

# **Follo distriktsrevisjon**

## **Forvaltningsrevisjonsrapport**

# **Samhandlingsreformen**

## **Frogn kommune**

10.juni 2014

RAPPORT 16 /2013

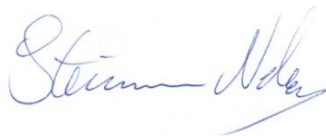


## Forord

Forvaltningsrevisjon er en lovpålagt oppgave for Frogn kommune etter Kommuneloven av 25. september 1992 med endringer av 12. desember 2003. Formålet med forvaltningsrevisjon er nedfelt i lovens § 77 nr. 4 som har følgende ordlyd:

Kontrollutvalget skal påse at kommunens eller fylkeskommunens regnskaper blir revidert på en betryggende måte. Kontrollutvalget skal videre påse at det føres kontroll med at den økonomiske forvaltning foregår i samsvar med gjeldende bestemmelser og vedtak, og at det blir gjennomført systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak og forutsetninger (forvaltningsrevisjon).

I denne undersøkelsen har Follo distriktsrevisjon etter oppdrag fra kontrollutvalget, vurdert samhandlingsreformen med fokus på befolkningsutvikling, utskrivingsklare pasienter, virkninger for pasientene og forebygging. Prosjektet er gjennomført i perioden juli 2013 til april 2014 av forvaltningsrevisor Rune Gran støttet av avdelingsleder Bjørn Tore Nedregård. Follo distriktsrevisjon vil benytte anledningen til å takke ansatte i Frogn kommune som har bistått revisjonen i forbindelse med gjennomføringen av undersøkelsen.



Steinar Neby  
Revisjonssjef



Rune Gran  
Prosjektleder

**Innholdsfortegnelse**

<b>1</b>	<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>BAKGRUNN</b> .....	<b>6</b>
2.1	<i>Formål og problemstillinger</i> .....	6
<b>3</b>	<b>METODISK GJENNOMFØRING</b> .....	<b>7</b>
3.1	<i>Gjennomføring</i> .....	7
3.2	<i>Dataenes reliabilitet og validitet</i> .....	7
<b>4</b>	<b>GENERELT OM SAMHANDLINGSREFORMEN</b> .....	<b>8</b>
<b>5</b>	<b>ENDRINGER I BEFOLKNINGSUTVIKLINGEN</b> .....	<b>10</b>
5.1	<i>Revisjonskriterier</i> .....	10
5.2	<i>Faktabeskrivelse</i> .....	11
5.3	<i>Vurdering</i> .....	15
5.4	<i>Konklusjon</i> .....	15
<b>6</b>	<b>UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER</b> .....	<b>16</b>
6.1	<i>Revisjonskriterier</i> .....	16
6.2	<i>Faktabeskrivelse</i> .....	18
6.2.1	<i>Samarbeid med AHUS</i> .....	18
6.3	<i>Vurderinger</i> .....	23
6.4	<i>Konklusjon</i> .....	24
<b>7</b>	<b>VIRKNINGER FOR PASIENTENE</b> .....	<b>25</b>
7.1	<i>Revisjonskriterier</i> .....	25
7.2	<i>Faktabeskrivelse</i> .....	25
7.3	<i>Vurderinger</i> .....	29
7.4	<i>Konklusjon</i> .....	30
<b>8</b>	<b>FOREBYGGING</b> .....	<b>31</b>
8.1	<i>Revisjonskriterier</i> .....	31
8.2	<i>Faktabeskrivelse</i> .....	32
8.2.1	<i>Dokumentasjon i planverket</i> .....	32
8.3	<i>Vurderinger</i> .....	35
8.4	<i>Konklusjon</i> .....	35
<b>9</b>	<b>ANBEFALINGER</b> .....	<b>36</b>
<b>10</b>	<b>RÅDMANNENS UTTALELSE</b> .....	<b>37</b>
<b>11</b>	<b>REVISJONENS KOMMENTARER TIL RÅDMANNENS UTTALELSE</b> .....	<b>41</b>
<b>12</b>	<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>42</b>

# 1 Sammendrag

Formålet med prosjektet har vært å undersøke om Frogn kommune har styring og kontroll med innføringen av samhandlingsreformen og om de delene av reformen som er satt ut i livet, virker etter hensikten. Når det gjelder forebyggingsperspektivet er, så er dette kun omhandlet på et overordnet nivå.

Revisjonens hovedinntrykk er at kommunen har stort fokus på oppfølgingen av reformen og dedikerte medarbeidere med høy kompetanse som er engasjert i dette arbeidet og har en positiv holdning til nødvendigheten av å følge opp reformens intensjoner.

Undersøkelsen har blant annet vist at:

- Kommunens planverk tar hensyn til endringer i befolkningen, og redegjør også for konsekvenser av denne.
- Tilbakemeldinger tyder på at dokumentasjonsrutinene mellom AHUS og Frogn kommune generelt sett fungerer bra.
- Frogn kommune arbeider aktivt for å sikre gode pasientforløp, og har etablert et innsatsteam for å kunne ta helhetlige vurderinger ut fra pasientens behov.
- Revurdering og utvikling av rutiner og prosedyrer er startet i 2014.
- Frogn kommune driver et betydelig forebyggende arbeid.

På den annen side fremkommer det også at:

- Kommunens utkast til planstrategi er lite retningsgivende om befolkningsutvikling og konsekvenser.
- Kommunens strategier for å møte endringene i befolkningsutviklingen fremstår til dels som noe generelle og uferdige.
- Fra flere hold rapporteres at utskrivingsklare pasienter har økt og er generelt sikrere enn før.
- Både kommunen og AHUS registrerer avvik fra avtalen mellom kommunen og sykehuset, men avviksregistreringene er ulike.
- Kommunen har ikke systematiske data som underbygger på hvilken måte pasientene er sikrere enn før, eller analyser som viser konsekvensene av dette.
- Verken AHUS eller kommunen har oversikt over antall og type reinnleggelser.
- Prosedyre for saksbehandling og forvaltning ved søknadskontoret er utdatert.
- Samhandlingsreformen gir føringer for det forebyggende arbeidet som kommunen så langt ikke har fulgt helhetlig opp.

Avslutningsvis foreslår revisjonen enkelte tiltak vi mener er viktige for kommunens videre oppfølging av samhandlingsreformen.

## 2 Bakgrunn

Kontrollutvalget i Frogn vedtok i sitt møte 21. januar 2013 (sak 3/13), ”Samhandlingsreformen” som tema for forvaltningsrevisjon i 2013. Prosjektplanen ble godkjent i møte 16. september 2013 (Sak 23/13). Temaet er i tråd med planen for forvaltningsrevisjon som kommunestyret i Frogn har vedtatt for perioden 2013-2015.

### 2.1 Formål og problemstillinger

#### Formål

Formålet med prosjektet er å undersøke om Frogn kommune har styring og kontroll med innføringen av samhandlingsreformen og om de delene av reformen som er satt ut i livet, virker etter hensikten.

#### Problemstillinger

Følgende problemstillinger er belyst i dette prosjektet:

1. Tar kommunens planverk hensyn til endringer i befolkningen?
  - Hvilke konsekvenser har økningen av antall eldre?
2. Hvordan håndterer kommunen de utskrivningsklare pasientene?
  - Hvordan fungerer samarbeidet med Akershus Universitetssykehus (AHUS)?
  - Har kommunen kapasitet til å ta i mot de utskrivningsklare pasientene?
3. Hvilke virkninger har innføringen av reformen hatt for pasientene?
  - Medfører reformen økte belastninger for pasientene?
  - Hvordan sikrer kommunen at pasientenes rettigheter og behov blir ivaretatt?
  - Hvordan håndterer Søknadskontoret de endrede forutsetninger i sitt arbeid i forhold til klientenes rettigheter og behov?
4. Hvordan planlegger og gjennomfører kommunen forebyggende arbeid i forhold til kommunens innbyggere?
  - Innføringen av reformen setter et sterkere fokus på forebyggende arbeid. Hvordan blir dette ivaretatt av kommunen?
  - Er fokus på forebyggende arbeid et helhetlig arbeid i kommunen?

#### Avgrensninger og presiseringer

Reformen innføres gradvis. De elementene som allerede er innført, knytter seg i stor grad til kommunal medfinansiering, avtaleverk og ansvar for forebygging.

Forebyggingsperspektivet beskrives kun på et overordnet nivå.

## **3 Metodisk gjennomføring**

### **3.1 Gjennomføring**

Problemstillingene i prosjektet er i all hovedsak belyst gjennom dokumentanalyse, intervjuer med kommunalsjef Helse, omsorg og velferd, enhetsledere for Helse og koordinering, hjemmebaserte tjenester, Pleie og omsorg i institusjon og leder for søknadskontoret. Revisjonen har også gjennomført møte med Samhandlingsavdelingen ved AHUS for å bli informert om AHUS sitt syn på problemstillingene. Vi har også vært i kontakt med pasientombudet for Akershus for å få et inntrykk av virkninger av reformen ut fra den informasjonen som pasientombudet har.

Det er innhentet kommentarer til faktadelen av rapporten koordinert av kommunens kontaktperson. Den fullstendige rapporten er deretter sendt rådmannen på formell høring.

### **3.2 Dataenes reliabilitet og validitet**

Kvalitetssikring av datagrunnlaget omfatter en vurdering av reliabilitet og validitet. Begrepet reliabilitet beskriver analysens pålitelighet. I dette ligger at pålitelighet setter krav til nøyaktig datainnsamling og at det ikke er skjedd systematiske feil underveis i innsamlingen. Begrepet validitet beskriver analysens gyldighet, det vil si hvor godt det gitte materialet belyser problemstillingen i en undersøkelse.

Det er utarbeidet en intervjuguide hvor spørsmålene i guiden følger av problemstillingene som ligger til grunn for undersøkelsen.

Intervjusituasjonen gjør det også mulig å kunne oppklare misforståelser og stille oppfølgings spørsmål, hvilket også bidrar til styrket reliabilitet. Faktadelen av rapporten er gjennomgått og kommentert av kommunens kontaktperson.

## 4 Generelt om samhandlingsreformen

Grunnlaget for reformen var en erkjennelse av store utfordringer innen helsetjenestene knyttet til samarbeid, koordinering og samhandling, herunder også samarbeidet mellom kommunene og helseforetakene. Reformen er presentert i St.meld. nr. 47 (2008-2009), der regjeringen peker på følgende hovedutfordringer:

- Pasientenes behov for koordinerte tjenester ikke blir møtt.
- Det er for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom.
- Situasjonen med flere å forsørge og færre i jobb, truer den økonomisk bæreevne i dagens system.

Meldingen viser til at vi i liten grad har systemer som understøtter pasientens behov for helhet i pasientforløpet<sup>1</sup>. Derimot har vi mange systemer som er rettet inn mot deltjenestene. Ansvar og oppgaver er fordelt på to forvaltningsnivå, kommunene forvalter primærhelsetjenesten og omsorgstjenestene, og stat/helseforetak forvalter spesialisthelsetjenesten. I tillegg er det mange organisatoriske oppsplittinger både innad i kommunen og innad i helseforetakene. Vi har rettighets-, finansierings-, beslutnings-, brukermedvirknings- og prioriteringsbestemmelser rettet inn mot henholdsvis spesialisthelsetjenester og kommunale tjenester, men vi har i liten grad systemer som er rettet inn mot pasientens samlede behov

Mangelen på en helhetlig tilnærming til pasientforløp beskrives som et problem for den enkelte pasient ved at pasienten ikke mottar godt nok koordinerte tjenester. Det er også et problem i forhold til utfordringene med bærekraftig utvikling dersom det ikke legges til rette for å sette inn helhetlige tiltak mot de samlede pasientforløpene.

Meldingen viser bl.a. til at helsetjenesten har sterkt fokus på behandling av sykdom og senkomplikasjoner, og lite fokus på å fremme helse og å forebygge helseproblemer. Som en konsekvens av dette skjer behandlingen i spesialisthelsetjenesten når de kroniske sykdommene har kommet langt, i stedet for at disse forebygges og begrenses gjennom primærforebygging og tidlig intervensjon.

Dernest påpeker meldingen de utfordringer som følger av at vi fram mot 2050 vil vi få en betydelig økning i antall eldre. Antall personer over 80 år og eldre kan komme til å øke fra 190 000 i 2000 til over 500 000 i 2050. Forholdet mellom den yrkesaktive befolkningen og den eldre delen av befolkningen er av vesentlig betydning for finansieringen av bl.a. helse- og omsorgstjenester. I 2000 var det 4,7 personer i yrkesaktiv alder per eldre, mens koeffisienten reduseres til 2,9 i 2050.

