god folkehelse, helsefremming og helseforebyggende tiltak. Det framgår at reformen stiller store krav til kompetanse- og bemanningssammensetningen i Eide kommune.

Planen har et bredt perspektiv på kompetanse og kompetanseutvikling. I tillegg til fokus på formell kompetanse og opplæring, er det også fokus på holdninger og ulike læringsarenaer herunder samhandling med bruker. Hver enhet skal hvert år fylle ut et kompetansebehovskjema. (Dette danner grunnlag for søknad om midler fra Fylkesmannen.) Det er blant annet et mål å redusere andelen ufaglært og innovasjon er et tiltak med mål å møte utfordringene i samhandlingsreformen i forhold til hvordan det jobbes i dag.

I begynnelsen av januar hvert år (første gang 2013) møtes kompetansegruppen i Eide kommune for gjennomgang og prioritering av kompetansetiltak i enhetene. Tiltakene skal settes inn i årets virksomhetsplan. Det skal rapporteres i årsmeldingen hvilke opplæringstiltak som er gjennomført.

Det kommer fram i samtale at mange i kommunen har jobba med kompetanseutvikling. Leder for Furutoppen er ansvarlig for kompetanseplan, og det kommer fram at dette blir fulgt opp på en god måte.

Det kommer videre fram at kommunen har hatt mye kompetanse, og klarer gjennom prosjekt å bygge kompetanse. Kommunen får gjennom prosjekt god kompetanse på områder som lindrende behandling.

Eksempel på videreutdanning:

- Sårbehandling
- Trygg legemiddelhåndtering
- Demensomsorgens ABC
- Lederutdanning.

Mange har tatt demensomsorgens ABC, både hjelpepleiere og sykepleiere.

Kommunen søker Fylkesmannen om midler (kompetanseløftet) og Fylkesmannen dekker dermed deler av utgiftene. Kommunen har gitt de ansatte fri inntil 50 % til å gå på skole/ta videreutdanning. I dag får de ansatte 100 % fri. Stipend fra Fylkesmannen kan benyttes på ulike måter, vikarinnleige, studiemateriell etc. Dette må dekkes innenfor budsjetterte rammer.

Det kommer fram i samtale at kompetansen kan brukes i hele kommunen. Det blir pekt på at en samarbeider godt i hele kommunen.

Kommunen er velkommen til å hospitere ved sjukehusa. Ansatte har vært på hospitering ved Kristiansund sjukehus. Hjemmesjukepleien har enda ikke hospitert.

Det er utfordringer i forhold til økonomien slik at deltakelse på eksterne kurs/ fagopplæring må prioriteres ned. I tilfelle ansatte får delta, må de ha internundervisning i etterkant.

Det kommer fram i helse- og omsorgsplan at alderssammensetningen i personellgruppa viser at Eide kommune i løpet av få år har behov for å rekruttere nye medarbeidere, og at den største utfordringen blir å rekruttere helsefagarbeidere. Kommunen har arbeidet for å få større stillingsbrøker og antall ansatte er redusert av den grunn. Det kommer fram i samtale at kommunen pga. alderssammensetninga fremdeles må arbeide med rekruttering, se tabell 4 i vedlegg.

### Fagkompetanse

Mens andel årsverk i Eide kommune med **fagutdanning** har gått ned siste åra (fra et forholdsvis høyt nivå), har andelen gått opp i landet samla. Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/fagutdanning ligger i 2014 lavere enn kommunegruppe 01, Møre og Romsdal og landet jf. tabell 4.1, figur 1 og tabell 3 i vedlegg.

**Tabell 4.1: Prosentdel årsverk med relevant fagutdanning i omsorgstjenestene**

| Kommune         | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|-----------------|------|------|------|------|------|
| Eide            | 74   | 75   | 72   | 70   | 71   |
| Møre og Romsdal | 75   | 74   | 75   | 76   | 76   |
| Landet          | 72   | 73   | 74   | 74   | 75   |

(Kilde: SSB Plan og analyse, Møre og Romsdal fylkeskommune <http://www.mrfylke.no/statistikk>)

Innen for Bo- og habilitering og hjemmehjelp er det mange assistenter. Innenfor sjukeheimen har det blitt jobbet aktivt for å øke utdanningen. Det er for eksempel ingen på Furutoppen som ikke har fagutdanning.

Årsverk i brukerrettede tjenester med fagutdanning fra **høyskole/universitet** har gått ned fra 2012 og ligger i 2014 på nivå med Møre og Romsdal og landet og over kommunegruppen, se tabell 3 og figur 2 i vedlegg. Det blir pekt på at nedgangen skyldes at tre ergoterapeuter har sluttet og ikke erstattet av nye. Sjukepleiersida er styrka.

Andel årsverk i brukerrettede tjenester med fagutdanning fra **videregående skole** har gått opp fra 2012 og ligger i 2014 lavere enn kommunegruppe 01, Møre og Romsdal og landet, se tabell 3 og figur 3 i vedlegg.

Det har blitt jobbet aktivt med å få flere helsefagarbeidere. (fagbrev) Dette har også vært prioritert fra fylkesmannens side. Fylkesmannen benytter statlige midler til å støtte ønsket politikk på området.

### Sykepleiere

Flere ansatte har ett års videreutdanning etter sykepleieutdanningen. Slettatunet har for eksempel en ansatt med videreutdanning innenfor rehabilitering, og det er en til som har startet slik utdanning. En hjelpepleierstilling er gjort om til sykepleierstilling. Det er også sykepleiere med spesialisering innenfor palliasjon, psykiatri og kreft.

Det kommer fram i samtale at kommunen har hatt høy kompetanse og har klart seg med den kompetansen de hadde. Hjemmetjenesten har høy sykepleierdekning. Dette har kommunen vært bevist på for å kunne ta vare på sjukere pasienter.

### **Ergoterapi**

Eide kommune har ingen ergoterapeut ansatt i dag. En stilling er omgjort til sjukepleier, og det er ansatt aktivitør ved dagsenteret. Det framgår av helse- og omsorgsplan at det var tre ergoterapeuter i Eide kommune. To av disse var organisert i hver sin sykehjemsavdeling, og en arbeidet på dagsenteret som er organisert i hjemmetjenesten. Det framgår at formålet med ergoterapitjenesten er å hjelpe den enkelte til å bo og leve mest mulig selvstendig, og at en vesentlig utfordring framover blir å *ivareta de eldre i sitt eget hjem*, og legge til rette for at de kan bo hjemme så lenge det er mulig og forsvarlig. Det kommer fram i planen at ergoterapeuten må mer systematisk inn i bildet for å tilrettelegge, at dagens situasjon har stort forbedringspotensial og at ergoterapeutens rolle i kommunen bør være mer *utadrettet*.

### **Fysioterapi**

Det framgår av helse- og omsorgsplanen at det var ansatt fysioterapeut i 60 % stilling. Det har vært 60 % stilling i flere år. Det kommer fram at det er ønskelig å styrke fysioterapien, men at kommunen pga. økonomien ikke har fått til dette.

Fysioterapitimer pr uke pr beboer i sykehjem har gått ned fra 2012 og ligger på nivå med kommunegruppe 01, høyere enn Møre og Romsdal og lavere enn landet jf. tabell 3 i vedlegg.

Kommunen har driftsavtale med to fysioterapeuter. Når det gjelder fysioterapiårsverk per 10 000 innbygger, ligger Eide kommune over gjennomsnittet for sammenlignbare kommuner og landet jf. tabell 5 i vedlegg.

### **Legetjenesten**

I Helse- og omsorgsplanen var et av tiltakene som skulle inn i budsjett og økonomiplanen, at legetjenesten i sykehjem skulle styrkes.

Det blir i helse- og omsorgsplanen for Eide kommune vist til *Samhandlingsreformen* og at regjeringen framover vil legge til rette for at veksten i legetjenester i hovedsak skal komme kommunene til del. «Gjennom dette vil det gis rom for økt innsats til prioriterte grupper på fastlegens liste i tillegg til en styrking av allmennmedisinske offentlige oppgaver.»

I *strategiplan* framgår det at legetjenesten også skulle styrkes i form av individrettet forebyggende helsearbeid og poliklinisk oppfølging. Økt poliklinisk oppfølging (for sjukehuspasienter) har ikke blitt fulgt opp.

Det er 20 % tilsynslegefunksjon ved sjukeheimen. Legetjenesten har ikke blitt styrket i form av antall fast avtalte timer i sjukeheim. Det kommer fram i samtale at legetjenesten er stabil og tilgjengelig og at det er mye telefonkontakt. Det blir ringt ved behov for eksempel knyttet til lindrende enhet.

Tall fra KOSTRA viser at legetimer pr uke pr beboer i sykehjem i Eide kommune har gått litt ned fra 2012. Antall legetimer ligger lavere enn kommunegruppe 01, Møre og Romsdal og landet, jf. tabell 5 og figur 4 i vedlegg.

#### **4.2.3 Utskrivningsklare pasienter – samarbeid med helseforetaket**

Eide kommune har ikke betalt for utskrivningsklare pasienter i sjukehus siden oppstart av samhandlingsreformen. Kommunen hadde ikke utskrivningsklare pasienter før reformen heller.

Eide kommune har rutine for tildeling av sykehjemsplass til utskrivningsklare pasienter. Kommunen har flytskjema og system for avvik. Internkontroll med rutiner m.m. ligger på intranett, fellesområde. Kommunen skal ta i bruk kvalitetssystemet *Kvalitetslosen* som Orkides har valgt.

Enhetsleder for Furutoppen har ansvar for utskrivningsklare pasienter og har oversikt over meldinger fra sykehuset om utskrivningsklare pasienter via fagsystemet Geric. Når enhetsleder er borte, er det andre som har et ansvar.

Kommunen skal få melding innen 24 timer etter innleggelse om pasienter som trenger oppfølging i kommunen. Kommunen fører ikke statistikk over 24 timers meldinger. Kommunen får eLink (elektronisk melding) med 24 timers meldinger som går inn i fagsystemet Geric. Elektroniske meldinger fra sjukehuset går direkte til pasientens journal.

Det blir vist til at meldingsutveksling fungerer godt, og at det blir opplevd som trygt at informasjonen går rett inn i pasientjournal. Det er lite telefonkontakt. Det blir pekt på at det kan være behov at en snakker sammen i tillegg.

Det kommer fram i samtale at det er godt samarbeid med sjukehuset. Det blir vist til at kommunikasjonen og informasjonen er god, og at dette har blitt bedre.

Det kommer likevel fram at det kan være mangelfulle opplysninger og avvik knyttet til epikrise og medisinliste. Det er eksempel på at pasient er sendt ut fra sjukehuset uten epikrise, resept etc. Det blir pekt på at alt skal gå fort i dag. Det kommer videre fram at det ikke er noen god prosess rundt avviksskjema til helseforetaket. Kommunen skriver i liten grad avvik. Det kommer fram at det ikke er mye avvik. Kommunen fører ikke oversikt over avvikene. Det kommer fram at mye er på plass, men at kommunen kan bli flinkere til å sende avvik for å sikre læring.

Helseforetaket skal i henhold til ny reforhandlet avtale lage samlerapport over avvik. Det er laget nye avviksskjema.

Kommunen skal sende melding til sjukehuset innen fire timer ved innleggelse av pasienter som får tilbud i kommunen. (Innleggelsesrapport med oversikt over siste hendelser, medisinliste etc.) Ved innleggelse på natt blir vanligvis meldinger til sjukehuset ikke sendt før dagen etter. (Det er ikke mye innleggelse på natt.) Dette har ikke ført til reaksjoner fra sjukehuset. Sjukehuset har understreket at det blant annet er viktig med riktig beskrivelse av funksjonsnivå for pasienter som legges inn på sjukehuset.

Kommunen viser til samarbeidsprosjekt med ROR (Romsdals Regionråd) og møtene med sjukehuset der spørsmål knyttet til utskrivningsklare pasienter blir tatt opp. Det blir pekt på at det er åpen dialog med spørsmål og kritikk.

Kommunen fører ikke oversikt over hvilke tilbud utskrivningsklare pasientene får. (sjukeheim, hjemmetjenesten etc.)

Så langt omfatter betaling for utskrivningsklare pasienter som blir liggende på sjukehus, bare pasienter med somatiske lidelser. Det er aktuelt å innføre betalingsplikt innen psykisk helse fra 2017.

Det kommer fram i samtale at pasientene som skrives ut til kommunene, er sjukere nå. Det er tidligere utskriving fra sjukehusa. Det blir vist til at liggetida i sjukehus har blitt kortere.

Trenden har over lang tid vært en nedgang i liggetiden ved sjukehusa. Gjennomsnitt liggetid i Helse Møre og Romsdal lå i 2012 noe over landsgjennomsnittet, men var på samme nivå som landsgjennomsnittet i 2013. (se tabell 2 i vedlegg). Tabell 1 vedlegg viser liggetid for pasienter fra Eide kommune for noen utvalgte klinikker. Tendensen er en nedgang i liggetid fra 2010 til 2014 med noen variasjoner.

