

FORVALTNINGSREVISJON
SAMHANDLINGSREFORMEN

BRØNNØY KOMMUNE
MAI 2015



FORORD

Denne forvaltningsrevisjonen er gjennomført av KomRev Trøndelag IKS på oppdrag fra kontrollutvalget i Brønnøy kommune i perioden november 2014 til mai 2015. Kontrollutvalget skal påse at forvaltningsrevisjon gjennomføres; jfr. lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) § 77 nr 4. Forvaltningsrevisjon innebærer å gjøre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets og forutsetninger¹.

Undersøkelsen er gjennomført i henhold til NKRFs standard for forvaltningsrevisjon, RSK 001.

Revisjonen har vurdert egen uavhengighet overfor Brønnøy kommune, jf kommuneloven § 79 og § 6. Vi kjenner ikke til forhold som er egnet til å svekke tilliten til vår uavhengighet og objektivitet.

Revisjonsteamet har bestått av prosjektleder Odd Lutnæs Sakshaug, prosjektmedarbeider Kurt Henning Nybø og kvalitetssikrer Rikke Haave.

Vi takker alle som har bidratt med informasjon i prosjektet.

En oversikt over tidligere gjennomførte prosjekter fra KomRev Trøndelag IKS finner du på vår hjemmeside www.krt.no.

Steinkjer, den 6.5.2015

Unni Romstad
Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor

Odd Lutnæs Sakshaug
Prosjektleder

¹ Forskrift om revisjon i kommuner og fylkeskommuner mv (revisjonsforskriften) § 7

INNHALDSFORTEGNELSE

Sammendrag.....	3
1. Innledning	5
1.1 Bestilling.....	5
1.2 Bakgrunn	5
1.3 Problemstillinger	6
1.4 Revisjonskriterier	6
1.5 Metodisk tilnærming og gjennomføring.....	6
2. Informasjon om samarbeidsavtalen.....	7
2.1 Om veien fram til samarbeidsavtalen og det overordnede samarbeidet i dag	7
2.2 Revisjonskriterier	9
2.3 Data.....	9
2.4 Vurdering og konklusjon	12
3. Utskrivningsklare pasienter.....	13
3.1 Revisjonskriterier	13
3.2 Data.....	14
3.3 Vurdering.....	20
4. Folkehelsearbeid	21
4.1 Revisjonskriterier	22
4.2 Data.....	22
4.3 Vurdering og konklusjon	24
5. Hovedkonklusjoner	24
6. Høring	25
Vedlegg 1: Oversikt over samarbeidsavtalen og de 11 tjenesteavtalene mellom kommunene på Helgeland og Helgelandssykehuset HF	
Vedlegg 2: Nærmere om kommunal medfinansiering som opphørte 1.1.2015	
Vedlegg 3: Høringssvar fra Brønnøy kommune	

SAMMENDRAG

I denne rapporten presenteres resultatene av en forvaltningsrevisjon med tema fra samhandlingsreformen. Rapporten er gjennomført på oppdrag av kontrollutvalget i Brønnøy kommune. Det gjennomføres tilsvarende prosjekt i flere av kommunene i på Sør-Helgeland.

Samhandlingsreformen ble innført 1.1.2012. Et hovedmål i samhandlingsreformen er å styrke forebygging og folkehelsearbeid. Målet er å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Samhandling mellom kommuner og helseforetak fremmes ved bestemmelser om lovpålagte samarbeidsavtaler, kommunal medfinansiering og betaling for utskrivingsklare pasienter.

Brønnøy, Sømna, Vega og Vevelstad forhandlet med Helgelandssykehuset HF høsten 2011. Kommunene var representert gjennom et sammensatt forhandlingsutvalg der fire personer deltok i forhandlingene på vegne av sine respektive kommuneregioner på Helgeland. Det ble utarbeidet én samarbeidsavtale og 11 tjenesteavtaler, og avtalene er likelydende for alle kommunene på Helgeland. Formålet med avtalene er å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommunene og Helgelandssykehuset, samt å etablere gode samarbeidsrutiner slik at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud av helse- og omsorgstjenester.