Regjeringen mener at dersom det ikke settes inn tiltak vil utviklingen bli en trussel mot samfunnets bæreevne, både med hensyn til tilgang på arbeidskraft og samfunnsøkonomi. Over

---

<sup>1</sup>Forløp er den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene(st.m. nr 47 (2008-2009)).



tid vil dette tvinge frem prioriteringer som vil bryte med grunnleggende verdier i den norske velferdsmodellen.

For å møte disse utfordringene fokuserer reformen på 5 hovedgrep:

- Klarere pasientrolle – rett behandling på rett nivå, sterkere brukermedvirkning og rett til koordinator. Det skal arbeides med hvordan pasientene og deres organisasjoner i større grad kan trekkes med i arbeidet med å utvikle bedre helhetlige pasientforløp. Regjeringen vil etablere en lovpålagt plikt til å sørge for at pasienter med behov for koordinerte tjenester får én person som kontaktpunkt i tjenestene.
- Ny fremtidig kommunerolle mellom sykehus og lokalsamfunn – nærhet til folk kombinert med strategisk analyse, kompetanse og langsiktig planlegging. Den forventede veksten i behov i helsetjenesten, må i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene. Kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging.
- Nytt økonomisystem – kommunal medfinansiering. De økonomiske insentivene skal understøtte og gi grunnlag for gode pasienttilbud og kostnadseffektive løsninger. Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunalt økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter er de viktigste virkemidlene på dette området. Kjernen i begrunnelsen er at kommunen også gjennom de økonomiske ordningene kan stimuleres til å vurdere om det kan oppnås bedre helseeffekter gjennom annen bruk av ressursene, herunder riktigere bruk av sykehusene.
- Spesialisthelsetjenesten – rett spesialist på rett nivå, samarbeid med kommunene og redusert vekst i antallet leger. Spesialisthelsetjenesten skal styrkes, primært på to måter. For det første vil en riktigere oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten legge til rette for at spesialisthelsetjenesten i større grad kan konsentrere seg om oppgaver der de har sitt fortrinn, de spesialiserte helsetjenestene. For det andre kan et sterkere søkelys på de helhetlige pasientforløpene legge bedre til rette for at pasienter med behov for spesialiserte tjenester finner fram til tjenestestedene som har den aktuelle kompetansen.
- Tydeligere prioriteringer på tvers. Myndighetene har ikke et tilstrekkelig koordinert beslutningssystem for helse- og omsorgstjenestene. Det må tilstrebes at flere av de framtidige prioriteringsbeslutningene rettes inn mot helheten i de pasientforløp som svarer på de aktuelle behovene.

Regjeringen ønsker å supplere de fem hovedgrepene med strategiske tiltak på flere områder. Tiltak som vurderes er knyttet til utvikling av IKT-systemer, utvikling av en forsknings- og utdanningspolitikk og personalpolitikk som understøtter målene i samhandlingsreformen og samarbeid mellom helsemyndighetene og andre sektorer.

## 5 Endringer i befolkningsutviklingen

Tar kommunens planverk hensyn til endringer i befolkningen?

- Hvilke konsekvenser har økningen av antall eldre?

### 5.1 Revisjonskriterier

Plan- og bygningsloven stiller bl.a. krav til den kommunale planleggingen. Lovens § 10.1 krever at kommunestyret minst én gang i hver valgperiode, og senest innen ett år etter konstituering, skal:

*”utarbeide og vedta en kommunal planstrategi. Planstrategien bør omfatte en drøfting av kommunens strategiske valg knyttet til samfunnsutvikling, herunder langsiktig arealbruk, miljøutfordringer, sektorenes virksomhet og en vurdering av kommunens planbehov i valgperioden.”*

Revisjonen vil også trekke frem Folkehelseloven som i § 5 krever at:

*”Kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne.”*

En oversikt over helsetilstanden omfatter bl.a. opplysninger om og faglige vurderinger av årsaker og konsekvenser av befolkningssammensetningen, jfr. forskrift om oversikt over folkehelsen § 3.

Av folkehelseloven § 6 fremgår det at en drøfting av kommunens folkehelseutfordringer bør inngå i planstrategien.

Dernest følges dette opp i § 11.1 som i 2. ledd sier at:

*”Kommuneplanen skal ivareta både kommunale, regionale og nasjonale mål, interesser og oppgaver, og bør omfatte alle viktige mål og oppgaver i kommunen. Den skal ta utgangspunkt i den kommunale planstrategien og legge retningslinjer og pålegg fra statlige og regionale myndigheter til grunn.”*

Kommuneplanens samfunnsdel skal etter § 11.2

*”...ta stilling til langsiktige utfordringer, mål og strategier for kommunesamfunnet som helhet og kommunen som organisasjon. Den bør inneholde en beskrivelse og vurdering av alternative strategier for utviklingen i kommunen.”*

Ut fra ovenstående legger revisjonen følgende kriterier til grunn:

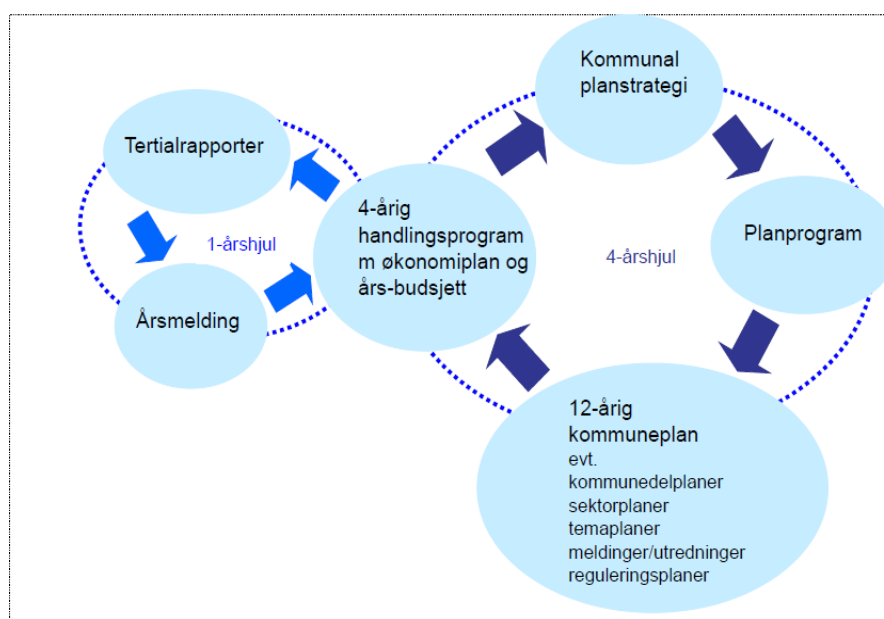
- Kommunen skal gjøre faglige vurderinger av årsaksforhold og konsekvenser av befolkningssammensetningen.
- Vurderingene bør fremkomme i kommunens plandokumenter.

## 5.2 Faktabeskrivelse

### Grunnlag

Frogn kommune har utarbeidet et utkast til ny planstrategi for perioden 2014-2017. Pr april 2014 er denne ikke vedtatt i kommunestyret. Utkastet til strategi har en kort beskrivelse av at kommunen forventer en vekst på mellom 0,7 % og 1,3 % i perioden mellom 2014 og 2017. Andelen eldre øker. Planstrategien redegjør også for at nåværende kommuneplan (2013-2025) videreføres uten endringer til 2017.

Ulike planer og rapporteringsrutiner forholder seg til hverandre som angitt i figuren nedenfor.



I plansammenheng er det i kommuneplanen de faglige vurderingene av befolkningsutviklingen i størst grad framkommer.

### Befolkningsstruktur

Follo-kommunene gikk i 2012 sammen om å utarbeide befolkningsprognoser.<sup>2</sup> Prognosene angir en vekst i Frogn på mellom 1300 og 1400 innbyggere frem mot 2025. På bakgrunn av bl.a. denne analysen, grunnlagsmateriale fra SSB/KOSTRA og egne beregninger, antar kommunen<sup>3</sup> en årlig befolkningsvekst på mellom 0,7 og 1,3 %.

Kommuneplanen uttrykker samtidig et mål om at befolkningsutviklingen skal være jevn og balansert og i gjennomsnitt 1,5 % årlig i planperioden.

Befolkningsutvikling og sammensetning er omhandlet i både kommuneplan og handlingsprogram. Hovedtendensen i utviklingen er at en større andel av befolkningen i 2025 vil være middelaldrende og eldre.

<sup>2</sup> Befolkningsprognose for Folloregionen – Hovedresultater. Juni 2012. COWI.

<sup>3</sup> Kommuneplanen 2013-2025.

	2012	2015	2020	2025
<b>+80 år</b>	549	584	735	920
<b>67-79 år</b>	1611	1958	2184	2340
<b>50-66 år</b>	3480	3670	4057	4246

(Kilde: Cowi: Resultater framskrivning Folloregionen, del 2, juni 2012 alt. 1, ver. 2)

Ser en befolkningsprognosen for gruppen 67 år og eldre vil denne gruppen ut fra denne analysen ha økt til ca. 3200 i 2025 fra dagens nivå på ca. 2200 innbyggere.

### Konsekvenser av befolkningsutviklingen

Som følge av denne utviklingen, viser kommunen til at Pleie og omsorg vil få den største veksten i behov for tjenester i årene fremover<sup>4</sup>.

Konsekvensvurderinger av denne utviklingen fremkommer bl.a. i kommuneplanen, i eldremeldingen<sup>5</sup> og dels i boligmeldingen<sup>6</sup>. Det pekes bl.a. på følgende forhold:

Generell endring i folkehelsen. En rekke langsiktige utviklingstrekk påvirker folkehelsen. Dette gjelder reduksjon i forekomsten av visse sykdommer, generell velstandsutvikling, økt forbruk av tobakk, mettet fett og raffinert sukker, mindre fysisk aktivitet i dagliglivet, høyere forekomst av kjemiske substanser i vårt miljø, en mer psykisk stressende hverdag samt større andel psykiske og psykosomatiske lidelser. Dels vil dette øke og dels redusere behovet for tjenester fra kommunen. Kommunen viser til at nettoeffekten av endringene er usikker.

Pensjonister. Det vil bli markant økning i antall eldre over 80 år. På landsbasis har 24 % av alle over 67 år behov for hjemmebaserte tjenester av ulike typer og omfang. Ut i fra dagens situasjon beregnes behov for omsorg hele døgnet for 25 % av alle over 80. Det forventes økt etterspørsel etter helse- og kulturtilbud som passer med denne gruppens behov.

Demens. Eldremeldingen sier at antall innbyggere med demens øker noe, men ikke så sterkt som veksten blant de eldste eldre. Revisjonen får i tillegg opplyst at beregninger på landsbasis viser at veksten av spesielt gruppen over 80 år, gjør at vi må regne med en kraftig vekst av personer med demens. På landsbasis ventes en fordobling av antallet innen 2040.

Familiestruktur - familienettverk. Flere eldre bor alene, og flere eldre har ikke nære familierelasjoner.

Forholdet til spesialisthelsetjenesten. Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten blir viktigere. Spesialisthelsetjenesten har som uttalt mål at liggetiden på sykehus skal reduseres. Kortere liggetid oppstår dels ved mer effektiv ressursutnyttelse ved sykehuset, dels ved at oppgaver flyttes til kommunehelsetjenesten.

<sup>4</sup> Jfr, Handlingsprogrammet 2014-2017.

<sup>5</sup> Analyse og tiltaksplan for fremtidens omsorgstjenester for eldre 2012- 2030.

<sup>6</sup> Kommunestyremøte om boligutviklingen i Frogn kommune, august 2012.

Boligbygging. Befolkningsutviklingen med flere eldre og husholdninger med færre personer, viser at det fortsatt fremover vil være behov for flere leiligheter og rekkehus i Drøbak og omegn. Med en mer egnet boligmasse på det ordinære boligmarkedet, med tilgjengelige boliger sentralt lokalisert, vil behovet for praktisk bistand reduseres. 80 % av nye boliger vil være leiligheter og rekkehus.

Kommunen antar at dersom boligtilbudet for eldre/enslige/par uten hjemmeboende barn er tilfredsstillende, vil flere flytte fra sine eneboliger til mer lettstelte og tilgjengelige boliger. De ledige eneboligene vil bli tatt i bruk av familier. Erfaringsmessig vil et slikt innflyttingsmønster bidra til en mer jevn utvikling og unngå dramatiske bølger som utfordrer kapasitet på skoler og barnehager.

