

Forvaltningsrevisjon | Askøy kommune
Tilpasning til samhandlingsreformen

April 2019

«Forvaltningsrevisjon av tilpasning
til samhandlingsreformen»

April 2019

Rapporten er utarbeidet for Askøy
kommune av Deloitte AS.

Deloitte AS
Postboks 6013 Postterminalen,
5892 Bergen
tlf: 55 21 81 00
www.deloitte.no
forvaltningsrevisjon@deloitte.no

Sammendrag

I samsvar med bestilling fra kontrollutvalget i Askøy kommune, har Deloitte gjennomført en forvaltningsrevisjon av kommunens tilpasning til samhandlingsreformen. Formålet med forvaltningsrevisjonen har vært å undersøke om helse- og omsorgstjenestene i Askøy kommune er organisert på en formålstjenlig måte for å ivareta kommunens oppgaver som følger av samhandlingsreformen, og for å ivareta behovene til de ulike pasientgruppene. Videre har det vært et formål å undersøke om det er etablert system for samhandling med helseforetak som sikrer tilstrekkelig oppfølging av pasienter før, under og etter sykehusopphold, samt hvilke økonomiske konsekvenser samhandlingsreformen har fått for kommunen, og om det er etablert system og rutiner for å sikre realistisk budsjettering og god økonomistyring av helse- og omsorgstjenestene. Revisjonen har gått gjennom relevant dokumentasjon fra kommunen, statistikk fra KOSTRA, og gjennomført intervju med til sammen elleve personer. Det er også innhentet supplerende informasjon per e-post.

Forvaltningsrevisjonen viser at Askøy kommune i hovedsak har tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å ta imot og følge opp utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten. Kommunen tok i 2018 grep for å sikre bedre pasientflyt, mer hensiktsmessig fordeling av institusjonsplasser og jevnere fordeling av pasientantall mellom sonene i hjemmetjenesten, og har på denne måten greid å redusere antall overliggerdøgn på sykehus for utskrivningsklare pasienter, samt omfanget av pasienter på venteliste til institusjonsplass. Videre er det etablert en rekke tiltak for å forebygge sykdom og sykehusinnleggelses blant pasienter som mottar tilbud fra helse- og omsorgstjenestene i kommunen.

Samtidig viser undersøkelsen at Askøy kommune også på revisjonstidspunktet har pasienter på venteliste til langtidsplass i institusjon, og at kommunen har hatt en viss kostnad knyttet til overliggerdøgn på sykehus også i 2018. Revisjonen mener det er viktig at kommunen fortsetter arbeidet med å sikre at ulike deler av tjenestene har tilstrekkelig kapasitet til å håndtere sine oppgaver, slik at kommunen i samsvar med intensjonen med samhandlingsreformen kan oppfylle sine forpliktelser knyttet til mottak av pasienter fra spesialisthelsetjenesten i enda større grad. Revisjonen mener også at det er grunn til å stille spørsmål ved om kommunen har tilstrekkelig tilgang på fagkompetanse i alle deler av tjenestene. Forvaltningsrevisjonen viser at sykepleierdekningen i kommunen ikke blir opplevd å være god nok, og at antall brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten med helsefagutdanning ligger under snittet både i kommunegruppen, fylket og landet for øvrig. Når det gjelder de tiltakene som er etablert for å forebygge sykdom og sykehusinnleggelses, er effekten av disse i liten grad evaluert. Revisjonen mener at Askøy kommune, for å sikre at de riktige tiltakene blir prioritert og at ressursbruken er så effektiv som mulig, bør sørge for systematisk evaluering av de ulike prosjektene og tiltakene som blir iverksatt.

Videre er det revisjonens vurdering at kommunen ikke har etablert tilstrekkelig med rutiner for samhandling på tvers av de ulike fagavdelingene i kommunalavdeling levekår, til bruk i tilfeller der det er aktuelt at pasienter mottar tjenester fra flere av fagavdelingene samtidig. Dette kan medføre risiko for at oppfølgingen av pasienter ikke er tilstrekkelig systematisk, og for at sentral informasjon knyttet til oppfølging av pasienter glipper/ikke blir godt nok formidlet mellom ulike deler av virksomheten. Dette kan igjen medføre risiko for at pasienter som mottar tjenester fra flere fagavdelinger samtidig ikke mottar den oppfølgingen og de tjenestene de har behov for og krav på. Revisjonen mener også at kommunen må sørge for at de fysiske forholdene i helse- og omsorgstjenestene er godt nok tilpasset til å kunne tilby alle pasienter et tilbud med tilfredsstillende kvalitet.

Askøy kommune har etablert system for sikker informasjonsutveksling av pasientinformasjon med helseforetaket, og det er lagt til rette system for å melde avvik til helseforetaket knyttet til eventuelle feil og mangler i forbindelse med informasjonsutvekslingen. Forvaltningsrevisjonen viser imidlertid at det i svært begrenset grad blir meldt avvik fra kommunen til helseforetaket i tilfeller der kommunen ikke mottar tilstrekkelig og/eller tidsriktig informasjon om pasienter som skal overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Revisjonen vil peke på at mangelfull rapportering av avvik kan øke risikoen for at avvik eller uønskede hendelser knyttet til informasjonsutveksling ikke blir fanget opp og fulgt opp. Dette kan igjen bidra til at eventuell mangelfull praksis vedvarer og til at relevant forbedringsarbeid ikke blir iverksatt. Revisjonen vil derfor understreke at kommunen må sørge for at det blir meldt avvik til

helseforetaket knyttet til informasjonsutveksling mellom kommunen og helseforetaket når feil og mangler blir oppdaget.

Når det gjelder økonomiske konsekvenser, viser forvaltningsrevisjonen at Askøy kommune etter innføring av samhandlingsreformen har hatt kostnader knyttet til både overliggedøgn for utskrivningsklare pasienter og tilpasning av tilbudet om helse- og omsorgstjenester. Kommunen har etablert rutiner og praksis for både utarbeidelse av budsjett for helse- og omsorgstjenester og for rapportering på økonomisk utvikling og oppdatering av økonomiske prognoser, som i utgangspunktet fungerer. Det er imidlertid revisjonens oppfatning at selv om Askøy kommune har etablert rutiner og praksis for utarbeidelse av budsjett og rapportering på økonomisk utvikling innenfor helse- og omsorgstjenestene, har kommunen utfordringer med å sikre at de budsjettene som utarbeides er tilstrekkelig realistiske, samt med å sikre tilstrekkelig oversikt over den løpende økonomiske utviklingen i tjenester og fagavdelinger. Manglende oversikt over økonomisk utvikling gjennom året medfører etter revisjonens vurdering risiko for feil/mangler i rapporteringen som går til ledelsen, noe som igjen vil kunne gi ledelsen et feilaktig bilde av status for økonomien i tjenestene, og dermed også et feilaktig utgangspunkt for oppdatering av økonomiske prognoser, vurdering av ev. budsjettjusteringer og tiltak for å sikre budsjettmessig balanse.

Basert på det som kommer frem i forvaltningsrevisjonen, kommer revisjonen med noen anbefalinger til Askøy kommune. Disse fremgår av kapittel 6 *Konklusjon og anbefalinger*.

Innhold

Sammendrag	3
1. Innledning	7
2. Om tjenesteområdet	9
3. Ivaretagelse av oppgaver som følge av samhandlingsreformen	10
4. Samhandling mellom kommunen og helseforetak	26
5. Økonomiske konsekvenser av samhandlingsreformen	31
6. Konklusjon og anbefalinger	37
Vedlegg 1 : Høringsuttalelse	39
Vedlegg 2 : Revisjonskriterier	40
Vedlegg 3 : Sentrale dokumenter og litteratur	45

Detaljert innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
1. Innledning	7
1.1 Bakgrunn	7
1.2 Formål og problemstillinger	7
1.3 Metode	8
1.4 Revisjonskriterier	8
2. Om tjenesteområdet	9
3. Ivaretagelse av oppgaver som følge av samhandlingsreformen	10
3.1 Problemstilling	10
3.2 Revisjonskriterier	10
3.3 Kapasitet og kompetanse til å ta imot utskrivningsklare pasienter	11
3.4 Identifisering av eventuelle pasientgrupper som ikke får tilfredsstillende oppfølging	17
3.5 Risiko- og sårbarhetsanalyser	18
3.6 Kommunale utgifter til overliggedøgn	19
3.7 Kommunale døgnplasser for øyeblikkelig hjelp	20
3.8 Tiltak for å forebygge og redusere behov for sykehusinnleggelse	20
3.9 Samhandling mellom helse- og omsorgstjenester internt i kommunen	22
3.10 Dimensjonering og tilpasning av fysiske forhold i helse- og omsorgstjenesten	24
4. Samhandling mellom kommunen og helseforetak	26
4.1 Problemstilling	26
4.2 Revisjonskriterier	26
4.3 System og rutiner for sikker informasjonsutveksling	26
4.4 Informasjon fra helseforetak om pasienters behov etter utskrivning	27
4.5 Melding av avvik knyttet til informasjonsutveksling	28
4.6 Håndtering av meldte avvik knyttet til informasjonsutveksling	29
5. Økonomiske konsekvenser av samhandlingsreformen	31
5.1 Problemstilling	31
5.2 Revisjonskriterier	31
5.3 Økonomiske konsekvenser av samhandlingsreformen	32
5.4 Rutiner for å sikre realistisk budsjettering	34
5.5 Økonomisk rapportering	35
6. Konklusjon og anbefalinger	37
Vedlegg 1 : Høringsuttalelse	39
Vedlegg 2 : Revisjonskriterier	40
Vedlegg 3 : Sentrale dokumenter og litteratur	45

1. Innledning

1.1 Bakgrunn

Deloitte har gjennomført en forvaltningsrevisjon av tilpasning til samhandlingsreformen i Askøy kommune. Prosjektet ble bestilt av kontrollutvalget i Askøy kommune i sak PS 43/18, 12. september 2018, og endelig godkjent av kontrollutvalgsleder per e-post 1. oktober 2018, i samsvar med vedtak i saken.

Tilpasning av samhandlingsreformen ble prioritert som første prosjekt i rullert plan for forvaltningsrevisjon for perioden 2018-2020. I overordnet risikoanalyse gjennomført i 2016, gikk det blant annet frem at Askøy kommune manglet kapasitet til å ta imot et høyt antall utskrivningsklare pasienter¹, at det var utfordrende å tilpasse tjenestene til samhandlingsreformen og at det er risiko for høye utgifter til overliggedøgn. Gjennom de undersøkelser som ble gjort i forbindelse med rullering av plan for forvaltningsrevisjon, kom det frem at disse risikoene fremdeles var aktuelle i 2018.

1.2 Formål og problemstillinger

Formålet med forvaltningsrevisjonen har vært å undersøke om helse- og omsorgstjenestene i Askøy kommune er organisert på en hensiktsmessig måte for å ivareta kommunens oppgaver som følger av samhandlingsreformen, og for å ivareta behovene til de ulike pasientgruppene. Videre har det vært et formål å undersøke om det er etablert system for samhandling med helseforetak som sikrer tilstrekkelig oppfølging av pasienter før, under og etter sykehusopphold. Det har også vært et formål å undersøke hvilke økonomiske konsekvenser samhandlingsreformen har fått for kommunen, og om det er etablert system og rutiner for å sikre realistisk budsjettering og god økonomistyring av helse- og omsorgstjenestene.

Med bakgrunn i formålet har følgende problemstillinger blitt undersøkt:

1. Er helse- og omsorgstjenestene i Askøy kommune **organisert på en hensiktsmessig måte** for å ivareta kommunens oppgaver som følger av samhandlingsreformen, og for å ivareta behovene til de ulike pasientgruppene? Under dette:
 - a. I hvilken grad har kommunen tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å ta imot utskrivningsklare pasienter og følge disse opp enten på institusjon eller i hjemmet?
 - b. Har kommunen gjennomført kartlegginger for å identifisere om det er pasientgrupper som ikke får tilfredsstillende oppfølging i etterkant av innføring av samhandlingsreformen?
 - c. I hvilken grad gjennomfører kommunen risiko- og sårbarhetsanalyser for å avdekke hvor det eventuelt er risiko for svikt, feil eller mangler i tjenestene som er berørt av samhandlingsreformen?
 - d. I hvilken grad betaler kommunen for overliggedøgn?
 - e. Har kommunen etablert et tilbud med kommunale døgnplasser for øyeblikkelig hjelp, som fungerer som forutsatt?
 - f. I hvilken grad har kommunen vurdert og satt i verk tilstrekkelige helsefremmende og forebyggende tiltak som forebygger og reduserer behovet for sykehusinnleggelse?
 - g. I hvilken grad er det lagt til rette for samhandling mellom ulike helse- og omsorgstjenester internt i kommunen?
 - h. I hvilken grad er de fysiske forholdene i helse- og omsorgstjenesten (utstyr og bygningsmasse) tilstrekkelig dimensjonert og tilpasset for at kommunen skal kunne tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester, for eksempel til pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester som ikke kan bo hjemme?

¹ Et sentralt virkemiddel i samhandlingsreformen er kommunalt behandlingsansvar for utskrivningsklare pasienter. Dette innebærer at kommunene overtar det finansielle ansvaret for utskrivningsklare pasienter på sykehus fra første dag.

2. Har Askøy kommune etablert et hensiktsmessig **system for samhandling** mellom kommunen og helseforetak som sikrer tilstrekkelig oppfølging av pasienter før, under og etter sykehusopphold? Under dette:
- I hvilken grad er det etablert system og rutiner for god og sikker informasjonsutveksling med helseforetak?
 - I hvilken grad mottar kommunen tilstrekkelig og tidsriktig informasjon fra helseforetak om pasienters behov etter utskrivning?
 - I hvilken grad blir det meldt avvik knyttet til informasjonsutveksling mellom kommunen og helseforetak?
 - I hvilken grad blir eventuelle avvik knyttet til informasjonsutveksling mellom kommunen og helseforetak fulgt opp og rapportert tilbake om på en systematisk måte?
3. Hvilke **økonomiske konsekvenser** har samhandlingsreformen fått for Askøy kommune, og har kommunen hensiktsmessige system og rutiner for å sikre **realistisk budsjettering og god økonomistyring** av helse- og omsorgstjenester? Under dette:
- Hvilke økonomiske konsekvenser har samhandlingsreformen fått for Askøy kommune? Under dette:
 - Utgifter knyttet til sykehusopphold
 - Kostnader ved tilpasning av helse- og omsorgstilbudet
 - I hvilken grad har kommunen rutiner for å sikre realistisk budsjettering av helse- og omsorgstjenester, som tar hensyn til budsjettmessig usikkerhet og konsekvenser av samhandlingsreformen?
 - I hvilken grad er det etablert systemer for å sikre økonomisk rapportering på og oppdatering av økonomiske prognoser for helse- og omsorgstjenestene gjennom året?

1.3 Metode

1.3.1 Dokumentanalyse

Rettsregler har blitt gjennomgått og benyttet som revisjonskriterier. Videre har revisjonen samlet inn og gått gjennom dokumentasjon fra kommunen. Dette inkluderer blant annet virksomhetsplaner for virksomheter innen kommunalavdeling levekår, samarbeidsavtaler mellom kommunen og helseforetaket, rutiner for intern samhandling, statistikk for kommunale utgifter til overliggedøgn på sykehus for utskrivningsklare pasienter og for bruk av kommunale døgnplasser for øyeblikkelig hjelp.

1.3.2 Intervju

Revisjonen har gjennomført intervju med kommunalsjef levekår, fagsjefer innen helse og omsorg og individ og levekår, hovedtillitsvalgte, leder for vurderingsteam, ledere ved institusjon og i hjemmetjenesten, leder for rus og psykisk helse, samt utvalgte ansatte ved Kleppstø sykehjem. Videre har revisjonen innhentet skriftlig informasjon på e-post fra utvalgte fagansvarlige sykepleiere ved både Kleppstø sykehjem og i hjemmetjenesten, samt fra avdelingsleder i hjemmetjenesten. Totalt er det gjennomført intervju med 11 personer, og innhentet informasjon på e-post fra tre personer.

1.3.3 Verifiseringsprosesser

Oppsummering av intervju er sendt til de som er intervjuet for verifisering og det er informasjon fra de verifiserte intervjuferatene som er benyttet i rapporten.

Utkast til rapport har blitt sendt til rådmannen for verifisering og høring, og rådmannens høringsuttalelse er lagt ved den endelige rapporten.

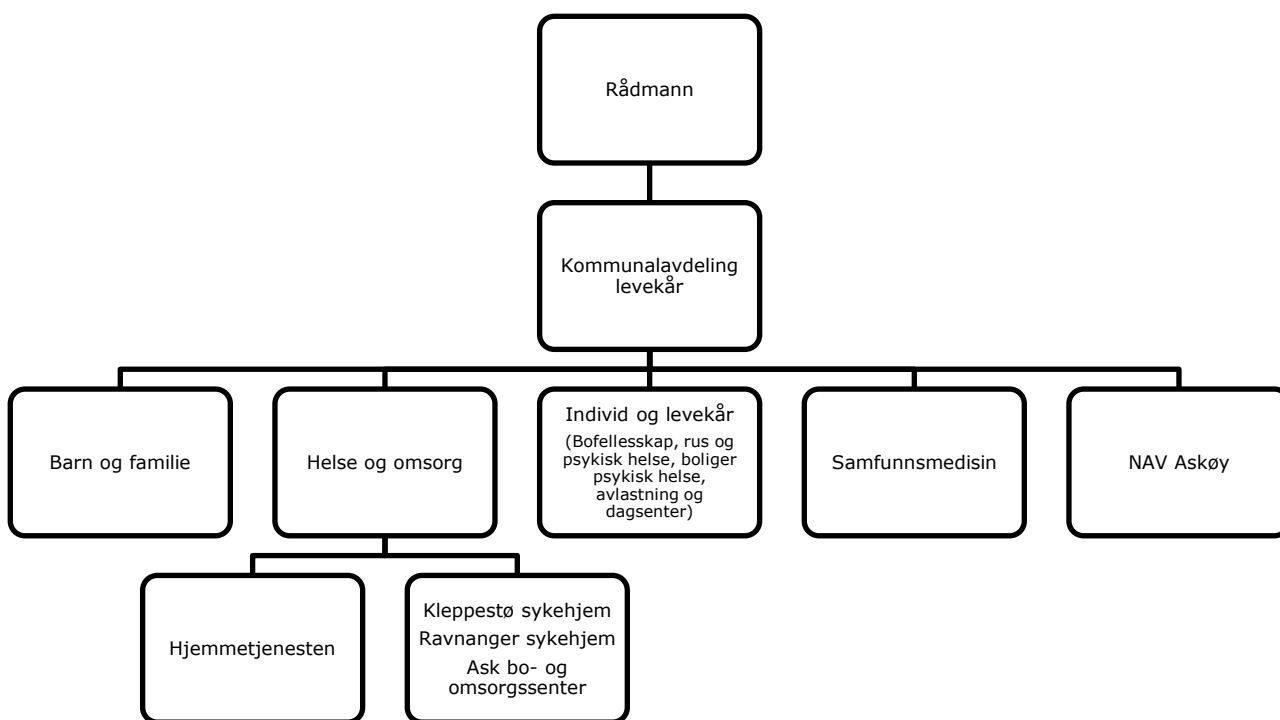
1.4 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er de krav og forventninger som forvaltningsrevisjonsobjektet skal bli vurdert opp mot. Kriteriene er utledet fra autoritative kilder i samsvar med kravene i gjeldende standard for forvaltningsrevisjon. I dette prosjektet er revisjonskriteriene i hovedsak hentet fra helse- og omsorgstjenesteloven, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten og kommuneloven. Kriteriene er nærmere presentert innledningsvis under hvert tema, og i vedlegg 2 til rapporten.

2. Om tjenesteområdet

Fagavdeling Helse og omsorg i Askøy kommune er plassert i kommunalavdeling levekår, sammen med fagavdelingene Individ og levekår, Barn og familie, Samfunnsmedisin og NAV Askøy. Fagavdeling Helse og omsorg er satt sammen av institusjonsavdelingene (sykehjem og bo- og omsorgssenter), hjemmetjenesten, frisklivssentral og en fysio- og ergoterapiavdeling. Figuren under viser den overordnede organiseringen av kommunalavdeling levekår.