I denne rapporten ses det på hvordan Brønnøy kommune har gjennomført reformen, og dette blir belyst med følgende problemstillinger:

1. **Har Brønnøy kommune sikret at samarbeidsavtalen er gjort kjent?**
2. **Har Brønnøy kommune etablert et system og rutiner for mottak av utskrivningsklare pasienter?**
3. **Følger Brønnøy kommune opp folkehelselovens bestemmelse om kartlegging av helsetilstanden og at folkehelseperspektivet er ivaretatt i kommunale planer?**

Informasjon for å besvare problemstillingene er hentet fra gjennomgang av kommunale dokumenter, intervju av fagkonsulent Pleie og Omsorg i Brønnøy kommune, folkehelsekoordinator, Områdeleder ved Brønnøy sykehjem, leder av Koordinerende enhet, samt kontakt med andre ressurspersoner på området.

Hovedkonklusjoner

Kjennskap til samarbeidsavtalen

- Revisor konkluderer med at Brønnøy kommune har oppfylt kravet om å gjøre samarbeidsavtalen kjent gjennom medvirkning og informasjon til egne ansatte, men at kommunen med fordel kunne ha informert og orientert brukere mer.

Utskrivingsklare pasienter

- Revisor konkluderer med at Brønnøy kommune har etablert et system og rutiner for mottak av utskrivingsklare pasienter.

Folkehelse

- Revisor konkluderer med at Brønnøy kommune har fått kartlagt helsetilstanden til befolkningen, og at folkehelseperspektivet er godt ivaretatt i kommunale planer.

1. INNLEDNING

1.1 Bestilling

På bakgrunn av Plan for forvaltningsrevisjon 2012-2015² har kontrollutvalget i Brønnøy kommune bestilt en forvaltningsrevisjon med tema fra samhandlingsreformen. Prosjektplanen for prosjektet ble behandlet i kontrollutvalget den 2. oktober 2014³.

Parallelt med dette prosjektet er det gjennomført tilsvarende prosjekt i de andre kommunene på Sør-Helgeland: Sømna, Bindal, Vega og Vevelstad.

1.2 Bakgrunn

Første del av samhandlingsreformen ble innført 1.1.2012, og reformen innføres gradvis i løpet av fire år. Reformen har utgangspunkt i ny helse- og omsorgstjenestelov og ny folkehelselov, endringer i spesialisthelsetjenesteloven samt en rekke økonomiske og faglige virkemidler. Samhandlingsreformen forutsatte dessuten at det skulle innføres avtaler mellom helseforetakene og den enkelte kommune.

Et hovedmål i samhandlingsreformen er å styrke forebygging og folkehelsearbeid. Målet er å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre⁴. Samhandling mellom kommuner og helseforetak fremmes ved bestemmelser om lovpålagte samarbeidsavtaler, kommunal medfinansiering og betaling for utskrivingsklare pasienter⁵.

Alle kommunene på Helgeland (unntatt Bindal⁶) forhandlet med Helgelandssykehuset HF⁷ høsten 2011. Kommunene var representert gjennom et sammensatt forhandlingsutvalg der fire personer deltok i forhandlingene på vegne av sine respektive kommuneregioner på Helgeland:

- Grete Bang, Brønnøy, representant Sør-Helgeland
- Kirsten Toft, Alstahaug, representant HALD-kommunene⁸
- Jon Arvid Heggen, Vefsn, representant Vefsn, Grane og Hattfjelldal
- Kåre Nordnes, Rana, representant for Nord-Helgeland.

² Bestilt av kontrollutvalget den 05.12.2013 i sak 08/13 gjennom rullering av Plan for forvaltningsrevisjon.

³ Sak 7/2014.

⁴ <http://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen/om-samhandlingsreformen/Sider/default.aspx>

⁵ HOD, brev av 21.12.2011 til landets kommuner mv: «Informasjon om gjennomføring av samhandlingsreformen» Oppgavefordelingen.

⁶ Bindal har inngått samarbeidsavtale med Helse Nord-Trøndelag.

⁷ HF er forkortelse for "Helseforetak"

⁸ HALD-kommunene er Herøy, Alstahaug, Leirfjord og Dønna

Forut for dette ga kommunestyrene forhandlingsmandat til rådmennene i Sør-Helgeland. Fagkonsulent Grete Bang, Brønnøy kommune, fikk delegert forhandlingsmandatet fra rådmennene.

Det ble utarbeidet én samarbeidsavtale og 11 tjenesteavtaler (se oversikt i vedlegg 1). Avtalene er behandlet i kommunestyrene for respektive kommuner vinteren/våren 2012. Avtalene er likelydende for alle kommunene på Helgeland. Formålet med avtalene er å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommunene og Helgelandssykehuset, samt å etablere gode samarbeidsrutiner slik at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud av helse- og omsorgstjenester.