I [langtidsbudsjett](#) 2015-2020 for Helse Møre og Romsdal blir det konkludert med en målsetting om at alle liggetider skal reduseres til et nivå som tilsvarer korteste liggetid for samme diagnose i sammenlignbare helseforetak. (Møre og Romsdal hadde i 2013 innen somatikk en liggetid på 4,1 dager, Sykehuset Østfold hadde 3,5 dager.) I forbindelse med behandling av budsjett 2015 vedtok styret for Helse Møre og Romsdal en reduksjon på 44 senger.

Det blir ikke ført oversikt over reinnleggelser til sjukehuset, men reinnleggelser har skjedd. Det kommer fram i samtale at det er lite reinnleggelser. Det kan være aktuelt å sende avvik pga. for tidlig utsending fra sjukehus. Det framgår av tabell 2 i vedlegg at det fra 2012 til 2013 samlet sett har vært en liten økning i andel reinnleggelser totalt innen 30 dager ved Helse Møre og Romsdal.

### **4.3 Kommunerevisjonens vurderinger og anbefalinger**

Eide kommune har i ulike planer stort fokus på samhandlingsreformens krav til utvikling av tjenestene og kompetanse. Kommunen har i varierende grad, blant annet pga. den økonomiske situasjonen, fulgt opp ulike planer. Kommunen kan med fordel vurdere opplegg for iverksetting, samordning og evaluering av planer.

Undersøkelsen viser at det er større forventninger til tjenestene i dag, samtidig som ressursituasjonen har vært tilnærmet uendret og i perioder redusert.

Eide kommune hadde forholdsvis høy institusjonsdekning og kompetanse ved innføring av samhandlingsreformen. Eide sykehjem var før samhandlingsreformen et aktivt pleie- og behandlingshjem.

Eide kommune har ikke betalt for utskrivningsklare pasienter i sjukehus. Kommunen hadde ikke utskrivningsklare pasienter liggende i sjukehus før reformen heller.

Kommunen har utarbeidet rutiner og ansvarsfordeling knyttet til oppfølging av avtaler med helseforetaket om inn- og utskriving av pasienter. Kommunen har lagt til rette for å ta imot utskrivningsklare pasienter og viser stor vilje til å unngå at pasienter blir liggende i sjukehus etter at de er ferdigbehandlet der.

Kommunen bør vurdere å føre oversikt over utviklingen av antall utskrivningsklare pasienter (24 timers-meldinger) og det tilbudet som gis i kommunen. Kommunen bør sikre at avvikssystemet fungerer og legge til rette for læring.

Det kommer fram at det er større press på tjenestene og større usikkerhet framover knyttet til om kommunen klarer å ta i mot utskrivningsklare pasienter og sikre tilbud innen for eksempel rehabilitering. Det blir rapportert på disse utfordringene til politisk nivå.

Hjemmebaserte tjenester har brukere med mer omfattende behov. Dette gir utfordringer knyttet til kompetanse og kapasitet. Hjemmetjenesten er noe styrket. Det har vært en økning i gjennomsnitt antall tildelte timer per uke til hjemmesykepleie fra 2012 til 2014.

Kommunen gir ansatte tilbud om etter- og videreutdanning. Kommunen har strategiske kompetanseplan med handlingsplan som rulleres årlig. Ansatte har hospitert i sjukehus.

Kommunen har i planer påpekt behov for å styrke kompetansen innenfor for eksempel fysioterapi, men har ikke prioritert dette.

Ved innføring av samhandlingsreformen hadde kommunen forholdsvis høy andel ansatte med fagutdanning innen pleie- og omsorg, og kommunen hadde mer tverrfaglig kompetanse enn i dag. Andel med fagutdanning fra høyskole har gått ned fra 2012 og er nå på nivå med landet og Møre og Romsdal. Kommunen har arbeidet for å få flere helsefagarbeidere og andelen her har økt.

Både helse og omsorgsplanen og strategisk kompetanseplan skal rulleres i 2016. Kommunen har her muligheten til å ta tak i ulike utfordringer, også innenfor tjenester som psykisk helse og rus og helsestasjon/skolehelsetjeneste.

### **Anbefaling**

- Eide kommune bør fortsatt prioritere arbeidet med å sikre kompetanse tilpasset kommunens oppgaver og framtidig behov.
- Eide kommune bør sikre at avvikssystemet knyttet til samarbeidsavtalen mellom kommunen og helseforetaket fungerer, og legge til rette for læring.

## **5 Koordinerte og helhetlige tjenester**

### **5.1 Problemstilling og revisjonskriterier**

#### Problemstilling

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

Problemstillingen omfatter både tilbudet internt i kommunen og samarbeidet med helseforetaket.

#### Revisjonskriterier

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

Revisjonskriterier tar utgangspunkt i helse- og omsorgstjenesteloven og samarbeidsavtalen med helseforetaket. Samarbeidsavtalen med Helse Møre og Romsdal skal bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. Samarbeidsavtalens delavtale 2 omhandler samarbeid for å sikre helhetlig og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester. (Samarbeidet reguleres også av andre delavtaler.)

I samsvar med delavtale 2 skal partene samarbeide om å lage gode pasientforløp og sikre brukermedvirkning på system- og individnivå. Helse Møre og Romsdal skal melde fra om en ser behov for individuell plan eller kommunal koordinator, ta initiativ til samarbeidsmøte og delta i nødvendige tverrfaglig samarbeid i ansvarsgrupper. Dette gjelder også etter at pasientene er utskrevet, når det er faglig behov for det. Kommunen skal 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. Kommunen har et særlig ansvar for oppfølging av barn og unge.

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

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

## **5.2 Fakta og beskrivelse**

### **5.2.1 Planer m.m.**

Helse- og omsorgsplanen 2010-2016 for Eide kommune skulle i henhold til mandatet komme med forslag til tiltak som styrker det flerfaglige samarbeidet. «Dette innebærer at enheter skal jobbe mer aktivt for helheten (se hele kommunen under ett – skole, helse, kultur, pleie, teknisk, NAV). Alle må kjenne til hva de forskjellige aktørene jobber med/kan bidra med.» Stikkord var blant annet:

- Felles forståelse for helsearbeidet.
- Bruk av individuell plan for brukere med sammensatte behov.
- Forebyggende helsearbeid – barn og unge, herunder rus- og psykiatrivebyggende arbeid.

Det framgår følgende i Helse- og omsorgsplan om samhandling med spesialisthelsetjenesten:

- For å kunne møte den enkelte pasient på en best mulig individuell måte, må omsorgstjenestene vurderes i en sammenhengende kjede, der både spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene inngår og samhandler. Kommunen vil oppleve ulike reformer i spesialisthelsetjenesten som spesielt utfordrende med gradvis overføring av oppgaver til kommunen gjennom endret ansvars – og oppgavefordeling. Den største utfordringen blir å danne gode arenaer for samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten for å unngå



ansvarsmessige ”gråsoner” mellom nivåene. Dette gjelder både innen somatisk helsevern og psykiatrien.

Det framgår av internt dokument fra 2011 mottatt fra Eide kommune at samhandlingskompetansen innad i kommunen må styrkes:

- «Like viktig som samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten og samhandling med andre kommuner, er samhandling innad i kommunen. Det er særlig brukere med sammensatte behov som er avhengig av forløp og systemer som fremmer samhandling mellom nivåene. I grenselandet mellom flere tjenesteområder i en kommuneorganisasjon, kan områdene være uklare og overlappende. Utfordringen blir at alle involverte enheter ser en samlet helhet... Brukernes totalbilde må ikke utelates til fordel for den enkeltes enhets egne målsettinger. Kvaliteten på de tjenestene som leveres er et lederansvar, og det må legges til rette for lederutvikling som fremmer samhandling.»

### 5.2.2 Koordinerende enhet, individuell plan, koordinator

Eide kommune har valgt å etablere [koordinerende enhet](#) som et team. Koordinerende team består av:

- leder; enhetsleder Kultur og familie
- medlemmer; vernepleier (bo og habilitering), psykiatrisk sykepleier (psykiatritjenesten), enhetsleder for hjemmetjenesten.

Koordinerende team arbeider med rutiner på området, opplæring av koordinator og informasjon på hjemmesiden. Det er samarbeid med helseforetaket i enkeltsaker og på systemnivå. Det er nettverk i fylket mellom kommuner og helseforetak som møtes en til to ganger i året.

Eide kommune har utarbeidet **rutine for koordinerende team** for habilitering og rehabilitering (oppdatert 24.09.2015) der det framgår at målet er å bidra til å sikre helhetlige tilbud til pasienter/brukere med behov for sosiale, psykososiale og medisinsk habilitering og rehabilitering.

Søknaden om individuell plan fremmes for og vurderes av Koordinerende team, som skal kvalitetssikre samordning og samhandling for bruker med langvarig og sammensatte behov i løsningsfokusert perspektiv.

Koordinerende team har følgende oppgaver:

- Behandle søknad om individuell plan og/eller koordinator.
- Fordele saker mellom teamets medlemmer.
- Innhente samtykke i fra bruker.
- Kartlegge aktuelle samarbeidspartnere, vurdere sammen med bruker hvem som skal delta i ansvarsgruppen.
- Registrere planen og legge til koordinator i nettbasert verktøy.
- Koordinator utpekes av leder for koordinerende team, etter samtykke i fra bruker.
- Gi koordinator nødvendig opplæring i koordinatorrollen og å skrive Individuell plan i elektronisk verktøy.
- Evt. kalle inn, og delta på første ansvarsgruppemøte.

Det er utarbeidet **rutine for søknad om individuell plan og eller koordinator**. (Godkjent 05.09.06) Målet er å kvalitetssikre saksbehandling av søknaden. Utarbeidelse av individuell

plan og koordineringsansvaret skal legges til en enhet i kommunen og til den enheten som er «tyngst» inne i saken. Koordineringsansvaret kan også legges til en skole eller barnehage. Leder for koordinerende team har fullmakt til å utpeke koordinator i samarbeid med bruker (selv om koordinator arbeider ved annen enhet i kommunen).

I søknadsskjema skal søker krysse av for hvilke tjenester som ønskes koordinert. Dette omfatter både ulike tjenester internt i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Søker blir bedt om å gi en begrunnelse for sin søknad. Det er utarbeidet veileder for utfylling av søknadsskjema. Det er ikke eget søknadsskjema for koordinator.

Informasjon, søknadsskjema og samtykkeskjema ligger på kommunens hjemmeside.

Kommunen har **rutiner for kriterier for å få individuell plan og eller koordinator**. (Revidert 19.01.15) Rutinene har som mål å sikre at pasienter/brukere med behov for langvarige koordinerte helse- og omsorgstjenester får individuell plan/koordinator om de ønsker det. Det framgår der blant annet at vedkommende har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan, og at det skal legges til rette for dette. Pårørende skal trekkes inn i den utstrekning pasient/bruker og pårørende ønsker det. Det framgår av rutinen at bruker/pasient kan få oppnevnt koordinator uavhengig av om pasient/bruker ønsker individuell plan.

Det er også utarbeidet **rutine for koordinator**. Målet er å beskrive ansvar, myndighetsområde og rolle i arbeidet med individuell plan/koordinerende arbeid. Koordinator skal være brukerens kontaktperson og bindeledd mellom tjenesteytere i de ulike tjenestene, og skal se til at tjenestemottaker mottar de vedtatte/bestemte tjenester. Det skal være åpen dialog med bruker, og det skal avklares hvordan man skal samarbeide. Koordinator skal ved behov innkalle til koordinerende møter. Koordinator har ulike oppgaver i forhold til individuell plan. Koordinator har ansvar for å hjelpe bruker til å klare seg selv mest mulig. Det forventes ikke at koordinator blir med bruker på møter med andre samarbeidspartnere, men det forventes at koordinator legger til rette og setter samarbeidspartnere i kontakt med hverandre og sørger for at det skjer. Det forventes at koordinator deltar på kompetanseutviklingstiltak.

Kommunen har også **rutine for avslutning av individuell plan og skifte av koordinator** innen samme enhet og fra en enhet til en annen enhet. (07.06.12) Målet med rutine for skifte av koordinator er å sikre kontinuitet i planarbeidet.

For alle rutinene framgår krav til personell og hvordan avvik skal behandles.

### **Nettbasert verktøy – opplæring**

Eide kommune har nettbasert verktøy for individuell plan. Orkide-samarbeidet (11 av 13 kommuner) har kjøpt inn felles verktøy levert av Acos. Opplæringen av ansatte i kommunene startet 21.01.15 med oppstartsmøte. Det har etter det vært opplæring for systemansvarlige og koordinatorene. Enhetsleder kultur og familie i Eide kommune er prosjektleder.

### **Individuelle planer og koordinatorene i Eide kommune**

Det går fram av KOSTRA at 14,7 % av brukerne i Eide kommune hadde individuell plan i 2013 og 2014. Eide kommune ligger over kommunegruppe 1, Møre og Romsdal og landet jf. tabellen nedenfor.

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

| KOSTRA funksjon | Kommune |      | Eide |      | Kommune-gruppe 01 |      | Møre og Romsdal |           | Landet/Landet uten Oslo |      |
|-----------------|---------|------|------|------|-------------------|------|-----------------|-----------|-------------------------|------|
|                 | 2013    | 2014 | 2013 | 2014 | 2013              | 2014 | 2013            | 2014      | 2013                    | 2014 |
| Prosent         | 14,7    | 14,7 | 10,2 | 10,2 | 9,9               | 9,8  | 11,1/11,2       | 11,3/11,4 |                         |      |

KOSTRA – reviderte tall 26.6.2015

Det kommer fram i samtale at noen brukere bare har koordinator.