Figur 1: Organisering av kommunalavdeling levekår i Askøy kommune (forenklet fremstilling) (Kilde: Askøy kommune)



Sykehjemstjenesten i Askøy har en samlet kapasitet på 160 institusjonsplasser. Disse er fordelt på henholdsvis 56 langtidsplasser for demens (ved Kleppestø og Ravnanger sykehjem), 64 langtidsplasser for somatisk (ved Kleppestø sykehjem og Ask bo- og omsorgssenter), og 40 korttidsplasser (ved Kleppestø sykehjem).

Hjemmetjenestene i Askøy kommune er delt inn i fire soner, nord, midtre, øst og sør. De geografiske grensene for hver sone ble gjennomgått og endret i september 2018, for å sikre en jevnere fordeling av pasienter og bemanning mellom de fire sonene. Per i dag består hjemmetjenesten av fire soner som er forholdsvis like hva angår antall pasienter per sone.

Askøy kommune opprettet i august 2018 et eget vurderingsteam plassert under fagavdeling helse og omsorg, bestående av en utøvende tverrfaglig gruppe og to saksbehandlere i samme team. Vurderingsteamet har ansvar for å vurdere og saksbehandle tildeling av praktisk bistand, helsetjenester i hjemmet og helsetjenester i institusjon.

3. Ivaretagelse av oppgaver som følge av samhandlingsreformen

3.1 Problemstilling

I dette kapitlet vil vi svare på følgende hovedproblemstilling med underproblemstillinger:

Er helse- og omsorgstjenestene i Askøy kommune organisert på en hensiktsmessig måte for å ivareta kommunens oppgaver som følger av samhandlingsreformen, og for å ivareta behovene til de ulike pasientgruppene? Under dette:

- a. I hvilken grad har kommunen tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å ta imot utskrivningsklare pasienter og følge disse opp enten på institusjon eller i hjemmet?
- b. Har kommunen gjennomført kartlegginger for å identifisere om det er pasientgrupper som ikke får tilfredsstillende oppfølging i etterkant av innføring av samhandlingsreformen?
- c. I hvilken grad gjennomfører kommunen risiko- og sårbarhetsanalyser for å avdekke hvor det eventuelt er risiko for svikt, feil eller mangler i tjenestene som er berørt av samhandlingsreformen?
- d. I hvilken grad betaler kommunen for overliggedøgn?
- e. Har kommunen etablert et tilbud med kommunale døgnplasser for øyeblikkelig hjelp, som fungerer som forutsatt?
- f. I hvilken grad har kommunen vurdert og satt i verk tilstrekkelig helsefremmende og forebyggende tiltak som forebygger og reduserer behovet for sykehusinnleggelser?
- g. I hvilken grad er det lagt til rette for samhandling mellom ulike helse- og omsorgstjenester internt i kommunen?
- h. I hvilken grad er de fysiske forholdene i helse- og omsorgstjenesten (utstyr og bygningsmasse) tilstrekkelig dimensjonert og tilpasset for at kommunen skal kunne tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester, for eksempel til pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester som ikke kan bo hjemme?

3.2 Revisjonskriterier

Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester

Kommunen skal ifølge helse- og omsorgstjenesteloven² § 3-1 sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Dette omfatter et ansvar for å tilby alt fra helsefremmende og forebyggende tjenester til plass på institusjon/ sykehjem, jf. § 3-2.

Videre går det frem av regelverket at helse- og omsorgstjenester som blir tilbudt eller ytt etter denne loven skal være forsvarlige.

Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen har som mål å bidra til at alle får rett behandling, til rett tid og på rett sted.³ I St. meld. 47 «Samhandlingsreformen» tas det utgangspunkt i tre sentrale utfordringer innenfor helse og omsorg:

1. Mangel på tilstrekkelig koordinerte tjenester
2. For liten innsats på å begrense og forebygge sykdom
3. Demografisk utvikling som kan true samfunnets økonomiske bæreevne («eldrebølge»)

Samhandlingsreformen innebærer økt innsats for det forebyggende helsearbeidet, som skal bidra til mindre press på etterspørselen etter spesialiserte helsetjenester. I tillegg er Samhandlingsreformen ment å bidra til at kommunene skal ha ansvar for mest mulig av pleie- og omsorgstilbudet til innbyggerne, slik at

² Helse- og omsorgsdepartementet, 2011. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven. LOV-2011-06-24-30.

³ Helse- og omsorgsdepartementet, St.meld. nr. 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid

spesialisthelsetjenesten utelukkende skal drive de spesialiserte tjenestene. Reformen har til hensikt å sikre bedre samhandling mellom sykehusene og kommunene om enkeltpasienter og pasientgrupper.

I forbindelse med samhandlingsreformen er intensjonen at kommunene skal opprette kommunale tilbud før, istedenfor og etter sykehusopphold. Det ligger spesielt insentiver knyttet til å redusere andelen «utskrivningsklare pasienter», behandling av medisinske pasienter ved somatiske sykehus, og øyeblikkelig hjelp-innleggelser.

Blant de mest sentrale virkemidlene i samhandlingsreformen er:⁴

- Kommunalt betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter
- Økt innsats på folkehelsearbeid og forebygging i helse- og omsorgstjenesten
- Lovpålagt samarbeidsavtale mellom kommuner og regionale helseforetak
- Kommunal plikt til å tilby døgnopphold til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp

Krav til systematisk styring av virksomheten

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten omtaler krav til systematisk styring av virksomheter som er pålagt internkontrollplikt etter helse- og omsorgstjenesteloven. Av § 1 går det frem at formålet med forskriften er å bidra til faglige forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, samt til at øvrige krav til helse- og omsorgslovgivningen etterleves. Av § 3 i samme forskrift går det frem at den som har det «overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette».

Av forskriftens § 6 bokstav d går det frem at virksomheten har plikt til å planlegge sine aktiviteter med hensyn til å «ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten».

Kompetanse og opplæring

I § 4-1 i helse- og omsorgstjenesteloven er krav til forsvarlighet i kommunens tjenesteutøvelse presisert. Her går det blant annet frem at kommunen er pliktig å tilrettelegge for at personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter (§ 4-1 bokstav c) og for at tilstrekkelig fagkompetanse er sikret i tjenestene (§ 4-1 bokstav d). Det går frem av § 8-1 i helse- og omsorgstjenesteloven at «[e]nhver kommune plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder videre- og etterutdanning.»

Se vedlegg 2 for utfyllende revisjonskriterier.

3.3 Kapasitet og kompetanse til å ta imot utskrivningsklare pasienter

3.3.1 Datagrunnlag

I intervjuer revisjonen har gjennomført, blir det gjennomgående pekt på at kommunen etter innføring av samhandlingsreformen har fått både økt mengde samt mer komplekse og faglig sett mer krevende oppgaver enn tidligere. Det blir videre pekt på at dette fører til økt press på institusjonsplasser, hjemmetjenestene og fysio-/ergoterapitjenestene. Kommunen har også fått enkelte nye brukergrupper innen alderspsykiatri og rus/psykiatri etter innføring og endringer i reformen.

Kommunalsjef for levekår peker på at kommunen i større grad enn tidligere må stå for palliativ/lindrende behandling av pasienter, og at kommunen har fått flere rehabiliteringsoppgaver enn før. Dette medfører at kommunens oppgavesett innenfor helse og omsorg har flyttet seg nærmere oppgavene som tidligere ble utført av spesialisthelsetjenesten, noe som stiller andre krav til kommunens kompetanse og kapasitet.

⁴ Kommuneproposisjonen 2012 – Prop. 115S, Tidligere var også kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten et sentralt virkemiddel.

Fagsjef for helse og omsorg peker på at kommunen etter innføring av samhandlingsreformen opplever at sykehuset skriver ut pasienter tidligere enn før, og at de pasientene som skrives ut fra sykehus etter innføringen av reformen i større grad enn tidligere har behov for *restbehandling* etter utskrivning – de har mer sammensatte og mer komplekse helseutfordringer. Dette har gjort at kommunen har måttet ruste opp både institusjons-, hjemmetjenestene og fysio-/ergoterapitilbudet med økt kompetanse for å kunne håndtere de behovene pasientene har.

Ledere både ved sykehjem og i hjemmetjenesten understreker at den største og mest signifikante nye arbeidsoppgaven kommunen har fått etter innføring av samhandlingsreformen, er at man mottar utskrivningsklare pasienter fra sykehus på et tidligere stadium enn før, og at pasientgruppen som skal ha et tilbud i kommunen i dag samlet sett er mer kompleks og sykere enn det den var før innføring av reformen. Fra en av avdelingslederne i hjemmetjenesten blir det pekt på at det etter innføring av samhandlingsreformen er et større press på kommunen om å føre pasienter som egentlig ikke har forutsetninger for å overføres til hjemmet tilbake til egen bolig. Dette gir i en del tilfeller et økt press på hjemmetjenestene, ettersom både kapasitet og kompetansebehov blir mer utfordret.

Kapasitet

Revisjonen har fått tilsendt oversikt over kommunens tilbud av institusjonsplasser, fordelt på korttidsplasser og langtidsplasser. Oversikten er gjengitt i tabellen under.

Tabell 1: Oversikt over Askøy kommunes tilbud av pleie- og omsorgsplasser fordelt på korttidsplasser og langtidsplasser per 5. november 2018 (Kilde: Askøy kommune)

	Langtidsplass (demens)	Langtidsplass (somatisk)	Korttidsplass	Totalt
Ask bo- og omsorgssenter	0	47	0	47
Kleppestø sykehjem	36	17	40	93
Ravnanger sykehjem	20	0	0	20
Samlet for Askøy kommune	56	64	40	160

I intervju opplyser kommunalsjef for levekår at Askøy kommune har vært preget av en tradisjonell struktur med tung sykehjemsatsning og mindre satsning på hjemmetjenester. Sammenlignet med andre kommuner har Askøy kommune flere institusjonsplasser, herunder god korttidsplass-dekning. Tidligere har kommunen hatt et belegg på 100 prosent i institusjon, men både gjennom 2018 og på revisjonstidspunktet er det ledig kapasitet på korttidsplass. Kommunalsjef peker videre på at kommunen per i dag har en god fordeling av institusjonsplasser med en hensiktsmessig balanse mellom korttids- og langtidsplasser. Dette blir synlig blant annet ved at betalingsdøgn i spesialisthelsetjenesten går ned som følge av at kommunen i hovedsak har kapasitet til å ta imot de pasientene som skrives ut fra sykehuset. Kommunen jobber i tillegg aktivt med å effektivisere hjemmetjenesten, slik at de i større grad skal kunne ta imot flere pasienter som skrives ut fra både sykehus og kommunal institusjon.

Både fagsjef helse og omsorg, leder for vurderingsteam og institusjonsleder og fagansvarlige i institusjon viser til at kommunen per i dag har et institusjonsplasstilbud som er godt tilpasset de behovene som finnes i pasientgruppen. Det blir også pekt på at kommunen har kort venteliste for langtidsplass. På revisjonstidspunktet står seks personer som har tilbud om korttidsplass på venteliste for langtidsplass, mens tre personer er i egen bolig i påvente av langtidsplass.

Fagsjef for helse og omsorg opplyser at fordelingen mellom langtids- og korttidsplasser i kommunen har endret seg etter innføring av samhandlingsreformen. For å kunne å kunne tilfredsstille behovene i en pasientgruppe med endret sammensetning, var det nødvendig å omgjøre en del langtidsplasser på sykehjem til mer behandlingsrettede korttidstilbud. Antall korttidsplasser har over de siste årene økt til 34 plasser. Fagsjef peker også på at det i forbindelse med omstilling når det gjelder hvilke typer institusjonsplasser som tilbys, har vært nødvendig å se på pasientflyten mellom spesialisthelsetjenesten

og kommunen. Opprettelsen av et nytt vurderingsteam i 2018 har gjort at kommunen i større grad klarer å gjøre gode vurderinger av hvilket pleie-/omsorgsbehov pasientene faktisk har, og bare tilbyr institusjonsplass til de pasientene som har absolutt behov for dette, og ikke til pasienter som for eksempel vil kunne klare seg i egen bolig med tjenester fra hjemmesykepleien. Bedre pasientflyt har ifølge fagsjef for helse og omsorg bidratt til at kommunen for første gang på lenge går med ledig kapasitet på korttidsplasser.

Når det gjelder kapasiteten til hjemmetjenesten, opplyser avdelingsledere at kapasiteten til å ta imot pasienter som skrives ut fra sykehus eller kommunal institusjon for videre oppfølging i egen bolig varierer naturlig med behovene i pasientgruppen, men at man stort sett klarer å håndtere det kapasitetsbehovet som finnes. For å stå best mulig rustet til å håndtere omfanget av pasienter, har hjemmetjenesten gjort flere grep det siste året knyttet til organisering av tjenesten og bemanningen i denne. Som det går frem av kapittel 2, ble det høsten 2018 foretatt en omstrukturering av den geografiske inndelingen av de ulike avdelingene i hjemmetjenesten. Frem til september 2018 slet avdeling sør med utfordringer knyttet til manglende kapasitet til å håndtere alle sine pasienter. I september 2018 ble det imidlertid foretatt en endring i soneinndelingen, der en del av avdeling sør ble overført til avdeling midtre. Dette har medført at de ulike avdelingene er mer like med hensyn til størrelse/antall pasienter, noe som igjen har redusert presset på kapasiteten i avdeling sør. Videre blir det opplyst at de ulike avdelingene forsøker å samarbeide tettere enn tidligere med tanke på håndtering av bemannings- og kapasitetsutfordringer. Der det er mulig forsøker avdelingslederne å avhjelpe hverandre med å være fleksible med bemanningen (for eksempel gjennom at en sykepleier fra avdeling sør tar noen vakter i avdeling øst dersom det er behov for dette og det ikke går utover tilbudet i avdeling sør). Dette oppleves å fungere godt, og bidrar til å løse en del praktiske utfordringer knyttet til bemanning i bestemte situasjoner. For å bedre klare å håndtere utskrivninger av pasienter til hjemmetjenesten som kommer fredag ettermiddag, har hjemmetjenesten også gjort endringer i turnus/bemanningsplan, og økt bemanningen fredag kveld.

KPMG gjennomførte i 2016 et oppdrag for Askøy kommune knyttet til å identifisere muligheter for å redusere vedtaksnivå i tråd med mål og strategi innen omstillingsprogrammet «Snu omsorgstrappen». To av problemstillingene i oppdraget var å undersøke om tjenesteporteføljen var optimalt sammensatt for å dekke behovet av tjenester, og om driften av tjenestene er effektiv mht. å dekke identifiserte behov.⁵ I sluttrapporten fra KPMG blir det vist til at liggetid på institusjon burde målsettes til i snitt å komme ned fra 2,6 år (daværende tall) til 1,5 år gjennom å satse mer systematisk på hverdagsrehabilitering og funksjonssikring samt i sterkere grad etablere en praksis hvor brukere med store omsorgsbehov gis hjelpen hjemme så lenge det er forsvarlig.

I KPMGs rapport blir det også vist til at det er lav produktivitet i praktisk bistand (vurdert med utgangspunkt i en analyse av ansiktstid), samt lav produktivitet i arbeidslistene i hjemmesykepleien og lav ansiktstid i denne tjenesten. Det blir i sluttrapporten anbefalt å redusere med en hjemmesykepleieavdeling for å optimalisere driftsmodellen. Videre blir det vist til at hjemmesykepleien utfører en del oppgaver som det ikke er tjenlig for hjemmesykepleien å utføre.

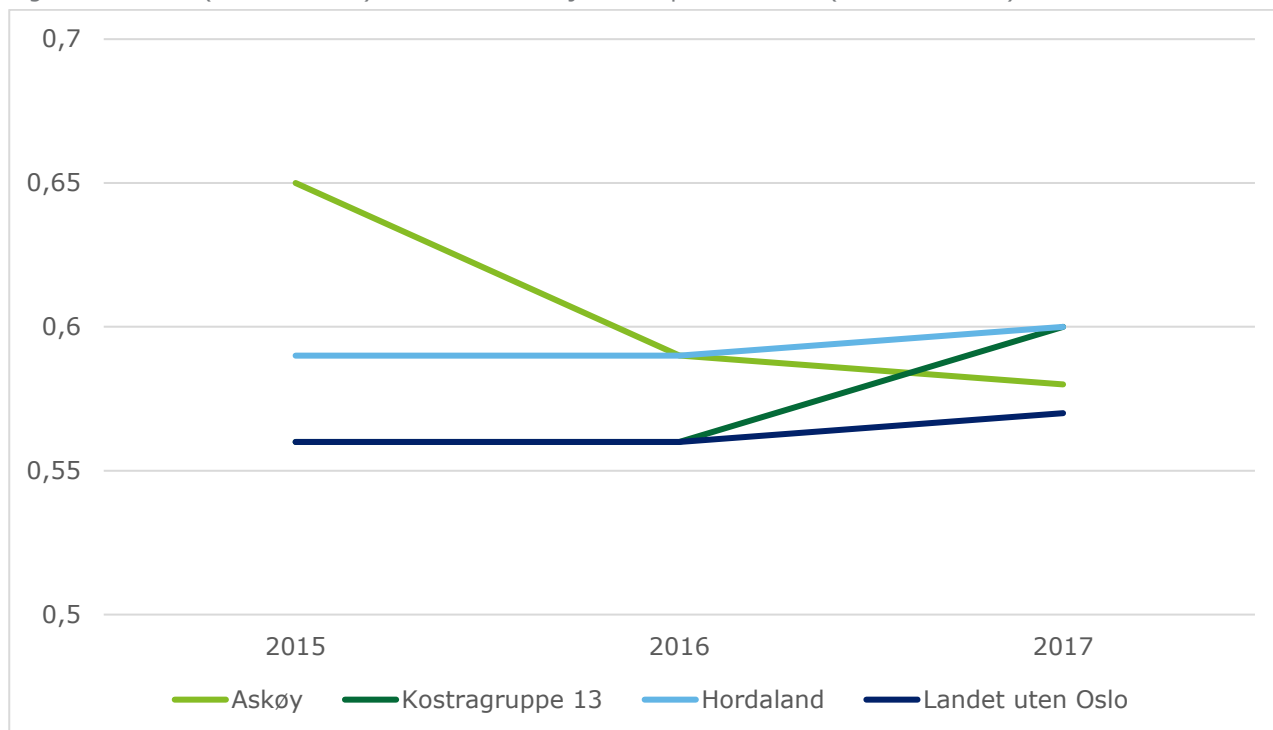
Kommunalsjef for levekår opplyser at det har blitt jobbet aktivt i kommunalavdelingen med å følge opp anbefalinger i rapport fra KPMG knyttet til å redusere liggetid på sykehjem og bygge opp kapasitet/kompetanse til mer behandling i hjemmet. Blant annet er det jobbet med et stort prosjekt i hjemmetjenesten som har som formål å redusere tidstyver. Kommunen har også omorganisert deler av hjemmetjenesten, samt lagt ned forvaltningsenheten og erstattet dette med vurderingsteam som jobber på en annen måte og som i større grad er i dialog med brukerne. Vurderingsteamet har en endret tildelingspraksis sammenliknet med tidligere, og ser i større grad på hva brukerne kan mestre gjennom hverdagsrehabilitering, og identifiserer tiltak og tjenester som er mer tilpasset brukernes ønsker kombinert med faglige kriterier for nødvendig helsehjelp. Erfaringsmessig fører det til at det blir ytt andre typer tjenester enn det som ble opprinnelig søkt om, og i mange tilfeller færre tjenester. Når det gjelder liggetid på institusjonen, har denne gått ned fra et gjennomsnitt på cirka 3,11 år (januar 2016) til et gjennomsnitt på 2,2 år (desember 2018).

Av tall fra KOSTRA går det frem at forholdet mellom årsverk i brukerrettede tjenester og tjenestemottakere er lavere i Askøy enn gjennomsnittet i både fylket og kommunegruppen, men høyere enn gjennomsnittet

⁵ KPMG: Sluttrapport 1. november 2016.

for landet (uten Oslo). Antall årsverk per mottaker i Askøy kommune har gått ned i perioden 2015-2017, fra 0,65 årsverk per mottaker til 0,58 årsverk per mottaker.