Avtalene gjeldende for Brønnøy kommune kom på plass gjennom vedtak i kommunestyret av 25.1.2012 i sak 3/12 og 13.6.2012 i sak 48/12.

1.3 Problemstillinger

Følgende problemstillinger er besvart i undersøkelsen:

1. **Har Brønnøy kommune sikret at samarbeidsavtalen er gjort kjent?**
2. **Har Brønnøy kommune etablert system og rutiner for mottak av utskrivningsklare pasienter?**
3. **Følger Brønnøy kommune opp folkehelselovens bestemmelse om kartlegging av helsetilstanden og at folkehelseperspektivet er ivaretatt i kommunale planer?**

1.4 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er de krav og forventninger som kommunens praksis vurderes opp mot. I dette prosjektet er kriteriene hentet fra:

- Lov av 24.6.2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester mv (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Lov av 24.6.2011 nr 29 om folkehelsearbeid (folkehelseloven)
- Forskrift av 18.11.2011 nr.1115 om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjeneste og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter
- Samarbeidsavtale og tjenesteavtaler mellom kommunen og Helgelandssykehuset HF

Revisjonskriteriene er utledet under de enkelte problemstillingene.

1.5 Metodisk tilnærming og gjennomføring

Rapporten bygger på informasjon innhentet gjennom intervju, gjennomgang av dokumenter og offisiell statistikk.

Vi har hatt samtaler og/eller hatt elektronisk kontakt med følgende personer:

- Grete Bang, fagkonsulent Pleie og Omsorg (sentraladministrasjonen), Brønnøy kommune

- Sturla Ditlefsen, Folkehelsekoordinator (fagstab), Brønnøy kommune
- Julie Heimen Engelsnes - Områdeleder ved Brønnøy sykehjem (VO 7)
- Annie Bratås - Leder for Koordinerende enhet (KE), Brønnøy kommune
- Astrud Dahle - Områdeleder hjemmebaserte omsorg (VO8 og VO10), Brønnøy kommune
- Iren Ramsøy, Samhandlingssjef Helgelandssykehuset HF
- Marit Hermstad – rådgiver ved Helgelandssykehuset HF

Referat fra intervjuene er verifisert av informantene i etterkant for å rette opp eventuelle faktafeil og misforståelser. Spørsmål stilt på e-post er verifisert gjennom skriftlige tilbakemeldinger.

Det gjennomføres tilsvarende forvaltningsrevisjon i kommunene Sømna, Bindal, Vega, Vevelstad, og informasjon innhentet i den forbindelse blir benyttet der dette er relevant.

Forvaltningsrevisjonen er i all hovedsak avgrenset til å se på kommunens rolle i overordnet avtale og tjenestevtale 3 og 5 (innleggelse/utskrivning).

Vår samlede vurdering er at metodebruk og kildetilfang i dette prosjektet gir et tilstrekkelig grunnlag til å svare på problemstillingene.

2. INFORMASJON OM SAMARBEIDSAVTALEN

Norge er delt i 4 helseregioner med hvert sitt regionale helseforetak (RHF). Brønnøy har samarbeidsavtale med Helgelandssykehuset HF som er en del av Helse Nord RHF.

Samarbeidsavtalen angir overordnede bestemmelser om samarbeidsformer, generelle bestemmelser som gjelder uavhengig av tjenestoområder mv, samt fastsette en prosess for vedtakelse av tjenestavtaler mellom partene.

2.1 Om veien fram til samarbeidsavtalen og det overordnede samarbeidet i dag

Det overordnede samarbeidet mellom kommunene og sykehusene har utviklet seg over tid. Sør-Helgelandkommunene etablerte i 2008 et Overordnet samarbeidsorgan (OSO) mellom sykehus og kommune. Dette ble utvidet til å gjelde for alle kommunene på Helgeland i 2010, og i et saksframlegg i Herøy kommune, ble bakgrunnen for det presentert slik⁹:

⁹ Opplysninger hentet fra saksdokument i Herøy kommune: <http://www.heroy-no.kommune.no/cpclass/run/cpesa62/file.php/pdf/10007861d10007861oc8e1fe/overordnet-samarbeidsorgan-oso-mellom.pdf>

”Som ledd i samarbeidet mellom kommuner og helseforetak rundt samhandlingsspørsmål inkl. innarbeiding av elementene i samhandlingsreformen, er det behov for et overordnet organ med representanter for kommunene og Helgelandssykehuset. I Oppdragdokumentet for 2010 er Helgelandssykehuset pålagt fra eier å opprette et representativt overordnet samarbeidsutvalg som arena for rutinemessig samhandling mellom første- og andre linjen” ...” På Helgeland er det etablert et slikt overordnet samarbeidsorgan for kommunene på Sør-Helgeland og helseforetaket, men på dialogmøtene våren 2010 var det positive tilbakemeldinger på å etablere ett samarbeidsorgan for hele Helgeland”.