Kommunen regner med økt behov for boliger med tjenester på bakgrunn av veksten i aldersgruppen. Befolkningsprognosen for gruppen 67 år og eldre i relasjon til de eldres boligpreferanser, betyr at det vil være et omfattende behov for tilgjengelige sentrale boliger med ”sosial profil”. Det er ikke usannsynlig at det bør utvikles mer enn 500 boliger som imøtekommer denne aldersgruppens boligpreferanser frem til 2024.

Sykehjem. Kapasiteten på heldøgns bemannede plasser er 105 plasser<sup>7</sup>. Disse er fordelt på:

- Helse- og omsorgstjenester i institusjon:
  - 24 plasser ved Ullerud bofellesskap
- Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende:
  - 35 plasser ved Ullerud for sykehjem
  - 28 plasser ved Grande sykehjem Solstua og
  - 18 plasser ved Grande sykehjem korttidsavdeling.

Forutsatt 20 % dekningsgrad på sykehjem for de som er 80 år eller eldre, har kommunen beregnet følgende behov for sykehjemsplasser i årene fremover:

- 2016: 115 sykehjemsplasser.
- 2020: 138 sykehjemsplasser.
- 2030: 250 sykehjemsplasser.

Frogn kommune har i følge eldremeldingen, en strategi om å satse mer på hjemmebaserte tjenester. Ved å satse på hjemmebaserte tjenester vil det kunne frigjøres sykehjemsplasser til andre med større behov. Kommunen bruker i dag mer på hjemmebaserte tjenester enn de andre kommunene i Follo. Til gjengjeld er dekningsgraden på sykehjemsplasser i Frogn lavere.

Revisjonen får samtidig opplyst at dette beror på hva som defineres som hjemmebaserte tjenester. Når det gjelder hjemmesykepleie og praktisk bistand, har det i perioden 2009-2013 kun vært gitt lønnsvekst.

---

<sup>7</sup> Prosjekt Helsebygg – Presentasjon – Informasjonsmøte 18.9.2013

I Helse- og omsorgsmeldingen fra 2012 vises det til at behovet for omsorgsboliger og institusjonsplasser er forventet å øke frem til 2025:

	2012		2025	
<b>Private og kommunale omsorgsboliger</b>	<b>8</b>		<b>178</b>	
Omsorgsboliger med hjemmetjenester		0		170
Psykiatri og/eller rus		8		8
<b>Heldøgnsbemannede omsorgsboliger</b>	<b>60</b>		<b>104</b>	
For eldre inklusiv demens		31		51
Bokollektiver PU		29		53
Psykiatri og/eller rus		8		18
<b>Institusjonsplasser</b>	<b>78</b>		<b>104</b>	
Langtidsplasser somatikk		49		98
Korttidsplasser rehab.		15		30
Øyeblikkelig hjelp (fra 2016)				4
Institusjonsplasser skjernet demens		14		30

Tallene gjelder antall plasser, inklusive fordelingen pr kategori.

I tilknytning til denne oversikten, anfører kommunen at:

- I hovedsak er omsorgsboliger med ulike former for hjemmetjenester prioritert. Dette inkluderer boliger med og uten tilknytning til en dagbemannet base, som mangler i dag.
- Private utbyggere, som har enkelte boliger som er tilpasset livsløpsstandard, er ikke tatt hensyn til i tabellen.
- Private løsninger med boliger tilrettelagt for eldre i denne kategorien er inkludert.
- Muligheten til og virkemidler for å tilrettelegge allerede eksisterende hjem er ikke vurdert.
- Det legges til grunn at dersom det blir bygget omsorgsboliger, vil behovet for sykehjemsplasser reduseres noe.
- Fokus på hverdagsrehabilitering og gevinsten dette kan gi ved at eldre kan bo lengre i egen bolig. Dette vil kunne redusere behovet for langtidsplasser på sykehjem ytterligere.

Befolkningsveksten er imidlertid så stor at kommunen har et vesentlig behov for økt kapasitet i flere kategorier.

Kommunens strategier for å møte denne utviklingen, er:

- Utbygging av sykehjemsplasser bør ses i lys av dekningsgrader på 1,7 og 12 prosent under og over 80 år, i 2025.
- Utbygging av omsorgsboliger uten personalbase i samarbeid med private utbyggere. I tilrettede boliger vil beboere klare seg med mindre hjemmetjenester. Boligene bør samlokaliseres slik at logistikkostnader i hjemmetjenesten blir minimert.
- Vurdere utbygging av et rehabiliteringssenter med muligheter til å gi tilbud til hjemmeboende pasienter i alle aldre. Senteret bør inneholde både rehabiliteringstjenester og forebyggende tjenester, som friskliv, lærings- og mestringstilbud.

- Vurdere omsorgsbolig med personalbase til rus.
- Vurdere omsorgsbolig med heldøgnsomsorg til psykiatri.
- Vurdere omsorgsbolig med heldøgnsomsorg til personer med utviklingshemming/funksjonshemming, spesielt tilrettelagt multifunksjonshemmede startes opp i 2013.
- Vurdere utbygging av omsorgsboliger med personalbase til eldre inklusiv personer med demens.

### 5.3 Vurdering

Revisjonen registrerer at kommunen har prognoser for utviklingen av befolkningssammensetningen. Veksten i antall eldre er et sentralt poeng i prognosene. Hva denne veksten vil være, fremkommer imidlertid med litt ulike tall fra ulike kilder. Basert på bl.a. undersøkelsen fra Follo-samarbeidet, antar kommunen en årlig befolkningsvekst på mellom 0,7 % og 1,3 %, mens målsetningen etter kommuneplanen er 1,5 %. Kommuneplanen fremstår som det styrende dokumentet omkring disse forholdene. Utkastet til planstrategi er lite utfyllende rundt dette.

Kommunen peker også på konsekvenser av utviklingen, herunder spesielt veksten av antall eldre. Dette gjøres på litt ulikt vis i bl.a. kommuneplan, handlingsprogram, eldremelding, boligmelding, prosjekt helsebygg og helse- og omsorgsmeldingen.

Revisjonen minner om at Folkehelseloven krever at kommunen skal ha oversikt over helsetilstanden, noe som også omfatter faglige vurderinger av årsaker og konsekvenser av befolkningssammensetningen. Det er videre slik at en oversikt over folkehelseutfordringer bør fremkomme i planstrategien, og at kommuneplanen skal ta utgangspunkt i denne.

Etter revisjonens syn, er det litt uklart hva som ligger til grunn for annen planlegging. Både utvikling og konsekvenser fremkommer litt ulikt og på forskjellige steder. Revisjonen mener at kommunens planstrategi med fordel kunne ha vært noe tydeligere når det gjelder folkehelseutfordringer og premisene for videre planlegging.

Revisjonen registrerer også at kommunen har uttrykt behov for institusjonsplasser og boliger frem mot 2025. De tiltak og strategier som er listet i helse- og omsorgsmeldingen virker imidlertid noe generelle og uferdige. Det er flere forhold som ihht. helse- og omsorgsmeldingen skal vurderes. Revisjonen etterlyser i større grad resultatet av disse vurderingene.

### 5.4 Konklusjon

Kommunens planverk tar hensyn til endringer i befolkningen, og planverket redegjør også for konsekvenser av denne. Revisjonen mener imidlertid at en drøfting av folkehelseutfordringene burde komme tydeligere frem i kommunens planstrategi som retningsgivende for annen planlegging. Kommunens strategier bør utvikles slik at tiltakene fremkommer noe tydeligere.

## 6 Utskrivningsklare pasienter

1. Hvordan håndterer kommunen de utskrivningsklare pasientene?
  - Hvordan fungerer samarbeidet med Akershus Universitetssykehus (AHUS)?
  - Har kommunen kapasitet til å ta i mot de utskrivningsklare pasientene?

### 6.1 Revisjonskriterier

Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 6-1 og 6-2 stiller krav om at kommunen skal inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket.<sup>8</sup> Blant kravene som stilles i § 6-2 i forhold til avtalens innhold er at avtalen skal inneholde *retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon.*

Follo-kommunene har sammen med Øvre og Nedre Romerike inngått samarbeidsavtale med AHUS, "Samarbeidsavtale om helhetlige pasientforløp – ansvars- og oppgavefordeling mellom (NN) Frogn kommune og Akershus universitetssykehus HF". Pkt. 4 i delavtalen omhandler utskrivning av pasienter.

Avtalen fastslår innledningsvis at en pasient er utskrivningsklar når lege på sykehus vurderer at pasienten ikke har behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten. Det ligger m.a.o. til AHUS å beslutte dette.

AHUS skal i denne forbindelse gjøre en individuell helsefaglig vurdering som skal være dokumentert i pasientens journal.

Revisjonen har trukket ut enkelte hovedpunkter fra avtalen<sup>9</sup>:

Ved utskrivning skal AHUS:

- Sende skriftlig melding om utskrivningsklar pasient til kommunen når utskrivningstidspunkt er satt. Skal dokumenteres i pasientjournal<sup>10</sup>. Meldingen skal inneholde nødvendig informasjon for videre behandling/oppfølging av pasienten.
- Epikrise/tilsvarende skal følge pasienten og sendes det helsepersonell som trenger opplysningene. Epikrise skal fortrinnsvis sendes elektronisk. Epikrisen må inneholde plan for videre behandling og kontroll, med angivelse av ansvars plassering.
- Fristen for melding fra AHUS mandag til fredag/virkedag før helligdag, senest kl. 14.30 den dagen pasienten er utskrivningsklar.
- Samme frist gjelder lørdag, søndag eller helligdag når pasienten allerede har et tilbud på institusjon eller i hjemmet og hjelpebehovet er tilnærmet uendret. Tilsvarende

<sup>8</sup> <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 6-1 & 6-2

<sup>9</sup> Ikke alle forhold i avtaleteksten er omhandlet. Punktene er forkortet ift teksten i avtalen.

<sup>10</sup> Ved opphold under 24 timer eller inn- og utskrivning i helg benyttes telefonkontakt forutsatt at ikke omsorgsnivået er vesentlig endret.



gjelder også pasient som tidligere i uka er varslet til kommunen med antydning om at vedkommende vil bli utskrivningsklar i løpet av helgen.

- Ved behov for nytt eller endret tjenestetilbud og pasienten meldes utskrivningsklar på lørdag, søndag eller helligdag, og dette ikke er kjent/meldt til kommunen senest kl. 14.30 fredag/virkedag før helligdag, er ikke kommunen forpliktet til å gi tilbakemelding på meldingen fra AHUS eller ta imot pasienten før første påfølgende virkedag. I disse tilfellene skal pasienten være vederlagsfritt i sykehus til mandag/første virkedag.

AHUS kan ikke skrive ut en utskrivningsklar pasient med behov for kommunale tjenester, før kommunen har bekreftet at de kan ta imot pasienten. Avtalen regulerer også AHUS sitt ansvar for å sørge for:

- Resepter, liste over medisiner og legemidler frem til og med første virkedag.
- Å vurdere behovet for rask oppfølging av faste lege og/eller helsetjenesten.
- Å gi pasienten timeavtale når oppfølging ved AHUS er nødvendig.
- Rekvisisjoner, behandlingshjelpemidler mm. som er nødvendige.
- Å skrive ut nødvendig sykemelding.

Frogn kommune har bl.a. følgende ansvar ved utskriving:

- Følge opp melding om utskrivningsklar pasient og eventuelle søknader fra pasienten for å kunne etablere helse- og omsorgstjenester innen varslet utskrivningstidspunkt.
- Gi melding til sykehuset om tidspunkt for hvor pasienten skal mottas, og med hvilke tjenestetilbud. Dersom tilbud ikke kan ytes fra den dagen pasienten er utskrivningsklar skal kommunen oppgi tidspunkt for når tjenestetilbudet kan iverksettes.
- Følge opp varslet behov for hjelpemidler, bistå pasient i kartlegging og vurdering av nødvendig tilrettelegging for best mulig funksjon.
- Ivareta oppfølging av pasientens behov inkl. behov for sykdomsforebyggende og helsefremmende tiltak iht. avtaler, planer og vedtak om tjenester. Hvis nødvendig, skal kommunen medvirke til at pasienten får nødvendig legetilsyn, gi medisinsk oppfølging hos pasientens faste lege eller annen legetjeneste.

Ut fra ovenstående, legger revisjonen følgende kriterier til grunn for håndteringen av utskrivningsklare pasienter:

- Melding om utskriving skal sendes fra AHUS innen gitte frister.
- Kommunen skal bekrefte at de kan ta imot pasienten før pasienten blir sendt.
- Kommunen må sørge for at den har kapasitet og kompetanse som er tilstrekkelig til å ta imot de utskrivningsklare pasientene.