Figur 2: Årsverk (ekskl. fravær) i brukerrettede tjenester per mottaker (Kilde: KOSTRA)



I intervju opplyser institusjonsleder ved Kleppstø sykehjem at man ved sykehjemmet i hovedsak opplever å ha tilstrekkelig kapasitet til å sikre en forsvarlig oppfølging og behandling av alle pasienter. Sykehjemmet har god sykepleierdekning og en hovedandel ansatte i høye stillingsprosent (med noe ønsket deltid), og greier for det meste å planlegge en forsvarlig bemanning, også på kveld og helg. Det forekommer likevel at den faktiske bemanningssituasjonen avviker fra den planlagte bemanningssituasjonen, og det blir benyttet vikarbyrå i en del tilfeller. Dette er særlig knyttet til å håndtere en del enkeltvakter på natt. I de tilfellene der sykehjemmet benytter seg av vikarer, får vikarene opplæring i forkant i relevante rutiner og prosedyrer. Sykehjemmet tilstreber å sikre seg tilgang til de samme vikarene over tid, slik at disse kan få opparbeidet seg kjennskap til sykehjemmet og pasientgruppen. Dette bidrar til en viss kontinuitet og kvalitet i bemanningen, på tross av at man må bruke vikarer.

Hovedtillitsvalgte opplyser i intervju at kommunen i løpet av de siste årene har gått over til årstidsplanlegging innenfor helse og omsorg, og at dette har fungert godt med tanke på å sikre en god nok bemanning av tjenestene gjennom året. Tidligere ble det i mindre grad tatt hensyn til varierende belastning på tjenestene gjennom ulike perioder av året når man vurderte og planla bemanningen. På tross av den nye tilnærmingen til bemanningsplanlegging, peker de hovedtillitsvalgte likevel på at tjenestene er sårbare ved fravær, og det kan være krevende å få inn god fagkompetanse (sykepleiere og hjelpepleiere). Samtidig har grunnbemanningen innenfor helse og omsorg økt i løpet av de siste årene, og de hovedtillitsvalgte gir uttrykk for at bemanningen i hovedsak opplever å være tilstrekkelig.

Kompetanse

Revisjonen får opplyst i intervju at Askøy kommune som følge av endringer i pasientgrunnlaget etter innføring av samhandlingsreformen og med nye oppgaver til kommunen, har måttet styrke kompetansen både i hjemme- og institusjonstjenestene. Det ble rett i etterkant av innføring av reformen etablert prosjekt for å utvikle kompetansen innen kreftspesialisering, styrking av hjemmetjenestene og tilbud til ansatte om videreutdanning innen lindrende behandling/palliasjon. Målet med dette prosjektet var å kunne ta imot sykere pasienter enn tidligere, og håndtere disse på en tilfredsstillende måte.

Videre blir det pekt på at kommunen har arbeidet systematisk med opplæringsplaner og videreutdanning for å sikre god nok kompetanse på de oppgaver som har kommet til etter innføring av reformen. I intervju opplyser kommunalsjef at kommunen har foretatt en overordnet gjennomgang av de ulike tjenestene

innenfor helse og omsorg, for å identifisere hvor i fagavdelingen det er behov for økt kompetanse. I forbindelse med dette er det avdekket at kommunen har særlig behov for bedre kompetanse innen alderspsykiatri og kreftbehandling/lindrende behandling, i tillegg til fortløpende opplæring og kursing i nye metoder og prosedyrer det er nødvendig å kjenne til ut fra behovet i den pasientgruppen man har.

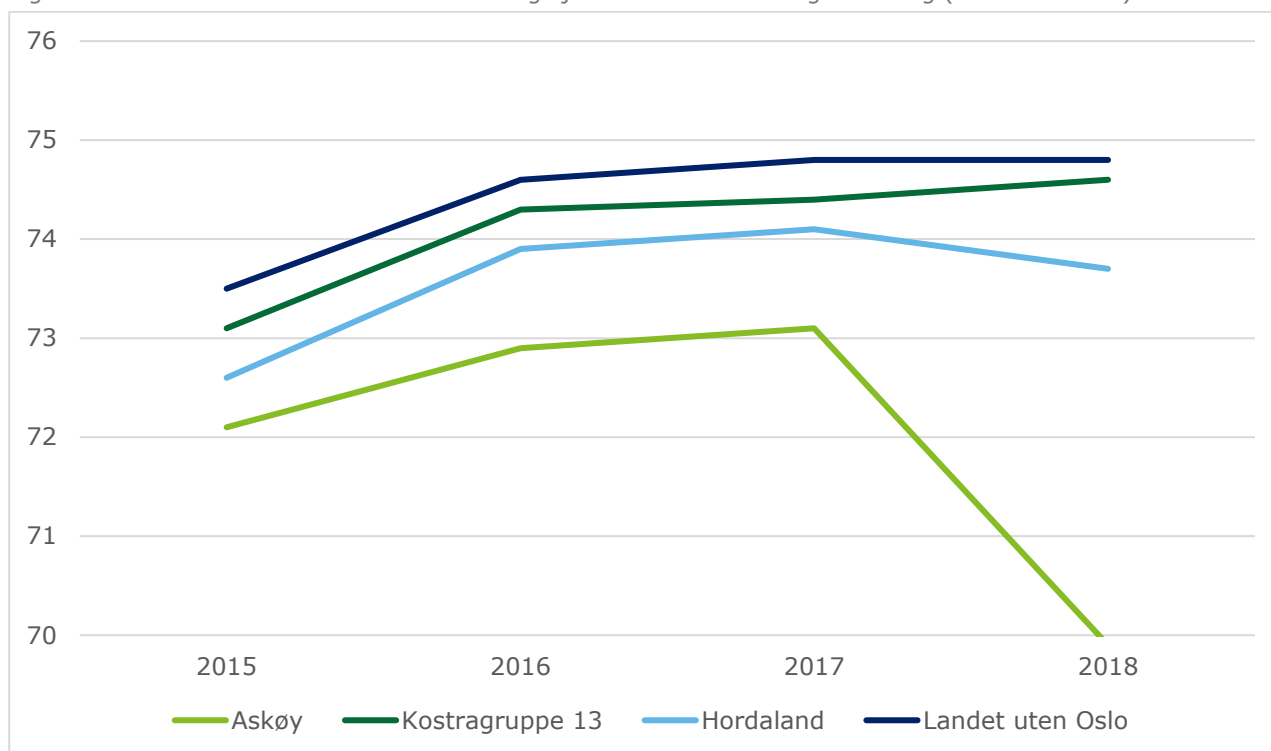
Fagsjef for helse og omsorg opplyser at behovet for kompetanseheving innen helse- og omsorgstjenestene etter innføring av samhandlingsreformen har vært stort, og at kommunen har arbeidet aktivt med å øke det generelle kompetansenivået blant de ansatte. Dette fordi tjenestene etter innføring av reformen krever høyere kompetanse og mer faglært personell. For å sikre oversikt over hvilken kompetanse det er behov for å styrke i fagavdelingen, har avdelingslederne ansvar for jevnlig å gjennomgå sine områder, vurdere hvilken kompetanse det er behov for å styrke/videreutvikle og rapportere dette behovet videre til fagsjef. Det utarbeides ikke kompetanse- og opplæringsplaner for den enkelte ansatte, men kompetanseutvikling vurderes på enhets-/tjenestenivå ut fra samlede behov. Det er imidlertid ikke utarbeidet skriftlige analyser eller oversikter som viser det samlede kompetansebehovet, samt eventuelle tiltak for å dekke de behov som er identifisert.

Samlet sett opplyser de intervjuede innenfor helse og omsorg (fagsjef, institusjons- og avdelingsledere, fagansvarlige sykepleiere) at de i hovedsak opplever at kommunen har tilstrekkelig god kompetanse både i institusjon og hjemmetjenesten til å håndtere de behovene som finnes i pasientgruppen. Det blir også vist til at kommunen får god oppfølging fra sykehus, og at det er etablert velfungerende opplærings- og hospiteringsordninger både ved Sunniva-senteret og på Haukeland der ansatte i Askøy kommune får den opplæringen de har behov for knyttet til nye prosedyrer og pasientsituasjoner de ikke allerede har kompetanse til å håndtere. Samtidig blir det pekt på at det er viktig at kommunen prioriterer å videreutvikle kompetansen innenfor de områdene der det har blitt identifisert behov for dette.

Når det gjelder sykepleierdekning, blir det opplyst i intervju at den i de fleste situasjoner oppleves å være god. Samtidig kommer det frem at man i en del tilfeller ikke har tilstrekkelig tilgang på sykepleierkompetanse til å dekke behovet på alle skift. Det blir blant annet opplyst at man i hjemmetjenesten på kveld og helg ofte kun går én sykepleier på vakt sammen med helsefagarbeidere. Dette gjør at sykepleier gjerne må rådføre seg med sykepleiere fra andre vaktlag dersom en er usikker på bestemte vurderinger eller dersom det er prosedyrer som skal gjennomføres som krever at en er to sykepleiere. Videre blir det i intervju etterlyst spesifikk fagkompetanse i kommunen knyttet til lungesykdommer, ALS, rus/psykisk helse og håndtering av utagering/utfordrende adferd. Leder for vurderingsteam viser som eksempel til at enkeltpasienter med visse alvorlige diagnoser legger et stort beslag på fagutdannet personell, noe som «sluker» tjenestene og oppfølgingen av andre pasienter. Egne ansatte med overordnet ansvar for å følge opp, debriefe og støtte personalet i forbindelse med oppfølging av enkeltpasienter med alvorlige diagnoser ville kunne vært et nyttig tilskudd med tanke på å avlaste sykepleierne, og sikre en mer jevnfordelt distribuering av fagpersonell og –kompetanse i pasientgruppen samlet sett.

Tall fra KOSTRA viser at andelen brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten med helsefagutdanning i Askøy kommune er lavere enn både landsgjennomsnittet, gjennomsnittet i fylket og gjennomsnittet i kommunegruppen. Andelen brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten med helsefagutdanning i Askøy kommune økte i perioden 2015-2017 fra 72,1 til 73,1 prosent. De siste tallene fra KOSTRA viser imidlertid at andelen i 2018 har gått ned til 69,9 prosent.

Figur 3: Andel brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten med helsefagutdanning (Kilde: KOSTRA)



Når det gjelder kompetanse innenfor fagavdeling for individ og levekår, herunder innenfor rus og psykisk helse, blir det opplyst i intervju at de aller fleste ansatte har høyere utdanning. Sammenlignet med tidligere må avdelingen håndtere vesentlig sykere pasienter, noe som gjør at det er viktig at FACT-teamet har kompetanse til å håndtere disse brukerne på en forsvarlig og hensiktsmessig måte. I hovedsak opplever avdelingen at det er tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å kunne håndtere brukergruppene innen begge tjenestene i fagfeltet. Det har også blitt ansatt ergoterapeuter knyttet til arbeid med rus og psykisk helse, noe som er nyttig for å få inn en flerfaglighet og for å kunne håndtere større utfordringer hos pasienter som kommer fra spesialisthelsetjenesten.

Fagsjef for individ og levekår peker på at når det gjelder kompetanse, er det en utfordring for FACT-teamet⁶ at Øyane DPS ikke klarer å stille med psykiater til teamet. Denne saken er løftet opp på rådmannsnivå, og rådmann og kommunalsjef skal sende henstilling til direktør i HF-et om å frigjøre ressurs til teamet. Formålet med FACT er å redusere antall liggedøgn på DPS-et, og psykiater og lege skal på hjemmebesøk til pasientene. Det er viktig at psykiateren er tilstede i klinikken for å følge opp, og det blir påpekt at det er alvorlig at dette ikke er kommet på plass. DPS-et har gitt tilbakemelding om at de er underbemannet og ikke får frigjort ressurs til kommunen. Som en midlertidig løsning er det inne en psykologspesialist som veileder teamet sammen med lege, men psykologen har ikke den nødvendige tilstedeværelsen i klinikken.

3.3.2 Vurdering

Askøy kommune har de siste årene hatt utfordringer med å sikre tilstrekkelig kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehus og følge disse opp, både i institusjon og i hjemmet. I 2018 har kommunen imidlertid tatt grep for å sikre blant annet bedre pasientflyt, mer hensiktsmessig fordeling av institusjonsplasser og jevnere fordeling av pasientantall mellom sonene i hjemmetjenesten. Etter revisjonens vurdering har kommunen den senere tid gjort hensiktsmessige grep for å sikre at ulike deler av tjenestene har tilstrekkelig kapasitet til å håndtere sine oppgaver.

⁶ FACT (Flexible Assertive Community Treatment) er en modell bygget på fleksibel aktiv oppsøkende behandling for mennesker med alvorlige psykiske lidelser, med fokus på å gi oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester til disse brukerne.

Samtidig viser undersøkelsen at det, på tross av at antall pasienter på venteliste og antall overliggedøgn på sykehus for utskrivningsklare pasienter som kommunen må betale for har gått ned i løpet av 2018, fremdeles er venteliste på langtids plass ved sykehjem og at kommunen har en viss kostnad knyttet til overliggedøgn på sykehus (se overskrift 3.6.1). Det er derfor revisjonens vurdering at det er viktig at Askøy kommune fortsetter arbeidet med å sikre tilstrekkelig kapasitet innenfor ulike deler av helse og omsorg, slik at kommunen kan oppfylle sine forpliktelser knyttet til mottak av pasienter fra spesialisthelsetjenesten, i samsvar med intensjonen med samhandlingsreformen.

Når det gjelder kompetanse til å ta imot og følge opp utskrivningsklare pasienter fra sykehus, mener revisjonen at det er grunn til å stille spørsmål ved om kommunen har tilstrekkelig tilgang på fagkompetanse i alle deler av tjenestene, i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 bokstav d. Undersøkelsen viser at sykepleierdekning i kommunen ikke blir opplevd å være god nok, og videre at antall brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten med helsefagutdanning ligger under snittet både i kommunegruppen, fylket og landet for øvrig. Antall brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten med helsefagutdanning har hatt en negativ utvikling fra 2017 til 2018. Revisjonen vil presisere at eventuell mangelfull fagdekning i relevante deler av tjenesten kan medføre risiko for at de helse- og omsorgstjenestene Askøy kommune tilbyr til pasientene ikke alltid er forsvarlige, jf. krav i helse- og omsorgstjenesteloven.

Når det gjelder kartlegging av kompetanse og behov for utvikling av kompetanse, mener revisjonen at analyser og oversikter over kompetansebehov i tjenestene, samt hvordan kommunen vil arbeide for å dekke identifiserte behov, bør skriftliggjøres. Dette er viktig for å sikre et systematisk og målrettet arbeid med å sikre tilstrekkelig kompetanse, og for å sikre at disse prosessene i minst mulig grad er personavhengige.

3.4 Identifisering av eventuelle pasientgrupper som ikke får tilfredsstillende oppfølging

3.4.1 Datagrunnlag

Revisjonen får opplyst i intervju at det ikke er gjennomført systematiske kartlegginger i kommunalavdeling levekår for å identifisere om det er pasientgrupper som ikke får tilfredsstillende oppfølging i etterkant av innføring av samhandlingsreformen. Det blir heller ikke gjennomført helhetlige systematiske kartlegginger innenfor den enkelte tjeneste for å identifisere om det finnes grupper av pasienter som ikke får et tilfredsstillende tjenestetilbud.

Fagsjefene for henholdsvis helse og omsorg og individ og levekår opplyser at de kartlegginger og analyser som gjøres av om pasientoppfølgingen i kommunen er tilfredsstillende, gjennomføres som enkeltstående gjennomganger av spesifikke tilbud/tjenester. Eksempelvis har helse og omsorg gjennomført en risikovurdering av tilbudet til alderspsykiatriske pasienter for å se på hvordan disse tjenestene bør innrettes med tanke på å gi disse pasientene tilfredsstillende oppfølging. Videre blir det opplyst at kommunen gjør løpende vurderinger av tjenestekvaliteten og om det finnes pasientgrupper med behov for annen oppfølging enn det som eksisterer i Askøy i forbindelse med utforming av neste års budsjett, samt ad hoc når det oppstår utfordringer knyttet til tjenester.

I forbindelse med forvaltningsrevisjonen kommer det frem i intervju at både fagansvarlige og hovedtillitsvalgte oppfatter at det finnes pasientgrupper innenfor kommunalavdeling levekår som ikke får en tilfredsstillende oppfølging. Det blir vist til at pasienter med behov for logopedtjenester ikke alltid blir fulgt opp på en god nok måte, grunnet manglende kapasitet i logopedtjenesten og en krevende henvisningsprosess. Videre blir det pekt på at kommunen ikke har gode nok tjenester for unge som har behov for sykehjems plass, for eksempel unge personer som har fått slag. Det blir også vist til at kommunen mangler lokaler som er godt nok tilpasset pasientbehandling innen demens, alderspsykiatri og rus. Dette er nærmere omtalt under overskrift 3.10.

3.4.2 Vurdering

Revisjonen mener det er en svakhet ved internkontrollen innenfor helse- og omsorgstjenestene i Askøy kommune, at det ikke gjennomføres systematiske kartlegginger og/eller analyser av om det er pasientgrupper som ikke får tilfredsstillende oppfølging. Revisjonen vil peke på at systematiske kartlegginger er viktig for å frembringe kunnskap om hvor i organisasjonen, og overfor hvilke pasientgrupper, det eventuelt er behov for å sette inn tiltak for å sikre tilfredsstillende tjenester. Slike analyser er særlig viktig når det skjer endringer som påvirker organisering og gjennomføring av

arbeidsoppgaver, slik som for eksempel samhandlingsreformen, for å avdekke om nye behov knyttet til bestemte pasienter eller grupper av pasienter krever endring i tjenesteutførelsen, kompetanse mv.

Revisjonen vil peke på at systematisk arbeid med kartlegging av om det finnes grupper av pasienter som ikke mottar et tilfredsstillende tjenestetilbud, bør inngå som en del av de risikoanalyser som blir gjennomført innenfor helse- og omsorgstjenestene. Risikoanalyser er en sentral del av et helhetlig internkontrollsystem, og systematisk arbeid med dette vil kunne bidra til å sikre at administrasjonen drives i samsvar med lover og regler og er gjenstand for betryggende kontroll, jf. kommuneloven § 23 nr. 2 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6 bokstav d, der det går frem at virksomheten har plikt å ha oversikt blant annet over områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten.

3.5 Risiko- og sårbarhetsanalyser

3.5.1 Datagrunnlag

I forbindelse med dokumentoversendelse får revisjonen opplyst at kommunen har utarbeidet en felles metodikk til bruk innenfor de ulike tjenestene i forbindelse med utarbeidelse av virksomhetsplaner hvert år. I den felles metodikken ligger det at hver tjeneste skal gå gjennom mål (hva de ønsker å oppnå), status (dagens situasjon og utfordringer i tjenesten), tiltak (hvilke endringer som må gjøres i tjenesten for å nå de målene man har satt og som vil føre til forbedring av tjenesten) og målinger (hvordan man skal gå frem for å måle om de tiltak/endringer som iverksettes fører til faktisk forbedring). Gjennomgang av mål, status og tiltak som grunnlag for forbedringsarbeid blir gjort i egne møter/workshops både i ledergruppen for helse og omsorg og i den enkelte avdeling, og danner grunnlaget for de virksomhetsplaner som blir utarbeidet i tjenestene. Revisjonens gjennomgang viser at metodikken som er etablert har blitt benyttet i forbindelse med utarbeidelse av virksomhetsplaner for alle de sentrale tjenestene som har blitt særlig påvirket av innføring av samhandlingsreformen. I virksomhetsplanene er det gjennomgått både målsetninger for tjenesten, dagens situasjon og utfordringer, herunder hvilke risikoer som eksisterer og hva konsekvensen av disse risikoene vil kunne være for virksomheten, samt hvilke tiltak som skal settes i verk for å nå mål og redusere identifisert risiko.