Det er i første rekke innenfor habilitering, rus og psykisk helse at personer har individuell plan og koordinator.

Det er ingen innen hjemmetjenesten som i dag har individuell plan. Behovet vurderes fortløpende. Hjemmesykepleien kan ved behov veilede og hjelpe til med søknad.

Døgninstitusjonene bruker ikke individuell plan.

Det kommer fram i samtale at kommunen tar aktivt initiativ til at brukere/pasienter skal få individuell plan og eller koordinator. Det gis informasjon om rettigheter og om hva individuell plan er, til brukere en tenker har behov for det.

Det kommer fram i samtale at det jobbes bra med individuell plan i Eide kommune, innenfor de fleste områder/enheter.

Det kommer videre fram at det kan være en utfordring at helseforetaket «lover» bruker/pasient individuell plan, og at helseforetaket har en noe annen tilnærming enn kommunen.

### 5.2.3 Andre tiltak for å sikre helhetlige tilbud og koordinerte tjenester

Kommunens prosjekt fra 2011 i forbindelse med innføring av samhandlingsreformen, hadde med representanter fra legetjeneste, psykiatritjenesten, barn og oppvekst, pleie- og omsorg, rådmannsteam og tillitsvalgt.

Et punkt i mandatet var å vurdere IKT for bedre samhandling og kvalitet. Det kommer fram i samtale at innenfor IKT har det vært en stor utvikling.

Et annet punkt i mandatet var å utvikle system for samarbeid mellom legene (fastlege, tilsynslege, legevakslege, sykehuslege) og ledere/ansatte i sykehjem og hjemmetjenesten for å sikre best mulig pasientforløp. Når det gjelder pasientforløp for ulike pasientgrupper/diagnoser, har ikke dette vært prioritert. Eide kommune har prioritert etablerte samarbeidsarena som tiltaksrådet, og helse og omsorgsgruppa, se omtale nedenfor.

Det er **tiltaksmøte/inntaksmøte** for tildeling av tjenester hver fredag. Kommunelege (og fastlege) er med på møtene i tillegg til enhetsledere for sykehjemmene og hjemmetjenesten. Kommunelegen tar med seg aktuelle problemstillinger fra andre fastleger i kommunen. Psykisk helse og enhetsleder for kultur og familie, som har ansvar for personer med psykisk utviklingshemming m.m., kan møte ved behov. Ved spesielle saker for eksempel barn med funksjonshemming, kan også pårørende delta.

Når det gjelder tildeling av hjemmetjenester, er det enhetsleder som har myndighet til å fatte vedtak. Enhetsleder har også en koordinatorfunksjon for brukerne. Det blir i samtale vist til at

det er mye logistikk og praktisk arbeid. Hjemmetjenesten har tiltaksplaner. Personalet har mobile enheter, der tiltaksplaner framgår og rapport blir skrevet. (Dette blir senere overført til journal). Det er ansvarsgruppemøter for noen brukere i hjemmetjenesten. Hjemmetjenesten har ikke faste møter med fastlegene.

Furutoppen og Slettatunet har kalender med ukeplan og dagsplan for hver pasient. Hver pasient har to primærkontakter. Det blir samarbeidet rundt den enkelte pasient/bruker på tvers av enheter. Når personer med for eksempel psykisk sykdom blir lagt inn på Slettatunet, kan det være samarbeid med psykisk helse.

Kommunen har kreftkoordinator som kan ha en koordinerende funksjon i forhold til pasienter med kreft. Kreftkoordinator samarbeider med fastlege og deltar i prosjektet «Sammen for lindring». jf. omtale i neste avsnitt.

[Rusgruppa](#) i Eide kommune ble nedsatt våren 2003 og bestod opprinnelig av 6 medlemmer med representanter fra helse- og sosialtjenesten, PPT og lensmannsetaten. Rusgruppa har nå blant annet med representanter fra NAV, psykisk helse, folkehelsekoordinator, legetjeneste, barnevernet, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) og lensmann.

Demensgruppa har med kommunelege, leder for Slettatunet og hjemmetjenesten.

### **Ledernivå**

Kommunalsjef innenfor helse og omsorg har ansvar for koordinering og samhandling i forhold til myndigheter. Kommunalsjef har faste ledermøte innenfor helse og omsorg en gang i måneden. (helse og omsorgsgruppa) Kommuneoverlegen og folkehelsekoordinator møter også der. Det er fokus på fag- og tjenesteutvikling, forebygging, system, helheten og det å bli sammenspleiset. Det er ikke fokus på ressurser/økonomi i disse møtene.

Eide kommune har flat struktur, og 13 ledere møter på faste ledermøter. Leder møtene vektlegger informasjon. I felles lederutviklingsprogram møtes ledere i mindre grupper. Det kommer fram i samtale at dette har gitt bedre dialog på tvers av enhetene.

### **5.2.4 Samarbeidet med helseforetaket/sjukehusa**

Den **formelle samarbeidsstrukturen** mellom helseforetaket og kommunen framgår av samarbeidsavtalen. (jf. avsnitt 6.2.1) I reforhandlet samarbeidsavtale skal det etableres samarbeidsorgan knyttet til hvert sjukehus.

Det er eget samhandlingsnettverk i regi av ROR der to fra kommunen møter. Det er i tillegg to møter i året i regi av ROR og Molde sjukehus der 10-12 personer fra kommunen deltar. Ulike problemstillinger og faglige tema blir tatt opp der. Det blir sagt følgende om disse møtene:

- Utfordringer tas opp. Det er åpen dialog med spørsmål og kritikk. Alle sier meningene sine.
- Det er gruppearbeid og god kontakt.
- Utveksling av erfaringer og veiledning blir ivarettatt gjennom dette.
- Der skjer avklaringer og gjensidige forventninger formidles.
- Møtene med Molde sjukehus i regi av ROR er lærerike. Det er en læringsarena.

Eksempel på saker som tas opp:

- Mangelfulle opplysninger/avvik knyttet til epikrise og medisinsliste ved utskrivning av pasienter fra sjukehuset.
- Mangelfull beskrivelse av funksjonsnivå for pasienter som blir lagt inn på sjukehus.

Det kommer fram i samtale at sjukehuset må være forsiktig med å love mye på vegne av kommunen for å få pasientene ut fra sjukehuset. Det blir gjerne gjort for å trygge brukere/pasienter. Lista kan dermed bli lagt for høyt.

Kommunen deltar i ulike prosjekt sammen med Helse Møre og Romsdal. Dette gjelder for eksempel:

- ACT-team - Samarbeid om ny behandlingsmodell innen psykisk helsevern. Aktiv oppsøkende behandlingsteam for personer med psykiske lidelser/rus
- «Sammen for lindring» med kompetanseheving, «plan for lindring», samarbeid om palliasjon. Dette er et samarbeid mellom ROR-kommunene og Molde sjukehus.

Eide kommune, Fræna kommune og helseforetaket har fram til 2013 gjennomført det 3-årige prosjektet *Lindring på tvers*. Sykepleier fra Furutoppen var prosjektleder. Prosjektet er videreført i prosjektet «Sammen for lindring».

Barne- og ungdomspsykiatrien har faste møtedager i kommunen. Alderspsykiatrisk avdeling fra sjukehuset har ambulerende team og kommer til kommunen.

Elektronisk melding med sjukehuset er på plass. Det er **meldingsutveksling** mellom helseforetaket og legekantor, og mellom helseforetaket og kommunen.

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

I reforhandlet avtale, vedtatt i kommunestyret høsten 2015, inngår det at partene forplikter seg til å avklare «gråsoner» for pasientbehandling mellom kommunene og helseforetaket. Dette skal gjøres for å sikre helheten i pasientforløpet.

I dialogmøte mellom kommunene og helseforetaket 4. november 2015 var det også fokus på samarbeid og pasientforløp mellom sjukehus og kommunene. Dette gjelder blant annet eldre som har mange sykdommer (eget prosjekt), rus og psykiatri og barn med sammensatte behov.

Vi viser også til avsnitt 4.2.3 som omhandler samarbeidet med helseforetaket.

### **5.3 Kommunerevisjonens vurderinger og anbefalinger**

Eide kommune har fokus på koordinerte og helhetlige tjenester i helse- og omsorgsplanen 2010-2016. Dette omfatter både samarbeidet internt i kommunen og med helseforetaket.

Eide kommune har etablert koordinerende enhet og har utarbeidet rutiner for enheten, individuell plan og koordinator. Det blir lagt opp til opplæring av koordinator. Rutinene er i første rekke tilpasset brukere som ønsker individuell plan, og ikke i så stor grad brukere som bare vil ha koordinator.

Kommunen har iverksatt ulike tiltak for å sikre koordinerte og helhetlige tilbud. Koordinerende enhet er organisert som et tverrfaglig team. Representanter fra ulike enheter møtes ved tildeling av institusjonsplass og i felles møte innenfor helse og omsorg.

Koordinatorfunksjoner for den enkelte bruker/pasient blir ivaretatt på ulike måter. I tillegg til koordinator (i henhold til lov) ivaretas dette av primærkontakter, kreftkoordinator og enhetsleder for hjemmetjenesten.

Arbeidet med pasientforløp internt i kommune og i samarbeid med helseforetaket har ikke vært prioritert.

Det kommer fram at samarbeidet med helseforetaket har utviklet seg i positiv retning, og at etablerte samarbeidsfora på sjukehusnivå fungerer som en læringsarena med avklaring av gjensidige forventninger. Det er flere eksempler på positive samarbeidstiltak, blant annet samarbeidet rundt pasienter med behov for lindrende behandling og elektronisk meldingsutveksling.

### **Anbefaling**

- Eide kommune bør i arbeidet med å sikre koordinerte og helhetlige tjenester for brukere/pasienter vurdere å prioritere arbeidet med gode pasientforløp i større grad.

## **6 Samarbeidsavtalen med Helse Møre og Romsdal**

### **6.1 Problemstillinger og revisjonskriterier**

#### Problemstilling

- Hvordan sikrer Eide kommune at [samarbeidsavtalen](#) mellom kommunen og Helse Møre og Romsdal blir iverksatt?

#### Revisjonskriterier

- Eide kommune sikrer medvirkning, forankring/opplæring og ansvar for oppfølging av avtalene.

Revisjonskriteriene tar utgangspunkt i helse- og omsorgstjenesteloven og i samarbeidsavtalen. Det går fram av [lov om kommunale helse- og omsorgstjenester](#) § 6-1, at det er en plikt for kommunene ved kommunestyret å inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket/helseforetaket. Pasient- og brukererfaringer skal inngå i vurderingsgrunnlaget ved utarbeidelsen av avtalen.

Følgende områder har partene avtale innenfor:

1. Enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre

2. Retningslinjer for samarbeidet i tilknytning til innleggelse, utskriving, habilitering, rehabilitering og læring- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter/brukere med behov for koordinerte tjenester
3. Retningslinjer for innleggelse i sykehus
4. Beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp
5. Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskriving fra institusjon
6. Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering
7. Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid
8. Samarbeid om svangerskaps-, fødsels og barselomsorg
9. Samarbeid om IKT-løsninger lokalt
10. Samarbeid om forebygging
11. Omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden
12. Samhandlingsstruktur
13. Samarbeid om praksiskonsulentene

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

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

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

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

[Rådet for eldre og funksjonshemma](#) er oppretta etter [Lov](#) om kommunale og fylkeskommunale eldreråd. Eldrerådet er et rådgivende organ som skal ha til behandling alle saker som gjelder levekåra for eldre. Eldrerådet kan sjøl ta opp saker som angår eldre i kommunen. Alle saksdokumenter skal legges fram for rådet i god tid før kommunestyret behandler sakene. Protokollen fra rådsmøtet skal følge saksdokumenta til de kommunale organ som tar endelig beslutning i saka. Noe tilsvarende følger av [Lov](#) om råd eller anna representasjonsordning i kommuner og fylkeskommuner for menneske med nedsett funksjonsevne m.m.

## **6.2 Fakta og beskrivelse**

### **6.2.1 Samarbeidsavtalene**

Samarbeidsavtalen mellom Eide kommune og Helse Møre og Romsdal ble første gang godkjent av kommunestyret i 2012. Høsten 2013 reforhandlet kommunene i Møre og Romsdal og helseforetaket samarbeidsavtalen. Samarbeidsavtalen ble reforhandlet av et partssammensatt utvalg og behandlet i Overordnet samarbeidsutvalg i Møre og Romsdal 15.1.2014. Kommunestyret i Eide kommune godkjente i møte 3.4.2014 sak 14/16 første reforhandlet avtale.

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

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

Eide kommunestyre vedtok 27.08.2015 ny [reforhandlet samarbeidsavtale](#) med unntak av delavtale 5A. Delavtale 5A vil bli behandlet som egen sak etter behandling i nasjonal tvistenemd.

Avtalen ble underskrevet av begge parter i september 2015.