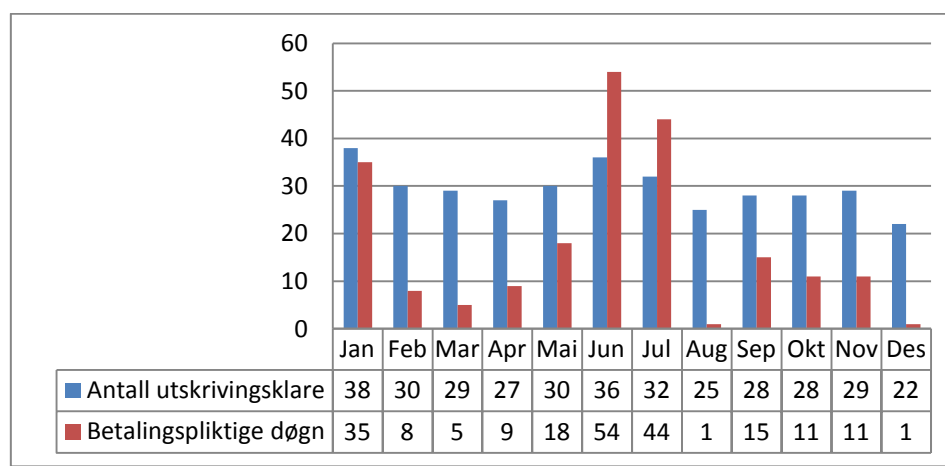
## 6.2 Faktabeskrivelse

### 6.2.1 Samarbeid med AHUS

#### Utskriving fra AHUS.

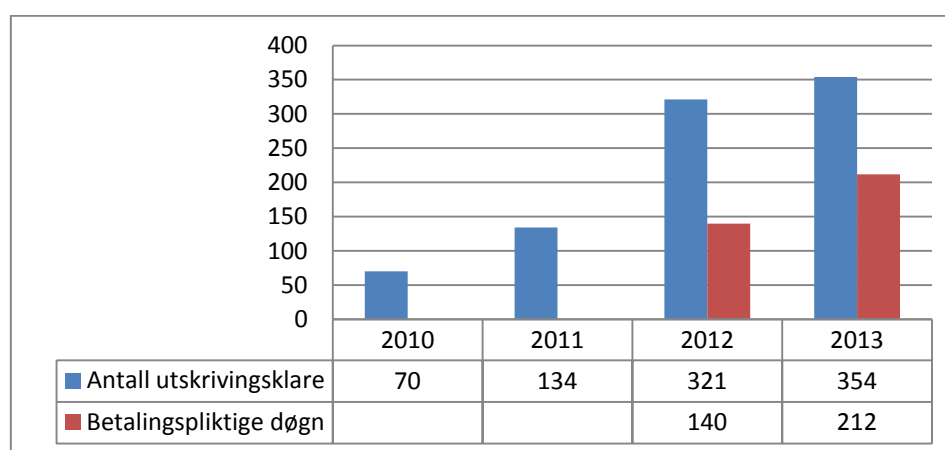
Administrasjonen rapporterer<sup>11</sup> månedlig til politisk nivå om status for utskrivingsklare pasienter. Statuslister blir oppdatert og formidlet til Hovedutvalget for oppvekst, omsorg og kultur, Arbeidsmiljøutvalget, Administrasjonsutvalget, Eldrerådet og rådet for personer med nedsatt funksjonsevne.

Rapporteringen viser følgende antall utskrivingsklare pasienter i 2013:



For 2013 samlet er tallene 354 utskrivingsklare pasienter og 212 betalingspliktige døgn. Tallet for januar inkluderer 13 døgn som skulle vært fakturert for i 2012. Tallene for juni og juli, ligger markert høyere enn for de andre månedene.

Utviklingen fra 2010 til 2013 har vært slik:



<sup>11</sup>

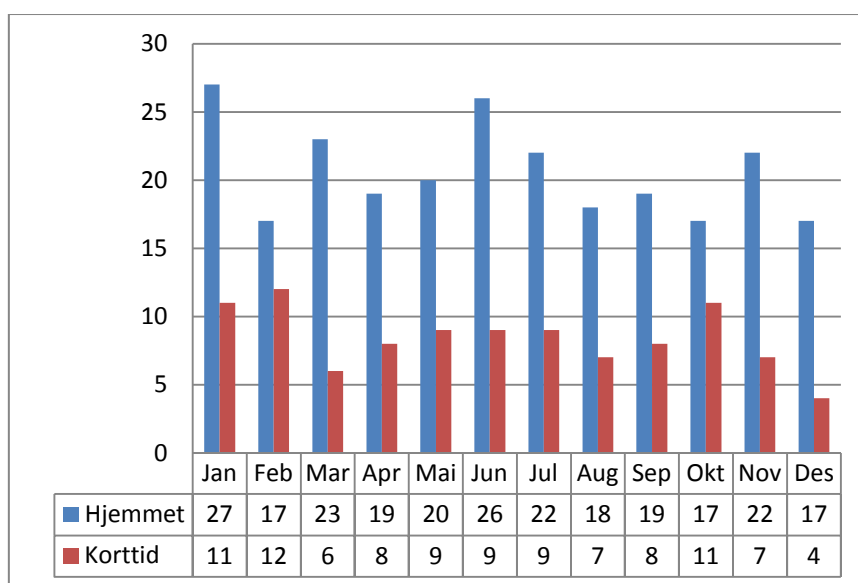
<https://fil.frognpolitiker.no/offentlig/Utvalgsdokumenter/Administrasjonsutvalget/Admutvalg%202013.10.23/Orienteringer/Notat%20Utskrivningsklare%20pasienter%20pr%20september%202013.pdf>

For 2010 gjaldt tallene utskrivning fra AKER sykehus. Oversikten viser en markert økning i utskrivingsklare pasienter, både ved overføringen fra AKER til AHUS og ved innføringen av reformen fra 2012. Antallet betalingspliktige døgn har økt markert fra 2012 til 2013.

Revisjonen får opplyst at kommunens erfaring er at AHUS normalt sender melding innen tidsfristen slik avtalen sier. Samtidig blir det pekt på at det varierer i hvilken grad den informasjonen som medfølger pasienten er i tråd med avtalen og av en kvalitet Frogn kommune har behov for. Slik kommunen ser det, er den individuelle helsefaglige vurderingen<sup>12</sup> som skal gjøres, ikke alltid godt nok underbygget i meldinger fra AHUS. Informasjon som skal meddeles kommunen skal være dokumentert i pasientens sykehusjournal og skal være informasjon omkring medisinske problemstillinger, diagnose, oppfølging, funksjonsnivå og forventet utvikling.

### Kommunens mottak av pasienter

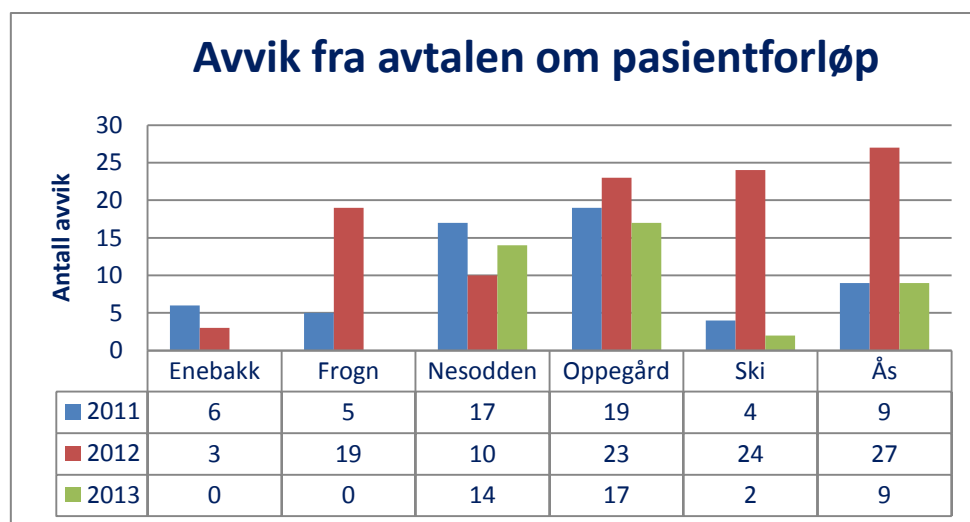
Det blir også vist til at kommunen selv mener at den normalt bekrefter at den kan ta imot pasientene i tråd med AHUS sitt vedtak, men at den også har noen overliggerdøgn. Fordelingen av de utskrivingsklare pasientene i 2013 mellom hjemmet og korttidsavdeling, var som følger:



Pasienter som skrives ut fra AHUS og skal til sykehjem, henvises til korttidsavdeling. Ingen pasienter innvilges langtidsopphold fra starten.

Oversikten under viser registrerte avvik hos AHUS i forhold til samarbeidsavtalen om helhetlige pasientforløp.

<sup>12</sup> Ref. samarbeidsavtalen om helhetlige pasientforløp, kap. 4.



Revisjonen har gjennom epost fått informasjon om at AHUS registrerte totalt 199 avvik i 2011, 329 avvik i 2012 og 209 avvik i 2013.

I 2014 er det registrert 15 avvik totalt frem til og med 31. mars. 4 avvik er fra Oppegård og 2 er fra Ås.

AHUS opplyser at det er de samme avvikene som går igjen. Omtrent halvparten av meldingene gjelder avvik knyttet til melding/kommunikasjon om utskrivning, for eksempel at pasienten er utskrevet uten tilstrekkelig dialog/beskjed til oppfølgende helsepersonell/instans. En annen hovedkategori, som utgjør 1/3 av alle avvikene, gjelder manglende dokumentasjon ved utskrivelse og da særlig epikrise og legemidler.

Økningen i antallet avvik i 2012 mener AHUS har sammenheng med innføringen av ordning med betaling for utskrivningsklare pasienter. Etter hvert som AHUS sammen med kommunene fikk på plass gode rutiner for fakturering ble det også registrert færre samhandlingsavvik.

Høsten 2013 ble elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger tatt i bruk mellom AHUS og alle kommunene. Dette tiltaket forventer AHUS vil bidra til ytterlige nedgang i antallet avvik.

Frogn kommune har gjennom epost informert revisjonen om at det ut fra Gericas er blitt sendt 66 avviksmeldinger til AHUS fra 24.01.2013 til 2.5.2014. Avvikene gjelder opplysninger på pasienter som ikke tilhører Frogn, mangelfulle opplysninger tilhørende pasienter, og avvik på tidsfrister.

Revisjonen registrerer at AHUS og Frogn kommune har ulike registreringer av hva som er avvik.

### Kapasitet og kompetanse

Kommuneplanen for 2013-2025 viser til at øker behovet for tjenester pga. befolkningsvekst og raskere utskrivning fra sykehus. Helse og omsorgstjenesten opplever høyere kompleksitet

som krever kompetanseutvikling innen flere fagområder. Flere ønsker også å bo hjemme lengre. Hjemmebaserte tjenester må i følge planen, bygges ut i takt med det økende behovet for tjenester i egen bolig.

Kommunen gir uttrykk for at pasientene skrives ut raskere fra AHUS enn tidligere og at de er sykere enn hva som var tilfelle før. Revisjonen har imidlertid ikke fått informasjon om konkrete tall på antall og type lidelser som underbygger dette. Det blir imidlertid vist til oversikter som viser at timeforbruket i hjemmetjenesten har gått markert opp etter at reformen ble innført.

Kommunen viser til at det fra mai 2012 ble registrert et økt behov for sykehjemsplasser. Spesielt gjaldt dette behovet for korttidsplasser (opphold i 2-4 uker). Grande sykehjem ble derfor utvidet med tre somatiske langtidsplasser og 3 korttidsplasser fra 1. januar 2013. Det utvides med ytterligere 6 somatiske langtidsplasser i mai 2014.

AHUS har overfor revisjonen gitt uttrykk for at de generelt mener at kommunene ikke har tilstrekkelig med institusjonsplasser til å ta i mot alle pasientene som kommer.

AHUS viser til at når en pasient er regnet som utskrivningsklar, er det en medisinsk faglig vurdering som ligger til grunn. Det er registrert en gjennomsnittlig liggetid som har gått ned i fra 4,7 døgn til 3,9 døgn. AHUS mener imidlertid at denne reduksjonen ikke kan tilskrives samhandlingsreformen alene. Samhandlingsreformen er innført i en tid da AHUS hadde fått utvidet sitt opptaksområde og hadde et stort press på sengekapasiteten, noe som også har medvirket til at sykehuset har innført ulike tiltak for å redusere liggetiden.