I intervju med ledere i både institusjons- og hjemmetjenestene kommer det videre frem at det også arbeides kontinuerlig gjennom året med å identifisere og håndtere risiko knyttet til svikt, feil eller mangler i tjenestetilbudet til pasienter i kommunen. Lederne opplyser at de fortløpende arbeider med å ta stilling til og vurdere hvorvidt de tjenestene de tilbyr holder tilstrekkelig kvalitet og om pasienter og ansatte blir ivaretatt på en forsvarlig og god måte. Eksempelvis har det blitt gjennomført egne risikoanalyser i forbindelse med utvidelse av kommunens tilbud om døgnplasser for øyeblikkelig hjelp (se overskrift 3.7), knyttet til hvordan tilbudet skulle organiseres for å gi tilstrekkelig sikkerhet og trygghet for pasienter og for ansatte (HMS, vold/trusler). I hjemmetjenesten har det blitt gjennomført risikoanalyser i forbindelse med utarbeidelse av bemanningsplaner, for å sikre tilstrekkelig oversikt over eventuell risiko knyttet til bemanning av vakter og oppsett av planer for bemanning som tok hensyn til avdekt risiko. Videre er det etablert praksis i helse- og omsorgstjenestene for å gjennomføre risikoanalyser opp mot enkeltpasienter, for å sikre at disse pasientene mottar et så godt og tilpasset behandlingstilbud som mulig. I forbindelse med disse vurderingene blir det benyttet egne risikomatriser, og risikoanalysene blir dokumentert skriftlig. Pasientspesifikke risikoanalyser gjøres særlig opp mot pasienter med omfattende somatiske behov, herunder kompliserte prosedyrer og behandlinger, og opp mot pasienter med ressurskrevende adferd knyttet til demens og/eller alderspsykiatriske utfordringer.

3.5.2 Vurdering

Etter revisjonens vurdering har Askøy kommune etablert et hensiktsmessig system for gjennomføring av årlige risiko- og sårbarhetsanalyser knyttet til å avdekke hvorvidt det i helse- og omsorgstjenestene foreligger risiko for svikt, feil eller mangler. Metodikken som er etablert for gjennomføring av risiko- og sårbarhetsanalyser fremstår som egnet for å avdekke om det finnes bestemte områder, rutiner eller arbeidspraksis i tjenestene som ikke fungerer i samsvar med intensjonen, og om det er prosesser i tjenestene der det foreligger risiko for at det oppstår feil eller mangler. Revisjonen mener også det er positivt at ledere i institusjons- og hjemmetjenestene arbeider med å identifisere og håndtere risiko innenfor sine tjenester fortløpende, herunder risiko knyttet til behandlingstilbudet til hver enkelt pasient.

Revisjonen vil samtidig peke på at Askøy kommune fordel kan gjennomføre mer systematiserte kartlegginger av om det i kommunen finnes *pasientgrupper* som ikke får tilfredsstillende oppfølging i etterkant av innføring av samhandlingsreformen (se kapittel 3.4.2). Dette vil etter revisjonens vurdering bidra til å fange opp ev. risiko knyttet til behandlingsbehov og –tilbud som ikke nødvendigvis blir identifisert gjennom de risikoanalyser som gjennomføres av virksomhetenes målsetninger og overordnede prosesser eller av den enkelte pasients behandlingstilbud.

3.6 Kommunale utgifter til overliggedøgn

3.6.1 Datagrunnlag

Tall fra Askøy kommune viser at kommunen i 2016 betalte for 218 overliggedøgn på sykehus, til en årlig kostnad på kr. 982 000. I 2017 økte antallet overliggedøgn kommunen betalte for til 380, og den årlige kostnaden til kr. 1 756 360. Tallene for 2018 viser at antallet overliggedøgn kommunen hadde betalt for lå vesentlig lavere enn for de to foregående årene. I 2018 betalte Askøy kommune for 87 overliggedøgn på sykehus, til en kostnad på kr. 412 989. Oversikt over utgifter til overliggedøgn på sykehus i Askøy kommune for perioden 2016-2018 går frem av tabellen under.

Tabell 2: Utgifter til overliggedøgn på sykehus i Askøy kommune 2016-2018 (Kilde: Askøy kommune)

	Antall betalingsdøgn	Kostnad per døgn	Årlig kostnad
2016	218	4505,-	982 090,-
2017	380	4622,-	1 756 360,-
2018	87	4747,-	412 989,-

I intervju peker kommunalsjef for levekår på at kommunen hadde utfordringer i 2017 knyttet til å ta imot utskrivningsklare pasienter, og at kostnadene til overliggedøgn derfor ble høye. I 2018 har imidlertid antall liggedøgn gått ned, og det blir vist til at det har blitt arbeidet aktivt med dette i kommunen. Fokus på bedre pasientflyt, mer hensiktsmessig fordeling mellom korttids- og langtids plasser, samt flyt av pasienter mellom de ulike typene institusjons plass har vært viktig med tanke på å sikre at kommunen klarer å ta imot utskrivningsklare pasienter og for å redusere antallet overliggedøgn på sykehus som kommunen må betale for.

Fagsjef for helse og omsorg peker i intervju på at innføringen av det nye vurderingsteamet i kommunen også har vært en viktig bidragsyter til å fjerne venteliste og redusere antall overliggedøgn på sykehus, og at vurderingsarbeidet som utføres i kommunen per i dag har medført at planlegging av tilbud, tjenester og plassering av den enkelte pasient har blitt bedre, og at pasientflyten (inkl. utskrivning til hjemmet, kortere liggetid mm.) har utviklet seg positivt.

3.6.2 Vurdering

Undersøkelsen viser at antall overliggedøgn for utskrivningsklare pasienter som kommunen betaler for har gått betraktelig ned i 2018, og at Askøy kommunens utgifter til overliggedøgn har blitt redusert til cirka 1/4-del av de samlede utgiftene i 2017. Dette er etter revisjonens vurdering positivt, og viser at kommunen gjennom de tiltak som er gjennomført har klart å øke fleksibiliteten til å ta imot de pasienter som skrives ut fra spesialisthelsetjenesten og som har behov for et tilbud fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Samtidig er det, som påpekt i kapittel 3.3.2, viktig at Askøy kommune fortsetter arbeidet med å bedre kapasiteten innenfor helse og omsorg, slik at kommunen i enda større grad kan oppfylle sine forpliktelser knyttet til mottak av utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten i samsvar med intensjonen med samhandlingsreformen og de føringer som følger av samarbeids- og tjenesteavtaler med Helse Bergen og Haraldsplass diakonale sykehus (der det blant annet går frem at samarbeide skal sikre at tjenester ytes på rett nivå til rett tid).

3.7 Kommunale døgnplasser for øyeblikkelig hjelp

3.7.1 Datagrunnlag

Askøy kommune har etablert et tilbud med tre kommunale døgnplasser for øyeblikkelig hjelp (ØHD-senger), organisert ved den lokalmedisinske enheten ved Kleppstø sykehjem. Tilbudet omfatter pasienter innenfor både somatikk og rus og psykiatri. Tall fra Askøy kommune viser at kommunen i perioden 2016-2018 har hatt et belegg for bruk av ØHD-sengene på mellom 59 og 66 prosent hvert år. Antall pasienter, døgnopphold og beleggsprosent per år i perioden går frem av tabellen under:

Tabell 3: Oversikt over bruk av kommunale døgnplasser for øyeblikkelig hjelp i Askøy kommune 2016-2018 (Kilde: Askøy kommune)

	Antall pasienter	Antall døgnopphold ⁷	Beleggsprosent
2016	196	725	66
2017	222	653	60
2018	208	641	59

Kommunalsjef for levekår gir i intervju uttrykk for at kommunens ØHD-tilbud er organisert på en god måte, og at tilbudet fungerer i samsvar med intensjonen. Kommunalsjef opplever at tilbudet blir godt utnyttet, og viser til at kommunen har et forholdsvis høyt belegg på bruk av ØHD-plassene. Både fagsjef for helse og omsorg og institusjonsleder ved Kleppstø sykehjem, der tilbudet er organisert, opplyser at kommunens ØHD-tilbud oppleves å være velfungerende. Institusjonsleder peker i tillegg på at også utvidelsen av tilbudet til å omfatte en dedikert sengeplass for pasienter med problematikk knyttet til rus og psykisk helse, blir opplevd å fungere godt. Det eksisterte noen bekymringer i organisasjonen knyttet til dette i starten da rus og psykisk helse ble innlemmet i tilbudet (fra 1.1.2017) knyttet til blant annet arbeidsforhold for ansatte og arbeidsmengde og kompleksitet for legene, men dette opplyses å ha fungert godt. Sykehjemmet har samarbeidet godt med FACT-team og ruskonsulenter fra avdeling for rus og psykisk helse i forbindelse med oppfølging av pasienter innlagt i ØHD-seng. Fagsjef for individ og levekår og leder for rus og psykisk helse peker på at kommunen hadde en utfordrende start på ØHD-tilbudet for pasienter innen rus og psykisk helse, som følge av særlig krevende pasienter. Kommunen lærte imidlertid mye av dette med tanke på hvordan tilbudet skulle organiseres og styres.

3.7.2 Vurdering

Undersøkelsen viser at kommunen har opprettet tilbud om kommunale døgnplasser for øyeblikkelig hjelp for både somatikk og rus og psykisk helse, i samsvar med krav i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5. Videre viser undersøkelsen at de ulike tjenestene i kommunen opplever at tilbudet som er etablert fungerer godt, og tall fra kommunen viser at plassene har et belegg på mellom 59 og 66 prosent de tre siste årene. Det er gjennom de undersøkelsene som er gjennomført ikke identifisert noen spesifikke utfordringer knyttet til organisering eller bruk av kommunens tilbud om kommunale døgnplasser for øyeblikkelig hjelp.

3.8 Tiltak for å forebygge og redusere behov for sykehusinnleggelse

3.8.1 Datagrunnlag

Av dokumentasjonen revisjonen har fått tilsendt i forbindelse med forvaltningsrevisjonen, går det frem at Askøy kommune har satt i verk en rekke helsefremmende tiltak som blant annet skal bidra til å forebygge og redusere behovet for sykehusinnleggelse av pasienter. Fra kommunen blir det pekt på en viktig årsak til at kommunen har intensivert arbeidet med tiltak for tidlig innsats og forebygging, har vært å sikre at så mange pasienter som mulig kan få den hjelpen de behøver i eget hjem, og å redusere både antallet pasienter med behov for institusjonsplass og behovet for overføring av pasienter fra kommunehelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten. Eksempler på ulike tiltakene Askøy kommune har satt

⁷ Tallene viser antall døgnopphold målt i hele døgn. I tillegg blir ØHD-plassene også benyttet til enkelte kortere pasientopphold på under 24 timer, men som ikke fanges opp av metoden for å beregne belegg. Dersom ØHD-opphold kortere enn 24 timer inkluderes i statistikken, vil dette gi en noe høyere beleggsprosent.

i verk for å forebygge og redusere behov for sykehusinnleggelse er nærmere beskrevet i overskriftene under.

Friskliv og mestring

Kommunen har opprettet et kurstilbud om friskliv og mestring til personer i aldersgruppen 18 – 67 år som står i fare for å utvikle eller har utviklet livsrelatert sykdom. Det blir fra kommunen opplyst at målet er å endre helseatferd innen levevaneområder som fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. Det blir vist til at brukerne oppnår bedre helse og livskvalitet ved å gjennomgå kurs, få støtte i endringsprosessen, hjelp til å definere egne mål og finne en aktivitetsform som den enkelte kan fortsette med på egenhånd.

Kommunen har også andre kurstilbud, blant annet helsebekymring og smertehåndtering, og et søvnkurs/behandlingstilbud for de med søvnvansker.

Prosjekt 67+ Alder ingen hindring

Prosjektet skal ha en forebyggende effekt for behov for helsetjenester gjennom å etablere sosiale arenaer og bygge nettverk blant eldre. Dette skal gjøre innbyggerne i stand til å ta gode valg og gjøre endringer som fremmer egen helse, styrke eldre i å klare seg lengst mulig selvstendig i eget hjem med god livskvalitet, og bidra til aktivitet og deltakelse, slik at innbyggerne mestrer hverdagen ut fra egne forutsetninger.

Prosjekt Hjertesviktkoordinator i primærhelsetjenesten

Prosjektet omfatter en helhetlig og tverrfaglig oppfølging av mennesker med diagnosen hjertesvikt i Askøy kommune. Kommunen har ansatt egne hjertesviktkoordinatorer som arbeider på tvers i fagavdeling helse og omsorg, og som arbeider med å tilrettelegge for forebyggende behandling, særlig egenomsorg i hjemmet, samt øke trygghet rundt diagnosen hjertesvikt gjennom å heve kompetansen blant både brukere, pårørende og helsepersonell. Kommunen har opplyst at de så langt i prosjektet har 11 prosent reinnleggelse for pasienter som p.t. er med i prosjektet, mot 23 prosent reinnleggelse av pasienter med tilsvarende diagnose på nasjonalt nivå.

Lokalmedisinsk enhet/lindrende enhet:

Det blir opplyst at kommunen har etablert tre sengeplasser med behandlingskompetanse på halvannenlinje nivå for pasienter med kreft, hjertesvikt, ALS og KOLS, organisert ved den lokalmedisinske enheten ved Kleppestø sykehjem. Det blir vist til at dette forhindrer innleggelse i sykehus av pasienter som vanligvis måtte hatt lindrende behandling ved sykehus.

Trygghetsplasser

Trygghetsplasser er etablert som et lavterskel døgntilbud for hjemmeboende eldre som opplever en vanskelig hjemmesituasjon (ensomhet, ernæring, omsorgsproblematikk etc.). Tilbudet er organisert ved Kleppestø sykehjem.

Forebyggende/helsefremmende tiltak rettet mot rus og psykisk lidelser

I 2018 ble prosjektet «Fremtidsrettet psykisk helsehjelp» opprettet. Bakgrunn for opprettelsen av prosjektet er at det er «stor etterspørsel etter lavterskel psykisk helsehjelp og et stort press på fastleger, kommunepsykologtjenesten og rus og psykisk helsetjeneste for voksne. Tall fra Folkehelseprofilen og Ungdata 2017 viser at Askøy har en forholdvis høyere andel som rapporterer om psykiske vansker i form av nedstemthet og ensomhet».⁸ Videre går det frem at spesialisthelsetjenesten til både barn og voksne har strammet inn kriteriene for hvem de tilbyr helsehjelp, og det blir som eksempel vist til at Øyane DPS avviser over 40 prosent av pasientene som blir henvist fra Askøy kommune. Det blir pekt på at fastlegene da ofte må henvist pasienter til psykologtjenesten isteden. Det går frem at psykologtjenesten må differensiere tilbudet for å klare å møte dagens og morgendagens behov, og i prosjektet er det satt opp flere tiltak for utviklingsarbeid på dette området, blant annet utprøving av digitale hjelpemidler og etablering av gruppetilbud.

Forebyggende/helsefremmende tiltak rettet mot barsel og svangerskap

Askøy kommune har sammen med Helse Bergen og Os kommune i perioden 2015-2016 deltatt i samhandlingsprosjektet «Nærjordmorsenteret Os og Askøy». Hensikten med prosjektet har vært å gjøre seg erfaringer med nye og fremtidsrettede modeller for barselomsorg, med fokus på individuell oppfølging.

⁸ Askøy kommune: Prosjektplan «Fremtidsrettet psykisk helsehjelp».

Det blir i prosjektevalueringen⁹ pekt på at kvinner og nyfødte som har ukompliserte fødsler og barselforløp kan tilbringe mer av barseltiden sin hjemme med god oppfølging fra kommunehelsetjenesten, fremfor å være innlagt på sykehus. Prosjektet har også målt flere resultat- og nytteeffekter, blant annet knyttet til liggetid på Kvinneklubben. Tall fra sykehusets pasientjournalssystem viser et fall i liggedøgn for barselkvinner og nyfødte fra Os og Askøy i 2015 og 2016, og det blir pekt på at det er grunnlag for å tenke at opprettelsen av en nærjordmørtjeneste i disse kommunen har betydning for utreisetidspunkt.

I intervju opplyser ledere i både institusjons- og hjemmetjeneste at det er høy bevissthet i tjenestene rundt det å ikke ukritisk legge inn pasienter på sykehus, og at de tiltakene kommunen har satt i verk oppleves å ha en positiv effekt på omfanget av sykehusinnleggelse av pasienter. Samtidig opplyser kommunalsjef for levekår i intervju at det er krevende å måle effekten av og evaluere de ulike tiltakene som er satt i verk med hensyn til om de faktisk bidrar til færre sykehusinnleggelse. Kommunen forsøker å vurdere hvor godt tiltakene fungerer, blant annet gjennom å se på tilbakemeldinger fra innbyggere, klager og resultat fra brukerundersøkelser, men det arbeides ikke strukturert og systematisk på noen annen måte med å evaluere effekten av ulike tiltak på antall sykehusinnleggelse.

3.8.2 Vurdering

Revisjonen mener de tiltakene som er etablert fremstår som formålstjenlige med tanke på å forebygge og redusere behov for sykehusinnleggelse. Askøy kommunes fokus på å etablere tiltak for å forebygge og redusere behov for sykehusinnleggelse er etter revisjonens vurdering også i samsvar med et av de sentrale virkemidlene i samhandlingsreformen om å øke innsatsen på folkehelsearbeid og forebygging i helse- og omsorgstjenesten.

Revisjonen mener samtidig at Askøy kommune ikke i tilstrekkelig grad har etablert systemer for evaluering av iverksatte tiltak og virkningen av disse. Av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 går det frem at kommunen har plikt til å evaluere og korrigere virksomheten slik at helse- og omsorgstjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov og forskrift, herunder krav i lovens § 3-3 der det blant annet går frem at kommunen ved ytelse av helse- og omsorgstjenester skal fremme helse og søke å forebygge sykdom. Plikt til å evaluere om iverksatte tiltak ivaretar kravene i helse- og omsorgslovgivningen går også frem av § 8 bokstav d i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. For å sikre at de tiltakene som er etablert i størst mulig grad oppfyller formålet om å fremme god helse blant innbyggerne, forebygge behov for kommunale helsetjenester og redusere antallet innleggelse i spesialisthelsetjenesten, er det revisjonens oppfatning at Askøy kommune i større grad bør arbeide systematisk med evaluering av de ulike prosjektene og tiltakene kommunen har iverksatt. Dette for å sikre at de tiltakene som blir prioritert er de riktige tiltakene når det gjelder å sørge for at kommunen når de målene som er satt, og gjennom dette sikre en så effektiv bruk av kommunens ressurser som mulig.

3.9 Samhandling mellom helse- og omsorgstjenester internt i kommunen

3.9.1 Datagrunnlag

Askøy kommune har utarbeidet flere rutiner og prosedyrer for å sikre samhandling internt mellom ulike tjenester i kommunen. Dette inkluderer blant annet:

- Rutiner for å utarbeide individuell plan som sikrer koordinerte tjenester til pasienter som behøver det. Rutinene omfatter metode og verktøy for hvordan tilbud skal koordineres og individuell plan skal utarbeides for pasienter som har behov for tilbud fra flere tjenester samtidig. I rutinene går det frem at «Kommunen skal tilby koordinator til pasient/bruker med behov for langvarige og koordinerte tjenester». Videre går det frem at koordinerende enhet (KE) har det overordnede ansvaret for individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Når det gjelder den individuelle planen skal denne blant annet inneholde en oversikt over pasientens mål, ressurser og behov for tjenester, oversikt over aktuelle tiltak og hvordan disse skal gjennomføres og oversikt over nødvendig eller ønskelig samarbeid med andre tjenesteytere, institusjoner og etater. Videre går det frem av rutinene at koordinator som hovedregel opprettes fra den avdeling i kommunen som er mest

⁹ Os kommune, Askøy kommune og Helse Bergen: Evaluering av samhandlingsprosjektet Nærjordmorsenter Os og Askøy. Oppdatert 23.10.2018.

aktivt inne med tjenester, fortrinnsvis innen helse, omsorgs- og sosialtjenesten, men at det skal legges stor vekt på pasient/brukers ønske ved valg av koordinator.¹⁰

- Prosedyre for elektronisk samhandling mellom jordmortjeneste og helsestasjon. Formålet med prosedyren er å sikre riktig oppfølging av barnet og familien gjennom sikkert mottak og oppretting av journal.¹¹
- Prosedyre for samhandling internt og eksternt for ansatte i Individ og levekår. Formålet med prosedyren er å sikre at ansatte i avdelingen samhandler med andre tjenesteytere til pasientens beste og etter gjeldende lovverk, både internt i kommunen og med eksterne samarbeidsparter.¹²
- Prosedyre for elektronisk samhandling mellom forvaltningsavdeling, helse og omsorg og individ og levekår. Formålet med prosedyren er å sikre at rus og psykisk helsetjeneste får formidlet videre nødvendig informasjon til forvaltningsavdelingen på en sikker måte, samt at tjenesten får videreformidlet nødvendig informasjon til annen avdeling innen helse og omsorg og individ og levekår i de saker tjenestene samhandler om tilbudet til pasient. Prosedyren beskriver fremgangsmåte for å sende elektroniske meldinger i pasientjournal.¹³

I intervju blir det opplyst at samhandling mellom de ulike tjenestene innenfor helse og omsorg oppleves å være tilfredsstillende. Det er et tett samarbeid mellom vurderingsteamet, hjemmetjenestene, institusjonstjenestene og ergo- og fysioterapitjenestene, og dialogen mellom tjenestene i forbindelse med for eksempel innskriving og utskrivning av pasienter til/fra institusjonsplass/hjemmet og i forbindelse med inntak av nye pasienter til både institusjon og hjemmetjeneste blir pekt på som god. Det avholdes samhandlingsmøter mellom de ulike tjenestene i forbindelse med disse overgangene, for å sikre at pasientflyten mellom tjenestene blir så smidig og enkel som mulig.