I ny reforhandlet avtale inngår punkt om avviksregistrering og læring. Det skal rapporteres årlig til overordnet samhandlingsutvalg. Helseforetaket skal samordne innspillene og lage en årlig rapport.

Det ble på møte i kommunestyret framlagt brev fra Fagforbundet i Møre og Romsdal. Tillitsvalgte skal nå bare være med i overordnet utvalg, mens de tidligere også var med i lokale utvalg/administrativt samhandlingsutvalg som det har vært to av.

I følge ny reforhandlet avtale skal det nå være fire lokale samhandlingsutvalg, et for hvert sykehusområde. Utvalget skal blant annet arrangere faste samarbeidsmøter mellom sykehuset og kommunene. Hvert utvalg skal ha med fire representanter fra helseforetaket og en av representantene skal være praksiskonsulent i tillegg til en representant fra hver kommune, av disse minst en kommune(over)lege. En representant og vararepresentant skal oppnevnes av Brukerutvalget i Helse Møre og Romsdal. De respektive regionråd er ansvarlig for sekretærfunksjonen. Begge parter har ansvar for å fremme og forberede saker til utvalget. Utvalget skal minimum ha 2 møter pr. år.

### **6.2.2 Medvirkning**

Eide kommune viser til at avtalene er forhandlet/reforhandlet av partssammensatt utvalg og behandlet i overordnet samhandlingsutvalg bestående av representanter fra kommuner, helseforetak, tillitsvalgte og brukerutvalget. (Fylkeslegen har møte og talerett.)

Det blir videre vist til at samarbeidet via ROR har hatt avtalen oppe som tema. Enhetsleder ved Furutoppen møter i nettverksgruppa til ROR.

Rådmannsgruppa i ROR møtes første onsdag hver måned. Det blir der rapportert på status for arbeidet med samhandlingsreformen. Det er spesielt fokus på samarbeidsarenaer, samhandlingsavtalene og samarbeidsmøter med helseforetaket/Molde sjukehus der flere fra Eide kommune møter.

Det blir også vist til prosjektgruppa oppretta i Eide kommune som så på utfordringsbildet for Eide kommune. Problemstillinger ble tatt med tilbake til ROR-gruppa.

Eide kommunes kommunalsjef innenfor helse og omsorg er KS sin representant i overordna samhandlingsutvalg.

Det kommer fram i samtale at samarbeid mellom kommunene gir kommunene mynde, og at kommunene står sterkere sammen i forholdet til helseforetaket.

Avtalen har vært på høring i administrasjonen i Eide kommune. Det kom ikke inn mange innspill. Fire-timers regelen (med krav til funksjonsbeskrivelse m.m. fra kommunen ved innleggelse i sjukehus) innen psykisk helse har vært diskutert.

### **Brukermedvirkning - eldrerådet og rådet for funksjonshemma**

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

brukerrepresentant oppnevnt av Brukerutvalget i Helse Møre og Romsdal i overordna samhandlingsutvalg, og en brukerrepresentant i administrativt samhandlingsutvalg.

Det blir pekt på at brukerutvalget i helseforetaket ivaretar brukerinteressene.

Det kommer fram i samtale at det ikke har vært lagt fram noen egen sak eller høring i eldrerådet eller rådet for funksjonshemma når det gjelder samarbeidsavtalen. Det blir vist til at kommunen ikke kunne gjøre noe med avtalen, at avtalen var ferdig framforhandla og mest retta mot ansatte og politikere.

Alle saker som går til kommunestyret, blir sendt til leder rådet for funksjonshemma og leder for eldrerådet. Eventuell uttalelse fra rådene vil bli lagt ved sakene som går til politiske behandling.

Det er eksempel på at eldrerådet og rådet for funksjonshemma kan være med i prosesser i en tidlig fase. Kommunen har for eksempel tatt initiativ til at eldrerådet har vært involvert når det gjelder ombygginger og innsparingstiltak. Ledergruppen innenfor helse og omsorg kan kalle inn eldrerådet til møte for å få innspill, og saker kan gå til høring i eldrerådet og rådet for funksjonshemma. Det har vært orientert om samhandlingsreformen og budsjett.

Det kommer fram fra administrasjonen at brukerrepresentantene må sikre at rådene fungerer. Leder for eldrerådet skal ta initiativ til møtene. Det blir vist til at kommunens sekretær ikke har tid til å være saksbehandler. Det blir pekt på at sekretærressurs er en utfordring i en liten kommune, og at det for kommunen er vanskelig å følge opp alle de 40 råd og utvalgene i kommunen.

Eldrerådet har, i følge leder, ikke vært involvert i samarbeidsavtalen mellom kommunen og helseforetaket. Det blir vist til at det er mye opp til eldrerådet selv, og at kommunen i liten grad etterspør eldrerådets mening. Det blir pekt på at eldrerådet blir trukket for sent inn i prosesser og har liten innflytelse. Eldrerådet blir godt mottatt, og kommunen er positiv når en spør om noe. Det blir pekt på at ulike planer har fokus på bruker, men at planer fravikes. Eldrerådet hadde noen innspill til helse- og omsorgsplan, men kom inn sent.

I følge leder for eldrerådet bør kommunen lære opp, informere og sette utvalget i stand til å gjøre jobben. Det er ønskelig med saksbehandling som trekker fram brukerpoengene og ser konsekvensene for bruker. Det er vanskelig for Eldrerådet å gjøre dette selv. Utvalget har sekretær som skriver referat. Det trengs saksbehandler/utreder som forbereder saker og plukker opp saker, forteller pluss og minus sett fra brukersida. Det blir pekt på at dette ikke er noe spesielt for Eide kommune. Det er et inntrykk at dette er situasjonen i flere kommuner.

I møte i eldrerådet 2012 og 2013 er eldrerådets arbeidsmåte m.m. tatt opp. Eldrerådet gav i 2013 uttale til reglement for eldrerådet. Innspillene er tatt inn i reglementet og omfatter blant annet at eldrerådet skal tas med på råd så tidlig som mulig i saker som gjelder eldre, og skal holdes løpende orientert om aktuelle saker for eldre som er under arbeid i kommunen.

Eldrerådet har blant annet behandlet analyse av styringsdata som følge av samhandlingsreformen (2013), og gitt flere uttalelser til budsjett og økonomiplan. Eldrerådet uttrykker bekymring når det gjelder virkninger av budsjettkutt.

Rådet for funksjonshemmede har hatt få møter. Rådet hadde møte 17.7.2014 der det ble gitt en uttale knyttet til sak om felleskutt innen helse og omsorg i økonomiplanperioden 2014-2017. (Høring.) Rådet er blant annet kritisk til færre sykehjems plasser.

### **6.2.3 Forankring/opplæring**

Ny reforhandlet avtale ble gjennomgått med ledere i helse og omsorg 07.10.2015 etter vedtaket i kommunestyret. I etterkant skal den enkelte enhetsleder gjennomgå avtalen med sine ansatte.

Enheter har tidligere tatt avtalen opp på personalmøte. Det har særlig vært fokus på inn- og utskrivning av pasienter fra sjukehus. Det er fokus på hva en kan kreve av sjukehuset, men også egne plikter. Det kommer fram i samtale at daglig bruk av avtalen må sikres.

Samhandlingsnettverket i Romsdals Regionråd/ROR i samarbeid med Orkidé, Sunnmøre Regionråd og Helse Møre og Romsdal har arbeidet med et undervisningsopplegg. Dette arbeidet blir det også vist til i saksframlegg til overordna samhandlingsutvalg 16.4.2015:

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

Det er utarbeidet en presentasjon som er lagt ut på RORs hjemmeside. Presentasjonen kan brukes av kommunene etter behov og målgruppe. Det er også aktuelt å legge presentasjonen ut på kommunens hjemmeside.

### **6.2.4 Ansvar for oppfølging**

Det kommer fram i samtale at enhetsleder for Furutoppen har hovedansvaret for samarbeidsavtalen med helseforetaket og har ansvaret for det praktiske rundt oppfølging av avtalen. Det har i første rekke vært arbeidet med delavtalene om utskrivning og innleggelse av pasienter i sjukehus, blant annet er det utarbeidet prosedyrer.

Avtalene blir tatt opp som sak i ledermøte innenfor helse og omsorg og brukt for å sikre iverksetting av avtalen. Aktuelle fagpersoner som jordmor blir trukket med i arbeidet.

Det blir i samtaler pekt på at alle har et ansvar for oppfølging av avtalen. Ansvaret for delavtaler eller ulike oppgaver er ikke fordelt.

## **6.3 Kommunerevisjonens vurderinger og anbefalinger**

Eide kommune har lagt til rette for medvirkning og forankring/opplæring blant ledere og ansatte i kommunen. Eide kommune har i samarbeid med andre kommuner laget en presentasjon som sikrer bedre opplæring av samarbeidsavtalen mellom kommunen og helseforetaket.

Pasient- og brukerorganisasjoner skal medvirke i forbindelse med utarbeidelse, praktisering, oppfølging og endring av avtalen. Eide kommune har ikke lagt til rette for brukermedvirkning fra eldrerådet og rådet for funksjonshemmede.

Hovedansvaret for oppfølging av samarbeidsavtalen er lagt til en enhetsleder. Det er særlig fokus på delavtalene knyttet til utskrivning og innleggelse av pasienter i sjukehus. Ansvarsfordelingen elles framstår noe uklar.

Revisjonen ser noen forbedringspunkter knyttet til medvirkning, forankring/opplæring og ansvarsfordeling for oppfølging av samarbeidsavtalene med Helse Møre og Romsdal. Kommunerevisjonen vil særlig påpeke at brukermedvirkningen bør sikres gjennom involvering av elderrådet og rådet for funksjonshemma, og at ansvarsfordelingen for oppfølging av samarbeidsavtalen bør klargjøres.

### **Anbefaling**

- Eide kommune bør vurdere ansvarsfordelingen for oppfølging av samarbeidsavtalen mellom kommunen og Helse Møre og Romsdal.
- Eide kommune bør sikre brukermedvirkning i henhold til samarbeidsavtalen og legge til rette for at rådet for funksjonshemma og elderrådet kan ivareta sine oppgaver.

## **7 Økonomi**

I dette kapittelet vil vi omtale noen sentrale økonomiske virkemidler. Kommunerevisjonen gir ikke her noen fullstendig oversikt over økonomien knyttet til samhandlingsreformen.

I 2010 fikk kommunene økte frie inntekter begrunnet med samhandlingsreformen. Dette skulle bidra til bedre helse i befolkningen, forebygge sykdom og sykdomsutvikling, begrense unødvendige innleggelser i sykehus, redusere behandlingsbehov og bidra til at eldre er funksjonsfriske lengst mulig. Eide kommune har fra 2010 fått lagt til rammen anslagsvis vel kr 150 000.

Kommunene fikk et medfinansieringsansvar for spesialisthelsetjenester og større ansvar for utskrivningsklare pasienter fra 2012. Kommunene fikk overført midler til dette. Kommunene måtte betale for utskrivningsklare pasienter i sjukehus som venter på tilbud i kommunen, og betale en del av kostnadene for pasienter innlagt i sjukehus (unntak for psykisk helse, fødsler m.m.). Medfinansiering ble avvirket fra 2015.

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.

Eide kommune fikk i 2012 et tilskudd på 4, 818 mill. kroner til medfinansiering og utskrivningsklare pasienter. Midler til utskrivningsklare pasienter utgjør anslagsvis vel 10 %. For Eide kommune utgjør dette en overføring på anslagsvis 400 000 – 500 000 kroner. Midlene til utskrivningsklare pasienter er videreført.

Tabell 4.1 viser tildelte midler i 2012 og anslag for tildelte midler i 2013 og 2014 (deflator 3,3 % i 2013 og 3,0 % i 2014), og kommunens utgifter/betaling til helseforetaket.

Tabell 4.1 Anslag overføring samhandlingsreformen til Eide kommune – regnskap/utgifter til helseforetaket. (1000 kr). (Anslaget er basert på deflator. Det er ikke tatt hensyn til delkostnadsnøkkelen.)

|                             | 2012         |              | 2013         |              | 2014         |              |
|-----------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
|                             | Overføring   | Utgifter     | Overføring   | Utgifter     | Overføring   | Utgifter     |
| Medfinansiering             | 3 899**      | 3 653        | 4 028**      | 3 791        | 4 148**      | 3 616        |
| Utskrivningsklare pasienter |              |              |              |              |              |              |
| Kompensasjon*               | 919          |              | 949          |              | 978          |              |
| <b>Sum</b>                  | <b>4 818</b> | <b>3 653</b> | <b>4 977</b> | <b>3 791</b> | <b>5 126</b> | <b>3 616</b> |

\* Eide kommune var en av kommunene som fikk mindre gjennom fordeling etter kostnadsnøkkelen enn deres anslåtte utgifter til kommunal medfinansiering og betaling for utskrivningsklare pasienter. Det ble innført en treårig kompensasjonsordning (2012-2014). Ordningen gav de kommunene som var underfinansiert, et tilskudd etter særskilt fordeling. \*\*medfinansiering og utskrivningsklare pasienter samlet

Eide kommune budsjetterte i 2013 inntekt i forbindelse med samhandlingsreformen på 4 849 000 kroner. I forhold til utgiftene til helseforetaket hadde kommunen en merinntekt på vel 1 mill. kroner i 2013 og tilsvarende i 2012. Dette bidrog til å gi regnskapsmessig balanse for Eide kommune i 2013.