For kommunene i Follo har endringene kommet etter overgangen fra AKER til AHUS. AKER hadde generelt bedre økonomi, og kommunen viser til at den betalte først etter 10 overliggerdøgn ved AKER.

AHUS peker videre på at kommunene har kompetansen i de aller fleste tilfellene, men mangler kompetanseplan (for eksempel sertifisering av egne sykepleiere, kursing av ambulante team).

Helse- og omsorgsmeldingen i Frogn kommune tar utgangspunkt i overordnede analyser fra Helse- og omsorgsdepartementet, og redegjør kort for disse. Meldingen viser til at det vil være behov for en tilpasning av kapasitet for å bygge opp ny kompetanse, samt videreutvikling av den kompetansen kommunen allerede har. Kompetanseområdene som angis, er:

- IKT.
- Sykepleie.
- Rehabilitering.
- Læring og mestring inkludert pasient og pårørende opplæring.
- Friskliv.
- Geriatri inkl. demens.
- Psykisk helse.
- Rus.

- Onkologi, cardiologi, lungesykdommer, nevrologi.
- Barselomsorg.

Meldingen skisserer tiltak som fokuserer på:

- Strategisk kompetanseutvikling.
- En personalpolitikk og rekrutteringspolitikk med klare fortrinn for å innhente manglende kunnskap til kommunen.
- Arbeidstidsordninger med rammebetingelser for kompetanseutvikling.
- Hospiteringsordning.
- Nært samarbeid med høyskoler og videregående skoler.
- Fleksibel bruk av personell.

Kommunen har så langt sett behov for å foreta enkelte nyansettelser. Dette gjelder:

- Demenskoordinator<sup>13</sup>.
- Frisklivskoordinator.
- Kreftkoordinator<sup>14</sup> (50 % stilling).

Revisjonen har fått opplyst at kommunen har behov for å oppjustere kompetansen i hjemmesykepleien ut fra anbefalinger knyttet til innføring av helhetlige pasientforløp. Erfaringer og anbefalinger fra kommuner som har iverksatt modellen er 50 % sykepleierdekning i hjemmesykepleien. Frogn kommune har 28 %.

### Finansiering

Slik AHUS generelt erfarer det, ønsket kommunene i begynnelsen av reformen å hente pasientene så raskt som mulig for å unngå betaling for overliggere. I den senere tiden, kan det i større grad virke som om flere kommuner lar pasientene være på AHUS lenger. Utviklingen kan etter hva revisjonen får opplyst fra AHUS, tyde på at kommunene gjør en økonomisk vurdering av hva som lønner seg i forhold til selv å bygge opp et tilstrekkelig tilbud til å ta i mot de pasientene som kommer fremfor å la pasientene være på AHUS lenger.

AHUS opplyser at det kan virke som om kommunene anser prisen for overliggerdøgn som rimelig, og derfor velger å la de utskrivningsklare pasientene være på sykehuset lenger enn nødvendig. AHUS tror det kan være en bevisst strategi fra enkelte kommuner hvor det blir en kost-nytte vurdering i forhold til å etablere egne nye korttidsplasser i forhold til overliggerdøgn på AHUS. Dette er ikke en ønskelig utvikling fra AHUS sin side. Betragtningen fra AHUS er generell og ikke rettet spesielt mot Frogn kommune.

Medfinansiering. Ordningen går ut på at kommunene betaler 20 % av spesialisthelsetjenestens utgifter til medisinfaglig dag-, poliklinisk- og døgnbehandling<sup>15</sup>. Økt forebygging vil kunne redusere behovet for spesialisthelsetjenester, og dermed redusere

---

<sup>13</sup> <http://www.frogn.kommune.no/tjenester/alle/Demenskoordinator/>

<sup>14</sup> <http://www.frogn.kommune.no/tjenester/alle/Kreftkoordinator/>

<sup>15</sup> I revidert budsjett har regjeringen foreslått å fjerne dette fra 2015.

behovet for behandling på sykehus. Insitamentet for å jobbe forebyggende er at kommunene får beholde de midlene de har fått i rammen dersom de forebyggende tiltakene gir effekter i form av mindre behandling i spesialisthelsetjenesten. Kommunen blir fakturert á konto månedlig.

Overliggerdøgn. Dette gjelder pasienter som er meldt utskrivingsklare av AHUS. Kommunen må betale for hvert døgn pasienten forblir på AHUS etter at pasienten er meldt utskrivingsklar. Satsen for 2014 er 4255 kr pr døgn.

Frogn kommune faktureres for overliggerdøgn med ujevne mellomrom gjennom året. AHUS jobber med å få til en rutine med månedlig fakturering. Etter hva revisjonen kan se, må faktura sammenholdes med antallet betalingspliktige døgn for å kunne attestere for at beløpet er korrekt.

Det er etablert en månedlig rapportering til politisk nivå for disse kostnadene.

Revisjonen har ikke fått seg forelagt noen form for oppstilling som gir oversikt over Frogn kommunes samlede kostnader for reformen.

### **6.3 Vurderinger**

Det hovedinntrykk revisjonen får gjennom intervjuer, er at informasjon og dokumentasjon fungerer bra når det gjelder utskrivning av pasienter. Dette gjelder både på kommunens side og på AHUS sin side. Revisjonen registrerer det også som positivt at den elektroniske informasjons- og meldingsutvekslingen omkring den enkelte pasient ser ut til å fungere tilfredsstillende.

Antallet utskrivingsklare pasienter har økt. Det samme gjelder betalingspliktige døgn. Revisjonen registrerer at kommunen har tett oppfølging på dette.

Ut fra de avviksregistreringer revisjonen har mottatt fra AHUS, fremstår ikke antallet som urovekkende når det gjelder Frogn kommune, sammenlignet med andre kommuner. Revisjonen har spesielt merket seg at ingen avvik er angitt i 2013. Revisjonen registrerer det som positivt, men stiller samtidig spørsmål ved om dette skyldes at det ikke var avvik eller om avvikene ikke ble registrert ved AHUS. Resultatet står i kontrast til kommunens opplysninger som angir et relativt sett høyt antall avvik i perioden sammenlignet med hva AHUS henviser til.

Revisjonen mener oppfølging av avvik er viktig for å forbedre tjenestetilbudet. For å kunne arbeide målrettet med dette, er det derfor viktig å ha pålitelig informasjon om omfanget av avvik, hva avvikene gjelder og hvordan utviklingen er. Det er derfor uheldig at kommunen og AHUS har ulike registreringer av avvik.

Revisjonen har både ut fra dokumentanalyser og gjennom intervjuer møtt utsagn som sier at liggetiden for pasientene er kortere, at pasientene derfor er sykere enn før og at dette krever en annen kompetanse i kommunene. Når vi ber om en nærmere forklaring om hva som ligger i dette, hvilke diagnoser det er snakk om, hvor mange flere, hvilken type kompetanse kreves det mer eller mindre av, hva er tiltakene osv, mottar vi synspunkter på dette, men lite

dokumenterte data. Revisjonen ser ingen grunn til tvile på utsagnene, men utsagnene blir lett stående som sannheter som alle er kjent med uten at man egentlig vet hva det innebærer.

Revisjonen mener det er viktig å ha kunnskap som er mer konkret og dokumentert om disse forholdene. Revisjonen etterlyser derfor en analyse som er tydelig på sammenhengen mellom økt antall alvorlige diagnoser, hva slags diagnoser, hvordan kommunen skal møte dette og kompetanse- og kapasitetsbehov. Eksisterende planer fremstår etter revisjonens mening som generelle og mangelfulle når det gjelder å påvise disse sammenhengene.

#### **6.4 Konklusjon**

Ut fra de tilbakemeldinger revisjonen har mottatt, ser det ut til at dokumentasjonsrutinene mellom AHUS og Frogn kommune generelt sett fungerer bra. Revisjonen vil samtidig tilføye at avviksregistrering er viktig for å sikre at avtalen etterleves. Det er i så måte uheldig dersom kommunen og AHUS opererer med ulike tall for dette. Frogn kommune bør derfor tilstrebe at forståelsen av hva som er avvik, er lik mellom sykehuset og kommunen.

Utskrivingsklare pasienter er generelt sykere enn før når de kommer fra sykehuset til kommunen, men kommunen har ikke data som underbygger dette. Revisjonen mener kommunen bør analysere hva som ligger i dette, for derved å kunne legge dette til grunn for både kompetanseplanlegging og annen tilrettelegging.



## 7 Virkninger for pasientene

Hvilke virkninger har innføringen av reformen hatt for pasientene?

- Medfører reformen økte belastninger for pasientene?
- Hvordan sikrer kommunen at pasientenes rettigheter og behov blir ivaretatt?
- Hvordan håndterer Søknadskontoret de endrede forutsetninger i sitt arbeid i forhold til klientenes rettigheter og behov?

### 7.1 Revisjonskriterier

I følge Helse- og omsorgsdepartementet, vil reformen ha følgende betydning for folk flest<sup>16</sup>:

- Lettere å få helsehjelp lokalt.
- Folk skal få bistand til koordinering av behandling og oppfølging.
- Tilbudet i kommunene vil bli bredere.
- Oppfølging av personer med kroniske lidelser vil bli bedre.
- Det vil bli flere tilbud til dem som ønsker hjelp til å legge om levevaner som kan føre til sykdom, for eksempel å endre kosthold, komme i gang med fysisk aktivitet eller stumpe røyken.
- Folk vil også merke mer fokus på helsefremmende arbeid i nærmiljøet.

Reformen legger opp til en klarere pasientrolle. Pasientens behov for helhetlige tjenester skal være styrende for reformens innretning. Det vil settes inn mer systematisk innsats på å analysere og beskrive de gode pasientforløpene, og ut fra dette skal det vurderes organisatoriske tiltak og myndighetstiltak som kan bidra til bedre samhandling.

Revisjonen har på bakgrunn av ovenstående, lagt følgende kriterium til grunn:

- Det skal legges sterkere vekt på pasientrollen og pasientens behov for helhetlige tjenester

### 7.2 Faktabeskrivelse

#### Pasientforløp

Frogn kommune utarbeidet en helse- og omsorgsmelding i 2012 som svar på hvordan reformen vil innvirke på kommunerollen. Meldingen har mye fokus på organisatoriske og strukturelle forhold, men underbygger i mindre grad hvordan kommunen skal utvikle helhetlige pasientforløp.

<sup>16</sup> <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/samhandlingsreformen/om-samhandlingsreformen/samhandlingsreformen-i-kortversjon.html?id=650137>

I Follokommunene er det etablert et prosjekt for å utvikle felles forståelse av helhetlige pasientforløp. Prosjektet "Helhetlige, koordinerte og trygge pasient-/brukerforløp i hjemmet" startet i mai 2013 og ser på en felles kunnskapsbasert modell i overføring av pasienter mellom sykehus og kommunen, og mellom de forskjellige tjenestestedene i kommunen og fastlegene.

Prosjektet tar utgangspunkt i følgende erkjennelser:

- Det er nødvendig å se på hvordan det dokumenteres og hva som observeres i de ulike Forløpene.
- Det forekommer mangelfull planlegging og informasjonsutveksling i forbindelse med utskrivning fra sykehus.
- Manglende tilrettelegging ved utskrivning fra sykehus eller institusjon, skaper merarbeid og kan føre til en sviktende trygghet i hjemmet for hjemmetjeneste og pasient selv.
- Mangel på nødvendig legemiddeloversikt ved utskrivning eller generelt – skaper merarbeid og kritiske situasjoner i behandlingsforløpet.
- Mangel på samhandling, kommunikasjon og sviktende informasjonsflyt innad i kommunen skaper merarbeid og tidvis frustrasjon blant de som er involvert i samhandlingskjeden.  
Det er behov for å strukturere et helhetlig samarbeid om medisiner mellom legesykehus- sykehjem- hjemmetjeneste – blant annet for å unngå feilmedisinering
- Tidvis mangel på trygghet ved tidlig/plutselig utskrivning og i møte med alvorlige sykdomstilfeller. Stadig sykere mennesker faller inn under hjemmetjenestens ansvar (pasienter skrives ut tidligere). Kompetanseheving og kompetanseutveksling er nødvendig.

Hovedområdene i Frogn kvalitetsutvikling er:<sup>17</sup>

- Kvalitetssikre observasjon og dokumentasjon
- Bedre informasjonsutveksling ved utskrivning fra sykehus/sykehjem
- Unngå mangelfull planlegging, som skaper merarbeid og utrygghet
- Forbedre samhandling, kommunikasjon og informasjonsflyt mellom aktører i kommunen
- Kvalitetssikre samarbeid om medisiner og legemiddeloversikt
- Øke kompetanseutveksling og hindre utrygghet ved utskrivning til kommunene

Kommunen har som intensjon at de ansatte i større grad skal jobbe forebyggende og kompetansehevende. Prosjektet skal bidra til kompetanseutveksling mellom tjenestene, tydeligere roller og tverrfaglig samarbeid.