Samtidig blir det i intervju pekt på at det finnes enkelte forbedringsområder når det kommer til intern samhandling i kommunalavdeling levekår. Ledere i hjemmetjenesten opplyser om at tjenesten har opplevd enkelte utfordringer knyttet til å få god nok informasjon fra institusjon om pasienter som skal overføres til hjemmet, herunder informasjon om medisiner, ev. prosedyrer og andre behov. Det blir i denne forbindelse etterlyst bedre rutiner for å kommunisere mellom hjemmetjeneste og sykehjem i forbindelse med overføring av pasienter fra sykehjemmet til pasientens hjem.

Videre blir det pekt på at det finnes forbedringspotensial når det gjelder intern samhandling og kommunikasjon på tvers av de ulike fagavdelingene i kommunalavdeling levekår, og da særlig mellom fagavdeling helse og omsorg og fagavdeling individ og levekår. Det er ikke etablert noen faste arenaer for samhandling mellom de to fagavdelingene, og representanter fra begge fagavdelinger opplyser om at informasjonsutveksling mellom avdelingen er ustrukturert og i en del tilfeller utydelig. Det blir blant annet pekt på at kjennskapen til hva den andre fagavdelingen arbeider med og har kompetanse om, samt hvilke tjenester det er aktuelt å samarbeide om å levere, ikke er god nok. Det blir også pekt på at det i en del tilfeller ikke er tydelig nok avklart hvem som skal utføre hvilke oppgaver overført pasienter, slik som medikamenthåndtering overfor hjemmeboende pasienter med rus- og psykiatridiagnoser som mottar tjenester fra både hjemmesykepleie og rus- og psykiatritjenesten.

I forbindelse med spørsmål om intern samhandling mellom ulike fagavdelinger i kommunen, blir det også pekt på at det at de ulike fagavdelingene og tjenestene i en del tilfeller benytter seg av ulike IT-/fagsystemer, medfører enkelte problemer knyttet til enkel og effektiv informasjonsutveksling. I tillegg blir det pekt på at det i en del saker er en utfordring at det ikke er tydelig avklart hvilke opplysninger om pasienter som kan deles mellom fagavdelingene, herunder hvordan man skal håndtere og dele eventuelle taushetsbelagte opplysninger.

¹⁰ Askøy kommune: Rutiner for å sikre koordinerte tjenester til de som trenger det.

¹¹ Askøy kommune: Prosedyre for elektronisk samhandling mellom jordmortjeneste og helsestasjon.

¹² Askøy kommune: Individ og levekår, prosedyre for samhandling internt og eksternt. Uten dato.

¹³ Askøy kommune: Prosedyre for elektronisk samhandling med forvaltningsavdeling, helse og omsorg og individ og levekår.

3.9.2 Vurdering

Undersøkelsen viser at det er etablert flere enkeltstående rutiner knyttet til samhandling internt mellom ulike helse- og omsorgstjenester i kommunen. Disse fremstår etter revisjonens vurdering som hensiktsmessige med tanke på å sikre samhandling rundt de temaene rutinene omhandler, herunder utarbeidelse av individuelle plan ved koordinerte tjenester og elektronisk samhandling mellom forvaltningsavdeling, helse og omsorg, og individ og levekår. Undersøkelsen viser også at samhandlingen mellom de ulike tjenestene innenfor helse og omsorg oppleves å være tilfredsstillende.

Samtidig er det revisjonens vurdering at det ikke er etablert tilstrekkelig med rutiner for samhandling på tvers av de ulike fagavdelingene i kommunalavdeling levekår, til bruk i tilfeller der det er aktuelt at pasienter mottar tjenester fra flere av fagavdelingene samtidig. I undersøkelsen kommer det blant annet frem at det ikke er etablert noen faste samhandlingsarenaer mellom de ulike fagavdelingene rundt pasientoppfølging, og at utveksling av informasjon om pasienter og oppfølging av pasienter ikke er godt nok strukturert og avklart. Etter revisjonens vurdering medfører dette risiko for at samhandlingen rundt pasienter som mottar tjenester fra flere fagavdelinger samtidig ikke er tilstrekkelig systematisk, noe som igjen øker risikoen for at sentral informasjon knyttet til oppfølging av pasienter glipper/ikke blir godt nok formidlet mellom ulike deler av virksomheten. Dette kan videre medføre risiko for at pasienter som mottar tjenester fra flere fagavdelinger samtidig ikke mottar den oppfølgingen og de tjenestene de har behov for og krav på etter helse- og omsorgstjenestelovgivningen.

Revisjonen vil peke på at kommunen etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 har plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester internt i kommunen, samt med andre tjenesteytere der dette er nødvendig, for å tilby helsetjenester omfattet av loven. Videre går det frem av § 4-1 første ledd at kommunen skal legge til rette tjenestene på en slik måte at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud.

3.10 Dimensjonering og tilpasning av fysiske forhold i helse- og omsorgstjenesten

3.10.1 Datagrunnlag

Når det gjelder tilpasning av de fysiske forholdene (utstyr og bygningsmasse) for at kommunen skal kunne tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester, blir det opplyst i intervju at helse og omsorg i Askøy mangler lokaler som i tilstrekkelig grad er tilpasset og tilrettelagt til behandling av pasienter med alderspsykiatriske utfordringer. Fagsjef for helse og omsorg opplyser at det generelt er mer og større atferdsmessige utfordringer som følge av alderspsykiatriske utfordringer blant pasientene kommunen behandler nå enn tidligere, og at kommunen for å håndtere dette har vært nødt til å bygge om en 10-sengs avdeling ved Kleppstø sykehjem til to stabiliseringsplasser med maksimal skjerming. Også ved en annen avdeling har de måttet foreta fysiske tilpasninger (flytting av dører og vegger), av hensyn til personalets sikkerhet i forbindelse med behandling av denne pasientgruppen. Ombygging av lokaler på denne måten går utover tilbudet til pasienter i den forstand at pasienter må flyttes og at antall plasser må reduseres, noe som fører til at færre personer kan få tilbud om plass ved sykehjem i kommunen. Det blir også pekt på at selv om de ombygde lokalene fungerer bedre enn tidligere når det gjelder behandling av pasienter med alderspsykiatriske utfordringer, er likevel ikke bygningsmassen tilstrekkelig tilpasset det behov pasientene og kommunen har.

I intervju opplyser kommunalsjef for levekår at det er fattet politisk vedtak om at kommunen skal bygge tilpassede lokaler til oppfølging og behandling av pasienter med alderspsykiatriske lidelser i samarbeid med Olaviken,¹⁴ noe som vil sikre et bedre tilpasset institusjonstilbud til denne pasientgruppen.

Når det gjelder fysiske forhold ved sykehjem, blir det opplyst i intervju at disse for det meste er godt tilpasset og tilrettelagt de behovene som finnes i pasientgruppen. Kleppstø sykehjem, der hovedandelen av kommunens institusjonsplasser befinner seg, er nytt og modernisert, og i intervju blir det vist til at sykehjemmet i stor grad har gode lokaler for gjennomføring av alle aktiviteter, både trening, fritidsaktiviteter og avvikling av måltider, samt egnede lokaler for å sikre god nok ro og hvile for pasientene. Intervjuede ledere og fagansvarlige sykepleiere ved sykehjemmet peker likevel på at det finnes potensiale for forbedring hva angår tilpasning av utstyr og bygningsmasse ved sykehjemmet, herunder utbedring av smitteromsfasiliteter/sluser for skjerming av pasienter og ansatte i forbindelse med særlig smittsomme

¹⁴ NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus.

sykdommer, bedre oppbevaringskapasitet for utstyr (for eksempel rullestoler) og installasjon av løftetoaletter. Det blir også problematisert i intervju at telefon- og alarmsystemet som er installert på sykehjemmet ikke fungerer godt nok. Blant annet har man hatt store problemer med å sikre god nok varsling til ansatte fra rom til rom, dersom en sykepleier har behov for hjelp/bistand til utføring av bestemte oppgaver. For å sikre at man har tilstrekkelig dekning på kommunikasjonssiden, har de ansatte i dag derfor med mobiltelefoner som supplement til det ustabile internsystemet. Det blir opplyst at det arbeides med å finne en erstatning for det kommunikasjonssystemet som er installert på sykehjemmet i dag.

I intervju kommer det videre frem at hjemmetjenesten i utgangspunktet har tilgang på det utstyret de har behov for. Hjemmetjenesten har blant annet tilgjengelig mye velferdsteknologi som de kan benytte overfor sine pasienter. Kommunen har hatt en prøveperiode med dispensere på legemidler, og det er flere pasienter som bruker dette. Kommunen har også gått til innkjøp av ulike alarmer og sensorer, og det er under utvikling et rom der ansatte og brukere kan prøve teknologien før den eventuelt tas i bruk i hjemmet. Den primære utfordringen for hjemmetjenesten når det gjelder å ha gode nok fysiske forhold (utstyr og hjelpemidler) til å utføre sine arbeidsoppgaver og tjenester på best mulig måte, er å få pasienter til å akseptere forskjellig utstyr og hjelpemidler inn i eget hjem. Det varierer en hel del hva pasientene ønsker og synes er greit å ha av hjelpemidler for hjemmetjenesten i egen bolig, noe som i en del tilfeller kan gi de ansatte i tjenesten krevende arbeidssituasjoner.

Når det gjelder dimensjonering og tilpasning av fysiske forhold i fagavdeling for individ og levekår, blir det opplyst i intervju at avdeling for psykisk helse og rus opplever at de har gode lokaler, og at får god støtte fra den politiske og administrative ledelsen når det gjelder oppfølging av avdelingens behov for lokaler i det videre. Tjenesten har bygningsmasse til pasienter/brukere som er av nyere dato og som oppleves å fungere godt. I tillegg er det gitt politisk godkjenning til å bygge om underetasjen i boliger for psykisk helse i Kleppeveien til tre nye leiligheter for brukere av rus- og psykiatritjenesten, samt til at dagens personalbase omgjøres til leilighet (det bygges ny personalbase). Tjenesten vil da få totalt fire nye leiligheter. I intervju blir det opplyst at dette vil gjøre avdeling for psykisk helse og rus godt dimensjonert bygnings-/kapasitetsmessig til for eksempel å ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehus.

3.10.2 Vurdering

Undersøkelsen viser at kommunen ikke har god nok tilgang på lokaler som er tilpasset og tilrettelagt for å kunne behandle pasienter med atferdsproblematikk relatert til alderspsykiatriske diagnoser. I tillegg blir det i forbindelse med undersøkelsen vist til en rekke enkeltstående forhold både i institusjons- og hjemmetjenesten som ansatte opplever ikke er tilstrekkelig tilpasset de behovene som finnes, både blant pasientene og de ansatte.

Etter revisjonens vurdering er det avgjørende for kommunens evne til å tilby nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester at de fysiske forholdene i tjenesten, herunder utstyr og bygningsmasse, er tilstrekkelig dimensjonert og tilpasset de behovene som eksisterer blant pasientene. Manglende tilrettelegging av de fysiske forholdene medfører slik revisjonen vurderer det risiko for at helse- og omsorgstjenestene ikke holder den kvaliteten som kreves for å gi hver enkelt pasient et tilbud med tilfredsstillende kvalitet. Revisjonen mener derfor det er viktig at kommunen følger opp de forbedringspunktene som fremkommer i undersøkelsen knyttet til tilpasning av fysiske forhold, og vurderer i hvilken grad og ev. hvordan disse bør utbedres.

4. Samhandling mellom kommunen og helseforetak

4.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgende hovedproblemstilling med underproblemstillinger:

Har Askøy kommune etablert et hensiktsmessig system for samhandling mellom kommunen og helseforetak som sikrer tilstrekkelig oppfølging av pasienter før, under og etter sykehusopphold? Under dette:

- a. I hvilken grad er det etablert system og rutiner for god og sikker informasjonsutveksling med helseforetak?
- b. I hvilken grad mottar kommunen tilstrekkelig og tidsriktig informasjon fra helseforetak om pasienters behov etter utskrivning?
- c. I hvilken grad blir det meldt avvik knyttet til informasjonsutveksling mellom kommunen og helseforetak?
- d. I hvilken grad blir eventuelle avvik knyttet til informasjonsutveksling mellom kommunen og helseforetak fulgt opp og rapportert tilbake om på en systematisk måte?

4.2 Revisjonskriterier

Kommunestyret har plikt til å inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helseregionen (helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 første ledd), og samarbeidet skal ha som målsetning å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester (§ 6-1 andre ledd).

Krav til avtalene fremgår i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2, hvor det spesifiseres at avtalene som et minimum skal inneholde en enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for. Avtalen skal bidra til en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre. Den skal også inneholde retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering mv. for å sikre helhetlige helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester. Videre er det et krav at avtalen gir retningslinjer for innleggelse i sykehus, beskriver kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp og gir retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten omtaler krav til systematisk styring av virksomheter som er pålagt internkontrollplikt etter helse- og omsorgstjenesteloven. Av § 1 går det frem at formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, samt til at øvrige krav til helse- og omsorgslovgivningen etterleves.

Videre går det frem av § 3 i samme forskrift at den som har det «overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette». Dette inkluderer blant annet at det skal utvikles og iverksettes nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Se vedlegg 2 for mer utfyllende revisjonskriterier.

4.3 System og rutiner for sikker informasjonsutveksling

4.3.1 Datagrunnlag

Askøy kommune har sammen med 23 andre kommuner i Hordaland inngått samarbeidsavtale med spesialisthelsetjenesten om inntak i og utskrivning fra spesialisthelsetjenesten innen rusmedisin og psykisk

helsevern for barn, unge og voksne¹⁵, samt avtale for samarbeid om innleggelse i og utskrivning fra spesialisthelsetjenesten innen somatisk sektor.¹⁶ Avtalene beskriver blant annet rutiner for samhandling ved innleggelse, rutiner for samhandling når pasienten er i behandling i spesialisthelsetjenesten og rutiner for samhandling ved utskrivning fra spesialisthelsetjenesten.

I tillegg til avtalene er det utarbeidet supplerende retningslinjer for hvordan elektronisk informasjon skal utveksles mellom helseforetak og kommunen.¹⁷ Disse omtaler blant annet oversendelse av meldinger om innlagt pasient på sykehus, innleggelsesrapport for pasient (skal sendes elektronisk så raskt som mulig, og helst første virkedag etter innleggelse for pasienter som allerede mottar kommunale helsetjenester), tidligvarsel om pasients helseopplysninger, oppdateringer av pasienters hjelpebehov og funksjonsnivå (helseopplysninger), kommunens planlegging av mottak av pasient, varsel om utskrivningsklar pasient, kommunens avklaring av om de kan ta imot pasienten, avmelding og dokumentasjon knyttet til utskrivning av pasient fra sykehus, samt dialog omkring utreise/transport for pasient fra sykehus til kommune. Retningslinjene beskriver også hvilke oppgaver de respektive partene har ansvar for å utføre i forbindelse med den enkelte hendelse det skal kommuniseres rundt.

Askøy kommune benytter seg av eLink til å kommunisere med helseforetaket om overføring og utskrivning av pasienter fra spesialist- til kommunehelsetjeneste. Dialogen med helseforetaket via eLink blir håndtert av vurderingsteamet i kommunalavdeling levekår på dagtid, mens det er de fagansvarlige på de ulike postene/avdelingene på Kleppstø sykehjem som håndterer kommunikasjon via eLink på kveld og natt. I intervju opplyser både leder for vurderingsteam og intervjuede fagansvarlige at eLink som system fungerer godt og gir sikker og trygg utveksling av informasjon om den enkelte pasient. Systemet gjør det også lett å lese seg opp på en sak og på relevant informasjon om den enkelte pasient. Dersom det er dialog med sykehuset per telefon blir de ofte enige om å sende en oppsummering på e-link, slik at man også får dokumentert og gjort informasjonen tilgjengelig for alle i kommunen som skal ha kontakt med pasienten på et senere tidspunkt.

4.3.2 Vurdering

Undersøkelsen viser at Askøy kommune har inngått skriftlige samarbeidsavtaler med helseforetaket vedrørende innleggelse til og utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten innenfor både somatikk og rus og psykisk helse. Som et supplement til samarbeidsavtalene er det også utarbeidet felles retningslinjer som beskriver hvordan de to partene skal utveksle informasjon om ulike hendelser og hvilke oppgaver partene har ansvar for å utføre. Etter revisjonens vurdering synes de samarbeidsavtaler som er inngått om inn- og utskrivning, med tilhørende retningslinjer for utveksling av informasjon, å være hensiktsmessige og i samsvar med de krav som går frem av § 6-2 i helse- og omsorgstjenesteloven.

Askøy kommune benytter eLink til elektronisk informasjonsutveksling med helseforetaket¹⁸, og det blir i undersøkelsen vist til at dette oppleves som velfungerende og trygt. Ettersom elektronisk meldingsutveksling med helseforetaket via eLink skjer innenfor det krypterte *Helsenettet* tilrettelagt av Norsk Helsenett SF¹⁹, er det revisjonens vurdering at kommunen har etablert system som sikrer en sikker informasjonsutveksling av pasientopplysninger med helseforetaket.

4.4 Informasjon fra helseforetak om pasienters behov etter utskrivning

4.4.1 Datagrunnlag

I intervju opplyser leder for vurderingsteamet, som har ansvaret for kommunikasjon med helseforetaket via eLink på dagtid, at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten i hovedsak fungerer godt, og at kommunen får den informasjonen de har behov for fra spesialisthelsetjenesten vedrørende den enkelte pasients oppfølgingsbehov. Ledere og fagansvarlige i både institusjons- og hjemmetjenesten viser også til

¹⁵ Tjenesteavtale for samarbeid om innleggelse i og utskrivning fra spesialisthelsetjenesten innen somatisk sektor for Helse Bergen HF og Haraldsplass Diakonale Sykehus AS: <http://www.saman.no/file=2444>

¹⁶ Tjenesteavtale 3 og 5 for samarbeid om inntak i og utskrivning fra spesialisthelsetjenesten innen rusmedisin og psykisk helsevern for barn, unge og voksne

¹⁷ Retningslinjer for elektroniske meldinger – supplerer tjenesteavtale 3 og 5 for psykiatri og rus, HB-opptaksområde samt retningslinje som supplerer tjenesteavtale 3 og 5 for somatisk sektor

¹⁸ eLink er meldings-/kommunikasjonstjenesten som ligger innebygd i fagsystemet Gerica, som er det elektroniske pasientjournalssystemet som benyttes i kommunalavdeling levekår i Askøy kommune.