I 2014 ble det budsjettert med 3 900 000 kroner til medfinansiering. Kompensasjonsmidlene på 978 000 kroner gikk inn i de generelle driftsrammene i kommunen. Det kommer fram i samtale at kommunen pga. økonomien i kommune ikke benyttet disse midlene til helse- og omsorgssektoren.

Noe av samhandlingsmidlene (ca. 900 000 kroner) har i årene 2012, 2013, 2014 blitt benyttet til kjøp av utstyr innenfor pleie og omsorg.

Etter at medfinansieringsordningen ble avviklet fra 2015, fikk kommunen et trekk i sine rammer på 3,921 mill. kroner (KS) I tillegg blir det ikke gitt kompensasjon. Eide kommune satt i 2015 igjen med anslagsvis 400 000 kroner.

Netto driftsutgifter til pleie og omsorg i prosent av kommunens totale netto driftsutgifter er lavere i Eide kommune enn i kommunegruppen og Møre og Romsdal. Jf. figur 9 i vedlegg.

Foreløpig regnskapstall for 2015 viser utgifter på vel 9 mill. til hjemmetjenesten og vel 31 mill. kroner til sjukeheimen. Regnskapstallene viser en økning i utgifter til hjemmetjenestene på 90.00 kroner fra 2012 til 2013, 260 000 kroner fra 2013 til 2014 og 380 000 kroner fra 2014 til 2015. I alt en økning på ca. 700 000 kroner fra 2012 til 2015. For sjukeheimen viser regnskapstallene en økning på vel 700 000 fra 2012 til 2013, en nedgang på 870 000 kroner fra 2013 til 2014 og en økning på 690 000 kroner fra 2014 til 2015. I alt en økning på ca. 500 000 kroner i perioden 2012-2015. (justert for 3 % pris- og lønnsvekst).

### Andre midler

Øyeblikkelig hjelp tilbud i kommunen, som er pålagt fra 2016, er fullfinansiert. Eide kommune får en overføring på 795 000 kroner i 2016 (KS heimeside) Eide kommune har inngått avtale med Molde kommune om tilbudet og skal overføre tildelte midler til dit. Kommunen har fått frie midler med formål styrking av helsestasjonsvirksomhet, jf. avsnitt 4.2.1. Kommunen deltar i ulike prosjekt og har gjennom dette fått midler blant annet til prosjekt i regi av Romsdals Regionråd. (ROR). Kommunen har videre fått tilskudd til stilling som folkehelsekoordinator gjennom partnerskapsavtale med fylkeskommunen.

## 8 Referanser og kilder

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

Folkehelseloven

Helse- og omsorgstjenesteloven

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

Plan- og bygningsloven (PBL)

Helse- og omsorgsdepartementet – kommunal medfinansiering (1)

Helse- og omsorgsdepartementet – kommunal medfinansiering (2)

Regjeringen – pressemelding – styrking av helsetjenesten med 400 millioner i 2014

Statsbudsjettet 2012 – inntekter kommunene

Statsbudsjettet 2012 Helse og omsorgsdepartementet

Helsedirektoratet Økonomiske virkemidler i samhandlingsreformen

[Regjeringen.no](#)

Forskrift om betaling for utskrivningsklare pasienter

Helse og omsorgsdepartementet – om samhandlingsreformen

Fastlegeforskrift § 20

Helsedirektoratet styringsdata for kommuner.

Veileder - Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold

Veileder for samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner

Sykehusenes veiledningsplikt – rundskriv

Meld.St.26 2014-2015 *Fremtidens primærhelsetjeneste*

[Kommuneprop 2015](#)

[Status for samhandlingsreformen Helsedirektoratet 2014](#)

KS-modell for skatte- og rammeoverføring 8/12-2014

[Oversikt folkehelse 2015 – tabellvedlegg](#) fra Møre og Romsdal fylkeskommune

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

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

Langtidsplan/langtidsbudsjett og budsjett 2015 for Helse Møre og Romsdal

Samarbeidsavtale mellom Eide kommune og Helse Møre og Romsdal.

Årsrapport 2013 og 2014 for Eide kommune

Årsrapport og protokoller for Eldrerådet og Rådet for funksjonshemma.

Budsjett 2013/økonomiplan 2013-2016

Budsjett 2014/økonomiplan 2014-2017

Budsjett 2015/økonomiplan 2015-2018

[Kommunebilde Eide](#) kommune Fylkesmannen i Møre og Romsdal 13.3.2014

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

Møte 19.5.2015 i planutvalg og utviklingsstyre [sak 14/22](#) «Kommuneplan for Eide kommune 2014-2027

Planprogram på høring og varsel om oppstart av planarbeid».

KSs Nøkkeltalsrapport 2014 innenfor pleie og omsorg, Møre og Romsdal

Samhandlingsreformen KS

ROR – samhandling - sluttrapport

## Vedlegg

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

### Klinikk for psykisk helsevern

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

### Klinikk for kirurgi Molde

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

### Kvinneklinikken

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

### Klinikk for medisin

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

### Klinikk for rehabilitering

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

**Tabell 2 [SAMDATA 2012](#) – [SAMDATA 2013](#) – Helsedirektoratet**

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

**Utviklingstrekk:**

- Stor grad av stabilitet i bruk og tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester (veksten i antall pasienter i spesialisthelsetjenesten har i hovedsak fulgt veksten i befolkningen)
- Målt per innbygger, viser det generelle bildet av utviklingen i bruk av somatiske spesialisthelsetjenester de siste ti år en reduksjon i døgnvirksomheten og en økning i poliklinisk virksomhet.
- Økning i poliklinikk i perioden 2008-2012: psykisk helsevern 11 prosent, TSB 67 prosent, somatikk 7 prosent.
- Tydelig nedgang i liggetid/oppholdsdøgn i både somatisk spesialisthelsetjeneste og psykisk helsevern. 2008-2012: 17 prosent i psykisk helsevern, 14 prosent innen somatikk og 4 prosent innen TSB/ tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer.
- Det har vært en betydelig nedgang i liggetid ved døgnbehandlingen, og andelen døgnopphold for øyeblikkelig hjelp har økt fra 68 til 71 prosent fra 2009-2013.
- Gjennom de siste 15 år har antall døgnplasser i det psykiske helsevernet for voksne blitt redusert med 36 prosent. Korrigert for veksten i befolkningen var nedgangen på 45 prosent.
- [SAMDATA 2014](#) viser at døgnplasser/senger er redusert fra 2012 til 2014, men økning poliklinisk behandling.

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



**Tabell 3 Personell**

| Kommune-<br>gruppe<br>KOSTRA funksjon                                               | Eide |       |      | Kommunegruppe 01<br>(02 i 2012) |      |      | Møre og Romsdal |      |      | Landet/Landet uten<br>Oslo |               |               |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------|-------|------|---------------------------------|------|------|-----------------|------|------|----------------------------|---------------|---------------|
|                                                                                     | 2012 | 2013  | 2014 | 2012                            | 2013 | 2014 | 2012            | 2013 | 2014 | 2012                       | 2013          | 2014          |
| Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/fagutdanning                              | 72   | 70    | 71   | 76                              | 73   | 74   | 75              | 76   | 76   | 74/<br>74                  | 74/<br>75     | 75/<br>75     |
| Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/ fagutdanning fra videregående skole***   | 33   | 35    | 36   | 46                              | 44   | 43   | 42              | 42   | 42   | 41/<br>42                  | 41/<br>41     | 40/<br>41     |
| Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/ fagutdanning fra høyskole/universitet*** | 39   | 35    | 34   | 30                              | 29   | 31   | 32              | 33   | 34   | 33/<br>33                  | 34/<br>34     | 35/<br>34     |
| Legeårsverk per 10 000 innbygger*                                                   | 10,2 | 10,2  | 10,3 | 12,4                            | 10,7 | 10,8 | 10,5            | 10,7 | 11,3 | 9,9/<br>10,0               | 10,2/<br>10,2 | 10,3/<br>10,4 |
| Fysioterapiårsverk per 10 000 innbygger*                                            | 10,4 | 11,8  | 11,8 | 9,6                             | 8,8  | 8,9  | 8,4             | 8,3  | 8,4  | 8,8/<br>8,8                | 8,9/<br>8,9   | 8,9/<br>9,0   |
| Legetimer pr uke pr beboer i sykehjem                                               | 0,22 | 0,20  | 0,21 | 0,37                            | 0,40 | 0,42 | 0,38            | 0,41 | 0,39 | 0,43/<br>0,43              | 0,46/<br>0,47 | 0,50/<br>0,49 |
| Fysioterapitimer pr uke pr beboer i sykehjem                                        | 0,39 | 0,36  | 0,36 | 0,30                            | 0,37 | 0,36 | 0,25            | 0,25 | 0,26 | 0,36/<br>0,33              | 0,38/<br>0,37 | 0,39/<br>0,37 |
| Årsverk ergoterapeuter pr 10 000 innbygger**                                        | 2,6  | 2,2   | -    | 2,5                             | 1,4  | 1,5  | 2,6             | 2,6  | 3,2  | 3,2/<br>3,1                | 3,4/<br>3,3   | 3,6/<br>3,5   |
| Årsverk psykiatrisk sykepleier pr 10 000 innbygger**                                | -    | -     | -    | 5,7                             | 4,6  | 4,8  | 5,1             | 5,2  | 4,8  | 4,1/<br>4,4                | 4,2/<br>4,5   | 4,2/<br>4,5   |
| Årsverk jordmødre pr 10 000 fødte                                                   | 250  | 333,3 | 303  | 98,2                            | 72,2 | 64,8 | 72,1            | 64,2 | 63   | 46,3/<br>50,1              | 47,3/<br>51,2 | 48,7/<br>53,0 |

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

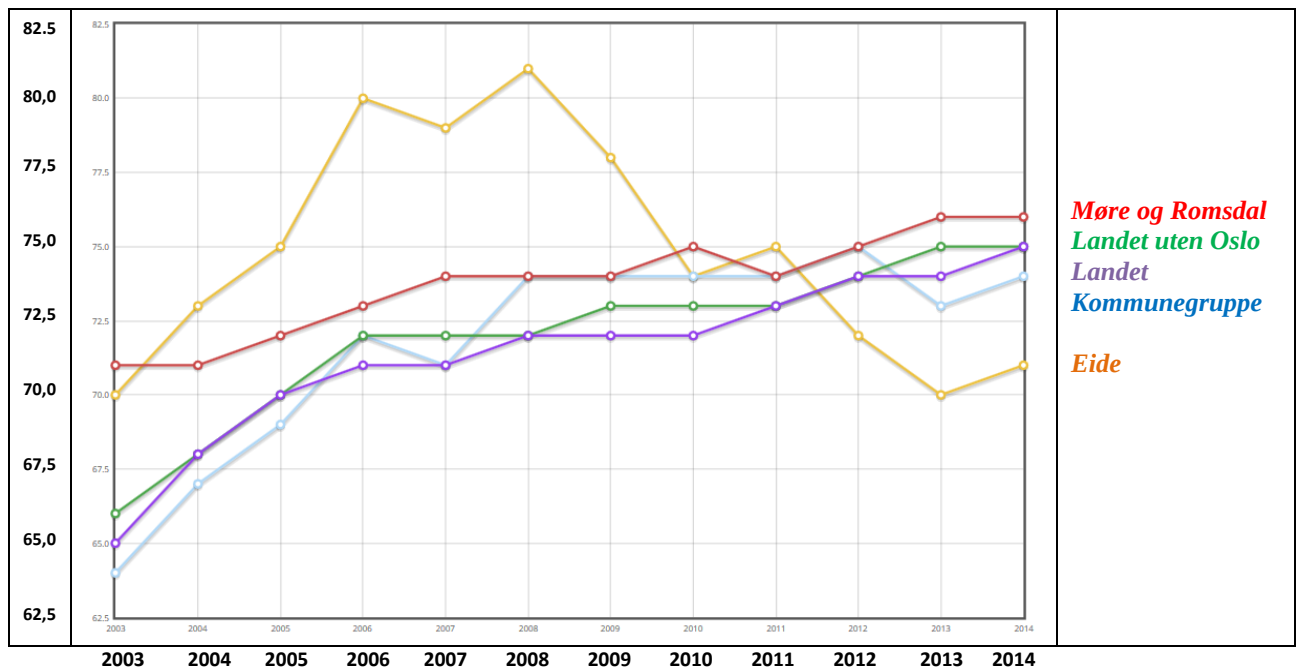
**Tabell 4: Alderssammensetning og kompetanse**

Oversikt over stillingskategorier og alderssammensetningen i pleie og omsorgstjenesten (Furutoppen og Slettatunet sykehjem og hjemmetjenesten, eks botjenesten) pr november 2015.