Prosjektet involverer brukerorganisasjoner, ansatte, virksomheter og enheter. Målgruppen er alle pasient-/brukergrupper.

Et overordnet mål er å forbedre informasjonsflyten og samhandling mellom de ulike instanser som er delaktige i et pasientforløp ved utskrivning fra sykehus og ved behandling og oppfølging på kommunalt nivå. Det er et formål for prosjektet å se på utviklingen av modeller og metoder for pasientforløp som kan skape trygghet i at nødvendig informasjon i tilstrekkelig

---

<sup>17</sup> Årsmelding 2013

grad utveksles mellom de aktører som er delaktige. Dette kan sikres gjennom at forløp blir satt i system og at rutiner for dette blir tatt i bruk i den enkelte kommune.

### Innsatsteam

Kommunen viser til at med samhandlingsreformen har kommunene fått et større ansvar for rehabilitering. Flere eldre i samfunnet fører også til økt pleie- og omsorgsbehov. Stadig flere kommuner oppretter derfor tverrfaglige team som jobber målrettet med rehabilitering i brukers eget hjem. Det å gi brukere med rehabiliteringspotensial målrettet trening og veiledning i vante omgivelser, og med fokus på å gjøre brukeren mest mulig selvhjulpent gir gevinst både for brukeren og samfunnet. Brukeren vil få mulighet å bo lenger i eget hjem med økt livskvalitet samtidig som behov for omfattende pleie eller institusjonsplass utsettes eller avverges.

Frogn kommune etablerte et "Innsatsteam" i 2011. Dette er et tverrfaglig sammensatt team bestående av sykepleier, fysioterapeut og ergoterapeut med kompetanse og erfaring innen rehabilitering. Teamet er ment å være et supplement til den tradisjonelle hjemmetjenesten, fysioterapi og ergoterapitjenesten.

Av kommunens beskrivelser fremgår at innsatsteamet er ment å være en ekstra innsats der brukeren har et større behov for tverrfaglig innsats i en avgrenset periode. Innsatsteamet skal kunne mobiliseres raskt og foreta en helhetlig vurdering av situasjonen. Viktige oppgaver er å kartlegge brukers behov for hjelp, kartlegge brukers ressurser, tilrettelegge, assistere og motivere brukeren under rehabiliteringsprosessen

Innsatsteamet kan bidra med:

- Tett oppfølging i overflytting fra institusjon/sykehus til hjemmet. Trygging i situasjoner der bruker og deres pårørende er usikker på om pasienten kan bli boende hjemme.
- Kartlegging av funksjonsevne, ressurser og mestringsevne.
- Fysisk trening og behandling.
- Praktisk trening i å mestre daglige aktiviteter.
- Søke på hjelpemidler og bidra i opplæring i bruken.
- Tilrettelegging av bolig tilpasset den nye livssituasjonen.
- Kontinuerlig vurdere veien videre – henvise til annen tjeneste (kommunal/privat) ved behov.
- Støttesamtaler / motiverende samtaler.

Målgruppen er voksne og eldre som i en tidsavgrenset periode kan ha behov for rehabilitering eller annen ekstra innsats for å kunne fungere i eget hjem. Tjenesten tilbyr:

- Personer med behov for tverrfaglig oppfølging.
- Personer med plutselig eller gradvis fall i funksjonsevne, og som har mulighet for økning i funksjonsevne ved hjelp av tett oppfølging i en kortere periode.
- Personer som trenger tett oppfølging i overføring fra institusjon og til hjemmet.

Aktivitetsdata fra første halvår 2013 viser bl.a.:

Antall hjemmebesøk	561
Antall brukere:	91
Gjennomsnittsalder:	76 år
Gjennomsnittts hjemmebesøk per bruker:	6
Antall hjemmebesøk pr bruker varierte mellom	1-33

### Tilbakemeldinger

Innsatsteamet har høsten 2013 utført evalueringsmøter med samarbeidspartnere. Tilbakemeldingene er oppsummert slik:

- Alle samarbeidspartnere ser på innsatsteamet som en viktig samarbeidspartner i deres hverdag.
- Innsatsteamet er raske til å igangsette.
- Innsatsteamet er viktig ift helhetlig pasientforløp.
- Trygt å sende brukere hjem med Innsatsteam, da dette gir en mykere overgang fra institusjon til hjem.
- Innsatsteamet må komme tidlig inn i brukerforløpet.
- Det er en stor fordel at det er tverrfaglig samarbeid rundt brukeren.

### Søknadskontoret (organisert i enhet helse og koordinerende tjenester)

Søknadskontoret mottar/behandler og fatter vedtak ved søknad om helse- og omsorgstjenester. I tillegg til å tildele tjenester vil søknadskontoret ha to viktige oppgaver:

- Tildele tjenester på laveste effektive omsorgsnivå, og bidra til at tildelingen bygger opp under strukturen i tjenestetilbudet.
- Sikre samsvar mellom helse- og omsorgstjenestenes totale ressursramme og totalvolumet av tjenester som tildeles.

Alle saker behandles individuelt. Kontoret ser det som viktig å avstemme forholdet mellom søkers forventning og behov, og det tjenestetilbudet Frogn kommune kan tilby. Dette gjøres i samråd med både interne og eksterne samarbeidspartnere, som for eksempel hjemmetjenesten, fastleger, sykehus, seniorkontakt, helsestasjon, etc.

Samhandlingsreformen har medvirket til at kommunen har et sterkere fokus på egenmestring og bruk av brukerens egne ressurser. Det fokus mer på målet om at brukere i størst mulig grad skal mestrer egen hverdag. Dette krever bl.a. at kommunen kobler inn nødvendige ressurser og støtteapparat for å bistå pasienten for raskere rehabilitering. Søknadskontoret opplyser videre at tidligere utskrivning av pasienter utløser behov for raskere saksbehandling og økt koordineringsbehov.

I forbindelse med de nye samarbeidsordningene med AHUS er det utviklet et elektronisk meldesystem (e-link) som er godt implementert. Dermed foregår kommunikasjon og handlinger mer effektivt og raskt.

Det eksisterer en egen prosedyre for saksbehandling og forvaltning ved søknadskontoret. Denne er sist oppdatert 19.11.2008 og innbefatter bl.a. ikke konsekvensene av at samhandlingsreformen er innført. Det opplyses at revurdering og utvikling av rutiner og prosedyrer er startet i 2014.

### Reinnleggelser

Reinnleggelse er gjerne definert som en ny, ikke planlagt innleggelse som øyeblikkelig hjelp i løpet av 30 dager etter siste utskrivelse. Revisjonen har fått opplyst at Frogn kommune ikke fører oversikt over dette. Det samme svar har vi mottatt fra AHUS.

Ved spørsmål om det finnes ”kasteballer” i systemet, kan AHUS opplyse at det er registrert en svak økning av reinnleggelser på AHUS sine pasienter. Nasjonale tall for andelen reinnleggelser i 2013 ligger på rundt 15 %.<sup>18</sup>

Samtidig blir det overfor revisjonen gitt uttrykk for at dette ikke oppleves som et stort problem i Frogn. Revisjonen har også vært i kontakt med pasientombudet i Akershus som har rettet kritikk mot helsevesenet fordi sykehusene skriver ut pasienter for tidlig. Revisjonen får opplyst at ombudet ikke har spesiell dokumentasjon på dette som gjelder Frogn kommune, men at ombudet mener at reinnleggelser generelt har økt.

### Brukerundersøkelser

Kommunen gjennomførte på slutten av 2012 en brukerundersøkelse for beboere og pårørende på pleie- og omsorgsinstitusjon. Det ble benyttet en skala fra 1 til og med 6, hvor 6 er best. Beboernes tilfredshet ble målt gjennom flere spørsmål som dekket områdene trivsel, brukermedvirkning, respektfull behandling, tilgjengelighet og informasjon.

Beboerens tilfredshet fikk samlet score på 5,4, som er noe over landsgjennomsnittet (5,2). De pårørende ga en samlet score på 4,7 på de samme spørsmålene (landsgjennomsnittet: 4,6.)

Psykisk helsetjeneste, hjemmesykepleien, praktisk bistand og Utsikten dagsenter gjennomførte brukerundersøkelser i 2013. Undersøkelsen viste høy tilfredshet med tjenestene. (Snitt score: 5,4 av 6).

## **7.3 Vurderinger**

Reformen vektlegger pasientenes behov for helhetlige tjenester som styrende for reformens innretning. Den innretning som Frogn kommune legger til grunn gjennom utviklingen av pasientforløp oppfatter revisjonens til å være i tråd med reformens intensjoner. Revisjonen er ut fra et pasientperspektiv også positiv til kommunens bruk av innsatsteamet for å frembringe helhetlige vurderinger av pasientens behov.

Ved innføringen av reformen, ble det fra flere hold gitt uttrykk for en frykt for at reformen skulle medføre at flere pasienter ble ”kasteballer” i systemet. Eksempler på slike tilfeller er jevnlig fremme i media. I NRK-nyhetene 29. april 2014, gikk pasientombudet i Akershus

---

<sup>18</sup> Merk at det ikke opereres med ett tall for dette, men flere grupper, bl.a. alder, og om pasienten ble skrevet ut samme dag han ble meldt utskrivingsklar eller senere

kraftig ut mot dette som en konsekvens av reformen og hevdet at kommunene bl.a. ikke hadde nødvendig kompetanse til å ta imot pasienter som ble utskrevet fra AHUS.

Revisjonen mener at antall reinnleggelser kan være en indikasjon på i hvilken grad pasientene skrives ut for tidlig. Revisjonen registrerer at det fra flere hold blir hevdet at problemet for Frogn vedkommende, ikke er stort. Men samtidig har verken kommunen eller AHUS kunnskap om dette. Derimot eksisterer det tall for dette på bl.a. nasjonalt nivå og for helseforetakene som nødvendigvis må være aggregert informasjon. Det er derfor overraskende at antall reinnleggelser på kommunenivå ikke er etterspurt og synliggjort.

Det fremstår som at kommunens søknadskontor har fått en arbeidshverdag som er preget av større tempo i saksbehandlingen og en noe annen tilnærming til den enkelte pasients behov enn tidligere. Revisjonen registrerer at den nye situasjonen ikke er fanget opp av kommunens prosedyrebeskrivelser som er av eldre dato.

Revisjonen vil også fremheve de positive tilbakemeldingene som fremkommer gjennom brukerundersøkelsene.

#### **7.4 Konklusjon**

Frogn kommune arbeider aktivt for å sikre gode pasientforløp, og har etablert et innsatsteam for å kunne ta helhetlige vurderinger ut fra pasientens behov. Revisjonen mener dette i seg selv bidrar positivt i forhold til å sikre at pasientenes behov blir ivaretatt.

Kommunen har ingen oppfølging av antall reinnleggelser. Ut fra det fokus som er på liggetid ved sykehusene og om sykehusene skriver ut pasientene for tidlig, mener revisjonen at Frogn kommune bør ha et fokus på reinnleggelser og hvordan utviklingen av antall og type reinnleggelser er.

Prosedyre for saksbehandling og forvaltning ved søknadskontoret er utdatert. Det er derfor positivt at revurdering og utvikling av rutiner og prosedyrer er startet i 2014.

## 8 Forebygging

Hvordan planlegger og gjennomfører kommunen forebyggende arbeid i forhold til kommunens innbyggere?

- Innføringen av reformen setter et sterkere fokus på forebyggende arbeid. Hvordan blir dette ivaretatt av kommunen?
- Er fokus på forebyggende arbeid et helhetlig arbeid i kommunen?

### 8.1 Revisjonskriterier

I St.meld.nr 47 (2008-2009) peker regjeringen på at Helsetjenesten har sterkt fokus på behandling av sykdom og senkomplikasjoner, og lite på å fremme helse og forebygge helseproblemer.

Med utgangspunkt i de framtidige helseutfordringene er det behov for å styrke de forebyggende helsetjenestene i kommunen. Målsetningen er å benytte og videreutvikle dokumenterte tiltak som reduserer, og til dels motvirker, risiko for funksjonstap med bortfall fra skole og yrkesliv, og som påvirker individets egenmestring og reduserer risikoen for sykdomsutvikling.