¹⁹ Norsk Helsenett SF er et statlig foretak som er heleid av Helse- og omsorgsdepartementet.

at kommunen for det meste mottar den informasjonen de behøver når det gjelder videre oppfølging av pasienter som skrives ut fra sykehus til kommunehelsetjenesten.

Samtidig blir det i intervju pekt på enkelte utfordringer knyttet til om kommunen alltid mottar tilstrekkelig og tidsriktig informasjon fra helseforetaket om pasienters behov etter utskrivning. Fagsjef for helse og omsorg opplyser at det forekommer at kommunen ikke mottar epikriser for pasienter med tilhørende dokumentasjon fra sykehuset før utskrivning. Institusjonsleder ved Kleppstø sykehjem peker videre på at det forekommer at kommunen mottar informasjon fra sykehuset om pasienter sent, noe som medfører at det kan være krevende å i tilstrekkelig grad planlegge tilbudet til den enkelte pasient. I intervju med fagansvarlige sykepleiere blir det pekt på at det også forekommer at kommunen mottar mangelfulle opplysninger om medisiner/medisinbehov for pasienter.

Avdelingsledere i hjemmetjenesten opplyser at det forekommer forholdsvis ofte at kommunen må kontakte avdelinger ved sykehuset direkte for å få tak i den informasjonen de behøver for å kunne følge opp utskrivningsklare pasienter på en tilfredsstillende måte, herunder informasjon om prosedyrer og medisiner. Videre blir det pekt på at dialogen mellom kommunen og sykehuset er for dårlig når det gjelder mottak av pasienter som tidligere har mottatt hjemmetjenester i Askøy, og som har blitt innlagt på sykehus før de igjen blir sendt tilbake til hjemmet. Den intervjuede viser til at en del av disse pasientene kommer tilbake til hjemmet med endret status og nye behov for tjenester og oppfølging, men uten at dette har blitt tydelig kommunisert fra sykehuset. Det oppleves som krevende for hjemmetjenesten å sikre at disse pasientene får et godt nok tilbud når de skrives ut fra sykehus, og det blir etterlyst bedre dialog med sykehuset rundt denne gruppen pasienter.

Videre blir det i forbindelse med spørsmål om dialog og informasjonsutveksling mellom sykehus og kommune opplyst i intervju at det er en utfordring at sykehuset i en del tilfeller lover et høyere tjenestenivå enn det kommunen nødvendigvis mener at en pasient behøver, og uten at denne lovnaden avstemmes med kommunen før utskrivning. Kommunen mottar dermed pasienter som skrives ut fra sykehus med en forventning om et tilbud og en oppfølging som ikke alltid samsvarer med det tilbudet kommunen vurderer er det riktige ut fra den enkelte pasients behov. Kommunalsjef for levekår peker på at det at sykehuset gir lovnader om hva kommunen kan tilby når pasienten skrives ut er krevende å håndtere, ettersom pasienten får forventninger som ikke kan eller bør innfris av kommunen. Kommunalsjef understreker at det er kommunen som skal vurdere hvordan tjenestetilbudet til pasienter etter utskrivning skal være, og ikke spesialisthelsetjenesten. Det blir videre opplyst i intervju at kommunen har tatt opp dette med Helse Bergen, og at kommunen tydelig har kommunisert at det er kommunen som skal vurdere hva som er det riktige tjenestenivået i kommunen for pasienten, basert på den informasjonen og de opplysningene som kommer fra sykehuset om den enkelte pasient.

4.4.2 Vurdering

Undersøkelsen viser at kommunen i hovedsak opplever å motta tilstrekkelig og tidsriktig informasjon fra helseforetaket vedrørende pasienters behov etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Samtidig forekommer det også at kommunen *ikke* mottar alle nødvendige opplysninger om pasienter som skrives ut, samt tilfeller der informasjonen kommer på et så sent tidspunkt at det kan være krevende å få planlagt det kommunale tilbudet til pasienten godt nok. Etter revisjonens vurdering medfører dette risiko for svikt eller mangler i tjenestetilbudet til enkeltpasienter, og dermed også økt risiko for gjeninnleggelse for pasienter som skrives ut fra sykehus. Revisjonen mener det er viktig at feil og mangler knyttet til tilstrekkelig og tidsriktig informasjonsutveksling blir tatt opp med helseforetaket gjennom relevante kanaler, herunder for eksempel i avviksmeldinger og samarbeidsmøter med helseforetaket. Melding av avvik til helseforetaket knyttet til informasjonsutveksling er nærmere omtalt i kapittel 4.5.

4.5 Melding av avvik knyttet til informasjonsutveksling

4.5.1 Datagrunnlag

Som en del av samarbeidet som er etablert mellom Helse Bergen, Haraldsplass diakonale sykehus og 24 kommuner i Hordaland, er det utarbeidet en egen retningslinje for melding av avvik/uønsket hendelse

knyttet til overføring av pasienter mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.²⁰ Av retningslinjen går det frem at uønsket hendelse kan registreres i eget internkontrollsystem/avvikssystem (der dette er etablert) eller på et eget meldeskjema som er tilgjengelig på saman.no, og sendes i fysisk kopi per post til kontaktadresse i spesialisthelsetjenesten. Avvik/uønsket hendelse er i retningslinjen definert som «...en handling/praksis som avviker fra vedtatte avtaler om ansvarsfordeling knyttet til inn- og utskrivning av pasienter i sykehuset. (Ref: tjenesteavtale 3-5, 8 og 2)», og det går frem at hensikten med å melde avvik er å kunne «...drive kvalitetsforbedrende arbeid gjennom håndtering av avvik/uønskede hendelser i henhold til avtaler og etablerte rutiner, med den hensikt å unngå at liknende hendelser skal skje igjen.»

Revisjonen har fått oversikt over meldte avvik knyttet til informasjonsutveksling mellom kommune og helseforetak for perioden januar til november 2018.²¹ Totalt ble det meldt fire avvik via systemet som er lagt til rette gjennom samarbeidsavtalene. I forbindelse med forvaltningsrevisjonen blir det opplyst fra de ulike tjenestene innenfor helse og omsorg, herunder saksbehandlere i vurderingsteamet (som er kommunens kontaktpunkt mot spesialisthelsetjenesten ifm. avviksrapportering) at det er en underrapportering av avvik i kommunen knyttet til samhandling med spesialisthelsetjenesten.

I intervju opplyser kommunalsjef for levekår at systemet som er etablert for å melde avvik knyttet til samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten ikke fungerer tilstrekkelig godt. Systemet blir pekt på som tungvint i bruk, og ledere i institusjons- og hjemmetjenesten opplyser om at det i en travel arbeidshverdag kan være vanskelig for de ansatte å sette av tid til å skrive avvik på fysiske skjema og sende disse over til helseforetaket per post. Videre blir det pekt på at kommunen i liten grad opplever å få tilbakemeldinger/rapportering fra helseforetaket på hvordan innmeldte avvik følges opp og håndteres, herunder hvilke tiltak som settes i verk for å utbedre eventuelle avvik. Det blir pekt på at dette bidrar til å redusere motivasjonen i organisasjonen til å sende inn avviksmeldinger til helseforetaket om de avvikene som oppstår, ettersom det er vanskelig å vite om det på bakgrunn av meldte avvik blir iverksatt tiltak for å utbedre og endre praksis for informasjonsutveksling mellom partene.

I intervju blir det vist til at en del avvik knyttet til informasjonsutveksling i forbindelse med pasientoverføring mellom kommunen og sykehuset gjerne blir tatt opp direkte med de avdelingene ved sykehuset det gjelder, per telefon eller via eLink. I disse tilfellene blir avvikene som regel korrigert/rettet opp i direkte, og kommunen får for eksempel ettersendt informasjon/opplysninger som mangler om pasient.

4.5.2 Vurdering

Undersøkelsen viser at det er etablert system og rutiner for å melde avvik knyttet til informasjonsutveksling i forbindelse med inn- og utskrivning av pasienter fra kommunen til helseforetaket, men at avvik ikke alltid blir meldt til helseforetaket i de tilfellene der slike avvik oppstår.

Revisjonen vil peke på at mangelfull rapportering av avvik kan øke risikoen for at avvik eller uønskede hendelser knyttet til informasjonsutveksling ikke blir fanget opp og fulgt opp. Dette kan igjen bidra til at eventuell mangelfull praksis vedvarer og til at relevant forbedringsarbeid ikke blir iverksatt. Mangelfull innmelding av avvik er heller ikke i samsvar med krav i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, eller med de føringer som går frem av retningslinjene for avvik/uønsket hendelse ved overføring av pasienter.

4.6 Håndtering av meldte avvik knyttet til informasjonsutveksling

4.6.1 Datagrunnlag

Som det går frem av kapittel 4.5.1, opplever de intervjuede fra helse- og omsorgstjenestene i Askøy kommune at de i liten grad får tilbakemeldinger/rapportering fra helseforetaket om hvordan avvik kommunen melder inn knyttet til informasjonsutveksling mellom kommunen og helseforetak blir fulgt opp

²⁰ Samarbeidssekretariatet (SSE): Retningslinje for avvik/uønsket hendelse ved overføring av pasienter mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Virkeområde: Alle parter i overordnet samarbeidsavtale for Helse Bergens foretaksområde. Gyldig fra 1.1.2013.

²¹ Tall per 5. november 2018.

og vurdert, samt om hvilke tiltak som eventuelt blir iverksatt for å redusere risikoen for at tilsvarende avvik inntreffer igjen.

Av retningslinjen for melding av avvik/uønsket hendelse knyttet til overføring av pasienter mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten går det frem at samarbeidssekretariatet årlig skal «kunne be om oversikt over uønskete hendelser meldt av partene, for presentasjon til samarbeidsutvalgene og/eller Toppledermøte. Denne gjennomgangen vil inngå som en del av grunnlaget for å vurdere behovet for revisjoner av tjenesteavtaler.». I intervju opplyser kommunalsjef for levekår, som på revisjonstidspunktet sitter som leder i samarbeidsutvalget for kommunene i Bergensregionen og Helse Bergen, at det ikke blir rapportert jevnlig til samarbeidsutvalget fra Helse Bergen om meldte avvik knyttet til informasjonsutveksling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og at slike avvik i begrenset grad er gjenstand for systematisk gjennomgang. Det blir opplyst at Askøy kommune har tatt opp i samarbeidsutvalget at kommunen ønsker mer og bedre rapportering fra spesialisthelsetjenesten om hvordan avvik som meldes inn fra kommunene følges opp, og om hvilke tiltak som eventuelt blir satt i verk for å redusere risikoen for tilsvarende avvik i fremtiden.

4.6.2 Vurdering

Revisjonen registrerer at Askøy kommune har etterlyst mer og bedre rapportering tilbake fra spesialisthelsetjenestene om oppfølging av avvik som er meldt fra kommunen, herunder avvik knyttet til informasjonsutveksling. For at ansatte skal se verdien i å melde avvik, er det viktig at det blir meldt tilbake hvordan avvik blir fulgt opp, og hvordan meldte avvik benyttes som grunnlag i kvalitetsutviklingsarbeid.

Etter revisjonens vurdering er det viktig at Askøy kommune følger opp ytterligere med samarbeidsutvalget at kommunen ønsker bedre rapportering fra helseforetaket om hvordan meldte avvik følges opp og håndteres. Dette for å kunne øke motivasjonen blant egne ansatte til å melde relevante avvik, og for å bidra til at den overordnede hensikten i retningslinjene om å drive kvalitetsforbedrende arbeid gjennom håndtering av avvik/uønskede hendelser.

5. Økonomiske konsekvenser av samhandlingsreformen

5.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgende hovedproblemstilling med underproblemstillinger:

Hvilke økonomiske konsekvenser har samhandlingsreformen fått for Askøy kommune, og har kommunen hensiktsmessige system og rutiner for å sikre realistisk budsjettering og god økonomistyring av helse- og omsorgstjenester? Under dette:

- a. Hvilke økonomiske konsekvenser har samhandlingsreformen fått for Askøy kommune? Under dette:
 - i. Utgifter knyttet til sykehusopphold
 - ii. Kostnader ved tilpasning av helse- og omsorgstilbudet
- b. I hvilken grad har kommunen rutiner for å sikre realistisk budsjettering av helse- og omsorgstjenester, som tar hensyn til budsjettmessig usikkerhet og konsekvenser av samhandlingsreformen?
- c. I hvilken grad er det etablert systemer for å sikre økonomisk rapportering på og oppdatering av økonomiske prognoser for helse- og omsorgstjenestene gjennom året?

5.2 Revisjonskriterier

Samhandlingsreformen

I forbindelse med samhandlingsreformen er intensjonen at kommunene skal opprette kommunale tilbud før, istedenfor og etter sykehusopphold. Det ligger spesielt incentiver knyttet til å redusere andelen «utskrivningsklare pasienter», behandling av medisinske pasienter ved somatiske sykehus, og øyeblikkelig hjelp innleggelser.

Blant de mest sentrale virkemidlene i samhandlingsreformen er:²²

- Kommunalt betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter
- Økt innsats på folkehelsearbeid og forebygging i helse- og omsorgstjenesten
- Lovpålagt samarbeidsavtale mellom kommuner og regionale helseforetak
- Ny kommunal plikt til å tilby døgnopphold til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp²³

Internkontroll

Administrasjonssjefens overordnede ansvar for internkontrollen i kommunen går frem av kommuneloven § 23 nr. 2, ved at «administrasjonssjefen skal sørge for at administrasjonen drives i samsvar med lover, forskrifter og overordnede instruksjoner, og at den er gjenstand for betryggende kontroll».

Krav til realistisk budsjettering

Krav til utforming av økonomiplan og årsbudsjett for kommunen går frem av kommuneloven kapittel 8. Av § 46, som omtaler årsbudsjettets innhold, går følgende frem:

1. Årsbudsjettet er en bindende plan for kommunens eller fylkeskommunens midler og anvendelsen av disse i budsjettåret. I bevilgninger til formål kan det likevel gjøres fradrag for tilhørende inntekter. Kravet om budsjett hjemmel på utbetalingstidspunktet gjelder ikke for utbetalinger som kommunen eller fylkeskommunen er rettslig forpliktet til å foreta.
2. Årsbudsjettet skal omfatte hele kommunens eller fylkeskommunens virksomhet.

²² Tidligere var også kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten et sentralt virkemiddel.

²³ Kommuneproposisjonen 2012 – Prop. 115S

3. Årsbudsjettet skal være realistisk. Det skal fastsettes på grunnlag av de inntekter og utgifter som kommunen eller fylkeskommunen kan forvente i budsjettåret.
4. Årsbudsjettet skal være stilt opp på en oversiktlig måte. Kommunestyrets eller fylkestingets prioriteringer, samt de målsettinger og premisser som årsbudsjettet bygger på, skal komme tydelig fram.
5. Årsbudsjettet skal være inndelt i en driftsdel og en investeringsdel.
6. Det skal budsjetteres med et driftsresultat som minst er tilstrekkelig til å dekke renter, avdrag og nødvendige avsetninger.
7. I årsbudsjettet kan det avsettes midler til bruk i senere budsjettår.
8. Departementet kan gi nærmere regler om årsbudsjettet og innstilling til årsbudsjettet. I disse reglene kan det stilles krav om oversikter over inntekter og utgifter for kommunens eller fylkeskommunens samlede virksomhet.

Se vedlegg 2 for mer utfyllende revisjonskriterier.

5.3 Økonomiske konsekvenser av samhandlingsreformen

5.3.1 Datagrunnlag

5.3.1.1 Utgifter knyttet til sykehusopphold

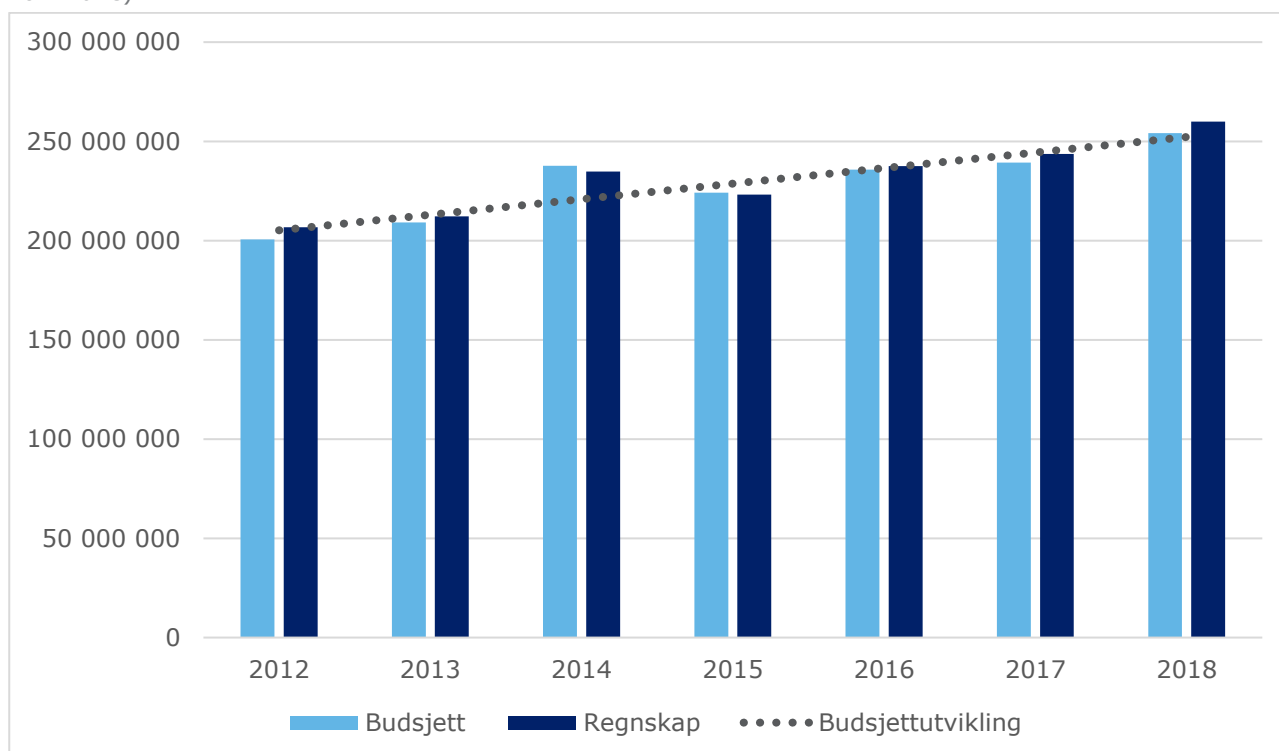
Som det går frem av kapittel 3.6.1, hadde Askøy kommune i 2016 og 2017 utgifter knyttet til overliggedøgn på sykehus for utskrivningsklare pasienter på henholdsvis kr. 982 000 og kr. 1 756 360. Tallene for 2018 viser at antallet overliggedøgn kommunen hadde betalt for lå vesentlig lavere enn for de to foregående årene. I 2018 betalte Askøy kommune for 87 overliggedøgn på sykehus, til en kostnad på kr. 412 989.

I intervju opplyser fagsjef for individ og levekår og leder for rus og psykisk helse (ROP) at kostnader knyttet til overliggedøgn på sykehus for utskrivningsklare ROP-pasienter potensielt kan bli en stor utgift for fagavdeling individ og levekår. I 2019 er det satt av en million kroner til dette i budsjettet. Det blir imidlertid pekt på at selv om det som utgangspunkt ikke vil være et stort antall slike pasienter innen psykisk helse og rus (til sammenlikning med i somatikken), vil det for de pasientene det gjelder raskt påløpe mange overliggedøgn, ettersom det ikke er så lett å få på plass et egnet botilbud for ROP-pasienter i kommunen på kort varsel. Dette gjelder spesielt for pasienter som har behov for døgnbemannet bolig. I 2018 var det ingen pasienter inneliggende i spesialisthelsetjenesten som skulle ha vært overført til kommunen, men fagsjef opplyser at man venter at det potensielt kan komme store utgifter her.