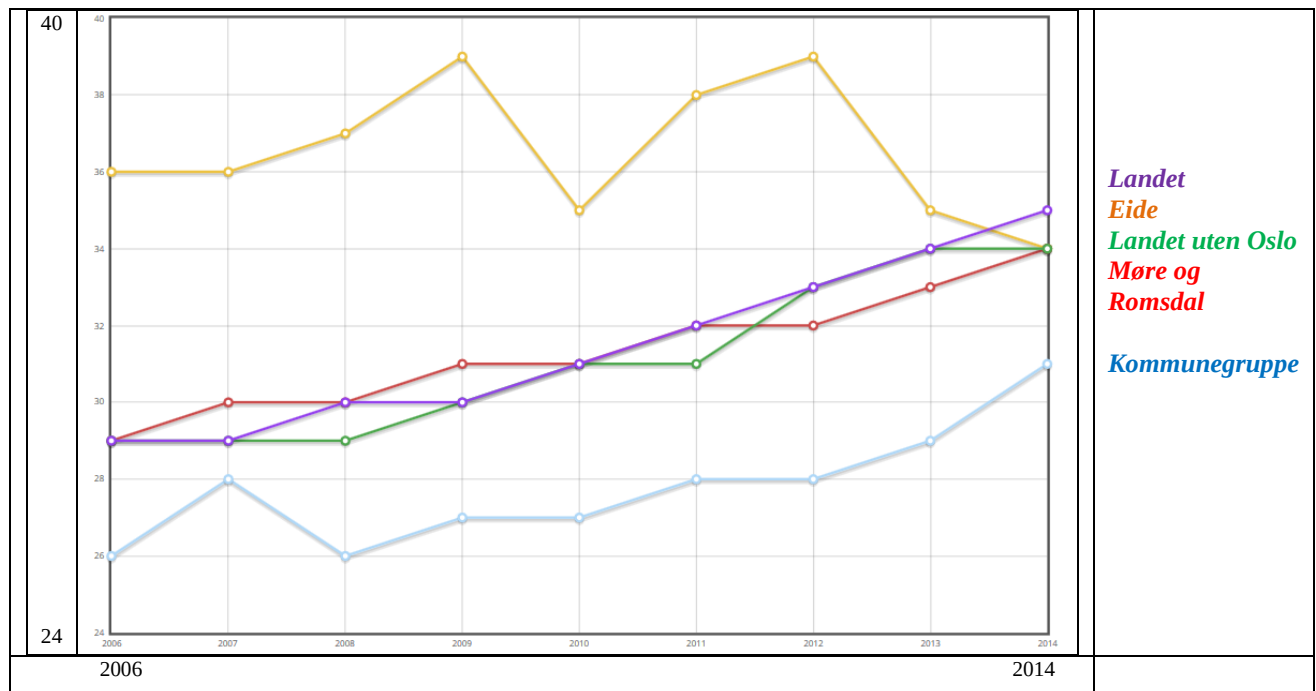
| Alder | Assistent | Helsefag-<br>arbeider | Hjemme-<br>hjelp | Syke-<br>pleier | Ergo-<br>terapeut | Fysio-<br>terapeut | Leder | Sum |
|-------|-----------|-----------------------|------------------|-----------------|-------------------|--------------------|-------|-----|
| 70 -  |           |                       | 1                |                 |                   |                    |       | 1   |
| 60-69 |           | 8                     |                  | 2               |                   | 1                  | 1     | 13  |
| 50-59 | 1         | 9                     | 1                | 2               |                   |                    | 2     | 15  |
| 40-49 | 1         | 7                     | 1                | 12              |                   |                    |       | 21  |
| 30-39 | 1         | 6                     |                  | 5               |                   |                    |       | 12  |
| 20-29 | 11        |                       |                  | 2               |                   |                    |       | 13  |
| 18-19 | 2         |                       |                  |                 |                   |                    |       | 2   |
| Sum   | 16        | 30                    | 3                | 23              | 0                 | 1                  | 3     | 77  |

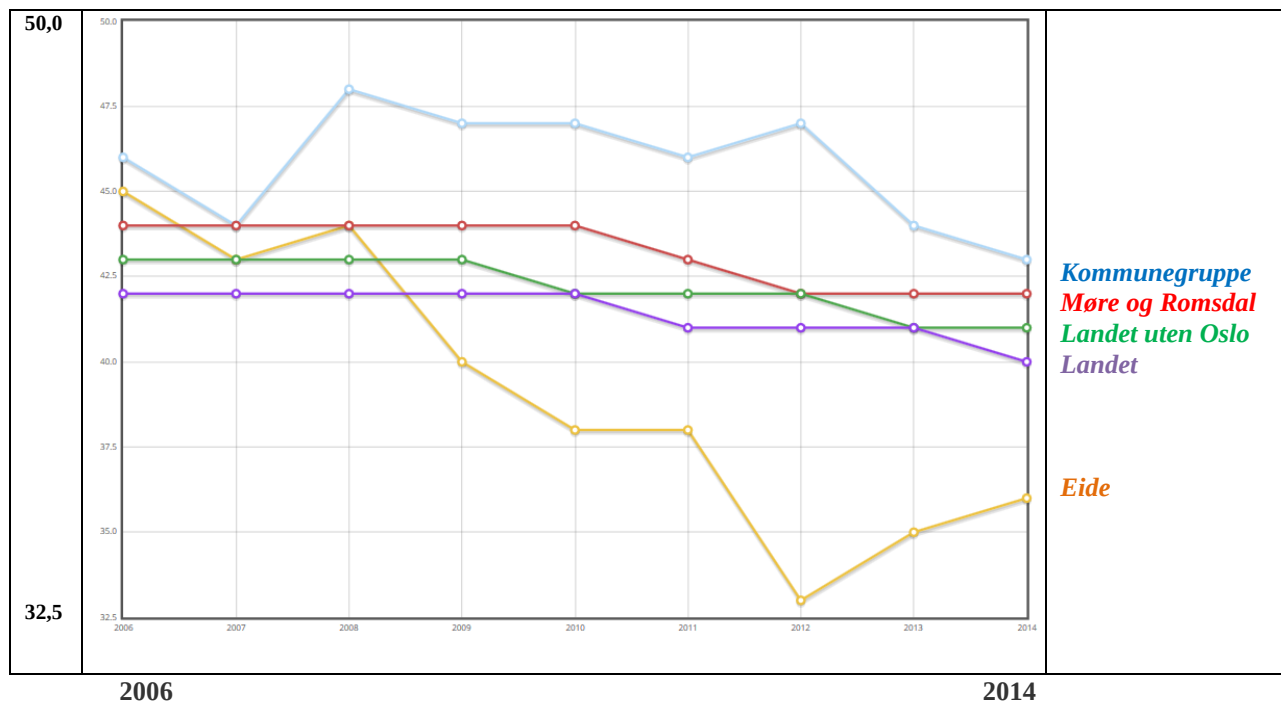
(Kilde: Eide kommune. I aldersgruppen 18 til 29 er 10 av assistentene studenter som jobber på helg. Kjøkkenpersonell er ikke tatt med. Renholdere er ikke tatt med.)

**Figur 1: Andel årsverk i brukerrettede tjenester med fagutdanning pleie og omsorg 2003-2014 - KOSTRA**



**Figur 2: Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/ fagutdanning fra høyskole/universitet 2003-2014 - KOSTRA**

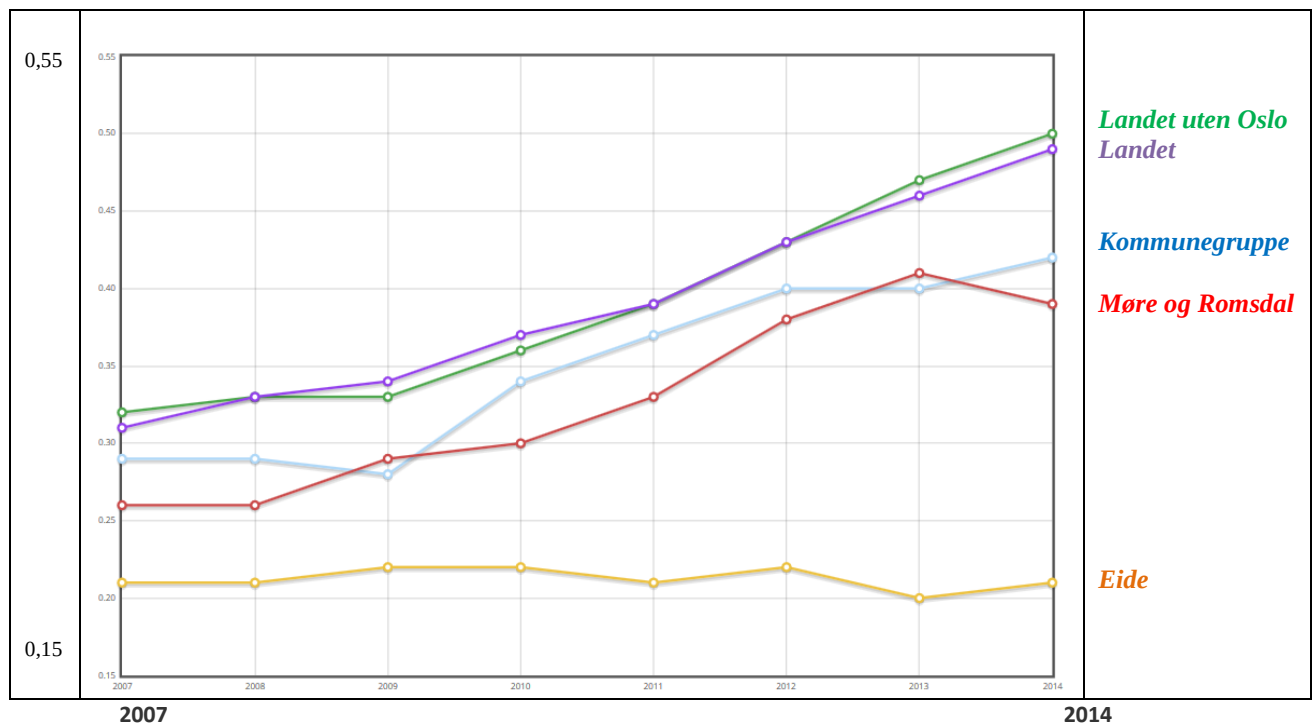


**Figur 3: Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/ fagutdanning fra videregående skole 2003-2014 - KOSTRA****Tabell 5 Pleie og omsorgstjenesten**