Regjeringen vil legge til rette for at en større andel av forventet vekst i helse- og omsorgssektorens samlede budsjetter kommer i form av frie inntekter til kommunene. Innenfor denne veksten vil Regjeringen styrke forebyggingsarbeidet.

Regjeringen peker videre på at forebyggingsinnsatsen må forankres i kommunale planer. Det legges til grunn at kommunene selv vurderer hvordan dette skal skje, dvs. om kommunene vil inkludere forebygging i kommuneplanen eller om kommunene ønsker å utarbeide en eller flere delplaner om forebygging. Etter departementets vurdering er det nærliggende at kommunene fokuserer bl.a. på følgende områder:

- Bygge opp systemer som gir oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer for utviklingen av hhv. god og dårlig helse
- Spisse forebyggingsinnsatsen inn mot områder og med tiltak som gir dokumentert effekt og raskest mulig resultater i forhold til færre sykehusinnleggelses og mindre omfattende behandling.
- Lærings- og mestringstilbud og egenbehandling. Oppgavene kan omfatte kurstilbud og selvhjelpsgrupper for ulike brukergrupper eller fagpersonell, for eksempel mestringskurs, innføringskurs for likemenn/veiledere, livsstils kurs for type 2-diabetikere og kurs i helsepedagogikk.
- Kompetanseoppbygging innen forebyggende helsetjenester, for eksempel innen ernæring, samfunnsmedisin og strukturerte sammensatte forebyggingstiltak slik at tiltakene er kunnskapsbaserte.

Revisjonen legger følgende kriterier til grunn:

- Kommunens forebygging skal være dokumentert i planverket.
- Kommunen skal ha oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer for utviklingen av hhv. god og dårlig helse.
- Forebyggingsinnsatsen skal være spisset inn mot områder og med tiltak som gir dokumentert effekt og raskest mulig resultater i forhold til færre sykehusinnleggelse og mindre omfattende behandling.
- Kommunen skal utvikle lærings og egenbehandlingstilbud.
- Forebyggingstiltak skal være kunnskapsbaserte.

Revisjonen viser ellers til forutsetningen i oppdraget (jfr. pkt 2.1) om at forebyggingsperspektivet beskrives kun på et overordnet nivå.

## 8.2 Faktabeskrivelse

### 8.2.1 Dokumentasjon i planverket.

Kommuneplan for perioden 2013-2025, viser til at *”Strategiske satsingsområder for forebyggende helsearbeid i Frogn kommune 2010”* (Fra plan til handling) gir føringene for forebyggende helsearbeid i kommunen i kommende periode. Innen det forebyggende helsearbeidet er det i følge kommuneplanen særlig tre utfordringer som Frogn kommune har oppmerksomhet på:

- økende antall personer med muskel- og skjelettlidelser
- økende antall mennesker som sliter med psykiske lidelser og
- barn og unge som er i risikogruppen for å ende som ufør i ung alder.

Dette følges opp i *”Fra plan til handling”* der det under overskriften Velferd, helse og omsorg, fremkommer at kommunens strategier er å:

- Styrke forebyggende helsearbeid for barn, unge og eldre.
- Styrke tilbudet til voksne med psykiske lidelser.
- Ivareta brukervedvirkning for å sikre samsvar mellom forventninger og tjenestetilbud.

De langsiktige mål er at:

- innbyggere med omsorgsbehov får nødvendig omsorg og trygghet basert på den enkeltes individuelle behov
- alle innbyggere gis støtte og inspirasjon til å styrke egen velferd og helse
- mennesker med psykiske lidelser og sammensatte problemer får et bedre og helhetlig.

Det fremkommer også av dokumentet at det er foretatt noen veivalg for å avgrense innholdet i strategien, og at avgrensningene er gjort på grunnlag av forskningsresultater og statistikk. På bakgrunn av dette har det utkrystallisert seg områder som både er allmenngyldige, og som kan forebygges både på kort og lang sikt. Det er derfor gjort videre dypdykk i disse områdene.

Områdene er:

- Muskel-/skjelettlidelser.



- Psykiske lidelser.
- Unge uføre.

Kommunen har også en plan for forebyggende helsearbeid for Frogn kommune 2010 – 2020. Alle aktiviteter og prosjekter i regi av Frogn kommune skal etter denne ha som mål å forebygge helsesvikt eller opprettholde mestringsevne ut fra den helsesvikt som måtte foreligge. Også denne planen viser til at forebyggingen særlig skal ha oppmerksomhet på de samme tre utfordringene som angitt over.

Det heter videre at helse- og velferdstjenester preges av snau innsats for å begrense og forebygge sykdom. Hittil har det først og fremst vært fokus på å prioritere innsatsen mot de med aller størst behov for behandling og oppfølging. Pasienter får ”behandling” først når de er syke og da gjerne spesialistbehandling. Det er en utfordring å fange opp grupper med behov for bistand tidlig i et sykdomsforløp.

Revisjonen har i intervjuer mottatt synspunkter på at kommunen ikke har grepet fatt i forebyggingsperspektivet som følge av samhandlingsreformen, annet enn å videreføre det arbeidet som ligger der fra før.

Det blir vist til at kommunen aldri foretok en analyse av hvilke områder som måtte gripes fatt i på en annen måte som følge av samhandlingsreformen. Forhold som:

- Oversikt over helsetilstanden.
- Spisset forebygging som skal gi færre innleggelser.
- Utvikling av lærings- og egenbehandlingstilbud
- Utvikle kunnskapsbaserte forebyggingstiltak

er så langt ikke adressert i kommunens planverk.

### Oversikt over helsetilstanden

I følge utredningen om organiseringen av helse og omsorgstjenestene i Frogn kommune fra mars 2013, er det så langt ikke gjennomført et arbeid for å frembringe en slik oversikt. Det opprettet et arbeidsutvalg som skal utarbeide en oversikt over Frogn kommunes folkehelse. Arbeidet er startet og skal sluttføres høsten 2014.

### Måltrettet forebygging

Helse og omsorgsmeldingen viser til at Frogn kommune har mange fragmenterte tjenester innen forebyggende helsearbeid. Disse må systematiseres og koordineres. Det pekes også på at Frogn kommune ikke har noe frisklivstilbud (Kommunen viser til at den nå har et etablert frisklivstilbud).

### Utvikling av lærings- og egenbehandlingstilbud.

Teksten i helse- og omsorgsmeldingen, sier lite om dette. Samtidig har kommunens innsatsteam en viktig rolle i dette. Teamet jobber intensivt mot pasienter som nylig er kommet hjem, i nært samarbeid med pasienten selv. Tjenesten er behovsstyrt og ikke vedtaksstyrt i tradisjonell forstand.

På den positive siden har revisjonen fått opplyst at kommunen har erfart at pasientene ser ut til å ta inn over seg at de må ta vare på seg selv, og ikke kan sitte i ro som passive bidragsmottakere av helsetjenester. Dette var også en del av forutsetningen i reformen.

#### Forebyggingstiltak skal være kunnskapsbaserte

Helse- og omsorgsmeldingen viser til at det overordnede målet for kommunens forebyggende helsearbeid, er å ha en forebyggende helsetjeneste som ivaretar generelle forebyggende tiltak som er evidensbasert og som er med på å bedre helse i befolkningen.

Målene for dette er:

- Forebygge uheldige levevaner samt å sette inn tiltak ved tegn på skjevutvikling og risikoatferd.
- Reduksjon av overvekt/ fedme hos barn etter gjennomføring av lokale tiltak.
- Tidlig satsing ved tegn på psykiske vansker. Redusere antall elever som ikke fullfører videregående opplæring.

Dernest fremkommer følgende strategier:

- Kommunens helseprofil er veiledende for forebyggende tjenesteutvikling i kommunen.
- Tidlig intervensjon til barn som viser tegn til risikoutvikling eller lever i en bekymringsfull omsorgssituasjon.
- Utjevne sosiale forskjeller.
- Ha fokus på forebyggende tilbud som er med på å redusere muskel- skjelett og psykiske lidelser.
- Friskliv som forebyggende satsing med relevant kompetanse til den gruppa som trenger inngående livsstilsendring.

#### Forebyggende tiltak som pågår

Revisjonen vil presisere at selv om kommunen ennå ikke har gitt forebyggingsarbeidet den tyngde og innretning som samhandlingsreformen legger opp til, driver kommunen en betydelig forbyggende innsats. Dette poenget er også trukket frem av andre som revisjonen har snakket med. Som eksempler på tiltak nevnes:

- Sosialt nettverk gjennom eldresenteret, dagsenter og frivillighetssentralen.
- Seniorkontakt – Aktiviteter og tilbud for hjemmeboende eldre med formålet er å fremme livskvalitet og fysisk og mental helse og forebygge sykdom og skade.
- Rehabiliteringstjenestens gruppeaktivitet rettet mot brukere med spesielle behov – forebygging og mestring av funksjonsfall.
- Avlastningstiltak for pårørende.
- Fysisk tilrettelegging av boligmassen (universell utforming). Tiltak vil føre til at eldre med funksjonssvikt kan klare seg hjemme lengre.
- Rask og hensiktsmessig tildeling og bruk av tekniske hjelpemidler. Tiltak som kan virke forebyggende på funksjonssvikt hos eldre mennesker.
- Rehabilitering:

- Brukermedvirkning, kontinuitet, samordning og trygge overganger mellom de ulike nivåer både internt i kommunen og mellom sykehus og kommune er viktige stikkord. Noe av målet er å øke den enkeltes mestringsevne og kontroll over eget liv. Rehabilitering vil i større grad skje der hvor brukeren bor.
- En tjeneste som ivaretar brukers behov og evne til medvirkning på de ulike nivåer i rehabiliteringsprosessen. Rehabilitering skal bidra til å bedre og bevare funksjonsnivå, endre helseskadelig livsstil, bidra til at eldre kan klare seg lengst mulig og bidra til at flest mulig kan være aktive deltagere i dagligliv, arbeidsliv og samfunnsliv.
- Alle former for rehabiliteringstiltak skal være samordnet og brukerne skal oppleve et enhetlig tilbud.

### 8.3 Vurderinger

Forebygging er sentralt i samhandlingsreformen og den forebyggende innsatsen skal styrkes i kommunene. Frogn kommune gjennomfører da også en rekke forebyggende tiltak. Revisjonen kan imidlertid ikke se at kommunen så langt har tatt et helhetlig grep rundt dette ut fra de føringene som ligger i reformen.

Gjeldende dokumentasjon i kommunen fokuserer i stor grad på muskel-/skjelettlidelser, psykiske lidelser og unge uføre. Revisjonen vil ikke bestride at dette er viktig. Men revisjonen kan ikke se at planverket gjenspeiler de utfordringene som samhandlingsreformen trekker frem hvor forebygging er sentralt for at den forventede veksten i behov i helsetjenesten i størst mulig grad skal finne sin løsning i kommunene.

Når det gjelder dokumentasjon i planverket, fremstår dette som noe fragmentert og uryddig. Ulike dokumenter sier mye av det samme. Referansedokumentet ” *Strategiske satsingsområder for forebyggende helsearbeid i Frogn kommune 2010* ” er ut fra dateringen, modent for fornying.

Revisjonen kan heller ikke se at kommunen har en ”oversikt over helsetilstanden” i den forstand som reformen legger opp til. Det samme gjelder for målrettet helsearbeid mot områder med dokumentert effekt og raskest mulig resultater.

Planverket sier lite om utvikling av lærings- og egenbehandlingstilbud, men revisjonen ser at innsatsteamet kan ha en rolle i dette. Etter revisjonenes mening er strategier og tiltak noe vel generelle i formen, og det er uklart hvor ”kunnskapsbaserte” de er.

### 8.4 Konklusjon

Frogn kommune driver et betydelig forebyggende arbeid. Den forebyggingsinnsatsen som samhandlingsreformen forutsetter, kan imidlertid videreutvikles og forankres bedre i det kommunale planverket. Samhandlingsreformen gir føringer for det forebyggende arbeidet som kommunen så langt ikke følger helhetlig opp. I dette ligger også en revidering av kommunens planverk på området.

## 9 Anbefalinger

Revisjonen foreslår følgende forbedringstiltak:

- Folkehelseutfordringene bør komme tydeligere frem i kommunens planstrategi som retningsgivende for annen planlegging.
- Kommunens strategier for å møte endringene i befolkningsutviklingen bør utvikles slik at tiltakene fremkommer noe tydeligere.
- Frogn kommune bør tilstrebe at avviksregistreringen praktiseres likt mellom sykehuset og kommunen.
- Kommunen bør ha analyser som underbygger på hvilken måte pasientene er sykere enn før og som viser konsekvensene av dette for kompetanseplanlegging og annen tilrettelegging.
- Frogn kommune bør ha oversikt og oppfølging av reinnleggelser og hvordan utviklingen er for reinnleggelser.
- Relevant planverk bør revideres i tråd med reformens føringer.