5.3.1.2 Kostnader ved tilpasning av helse- og omsorgstilbudet

Tall fra Askøy kommune viser at årsbudsjettet for fagavdeling helse og omsorg har økt med cirka 53,5 millioner kroner siden innføringen av samhandlingsreformen i 2012 og frem til 2018. Tilsvarende har de regnskapsførte kostnadene i den sammen perioden økt med cirka 53,2 millioner kroner. Figuren under gir en visuell fremstillingen av utvikling av budsjett og regnskap for fagavdeling helse og omsorg i Askøy kommune i perioden fra 2012-2018:

Figur 4: Utvikling i budsjett og regnskap for fagavdeling helse og omsorg for perioden 2012-2018 (Kilde: Askøy kommune)



I intervju opplyser kommunalsjef for levekår at kommunalavdelingen har god oversikt over den samlede kostnadsutviklingen innenfor helse- og omsorgstjenesten. Det blir pekt på at den fremste årsaken til at utgiftene innen helse og omsorg har økt etter innføring av reformen, er at volumet av og kompleksiteten i oppgaver kommunehelsetjenesten skal løse har økt. Fagsjef for helse og omsorg opplyser at de største økonomiske konsekvensene av samhandlingsreformen knytter seg til at kommunen har måttet bygge ut tjenestene, og økt ressurstilfanget i hjemmetjenesten og på sykehjem, både når det gjelder antall ansatte og ansattes kompetanse. Det har også kostet økonomisk å gjøre om avdelinger fra langtidsavdelinger til korttidsavdelinger, da dette innebærer mer logistikk og flere ansatte. Kommunen har også måttet styrke fysio- og ergoterapitjenesten med mer ressurser. I tillegg har det vært utgifter knyttet til å etablere ØHD-tilbud og utgifter til overliggedøgn. Dette bekreftes også av institusjonsleder ved Kleppstø sykehjem, som viser til at sykehjemmet etter innføring av reformen har hatt tydelige økninger både i drifts- og investeringskostnader. Dette inkluderer periodevis høye utgifter knyttet til betaling av overliggedøgn på sykehus, samt økte kostnader til medisiner, utstyr og økt bemannings- og kompetansebehov.

Samtidig peker kommunalsjef på at kommunalavdeling for levekår også arbeider godt med å effektivisere tjenestene, og at selv om det samlede budsjettet for helse og omsorg har økt gjennom perioden 2012-2018, har det etter innføring av samhandlingsreformen også vært foretatt reduksjoner i budsjettet i enkeltår (for eksempel fra 2014 til 2015). I tillegg har det i perioden også blitt foretatt konkrete innsparinger knyttet til enkeltområder i tjenesteporteføljen. Eksempelvis la kommunen ned til sammen 19 omsorgsboliger med heldøgns bemanning (tilnærmet sykehjemsbemanning) i perioden 2015-2016. Kommunalsjef peker på at det i forbindelse med analyse av kostnadsutviklingen innen helse og omsorg etter innføring av samhandlingsreformen, er viktig å ta hensyn til både effektiviseringsarbeid og omstillingsarbeid i driften/tjenestene, og peker på at størrelsen på det samlede budsjettet til helse og omsorg ikke alene gir et komplett bilde av de økonomiske konsekvensene av samhandlingsreformen for Askøy kommune. Kommunalsjef peker likevel på at det er en generell utfordring for helse og omsorg at man har en presset økonomi.

5.3.2 Vurdering

Som det går frem av kapittel 3.6, har Askøy kommune hatt en betydelig nedgang fra 2016 til 2018 i antall overliggedøgn på sykehus for utskrivningsklare pasienter som kommunen har måttet betale for. Mens de samlede utgiftene til overliggedøgn i 2016 og 2017 lå på henholdsvis kr. 982 000 og kr. 1 756 360, lå de

tilsvarende utgiftene for 2018 på kr. 412 989. Det er satt i verk tiltak som både bidrar økt fleksibilitet når det gjelder å ta imot de pasienter som skrives ut fra spesialisthelsetjenesten til kommunen, og dermed også til bedre kontroll over de kommunale utgiftene til sykehusopphold for utskrivningsklare pasienter kommunen ikke greier å ta imot.

Når det gjelder Askøy kommunes kostnader ved tilpasning av helse- og omsorgstilbudet etter innføring av samhandlingsreformen, viser undersøkelsen at kommunens årsbudsjetter til helse- og omsorgstjenestene har økt med cirka 53 millioner kroner fra 2012 frem til 2018. Selv om denne økning ikke i sin helhet kan tilskrives innføringen av samhandlingsreformen, er det revisjonens vurdering at samhandlingsreformen har medført økt volum og kompleksitet i de oppgavene kommunehelsetjenesten skal løse, noe som igjen har medført behov for å øke antall ansatte i tjenestene og for å styrke ansattes kompetanse. Dette har bidratt til en kostnadsøkning innenfor helse og omsorg i Askøy, til tross for effektiviseringstiltak som er satt i verk.

5.4 Rutiner for å sikre realistisk budsjettering

5.4.1 Datagrunnlag

Ved utarbeidelse av budsjett for påfølgende budsjettår i kommunalavdeling levekår, er det etablert praksis for at man tar utgangspunkt i fjorårets budsjetttramme for den enkelte fagavdeling, og justerer denne med hensyn til eventuelle endrede forutsetninger og forhold. Hver av fagsjefene har ansvar for å gjennomgå bruker-/pasientgruppene i sin tjeneste, pågående og kommende tiltak det jobbes med, samt hvilke utfordringer man har i tjenesten og hvordan utviklingen i disse vil bli det neste året og om dette vil påvirke budsjettbehov. Med bistand fra økonomiavdelingen i kommunen og kommunalsjef for levekår, går fagsjefene også gjennom regnskapet og de kostnader som har påløpt gjennom året som har gått, blant annet hvor de har hatt overskridelser, analyserer kostnadsdrivere og vurderer i hvilken grad det er mulig å iverksette kostnadsbesparende tiltak. For eventuelle enkeltstående større tiltak, som vil kunne gi store utslag i budsjettet for den enkelte tjeneste, er det vanlig at det blir laget egne økonomiske prognoser. Dette kan for eksempel gjelde særlig ressurskrevende brukere.

I intervju opplyser fagsjefer og ledere i institusjons- og hjemmetjenestene (som bidrar med budsjettinnspill og grunnlagsmateriale til sine fagsjefer i forbindelse med budsjettprosessen) at den praksisen som er etablert for utarbeidelse av årsbudsjett i utgangspunktet fungerer godt, og at kommunen i hovedsak klarer å sikre realistiske budsjetter innenfor helse og omsorg.

Samtidig blir det pekt på at det for enkelte budsjettposter innenfor tjenestene kan være krevende å sikre god nok presisjon/realisme. Det blir opplyst at den variabelen som er mest krevende å budsjettere innenfor driftsbudsjettet, er lønn, ettersom denne vil kunne variere en hel del gjennom året ut fra blant annet sykefravær, vikarbruk mv. Det kan også være krevende å budsjettere realistisk med hensyn til eventuelle nye investeringsbehov som skulle inntreffe gjennom året (utstyr o.l.), da utstyrsbehovet er vanskelig å predikere ettersom det oftest følger av spesifikke behov hos nye pasienter/pasienter med nye diagnoser og prosedyrer.

Fagsjef for helse og omsorg peker i intervju på at en generell utfordring for kommunen når det gjelder budsjettarbeid, er at avdelingene/fagområdene i en del tilfeller blir for silobaserte. Fagsjef etterlyser mer samarbeid på tvers når det gjelder de utfordringene de ulike tjenestene har og med tanke på å se løsninger på tverrgående utfordringer mer i sammenheng også ut fra et budsjettmessig perspektiv.

Fagsjef for individ og levekår opplyser at den generelle økonomiske situasjonen i kommunen gjør det krevende å budsjettere på en helhetlig og realistisk måte i tjenesten. I en presset kommuneøkonomi, med tydelige krav til innsparing og effektivisering i virksomhetene, vil for eksempel utvidelse av budsjett for særlig ressurskrevende brukere kreve at man klarer å effektivisere på andre områder i tjenesten.

Kommunalsjef for levekår opplyser i intervju at kommunalavdelingen av og til kan være litt for optimistiske når det gjelder budsjettering, herunder når det gjelder mulige budsjettreduksjoner og –innsparinger.

Tall fra Askøy kommune viser at fagavdeling helse og omsorg etter innføring av samhandlingsreformen har hatt negative økonomiske resultat i fem av syv år i perioden 2012-2018. Over den siste treårs-perioden (2016-2018) har fagavdelingens resultat vært i minus, og utviklingen i det økonomiske resultatet har vært negativ. Tabellen under gir en oversikt over budsjett, regnskap og økonomisk resultat for fagavdeling helse og omsorg for perioden 2012-2018:

Tabell 4: Oversikt over budsjett, regnskap og økonomisk resultat for fagavdeling helse og omsorg, 2012-2018 (Kilde: Askøy kommune)

	Budsjett	Regnskap	Resultat
2012	200 644 271	206 676 303	-6 032 032
2013	209 075 825	212 271 360	-3 195 535
2014	237 662 382	234 817 698	2 844 684
2015	224 218 028	223 232 803	985 225
2016	235 770 235	237 478 577	-1 708 342
2017	239 335 982	243 683 976	-4 347 994
2018	254 209 349	259 917 769	-5 708 420

5.4.2 Vurdering

Etter revisjonens vurdering synes den etablerte praksisen for budsjettering å legge godt til rette for å sikre realistisk budsjettering.

Samtidig viser undersøkelsen at kommunen har utfordringer med å sikre realistiske budsjetter for helse- og omsorgstjenestene. I intervju blir det opplyst at enkelte budsjettposter (lønn, refusjoner mv.) er krevende å sikre en presis og realistisk budsjettering av, og at tilsvarende problematikk også gjelder for behov for investeringer i nytt utstyr. Revisjonen registrerer også at fagavdeling helse og omsorg over den siste treårsperioden (2016-2018) har hatt negative økonomiske resultater, og at dette også har vært en utfordring i tidligere år.

Revisjonen mener at de opplysningene som kommer frem i undersøkelsen, med krevende poster å budsjettere og negative økonomiske resultater over flere år, kan indikere at det kan være et behov for at kommunen går gjennom den praksisen som er etablert for utarbeidelse av budsjetter, og vurderer hvorvidt det er mulig å utbedre og styrke denne på relevante punkter med tanke på å sikre realistisk budsjettering av de årlige kostnadene for de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

5.5 Økonomisk rapportering

5.5.1 Datagrunnlag

Det er etablert faste rutiner for månedlig rapportering på økonomi i kommunalavdeling for levekår, fra de ulike tjenestene, via fagsjefene og videre til kommunalsjef. Den månedlige økonomirapporteringen følger en fast mal som omfatter statusgjennomgang med oppsummering av mer-/mindreforbruk mot budsjett siste måned, prognose med stipulering av avvik for hele budsjettåret, et forklaringsfelt for eventuelle avvik fra budsjett, samt eget tekstfelt for beskrivelse av hvilke tiltak som skal settes i verk for å bringe økonomien i balanse. I forbindelse med rapportering på økonomi hver måned, får fagsjefene bistand fra økonomirådgiver i kommunen til å gjennomgå og analysere drifts- og investeringsregnskap for fagavdelingene. På bakgrunn av de månedlige økonomirapporteringene, blir det også rapportert på økonomi kvartalsvis til politisk nivå.

Når det gjelder oppdatering av økonomiske prognoser, inneholder rapporteringsmalen for månedlig økonomirapportering en egen rad for å stipulere avvik per fagavdeling for budsjettåret som helhet, noe som i praksis betyr at det hver måned blir foretatt en oppdatering av den økonomiske prognosen for den enkelte fagavdelingen. I intervju opplyser kommunalsjef for levekår at formelle budsjettjusteringer på bakgrunn av oppdaterte økonomiske prognoser gjøres to ganger årlig (vår og høst), ved behov.

I intervju blir det opplyst fra de fleste involverte at selve systematikken for økonomirapportering og oppdatering av økonomiske prognoser oppleves å fungere godt nok. Samtidig etterlyses det bedre systemer for å føre løpende oversikt med den økonomiske utviklingen i fagavdelingene, og for å hente ut data (statistikker og prognoser) knyttet til bestemte budsjett- og regnskapsposter. Fagsjefer og ledere i institusjons- og hjemmetjenestene peker på at det er utfordrende å holde god nok løpende oversikt over blant annet lønnsutbetalinger (herunder lønn til vikarer), sykefraværerefusjoner og refusjon ifm. svangerskapspermisjoner. For disse postene er det i perioder etterslep på oppdatering av tall i økonomisystemet. Dette medfører at tallmaterialet kan være vanskelige å styre virksomheten etter, ettersom det ikke nødvendigvis gir en tidsriktig oversikt over hvilke lønnsutgifter tjenestene har hatt på et bestemt tidspunkt og hvilke refusjoner avdelingene er berettiget. Flere av de intervjuede opplyser at de for å sikre seg nødvendig oversikt over lønn og refusjoner i sine virksomheter, og for å unngå at det skal dukke opp kostnader ved årsavslutning som man ikke hadde tilstrekkelig kjennskap til, fører egne skyggeregnskaper over lønn til ansatte i ulike kategorier (sykemeldte, vikarer mv.) og refusjoner fra NAV.

5.5.2 Vurdering

Kommunen har etablert system for økonomisk rapportering fra de ulike tjenestene, til fagsjef og videre til kommunalsjef for levekår, som etter revisjonens vurdering omfatter rapportering på de parameterne som er mest sentrale for ledelsen å ha informasjon om for å kunne følge opp økonomien både i den enkelte fagavdeling og for kommunalavdelingen samlet. Systemet som er etablert for økonomirapportering gir etter revisjonens vurdering også godt grunnlag for oppdatering av økonomiske prognoser for den enkelte fagavdeling og tjeneste. Endringer i økonomisk prognose blir fulgt opp månedlig, mens formelle budsjettjustering på bakgrunn av endringer i prognose gjøres to ganger i året (dersom prognosene tilsier at det er behov for det).

I forbindelse med undersøkelsen kommer det samtidig frem at fagsjefer og ledere i tjenestene opplever at de mangler gode nok system for å holde løpende oversikt over den økonomiske utviklingen i sine tjenester, og for å hente ut statistikker og prognoser knyttet til bestemte budsjett- og regnskapsposter. Ledere mangler dermed til dels nødvendig styringsinformasjon for å holde fortløpende oversikt over den økonomiske utviklingen, og dette gjør det krevende å styre etter og treffe de budsjettene som er vedtatt for tjenestene, samt vurdere hvilket økonomisk handlingsrom man har. Revisjonen vil også peke på at manglende oversikt over hvilke kostnader som faktisk er påløpt for bestemte regnskapsposter, og usikkerhet rundt hvorvidt tallene for disse postene er korrekt, medfører risiko for feil/mangler i rapporteringen som går til ledelsen. Feil/mangler i rapporteringen vil kunne gi ledelsen et feilaktig bilde av status for økonomien i tjenestene, og dermed også et feilaktig utgangspunkt for oppdatering av prognoser, vurdering av ev. budsjettjusteringer og tiltak for å sikre budsjettmessig balanse. På bakgrunn av dette, er det revisjonens vurdering at Askøy kommune bør sikre bedre løpende oversikt over den økonomiske utviklingen i de ulike tjenestene, og da særlig for de postene fagavdelingene og den enkelte virksomhet opplyser at er krevende å sikre tilstrekkelig kontroll med gjennom året.

6. Konklusjon og anbefalinger

Forvaltningsrevisjonen viser at Askøy kommune har gjort flere organisatoriske grep for å sikre at helse- og omsorgstjenestene er organisert på en hensiktsmessig måte for å ivareta oppgaver som følger av samhandlingsreformen, samt behovene til ulike pasientgrupper. Kommunen har etter revisjonens vurdering satt i verk hensiktsmessige tiltak for å sikre tilstrekkelig kapasitet til å ta imot og følge opp utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten, og antallet overliggedøgn på sykehus er betydelig redusert i perioden fra 2016 til 2018. Kommunen har etter revisjonens vurdering også etablert hensiktsmessige tiltak for å forebygge sykdom og sykehusinnleggelses blant pasienter. Videre har kommunen etablert system for sikker informasjonsutveksling av pasientinformasjon med helseforetaket, og det er lagt til rette system for å melde avvik til helseforetaket knyttet til eventuelle feil og mangler i informasjonsutvekslingen.

Samtidig viser undersøkelsen at det fremdeles er områder der Askøy kommune på revisjonstidspunktet ikke har etablert tilstrekkelige systemer eller satt i verk tilstrekkelige tiltak for å sikre at oppgaver som følger av samhandlingsformen blir ivaretatt på en god måte. På revisjonstidspunktet har kommunen fremdeles pasienter på venteliste til langtids plass i institusjon, og at kommunen har hatt kostnader knyttet til overliggedøgn på sykehus også i 2018. Undersøkelsen indikerer videre at kommunen ikke har tilstrekkelig tilgang på fagkompetanse i alle deler av tjenestene. I tillegg har kommunen etter revisjonens vurdering ikke etablert tilstrekkelig med rutiner for samhandling på tvers av ulike fagavdelinger til bruk i forbindelse med pasientoppfølging, eller sørget for at de fysiske forholdene i alle deler av tjenestene er godt nok tilpasset til å kunne tilby alle pasienter et tilbud av tilfredsstillende kvalitet.

Undersøkelsen viser at det er etablert hensiktsmessige systemer for samhandling mellom kommunen og helseforetaket om oppfølging av pasienter før, under og etter sykehusopphold. Samtidig kommer det frem i undersøkelsen at det i begrenset grad blir meldt avvik fra kommunen til helseforetaket i tilfeller der kommunen ikke mottar tilstrekkelig og/eller tidsriktig informasjon om pasienter som skal overføres til kommunen. Mangelfull rapportering av avvik kan øke risikoen for at avvik eller uønskede hendelser knyttet til informasjonsutveksling ikke blir fanget opp og fulgt opp, noe som igjen kan bidra til at mangelfull praksis vedvarer og at relevant forbedringsarbeid ikke blir iverksatt.

Askøy kommune har etablert rutiner og praksis for utarbeidelse av budsjett og rapportering på økonomisk utvikling innenfor helse og omsorg. Det er revisjonens vurdering at etablerte rutiner synes hensiktsmessige med tanke på å legge til rette både for å sikre realistisk budsjettering og for å sikre oversikt over den økonomiske situasjonen i tjenestene gjennom året. Revisjonen registrerer likevel at kommunen har utfordringer med å sikre realistisk budsjettering, samt tilstrekkelig løpende oversikt over den økonomiske utviklingen i tjenester og fagavdelinger. Manglende oversikt over økonomisk utvikling gjennom året medfører etter revisjonens vurdering risiko for feil/mangler i rapporteringen som går til ledelsen, noe som igjen vil kunne gi et feilaktig bilde av status for økonomien i tjenestene, og dermed også et feilaktig utgangspunkt for oppdatering av økonomiske prognoser, vurdering av ev. budsjettjusteringer og tiltak for å sikre budsjettmessig balanse.

Basert på det som kommer frem i undersøkelsen anbefaler revisjonen at Askøy kommune setter i verk følgende tiltak:

1. Fortsetter arbeidet med å sikre at ulike deler av tjenestene har tilstrekkelig kapasitet til å håndtere sine oppgaver.
2. Sikrer tilstrekkelig tilgang på fagkompetanse i alle deler av tjenestene, i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 bokstav d.
3. Gjennomfører systematiske kartlegginger av om det finnes pasientgrupper som ikke får tilfredsstillende oppfølging.
4. Sikrer at prosjekt og tiltak kommunen setter i verk innenfor helse og omsorg blir systematisk evaluert.
5. Sikrer at det foreligger tilstrekkelig med rutiner for intern samhandling i tilfeller der det er aktuelt at pasienter mottar tjenester fra flere fagavdelinger samtidig.

6. Sørger for at de fysiske forholdene i helse- og omsorgstjenestene er godt nok tilpasset til å kunne tilby alle pasienter et tilbud med tilfredsstillende kvalitet.
7. Sørger for at det når det er aktuelt blir meldt avvik til helseforetaket knyttet til informasjonsutveksling mellom kommunen og helseforetaket.
8. Gjennomgår etablerte rutiner og praksis for utarbeidelse av budsjetter, og vurderer hvorvidt det er mulig å videreutvikle disse ytterligere med tanke på å sikre realistisk budsjettering.
9. Vurderer aktuelle tiltak for å sikre bedre løpende oversikt over den økonomiske utviklingen gjennom året i de ulike fagavdelingene/tjenestene.