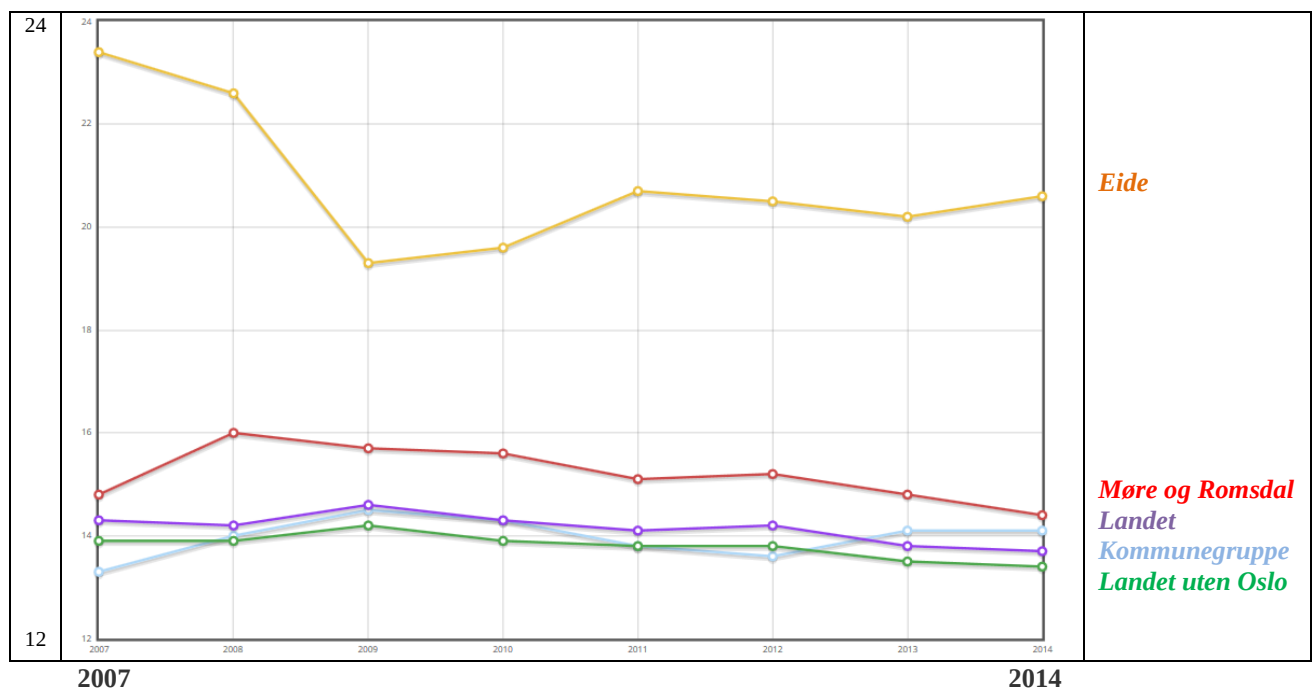
| Kommune<br>KOSTRA funksjon                                    | Eide |      |      | Kommunegruppe 01<br>(02 i 2012) |      |      | Møre og Romsdal |      |      | Landet/Landet uten<br>Oslo |               |               |
|---------------------------------------------------------------|------|------|------|---------------------------------|------|------|-----------------|------|------|----------------------------|---------------|---------------|
|                                                               | 2012 | 2013 | 2014 | 2012                            | 2013 | 2014 | 2012            | 2013 | 2014 | 2012                       | 2013          | 2014          |
| Andel innbyggere 80 år og over som bor i institusjon          | 20,5 | 20,2 | 20,6 | 15,3                            | 14,1 | 14,1 | 15,2            | 14,8 | 14,4 | 14,2/<br>13,8              | 13,8/<br>13,5 | 13,7/<br>13,4 |
| Andel plasser avsatt til tidsbegrenset opphold                | 10,3 | 10,5 | 15,8 | 14,7                            | 23,3 | 23,7 | 18,3            | 18,7 | 17,8 | 16,1/<br>16,6              | 18,1/<br>18,7 | 18,7/<br>19,5 |
| Andel plasser til skjermet enhet for personer med demens      | 17,9 | 18,4 | 18,4 | 24,3                            | 28,1 | 27,2 | 21,1            | 21,2 | 21,6 | 22,8/<br>23,4              | 23,5/<br>23,9 | 23,8/<br>24,5 |
| Andel plasser satt av til rehabilitering/habilitering         | 5,1  | -    | -    | 6,1                             | 12,3 | 13,1 | 5,6             | 8,7  | 5,7  | 5,4/<br>5,8                | 7,4/<br>7,9   | 7,4/<br>7,7   |
| Andel plasser i enerom i pleie og omsorgsinstitusjoner        | 82,1 | 84,2 | 84,2 | 95,3                            | 97,3 | 98,2 | 93,9            | 92,7 | 92,6 | 93,5/<br>93,8              | 93,9/<br>93,7 | 95,0/<br>94,8 |
| Mottakere av hjemmetjenester pr 1000 innbygger 0-66 år        | 23   | 25   | 27   | 24                              | 25   | 24   | 20              | 20   | 21   | 19/<br>20                  | 19/<br>20     | 19/<br>20     |
| Mottakere av hjemmetjenester pr 1000 innbygger 67-79 år       | 80   | 68   | 69   | 90                              | 77   | 80   | 78              | 72   | 69   | 74/<br>74                  | 71/<br>72     | 69/<br>69     |
| Mottakere av hjemmetjenester pr 1000 innbygger 80 år og over  | 367  | 399  | 347  | 368                             | 373  | 354  | 349             | 347  | 344  | 338/<br>340                | 336/<br>339   | 331/<br>333   |
| Gjennomsnittlig antall tildelte timer pr uke praktisk bistand | 14,0 | 14,3 | 15,2 | 6,8                             | 9,2  | 10,4 | 9,2             | 9,3  | 10,5 | 7,9/<br>7,7                | 8,5/<br>8,3   | 9,2/<br>9,0   |
| Gjennomsnittlig antall tildelte timer pr uke hjemmesykepleie  | 1,9  | 2,3  | 2,4  | 4,4                             | 4,1  | 4,2  | 4,5             | 4,8  | 4,5  | 4,7/<br>4,6                | 4,7/<br>4,6   | 4,7/<br>4,6   |

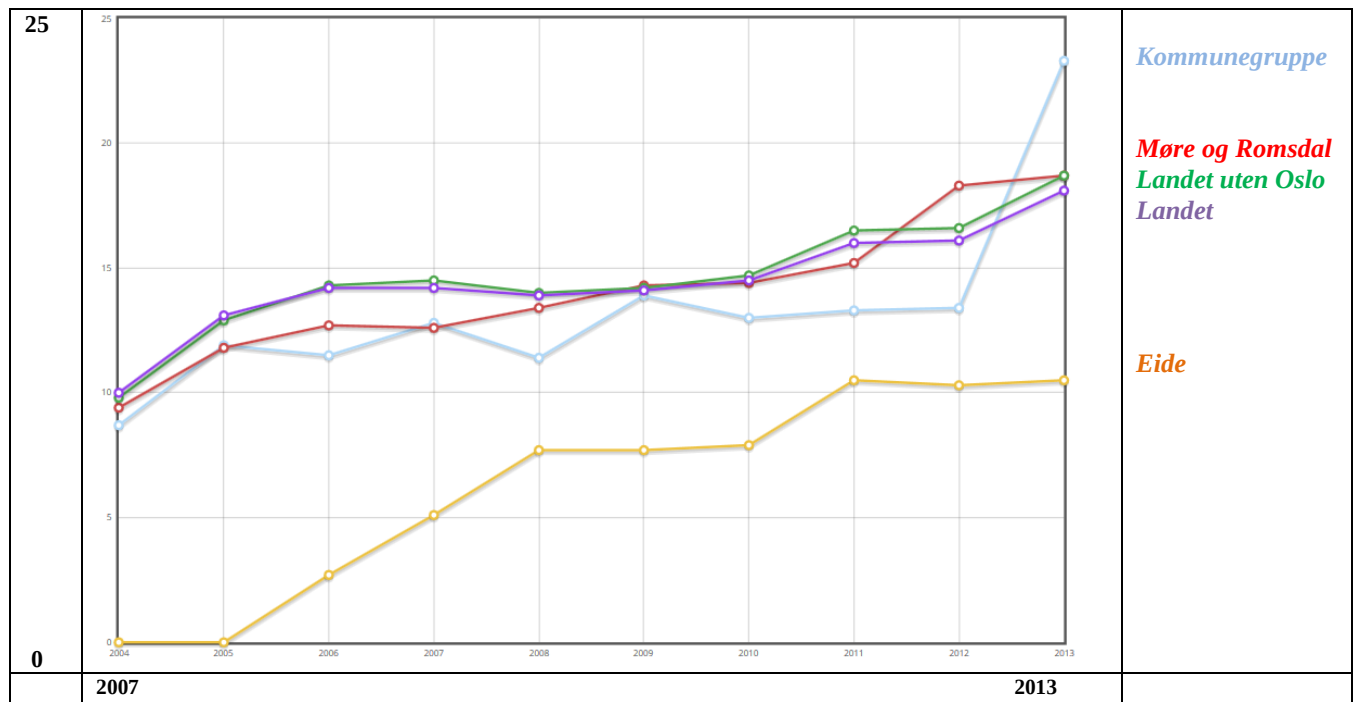
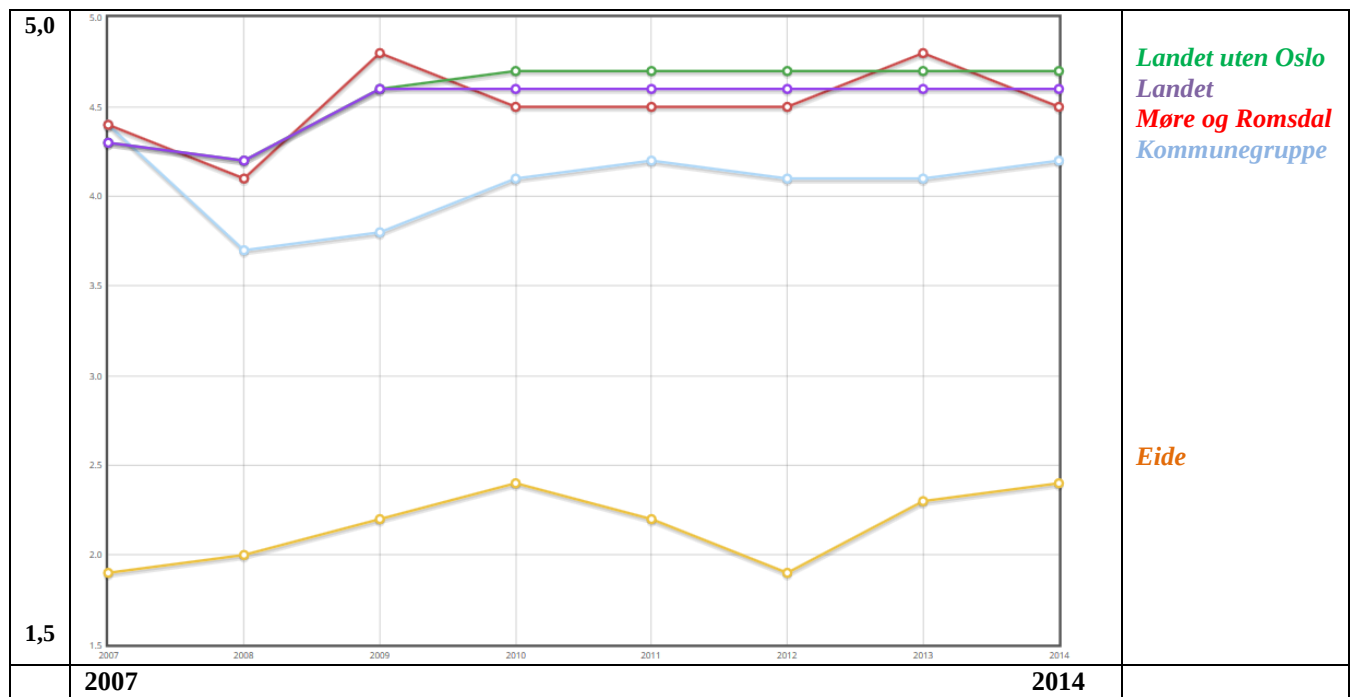
KOSTRA – konsern - reviderte tall 26.06.2015