## 10 Rådmannens uttalelse



### Frogn kommune

Enhet for personal, organisasjon og politiske tjenester - Politiske tjenester

Follo Distriktsrevisjon  
Postboks 3010  
1402 SKI

Deres ref.	Vår ref.	Saksbehandler	Dato
	14/02128-2	Guro Merlid	10.06.2014

#### Rådmannens uttalelse knyttet til anbefalte forbedringspunkter som fremkommer i forvaltningsrevisjonens rapport – Samhandlingsreformen

Jeg viser til brev av 20.5.2015 fra Follo distriktsrevisjon hvor dere ber om en uttalelse fra rådmannen til rapporten.

#### Kulepunkt 1, rapporten påpeker at:

*Folkehelseutfordringene bør komme tydeligere frem i kommunens planstrategi som retningsgivende for annen planlegging*

#### Rådmanns kommentar:

- Planstrategien for Frogn kommune skal opp i kommunestyre 16.06.14, sak 82/14. Her beskrives kommunens satsningsområder for årene fremover. Planen beskriver at det vil utarbeides en kommunestyremelding om Folkehelse. Det skal utarbeides en oversikt over helsetilstanden i kommunen, med tilhørende påvirkningsfaktorer. Ut fra dette kunnskapsgrunnlaget om befolkningens helsetilstand vil det foreslås tiltak, slik folkehelseloven bestemmer, jfr Strategiplan s.8). I kommunens plansystem vil en melding også kunne defineres som en kommunedelplan etter Plan- og bygningsloven.
- Kommunen har nedsatt et arbeidsutvalg i februar 2014 som utarbeider oversikten over folkehelse og påvirkningsfaktorene. Arbeidet planlegges ferdigstilt høsten 2014.

#### Kulepunkt 2 i rapporten påpeker at:

*Kommunens strategier for å møte endringene i befolkningsutviklingen bør utvikles slik at tiltakene fremkommer noe tydeligere*

*Slik det er i dag er disse beskrevet slik:*

Postadresse	Besøksadresse	Telefon	64 90 60 00	Org.nr.	963 999 089
Postboks 10	Rådhusveien 6	Telefaks		Bankgiro	1617.07.02720
1441 Drøbak	1443 DRØBAK				
<a href="mailto:postmottak@frogn.kommune.no">postmottak@frogn.kommune.no</a>	<a href="http://www.frogn.kommune.no">www.frogn.kommune.no</a>				

Side 1 av 4

- *Viser til Hp 2014 s. 19, hvor det er vist befolkningsutviklingen i Frogn og hvilke konsekvenser det gir for behovsutviklingen.*
- *Viser til HP 2014 – 2017 s. 34 Helse, velferd, pleie og omsorg har størst rammekning med 15,8 millioner kroner.*
- *Viser til HP 2014 – 2017 s. 36 Hvor tjenesteområdet velferd, helse og omsorg utdypes.*
- *Viser til HP 2014 – 2017 s. 57 Hvor strategiene er beskrevet for området er beskrevet*  
*I Arbeidet med HP 2015 – 2018 vil strategiene utvikles videre, og hvor det vil være økt fokus på kommunens forebyggende arbeid.*

**Kulepunkt 3, rapporten påpeker at:**

*Frogn kommune bør tilstrebe at avviksregistreringen praktiseres likt mellom sykehuset og kommunen*

Rådmannens kommentar:

Avvik knyttet til overgang mellom Ahus og kommunale tjenester meldes fra tjenestestedet til Søknauskontoret som sender dette videre til Ahus. Avvikene er knyttet til avtalene kommunene har med Ahus. Forståelse, mottak og behandling av avvik mellom tjenestenivåene har vært og er en utfordring. Det kan være en forklaring på hvorfor tallene på avvik ikke stemmer overens. Det er derfor nedsatt en gruppe med representanter fra kommunene og Ahus som jobber med retningslinjer for oppfølging av pasientansvarsavtalen. Arbeidet skal være ferdigstillt og behandles i SU (samarbeidsutvalg mellom kommune og sykehus på kommunalsjef – avdelingsdirektør-nivå) 4. september 2014, med påfølgende implementering i alle kommuner og Ahus.

Det er iverksatt et Tvisterådsutvalg (TUP) bestående av 6 representanter: 2 fra Ahus, 2 fra kommunene i opptaksområdet og 2 fra pasientorganisasjoner. Det har vært 3 møter, hvor saker fra 2012-2014 er blitt behandlet. Det skal legges informasjon om TUP på alles hjemmesider; hvordan håndtere klagesaker og om håndtering av de klagesaker som er behandlet (anonymisert), slik at det kan spres lærdom.

Frogn kommune deltar aktivt i arbeidene.

**Kulepunkt 4, rapporten påpeker at:**

*Kommunen bør ha analyser som underbygger på hvilken måte pasientene er sykere enn før og som viser konsekvensene av dette for kompetanseplanlegging og annen tilrettelegging*

Rådmannens kommentar:

Samhandlingsreformen har resultert i en reduksjon av liggedøgn fra 4,7 døgn i 2010 til ca 3,9 døgn i 2014. Samtidig har dette skapt handlingsrom for Ahus til å behandle flere pasienter som gir reduserte fristbrudd på behandling, men som også øker antall utskrivninger og antall pasienter med behov for kommunale tjenester. Spesialisthelsetjenesten og kommunene ser forskjellig på hvilke behov en pasient/bruker har. I spesialisthelsetjenesten diagnostiseres og

iverksettes behandling knyttet til medisinske problemstillinger. Hvilke betydning dette får for pasientens/brukerens totalsituasjon ved utskrivning, er kommunens utgangspunkt for vurdering av hvilke behandling, bistand og tjenester som skal iverksettes. Derfor blir kompensasjon for pasienten/brukerens funksjonssvikt som følge av sykdom vel så viktig å kartlegge som hensynet til diagnose og medisinsk behandling og oppfølging.

Kommunen bruker GERICA som sitt pasientjournalssystem. Dette er et system som har funksjonalitet og logikk som fokuserer først og fremst på pasienten/brukerens funksjon, mer enn diagnoser og medisinsk behandling. GERICA ble innført lenge før Samhandlingsreformen, men i og med at den medisinske viderebehandling har økt i kommunene er det nå behov for å videreutvikle og få ut mer relevant status og oversikt knyttet til pasienten/ brukerens helsetilstand, medisinsk behandling og oppfølging.

- Dagens erfaringsbaserte planlegging bør utvikles for å bedre presisjonsnivået i planleggingsarbeidet. Rådmannen ønsker å se på muligheten for å utvikle en lettere tilgang til statistikk og styringsdata i GERICA. Spesielt gjelder dette diagnoser og behandlinger. Arbeidet vil bli prioritert i 2015.
- Rådmannen er i gang med innføring av «Helhetlig pasientforløp» som bedrer dokumentasjonsflyten, informasjonsflyten og samhandlingen både i skriftlig form men også samarbeidet mellom Ahus og kommunen, mellom enhetene og de ansatte som skal yte tjenester til den enkelte pasient/bruker. Innføringen er i startfasen og vil fortsette i 2-3 år inntil alle arbeidsprosessene er innført. Frogn kommune deltar i et nettverk i regi av Kommunenes sentralforbund (KS) for innføring av dette. I den sammenheng vil kommunen implementere evalueringssystemer og indikatorer for måling av forbedringer på pasient/brukernivå. Helhetlig pasientforløp er også et lederverktøy som vil bidra til å få oversikt over kompetansebehovet i kommunen.
- Helse-, omsorg og velferdsenhetene har gjennomgått et opplegg via KS om å etablere kompetanseplaner. Planen for KS-prosessen er slutført, men skal nå innføres som et levende verktøy internt i alle enhetene.
- Etter hvert som Samhandlingsreformen utvikler seg, konkretiseres hvilke pasienter kommunen får. Dette er en blanding av diagnosegrupper med varierende funksjonssvikt. I den grad det er visse diagnosegrupper som er mer fremtredende enn andre har kommunene en delavtale om samarbeid innen kompetanseoverføring, fagutvikling og forskning. Ahus har veiledningsplikt. Frogn kommune etterstreber å be om kompetanseoverføring på et så tidlig tidspunkt som mulig ved en pasients planlagte utskrivning fra Ahus.

#### **Kulepunkt 5, rapporten påpeker at:**

*Frogn kommune bør ha oversikt og oppfølging av reinnleggelser og hvordan utviklingen er for reinnleggelser*

#### *Rådmannens kommentar*

Et pasientforløp inkluderer pasientens samlede sykehusopphold, også opphold på ulike sengeposter og forskjellige sykehus. Reinnleggelser er viktig for å følge samhandlingsreformens krav til å overføre oppgaver fra spesialisttjenesten til kommunene. Frogn kommune har registrert lite reinnleggelser. Det ble gjennomført en kartlegging fra

oktober 2013 – desember 2013. I den perioden ble det ikke registrert reinnleggelse av pasienter/brukere som mottar tjenester fra Frogn kommune.

- Rådmannen vil gjennom prosessen ved innføring av Helhetlig pasientforløp også innføre system for oversikt og oppfølging av reinnleggelse.

**Kulepunkt 6, rapporten påpeker at:**

*Relevant planverk bør revideres i tråd med reformens føringer*

- Rådmannen vil gjennomgå planverket innen helse- omsorg og velferd i tråd med utviklingen av Samhandlingsreformen, og revidere og fornye de punkter som er relevante.  
Dette gjelder:
  - Nye føringer i reformen som ikke dekkes av planverket i Frogn
  - Oppdatere utdatert informasjon
- Rådmannen har startet revidering og utvikling av rutiner og prosedyrer i forvaltningen av helse-, omsorg og velferdstjenester (ila 2014)

Med hilsen



Harald K. Hermansen  
Rådmann

*Dokumentet er elektronisk godkjent.*



## 11 Revisjonens kommentarer til rådmannens uttalelse

Revisjonen viser til rådmannens merknader til anbefalingen om den kommunale planstrategien. For å unngå misforståelser, vil revisjonen presisere at revisjonen som grunnlag for sine vurderinger har forholdt seg til det utkastet som ble justert etter kommunestyrets vedtak 24.02.14. Vi registrerer at det utkastet som nå legges frem for kommunestyret 16.6.14, sak 84/14, er endret slik det fremgår av rådmannens kommentar.

Revisjonen kan ikke se at det nye utkastet imøtekommer lovens krav om drøfting av folkehelseutfordringene som en del av planstrategien.

Revisjonen ser ikke at de anbefalingene revisjonen har foreslått, bør endres som følge av rådmannens tilsvarende.

## 12 Litteraturliste

### Lov

- Lov om folkehelsearbeid, LOV-2011-06-24-29
- Lov om kommunale Helse- og omsorgstjenester m.m., LOV – 2011 – 06 – 24 – 30.

### Stortingsmelding:

- Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling på rett sted til rett tid.

### Avtale:

- Avtale AHUS- kommunene: Samarbeidsavtale om helhetlige pasientforløp pr 14. desember 2011.

### Dokumenter innhentet fra Frogn kommune:

- Kommuneplan 2013-2025
- Handlingsprogrammet 2014-2017
- Årsmelding 2013, 31. mars 2014.
- Forslag til planstrategi for Frogn kommune 2014-2017. Justert etter kommunestyrets vedtak 24.02.2014.
- Helse og omsorg 2012-2025. Kommunestyremelding, 21.09.2012.
- Organisering av helse- og omsorgstjenestene i Frogn kommune. Mars 2013.
- Analyse og tiltaksplan for fremtidens omsorgstjenester for eldre 2010-2030.
- Prosjektrapport: Strategiske satsingsområder for forebyggende helsearbeid i Frogn kommune.
- Befolkningsprognose for Folloregionen – hovedresultater. COWI/ Follorådet, juni 2012.
- Evaluering av innsatsteam - rehabilitering. Høsten 2013.
- Statusnotater, utskrivingsklare pasienter. Fra rådmannen til politiske utvalg i Frogn.
- Prosedyre for saksbehandling og forvaltning, søknadskontoret, 19.11.2008.
- Prosjekt Helsebygg - Presentasjon - informasjonsmøte 18 09 13

### Annet:

- Samhandlingsreformen i kortversjon. Helse- og omsorgsdepartementet, 27.02.012.
- Status for samhandlingsreformen. Helsedirektoratet, 15. mars 2014.
- Samhandlingsstatistikk 2012-2013. Helsedirektoratet, februar 2014.