Vedlegg 1: Høringsuttalelse

26. april 2019 mottok revisjonen følgende høringsuttalelse fra rådmannen i Askøy kommune, i form av et usignert vedlegg til e-post:

«Høringsuttalelse Forvaltningsrevisjon i Askøy kommune, tilpasning til samhandlingsreformen.

Hensikten med rapporten har vært å undersøke om helse- og omsorgstjenestene i Askøy kommune er organisert på en hensiktsmessig måte for å ivareta kommunens oppgaver som følger av samhandlingsreformen, og for å ivareta behovene til de ulike pasientgruppene.

Rapporten vi har mottatt er en godt gjennomarbeidet rapport som gir svar på de ulike problemstillingene som er blitt undersøkt.

Tiltakene som er foreslått støtter oppunder det arbeidet som er godt i gang i fagavdelingene Helse og omsorg og Individ og levekår. Vi vil kommentere noen av tiltakene:

- *Gjennomfører systematisk kartlegging av om det finnes pasientgrupper som ikke får tilfredsstillende oppfølging.*
Dette gjelder oppfølging av kvalitetsforskriften § 6d – oversikt over områder med risiko for svikt. Det er kommet frem i intervju at det er pasientgrupper som ikke får tilfredsstillende oppfølging. Først når nødvendig kartlegging er gjort, kan vi vite om dette faktisk medfører riktighet.
- *Sørge for at det når det er aktuelt blir meldt avvik til helseforetaket knyttet til informasjonsutveksling mellom kommunen og helseforetaket.*
Manglende avviksmeldinger fra kommunene til helseforetaket har vært satt på dagsorden i flere omganger i Overordnet samarbeidsutvalg mellom Haraldsplass Diakonale Sykehus, Helse Bergen og kommunene i Bergensregionen. Arbeidet viser at det er underrapportering av avviksmeldinger både fra kommunene og fra helseforetakene, og det er pr. d.d. ikke et felles system (eks. elektronisk system) - som ivaretar dette på en god og hensiktsmessig måte. Dette er en sak utvalget følger opp.
Kommunen må likevel ha mer fokus på informasjon om avvikssystemet som foreligger i dag, og sørge for at dette blir brukt.
- *Gjennomgår etablerte rutiner og utarbeidelse av budsjetter, og vurdere hvorvidt det er mulig å videreutvikle disse ytterligere med tanke på å sikre realistisk budsjettering.*
Alle faste stillinger blir lagt inn i budsjettet. Grunnbemanning er alltid lagt inn. Variabel lønn – som vikarlønn, ferievikarlønn, sykevikarlønn mv blir lagt inn etter dialog med rådmann. Budsjettet er styrende for hvordan fordeling på variabel lønn blir. Uspesifiserte innsparingstiltak bestemt politisk, må følges og kan være vanskelig å håndtere både budsjettmessig og i den løpende driften gjennom året.
- *Vurdere aktuelle tiltak for å sikre bedre løpende oversikt over den økonomiske utviklingen gjennom året i de ulike fagavdelingene/tjenestene.*
Fagavdelingene har månedlige økonomirapporter med prognoser for hele året. Økonomikonsulentene er tett på de ulike avdelingene for å følge opp den økonomiske utviklingen gjennom året. På den måten har både fagsjef og ledere mulighet for god kontroll og oversikt. Til tross for god oversikt, kan det likevel være driftsmessige utfordringer som gjør at det blir overskridelser.»

Vedlegg 2: Revisjonskriterier

Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen har som mål å bidra til at alle får rett behandling, til rett tid og på rett sted.²⁴ I St. meld. 47 «Samhandlingsreformen» tas det utgangspunkt i tre sentrale utfordringer innenfor helse- og omsorg:

1. Mangel på tilstrekkelig koordinerte tjenester
2. For liten innsats på å begrense og forebygge sykdom
3. Demografisk utvikling som kan true samfunnets økonomiske bæreevne («eldrebølge»)

Samhandlingsreformen innebærer økt innsats for det forebyggende helsearbeidet, som skal bidra til mindre press på etterspørselen etter spesialiserte helsetjenester. I tillegg er Samhandlingsreformen ment å bidra til at kommunene skal ha ansvar for mest mulig av pleie- og omsorgstilbudet til innbyggerne, slik at spesialisthelsetjenesten utelukkende skal drive de spesialiserte tjenestene. Reformen har til hensikt å sikre bedre samhandling mellom sykehusene og kommunene om enkeltpasienter og pasientgrupper.

I forbindelse med samhandlingsreformen er intensjonen at kommunene skal opprette kommunale tilbud før, istedenfor og etter sykehusopphold. Det ligger spesielt insentiver knyttet til å redusere andelen «utskrivningsklare pasienter», behandling av medisinske pasienter ved somatiske sykehus, og øyeblikkelig hjelp-innleggelser.

Blant de mest sentrale virkemidlene i samhandlingsreformen er:²⁵

- Kommunalt betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter
- Økt innsats på folkehelsearbeid og forebygging i helse- og omsorgstjenesten
- Lovpålagt samarbeidsavtale mellom kommuner og regionale helseforetak
- Kommunal plikt til å tilby døgnopphold til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp

Ikraftsettelse av samhandlingsreformen 1. januar 2012 medførte endringer i lovverk som regulerer kommunens tjenesteproduksjon, og det ble innført ny Helse- og omsorgstjenestelov og Folkehelselov. Sentrale elementer i reformen er nå tatt inn i lovverk som er nærmere omtalt nedenfor.

Kommunalt betalingsansvar

Kommunalt betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter innebærer at kommunene overtar det finansielle ansvaret for utskrivningsklare pasienter på sykehus fra første dag. Målet er å hindre at utskrivningsklare pasienter blir liggende på sykehus og vente fordi kommunen deres ikke har et tilbud til dem.

Fra 1. januar 2019 ble ordningen med kommunalt betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter utvidet til også å gjelde pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling (TSB).

Kommunalt tilbud om øyeblikkelig hjelp

Samhandlingsreformen har som mål å bygge ut tjenester der folk bor, og derfor ble det fra og med 2016 også stilt krav om at kommunene skulle tilby døgnopphold for øyeblikkelig hjelp. Dette var en oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Plikten skal i første omgang omfatte

²⁴ Helse- og omsorgsdepartementet, St.meld. nr. 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid

²⁵ Kommuneproposisjonen 2012 – Prop. 115S, Tidligere var også kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten et sentralt virkemiddel.

somatiske pasienter, men har fra 1. januar 2017 også omfattet pasienter med psykiske helse- og rusmiddelproblemer.²⁶

Krav i lov og forskrift

Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 skal kommunen sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.²⁷ Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.²⁸

Kommunen plikter å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at helse- og omsorgstjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov og forskrift.²⁹ Pliktene til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere er nærmere regulert i egen forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.³⁰

I § 3-2 i helse- og omsorgstjenesteloven går det frem at kommunen blant annet skal tilby følgende for å oppfylle ansvaret etter § 3-1:

1. Helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder:
 - a. helsetjeneste i skoler og
 - b. helsestasjonstjeneste
2. Svangerskaps- og barselomsorgstjenester
3. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder:
 - a. legevakt,
 - b. heldøgns medisinsk akuttberedskap,
 - c. medisinsk nødmeldetjeneste, og
 - d. psykososial beredskap og oppfølging.
4. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning
5. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering
6. Andre helse- og omsorgstjenester, herunder:
 - a. helsetjenester i hjemmet,
 - b. personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt og
 - c. plass i institusjon, herunder sykehjem

Kommunens ansvar for tilbud om opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig tilrettelagt for heldøgns tjenester blir nærmere omtalt i § 3-2 a). Her står det at:

Kommunen skal tilby opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester dersom dette etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

Videre fremgår det av regelverket at helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter denne loven skal være forsvarlige. I § 4-1 om «Forsvarlighet» går det frem at:

Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at:

- a. den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud,
- b. den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud,
- c. helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og
- d. tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene.

²⁶ Helsedirektoratet, 2016. *Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold*. Veiledningsmaterieill.

²⁷ Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd.

²⁸ Ibid, § 3-1 annet ledd.

²⁹ Ibid, § 3-1 tredje ledd.

³⁰ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten tredje i kraft 01.01.2017.

I kommentarer til reglene om rett til nødvendig helsehjelp fremgår det at «Nødvendige helse- og omsorgstjenester må ses i sammenheng med kravet om forsvarlige tjenester (...)»³¹

Kommunen kan bestemme hvordan helsehjelpen skal gis, men hjelpen må uansett være forsvarlig ut fra en medisinsk og sykepleiefaglig vurdering. Dette betyr at man for eksempel ikke kan kreve en plass på et sykehjem dersom nødvendig og forsvarlig helsehjelp etter en helsefaglig vurdering kan gis i hjemmet eller i omsorgsbolig.³²

Helsefremmende og forebyggende arbeid

Helse- og omsorgstjenesteloven sier at kommunen ved ytelse av helse- og omsorgstjenester skal fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer, og at dette blant annet skal skje ved opplysning, råd og veiledning.³³

Etter folkehelseloven § 5 skal kommunen ha en skriftlig oversikt over helsetilstanden i befolkningen som skal identifisere folkehelseutfordringene i kommunen. Kommunen skal etter § 7 i loven iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer, jf. § 5. Det blir vist til at dette blant annet kan omfatte tiltak knyttet til oppvekst- og levekårsforhold som bolig, utdanning, arbeid og inntekt, fysiske og sosiale miljøer, fysisk aktivitet, ernæring, skader og ulykker, tobakksbruk og alkohol- og annen rusmiddelbruk.

Plikt til samhandling og samarbeid

Av helse- og omsorgstjenesteloven følger det at kommunen har plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester internt i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig for å tilby tjenester omfattet av loven (§ 3-4). Videre står det i § 4-1, 1. ledd at kommunen skal legge til rette tjenestene slik at «den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud.»

Et sentralt virkemiddel i samhandlingsreformen som omtales i Kommuneproposisjonen 2012 – Prop. 115S³⁴ er opprettelsen av en lovpålagt samarbeidsavtale mellom kommuner og regionale helseforetak. Kommunestyret har plikt til å inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helseregionen (helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1, 1. ledd), og samarbeidet skal ha som målsetning å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester (§ 6-1, 2. ledd).

Krav til avtalene fremgår i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2, hvor det spesifiseres at avtalene som et minimum skal inneholde en enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for. Avtalen skal bidra til en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre. Den skal også inneholde retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering mv. for å sikre helhetlige helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester. Videre er det et krav at avtalen gir retningslinjer for innleggelse i sykehus, beskriver kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp og gir retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon. Ellers skal avtalen blant annet også inneholde retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering.

Av helse- og omsorgstjenesteloven § 6-5 fremgår det at avtalepartene årlig skal gjennomgå avtalen med sikte på nødvendige oppdateringer eller utvidelser. Videre heter det at avtalen kan sies opp med ett års frist. Når en av partene sier opp avtalen, skal det regionale helseforetaket varsle Helsedirektoratet.

Kompetanse og opplæring

I § 4-1 i helse- og omsorgstjenesteloven er krav til forsvarlighet i kommunens tjenesteutøvelse presisert. Her går det blant annet frem at kommunen er pliktig å tilrettelegge for at personell som utfører tjenestene

³¹ Gyldendals rettsdata, Lov om helse- og omsorgstjenester, note (7): <http://abo.retsdata.no/browse.aspx?bid=autoComp&sDest=qL20110624z2D30>

³² www.helsetilsynet.no

³³ Helse- og omsorgstjenesteloven, § 3-3.

³⁴ Kommuneproposisjonen 2012 – Prop. 115S.

blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter (§ 4-1 bokstav c) og for at tilstrekkelig fagkompetanse er sikret i tjenestene (§ 4-1 bokstav d). Det går frem av § 8-1 i helse- og omsorgstjenesteloven at «[e]nhver kommune plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder videre- og etterutdanning.»

I forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6 bokstav f er virksomhetens ansvar for å ha oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring presisert. Kravet er utdypet i veileder fra Helsedirektoratet.³⁵

I veilederen går det frem at det er øverste leder sitt ansvar å sørge for system som sikrer at medarbeiderne har kunnskap og ferdigheter til å utføre sine oppgaver:

Det forutsetter at virksomheten gjennomfører jevnlig kompetansekartlegginger, rekrutterer medarbeidere med riktig kompetanse, og sørger for at de får tilstrekkelig opplæring, samt etter- og videreutdanning.³⁶

Det blir videre presisert at en avgjørende faktor for å lykkes med å forbedre helse- og omsorgstjenestene er at både ledere og medarbeidere har kompetanse i forbedringsarbeid:

Forbedringskunnskap er et eget fag som må læres. Derfor bør også dette kunnskapsområdet innarbeides i kompetansekartlegginger og planer.³⁷

Under praktiske eksempler i veilederen blir det vist til hvordan man kan arbeide med kunnskap om forbedring.

I Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6 bokstav f blir det vist til at virksomhetens plikt til å planlegge sine aktiviteter innebærer å ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring.

Internkontroll

Administrasjonssjefens overordnede ansvar for internkontrollen i kommunen går frem av kommuneloven § 23 nr. 2, ved at «administrasjonssjefen skal sørge for at administrasjonen drives i samsvar med lover, forskrifter og overordnede instruksjoner, og at den er gjenstand for betryggende kontroll».

Krav til systematisk styring av virksomheten

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten omtaler krav til systematisk styring av virksomheter som er pålagt internkontrollplikt etter helse- og omsorgstjenesteloven. Av § 1 går det frem at formålet med forskriften er å bidra til faglige forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, samt til at øvrige krav til helse- og omsorgslovgivningen etterleves.

Videre går det frem av § 3 i samme forskrift at den som har det «overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette». Dette inkluderer blant annet at det skal utvikles og iverksettes nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Av forskriftens § 6 bokstav d går det frem at virksomheten har plikt til å planlegge sine aktiviteter med hensyn til å «ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten».

³⁵ Helsedirektoratet: veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. IS-IS-2620. Sist oppdatert 13.6.2017

³⁶ Ibid, side 22.

³⁷ Ibid, side 22.

Av forskriftens § 8 bokstav c går det frem at virksomheten har plikt til å evaluere om iverksatte tiltak ivaretar kravene i helse- og omsorgslovgivningen.

Krav til realistisk budsjettering

Krav til utforming av økonomiplan og årsbudsjett for kommunen går frem av kommunelovens kapittel 8. Av § 46, som omtaler årsbudsjettets innhold, går følgende frem:

1. Årsbudsjettet er en bindende plan for kommunens eller fylkeskommunens midler og anvendelsen av disse i budsjettåret. I bevilgninger til formål kan det likevel gjøres fradrag for tilhørende inntekter. Kravet om budsjett hjemmel på utbetalingstidspunktet gjelder ikke for utbetalinger som kommunen eller fylkeskommunen er rettslig forpliktet til å foreta.
2. Årsbudsjettet skal omfatte hele kommunens eller fylkeskommunens virksomhet.
3. Årsbudsjettet skal være realistisk. Det skal fastsettes på grunnlag av de inntekter og utgifter som kommunen eller fylkeskommunen kan forvente i budsjettåret.
4. Årsbudsjettet skal være stilt opp på en oversiktlig måte. Kommunestyrets eller fylkestingets prioriteringer, samt de målsettinger og premisser som årsbudsjettet bygger på, skal komme tydelig fram.
5. Årsbudsjettet skal være inndelt i en driftsdel og en investeringsdel.
6. Det skal budsjetteres med et driftsresultat som minst er tilstrekkelig til å dekke renter, avdrag og nødvendige avsetninger.
7. I årsbudsjettet kan det avsettes midler til bruk i senere budsjettår.
8. Departementet kan gi nærmere regler om årsbudsjettet og innstilling til årsbudsjettet. I disse reglene kan det stilles krav om oversikter over inntekter og utgifter for kommunens eller fylkeskommunens samlede virksomhet.

Kommunal planlegging

Kommuner er pålagt å planlegge virksomheten sin. Det går fram av kommuneloven § 5 at «kommunen skal utarbeide en samordnet plan for den kommunale virksomhet.» Kommunens plikt til og formål med å utarbeide planer fremgår også av plan- og bygningsloven § § 3-2, 3-3 og 11-2, andre ledd.

Planleggingen skal fremme helhet ved at sektorer, oppgaver og interesser i et område blir sett i sammenheng gjennom samordning og samarbeid om oppgaveløsning mellom sektormyndigheter og mellom statlige, regionale og kommunale organer, private organisasjoner og institusjoner, og allmenheten, jf. plan- og bygningsloven § 3-1.

Vedlegg 3: Sentrale dokumenter og litteratur

Lov og forskrift

- Helse- og omsorgsdepartementet, 2011. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven). LOV-2011-06-24-30.
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 1993. Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven). LOV-1992-09-25-107.
- Helse- og omsorgsdepartementet, 2011. Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). LOV-2011-06-24-29.
- Helse- og omsorgsdepartementet, 2016. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. FOR-2016-10-28-1250.
- Helse- og omsorgsdepartementet, 1999. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63.
- Helse- og omsorgsdepartementet, 2003. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. FOR-2003-06-27-792.
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2008. Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven). LOV-2008-06-27-71.

Forarbeider, rundskriv, veiledere mv.

- Helse- og omsorgsdepartementet, St.meld. nr. 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.
- Kommunal- og regionaldepartementet, 2003. Ot.prp. nr. 70 (2002-2003), Om lov om endringer i lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner m.m. (kommunal revisjon).
- Kommuneproposisjonen 2012 – Prop. 115S
- Helsedirektoratet: veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. IS-IS-2620. Sist oppdatert 13.6.2017
- Helsedirektoratet, 2016. *Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold*. Veiledningsmaterieill.

Dokumenter fra Askøy kommune

- Organisasjonskart for kommunalavdeling levekår, 19. juni 2018
- Askøy 2030 – Kommuneplanens samfunnsdel 2015-2030. Vedtatt i kommunestyret 16. juni 2015
- Kommunedelplan Helse og livskvalitet 2018-2030
- Temaplan for fagavdeling helse og omsorg 2015-2018: «Morgendagens omsorg»
- Temaplan for fagavdeling individ og levekår 2016-2019: «Et verdig liv»
- Temaplan for rehabilitering og habilitering 2018-2022
- Rus- og psykiatriplanen 2018-2022
- Virksomhetsplan 2018 for hjemmetjeneste og institusjon
- Virksomhetsplan 2018 for individ og levekår
- Virksomhetsplan 2018 for fysio-, ergo- og servicetjenesten
- Virksomhetsplan 2018 for psykisk helse og rus
- Virksomhetsplan 2018 for tjenester til psykisk utviklingshemmede
- Årsmelding for helse- og omsorgstjenestene 2016
- Årsmelding for helse- og omsorgstjenestene 2017

Andre kilder

- Saman.no – Samarbeid mellom sjukehusa og 24 av kommunane i Hordaland: www.saman.no
- KOSTRA: <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/kostra/>



Deloitte AS and Deloitte Advokatfirma AS are the Norwegian affiliates of Deloitte NWE LLP, a member firm of Deloitte Touche Tohmatsu Limited ("DTTL"), its network of member firms, and their related entities. DTTL and each of its member firms are legally separate and independent entities. DTTL (also referred to as "Deloitte Global") does not provide services to clients. Please see www.deloitte.no for a more detailed description of DTTL and its member firms.

Deloitte Norway conducts business through two legally separate and independent limited liability companies; Deloitte AS, providing audit, consulting, financial advisory and risk management services, and Deloitte Advokatfirma AS, providing tax and legal services.

Deloitte provides audit, consulting, financial advisory, risk management, tax and related services to public and private clients spanning multiple industries. Deloitte serves four out of five Fortune Global 500® companies through a globally connected network of member firms in more than 150 countries bringing world-class capabilities, insights, and high-quality service to address clients' most complex business challenges. To learn more about how Deloitte's approximately 245,000 professionals make an impact that matters, please connect with us on Facebook, LinkedIn, or Twitter.

© 2019 Deloitte AS