OSO er et rådgivende samarbeidsorgan med 12 medlemmer¹⁰. Helgelandssykehuset HF og kommunene har 6 representanter hver. De tre regionrådene på Helgeland oppnevner 2 representanter (og vararepresentanter) hver.¹¹ Helgelandssykehusets representanter/vararepresentanter oppnevnes av foretaksdirektøren. Kommunenes representanter består av 2 rådmenn fra Sør-Helgeland samt 4 ordførere fra de øvrige regionrådene. OSOs formål er å utvikle et velfungerende samarbeid mellom kommunene og Helgelandssykehuset, for dermed å legge til rette for gjennomføring av samhandlingsreformen, og videreutvikling av god samhandling, gode prosesser og gode, sammenhengende pasientforløp.

OSO har videre som mål å følge opp samarbeidsavtalen mellom kommunene og Helgelandssykehuset HF, samt foreta avklaringer ved uenighet eller uklarhet om avtalens innhold eller konsekvenser. OSO har imidlertid ikke hatt møter siden avtalene i SHR ble fremforhandlet. Samtidig med opprettelsen av OSO ble det organisert et Klinisk samarbeidsutvalg (KSU) for Sør Helgeland. Formålet med KSU er å styrke det kliniske og organisatoriske samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten på Sør Helgeland og Helgelandssykehuset HF i tråd med målsettingen i samarbeidsavtalen.

Samhandlingssjef i Helgelandssykehuset HF skriver i e-post at det vil bli lettere å ha fokus på de viktigste områdene innenfor helsetjenester når et nytt overordnet organ (OSO) etableres. Dette er under arbeid.

Punkt 10 i avtale 10 om ”*uenighet og tvisteløsning*” fungerer etter hvert greit. Sør-Helgelandskommunene sin representant i forhandlingsutvalget mener kommunene blir behandlet som en likeverdig partner i samarbeidet. Hun sier det kan være lett å bli overkjørt da Helgelandssykehuset er en tung aktør i forhold til de små kommunene. Kommunene har i Helse-Nord også fått avtalene til å gjelde for sykehusene i helseforetaket utenfor Helgelandssykehusene, eks. Nordlandssykehuset¹².

¹⁰ Vedtekter for OSO: <http://www.helgelandssykehuset.no/vedtekter/category27230.html>

¹¹ Helgeland regionråd, Indre-Helgeland Regionråd og Sør-Helgeland regionråd

¹² Samarbeidsavtalen pkt 4.3.

Forhandlingsutvalget har også hatt ansvaret for å følge opp avtalene ved årlig revisjon av disse. Det er etablert en særgruppe der fagkonsulent Pleie og omsorg, Brønnøy kommune representerer Sør-Helgeland. Det er ikke bestemt tidspunkt for oppstart for revidering av avtalene.

Spørsmål vedrørende rehabilitering av pasienter vil, slik Sør-Helgelandskommunene sin representant i forhandlingsutvalget ser det, i fremtiden være en større utfordring når spesialisthelsetjenesten endrer sitt tilbud innenfor rehabiliteringsfeltet. Det ble også vist til at det foregår utredning om opprettelse av lokalmedisinsk senter, i regi av Helgelandssykehuset. Kommunen har ansatt kreftkoordinator i samarbeid med Sømna og Vevelstad. Denne stillingen er delfinansiert av Kreftforeningen.

2.2 Revisjonskriterier

Ved innføring av en omfattende reform, som både angår kommunens innbyggere og egne ansatte, er det en forutsetning med god informasjon. Samarbeidsavtalen har i pkt. 8 bestemmelser om plikt til gjennomføring og forankring, blant annet gjennom å gjøre avtalen kjent og iverksatt innenfor eget ansvarsområde, og pkt 9 er knyttet til involvering av pasient- og brukerorganisasjoner.

Det er utarbeidet følgende revisjonskriterier:

- Brønnøy kommune skal sørge for å involvere og informere egne ansatte i forbindelse med innføring av samhandlingsreformen.
- Brønnøy kommune skal orientere brukere om innføring av samhandlingsreformen.