**Figur 4: Legetimer pr. uke pr. beboer i sykehjem – 2007-2014 - KOSTRA**

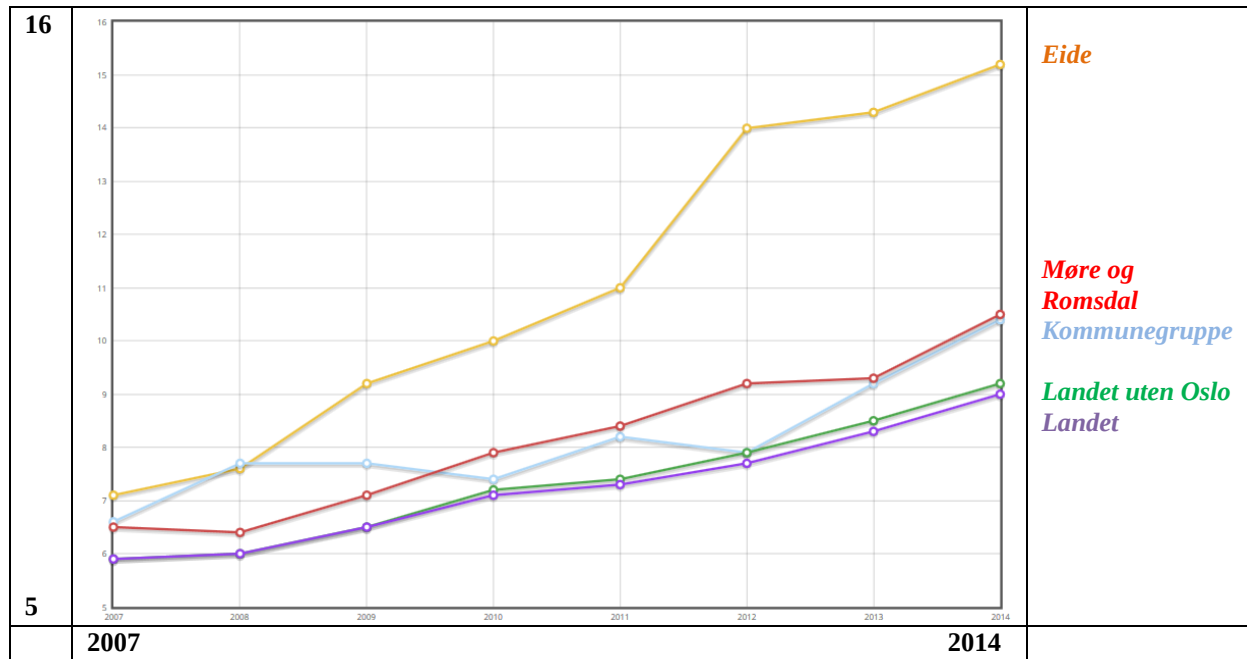


**Figur 5: Andel innbyggere 80 år og over som er beboere på institusjon – 2007-2014 - KOSTRA**

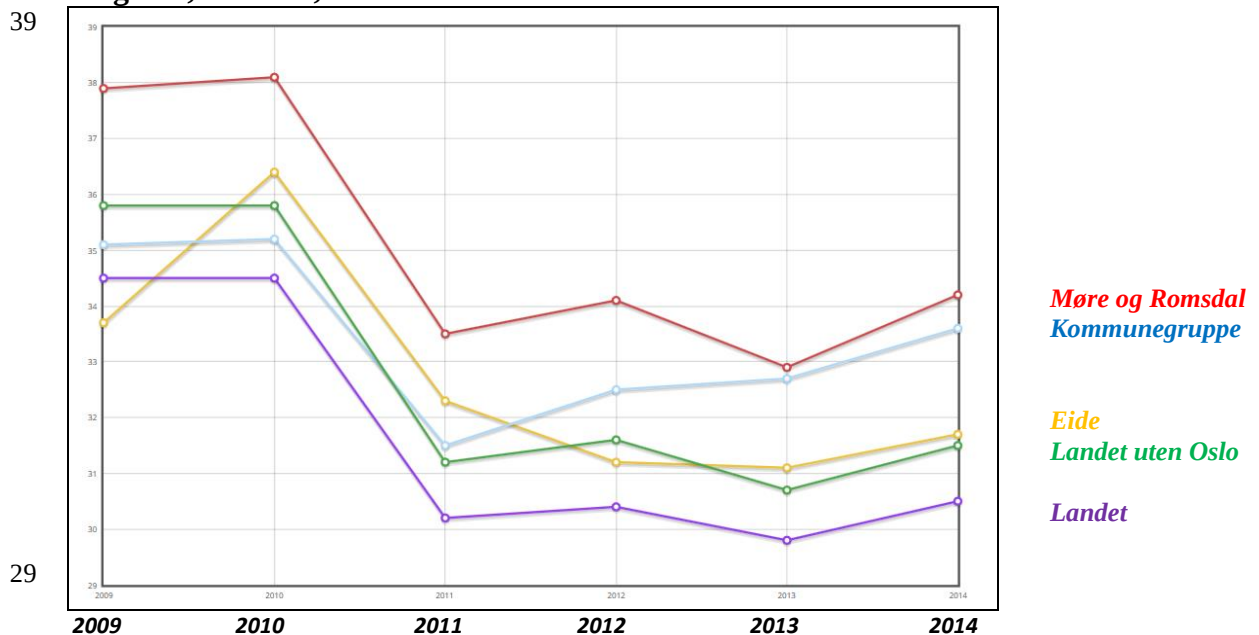


**Figur 6: Andel plasser avsatt til tidsbegrenset opphold 2007-2013 - KOSTRA****Figur 7: Gjennomsnittlig antall tildelte timer pr uke, hjemmesykepleie, 2007-2014, Eide kommune, kommunegruppe 1, Møre og Romsdal, landet uten Oslo, landet - KOSTRA.**

**Figur 8: Gjennomsnittlig antall tildelte timer pr uke, praktisk bistand, 2007-2014, Eide kommune, kommunegruppe 1, Møre og Romsdal, landet uten Oslo, landet.**



**Figur 9: Netto driftsutgifter pleie og omsorg i prosent av kommunens totale netto driftsutgifter, konsern, KOSTRA**



## **Statusrapport God Helse 2013 – Møre og Romsdal, Eide kommune**

### **Samfunnsutvikling for en god start på livet**

- Barnehagene: Flere av barnehagene i Eide har fokus på folkehelse og å se ”hele” barnet. Både kosthold og trivsel/mobbing i barnehagen jobbes det jevnlig med, både blant personale og opp mot foreldre.
- Mobbing/trivsel i skole: Elevundersøkelsen 2013 i Eide viser at andelen elever som opplever mobbing i skolen gått fra 18,5 % til 4,26 % på 7 år. Eide kommune kommer dermed bedre ut enn Møre og Romsdal, kommunegruppe 2 og nasjonale tall. To av våre skoler er i følge undersøkelsen ”mobbefrie”. Nøkkelord i arbeidet er bevisstgjøring og kompetanseheving. Ordføreren har stått i front, blant annet gjennom underskriving av mobbemanifest på alle våre skoler. Dette har kommunen fått til uten noen form for tilleggsbevilgninger eller ”treningsprogram”.
- DelTa og Ungdata: Våren 2013 ble Ungdata-undersøkelsen gjennomført på Eide ungdomsskole. Resultatene viser at Eide har bra ungdomsskolemiljø og ungdommene har godt forhold til sine venner. Det fremgår at flere ungdommer enn landsgjennomsnittet har drukket seg full. Mange ungdommer svarer at de får lov å drikke alkohol av foreldrene og mange får alkohol hjemmefra. Kommunen ser at dette er utfordringer som må tas tak i og har samarbeidet med Kompetansesenter for Rus for å planlegge arbeidsseminar i DelTa som en del av det rusforebyggende arbeidet blant ungdom.
- Verdensdagen for psykisk helse: Eide ungdomsskole og en av barnehagene fikk støtte til å markere Verdensdagen for psykisk helse. I barnehagen var tema følelser, hvor de jobbet med tema i forkant og avsluttet med kunstutstilling i sentrum. Eide ungdomsskole hadde besøk av Venn1 med foredrag og gruppearbeid.
- Skolehelsetjenesten: Skolehelsetjenesten fikk 40 % ressursøkning fra mai 2013. Dette innebærer at skolehelsetjenesten har økt treffetid i skolen samt skal starte med veiing og måling av tredjeklassinger. Eide er i planleggingsfasen av Frisklivstilbud for barn, oppstart vår 2014.

### **Helsevennlig arbeidsliv**

- Frisklivssentral: Etablering av Frisklivssentral i Eide har vedtak i kommunestyret og er del av kommunens fireårsplan. Frisklivssentralen startet opp i mars 2013. Det kom mange henvisninger, og i løpet av 2013 benyttet 50 stk seg av tilbudet med gruppetrening, Bra mat-kurs og KiDkurs. Fra høst 2013 fikk Frisklivssentralen ansatt fysioterapeut i 50 % stilling.

### **Aktiv, trygg og frisk alderdom**

- Aktiv på Dagtid: Aktiv på dagtid startet opp vår 2013 med turgruppe en gang i uka og ble en braksuksess. Det har vært i gjennomsnitt 40 deltakere på turene som er ledet av frivillige turledere.

### **Trygt og helsefremmende fysisk miljø**

- Gang- og sykkelveger og tilgang til turterreng: Eide Kommune har et utbredt nett av gang- og sykkelveger som knytter bebyggelse og turterreng sammen. Stikk Ut har vært svært populært i 2013, og ser man på oppslutningen opp mot innbyggertall, kommer Eide svært godt ut i Nordmøre og Romsdal.
- Veglys: I 2013 fikk Eide Kommune veglys langs hovedvegen gjennom sentrum. Dette reduserer fare for ulykker og gjør gang og sykkelvegene mer brukervennlige også i vinterhalvåret.

### **Inkludering og deltakelse i kultur og frivillige organisasjoner**

- Samarbeid med frivillig sektor: Kommunen har godt samarbeid med frivillig sektor og er i gang med utarbeidelse av kunstgressbane. Eide har idrettshall med fotballhall og flerbrukshall. Denne har større kapasitet enn det som utnyttes i dag. I 2013 var Eidehallen i bruk 40 % av tiden i høysesongen. Eide er en liten kommune og mangel på rekruttering av ledere i frivillig sektor er en utfordring for breddeidretten.

### **Organisering og samhandling, et kunnskapsbasert folkehelsearbeid**

- Planlegging av oppstart med oversikt over folkehelseutfordringer: Eide kommune har ikke kommet i gang med utarbeidelse av oversikt over folkehelseutfordringer. Planen er at kommunen skal jobbe med utarbeidelse av oversikt over folkehelseutfordringer fra 2014.

## Årsrapport folkehelse 2014 fra Eide kommune ved folkehelsekoordinator til Møre og Romsdal fylkeskommune

### Samfunnsutvikling for en god start i livet

- **Psykisk helse:** Barnehager og skoler i Eide har fokus på å forebygge mobbing og mobbetallene for skolene har blitt redusert de siste årene sett ut fra elevundersøkelsene. Barnehagene har fokus på at vennskap skaper trygghet og trivsel for barna og at vennskap er mobbeforebyggende. Flere av skolene har innført Trivselslederprogrammet i friminutter, samt at de gjennom ukeplanen får skriftlige tilbakemeldinger fra både elever og foreldre på hvordan elevene har hatt det gjennom skoleuken. Ungdomsskolen markerer årlig «Verdensdagen for psykisk helse» der de de siste 4 årene har hatt et samarbeid med «Venn 1» omkring tema som ungdomstid, vennskap og følelser. Enkelte barnehager har også marker «Verdensdagen» med psykisk helse som tema på avdelingene og kunstutstilling med barnas egne bilder om vennskap i sentrum.

Eide kommune har en tverrfaglig ressursgruppe «Tverrfaglig råd» der foreldre, ungdommer, foresatte og ansatte kan søke veiledning for å finne gode løsninger på utfordrende situasjoner.

- **Ernæring og fysisk aktivitet:** Det er fokus på fornuftig kosthold i flere barnehager og skoler i kommunen både gjennom bursdagsfeiringer, matpakkeuker, foreldremøter og som undervisningstema til barna ut i fra utviklingsnivå. I barnehagene lærer barna både om 5 om dagen og nøkkelhullet! Sponset av Eide Vassverk, reiser folkehelsekoordinator årlig ut med drikkeflasker til alle 1. klassinger i kommunen og oppfordrer til å velge vann som tørstedrikk. Enkelte SFO og barnehager har registrering og premiering av turer som barna går for å fremme fysisk aktivitet og friluftsliv.

- **Helsestasjon og skolehelsetjeneste:** Helsestasjonen gir tilbud om oppfølging til alle gravide og tilbud om hjemmebesøk av jordmor etter fødsel. 3. klassinger som blir veid og målt av helsesøster får tilbud om oppfølging fra Frisklivssentralen for barn og unge dersom de ønsker det. Det vurderes om tilbudet også skal utvides til 8. klassinger. Lege og helsesøster har tilbud om «helsestasjon for ungdom» ukentlig. Alle elever i barneskolen har tilbud om regelmessig treffetid hos helsesøster.

- **Rusforebygging:** Eide kommune har hatt samarbeid med KORUS om Delta og arrangert arbeidsseminaret: «Hvordan skal skolen handle på sin bekymring for elever med skadelig rusmiddelvaner». I samarbeid med KORUS har det også vært arrangert foreldremøter med rusforebygging og foreldrerollen som tema. Eide kommune vedtok også i 2014 å gjeninnføre «MOT» i løpet av 2015.

**Helsevennlig arbeidsliv:** Kommunen gjennom Frisklivssentralen tilbud om en treningsgruppe for kommuneansatte, ledet av fysioterapeut, en gang pr uke. Frisklivssentralen har også arrangert «Bra Mat» kurs for ansatte i enkelte enheter i kommunen. Frisklivssentralen i Eide gir tilbud til innbyggere i alle aldre som ønsker hjelp til livsstilsendring, mestring og livskvalitet. Frisklivssentralen har treningsgrupper både inne og ute, samt tilbud om «Bra Mat» kurs og samtaler. Frisklivssentralen har også hatt samarbeid med NAV om kurs i depresjonsmestring. Kommunen har avtale om bedriftshelsetjeneste gjennom Stamina.

**Aktiv, trygg og frisk alderdom:** Eide har en flott «Aktiv på dagtid» gjeng som samler 20- 40 turgåere hver uke. Frivillige turledere deler på turlederansvaret og setter opp turer sammen med representant fra kommunen. Eide har også aktive «Seniordansere» som møtes ukentlig på frivillig basis.

Dagsentret i kommunen er en god sosial møteplass for eldre i kommunen der de blir hentet i hjemmene sine og er med på aktiviteter på sykehjemmet. Fysioterapeuten har også trimgruppe for eldre. Sykehjemmet har en flott, utendørs sansehage som brukes av beboerne. Ellers har Eide en aktiv pensjonistforening og aktive helselag.

**Trygt og helsefremmende fysisk miljø:** Eide har et godt utbygd nett av gang og sykkelveier, men noen områder gjenstår og flere gangveier er under planlegging. Kommunen har også fortsatt arbeidet med å bytte veglys for å gi bedre belysning av enkelte vegstrekninger. Eide omegn fotballklubb ferdigstilte i 2014 sin nye, flotte kunstgressbane etter imponerende dugnadsarbeid og med tilskudd fra spillemidler.

**Inkludering og deltakelse i kultur og frivillige organisasjoner:** Eide har et godt tilbud i den kommunale kulturskolen. Det gis tilbud om opplæring på de fleste instrumenter, sang, aspirantopplæring, drill, dans, rockeverksted samt lyd- og lysteknikk. Eide har også tre aktive idrettslag med tilbud innen håndball, ski, friidrett, bordtennis og sykling, egen fotballklubb, innebandyklubb, klatreklubb, skytterlag, jeger og fiske forening, 4H, leikarring, seniordans, helselag, bondelag, samt flere grendelag og velforeninger og andre foreninger. Eide Ungdomsråd har arrangert fritidsklubb for mennesker med psykisk utviklingshemming og håper å kunne fortsette tilbudet. Ellers har ungdommene i Eide tilbud om ungdomsklubb hver fredag. Likevel viser ungdataundersøkelsen fra 2013 viser at bare 57 % av ungdommer i ungdomsskolealder er med på organiserte aktiviteter på fritiden, så man kan jobbe enda mer med inkludering og deltakelse i Eide.

**Organisering og samhandling, et kunnskapsbasert folkehelsearbeid;** Eide er i gang med å lage en oversikt over helsetilstanden i kommunen og har dannet en arbeidsgruppe for dette bestående av fagsjef oppvekst, kommunalsjef, kommunelege, kommuneplanlegger og folkehelsekoordinator. Ellers er arbeidet med rullering av kommuneplanen i gang.