2.3 Data

Samhandlingsreformen forutsatte at det skulle innføres avtaler mellom helseforetakene og den enkelte kommune. Fagkonsulent pleie- og omsorg i Brønnøy kommune, forhandlet for Sør-Helgelandskommunene. De omforente avtalene ligger tilgjengelig blant annet på Helgelandssykehusets nettsider.

Fra kommunen har vi fått informasjon om at det i forkant av møtene i forhandlingsutvalget ble arrangert formøter, der kommunenes representanter vedrørende helse og omsorg møttes for å diskutere Brønnøy kommunes interesser i forhandlingene. Her var også brukerrepresentanter og fagforeninger i kommunen invitert med noe variabelt oppmøte. Leder koordinerende enhet (KE) og enhetsleder sykehjem mener det i forkant av samhandlingsreformen ble gitt god informasjon til de ansatte innenfor organisasjonen som ble berørt av denne.

En av områdesjefene sa at innføring av samhandlingsreformen ikke representerte noe markert skille, da Brønnøy har hatt tradisjon for å gi behandling og hjelp i utstrakt grad i hjemmene. Den største overgangen for pasientene og tjenestene var innføring av akutsenger som ga innbyggerne sykehusbehandling i kommunen. Det poengteres

også at reformen har hatt økonomiske konsekvenser for kommunen, da reformen for Brønnøy kommune sin del var underfinansiert. Fagkonsulent pleie og omsorg forklarte at Brønnøy kommune har hatt større utgifter vedrørende medfinansiering av spesialisthelsetjenesten enn budsjettet.

Det er også opprettet et nettverk for kommunene, "Helse Helgeland", som er et forum for koordinering av disse formøtene. I Brønnøy er VO7, VO8, VO9 og VO10¹³ samt kommuneoverlege involvert i dette koordineringsarbeidet. Det ble holdt noen avdelingsmøter på disse områdene angående samhandlingsreformen. I følge fagkonsulenten kan det likevel diskuteres i hvor stor grad disse var involvert i avtaleplanleggingen da representasjonen her var noe variabel.

Områdesjef for VO8 og 10 opplyser at det har blitt fokusert mest på det de ansatte håndterer i den daglige driften. Informasjon har blitt gitt gjennom møteaktivitet på ledernivå, og gjennom personalmøter, sykepleiermøter og gjennom nye rutiner som har blitt presentert på arbeidsplassene.

Etter at avtalene var godkjent i kommunestyret ble det arrangert informasjonsmøter gjennom felles nettverk og avdelingsmøter i kommunen på respektive enheter.

Det er også avholdt noen møter i forhandlingsutvalget etter at avtalene ble undertegnet med Helgelandssykehuset, da med drøftinger av samarbeidsarenaer, planlegging av konferanse med mer. Det ble arrangert en konferanse i Sandnessjøen i april 2013, der avtalenes innhold var drøftingstema.

Brønnøy kommune har årlig fått invitasjon til og deltatt i dialogmøte mellom kommunene på Sør-Helgeland og Helgelandssykehuset.. Etter innføring av samhandlingsreformen har disse møtene hatt mest fokus på innholdet i avtalene, om en eventuell etablering av Distriktsmedisinsk senter (DMS) samt ikke minst problematikken rundt utskrivningsklare pasienter. Avtale 5 om utskrivningsklare pasienter er den mest kjente avtalen i avtalesettet.

I prosessen frem mot avtaleutkast var Sør-Helgelandkommunenes representant i forhandlingsutvalget deltaker på en del konferanser i regi av KS Nordland. Hun fortalte at KS også har bidratt med rådgivning og undervisning. KS var tiltenkt en rolle som motvekt til sykehuset i forhandlingene, men var ikke med i bildet i den lokale etableringen av avtalene. Kommuneadvokaten i Rana kommune ble benyttet i forhold til etablering/kvalitetssikring av det juridiske avtaleinnholdet. Oppfatningen i kommunen er at de lokale avtalene er godt gjennomarbeidet og forankret.

¹³ Virksomhetsområde (VO) VO 7 - Brønnøy sykehjem, VO 8 – Hjemmebasert omsorg, VO 9 – Helse- og velferdssenter, VO 10 – Velfjord Omsorgssenter

Brønnøy kommune har vært delaktig og involvert i flere prosjekter i sammenheng med innføringen av samhandlingsreformen.

Det er motstridende funn når det gjelder erfaringer med samhandlingsreformen hittil. I april 2013 arrangerte kommunene på Helgeland og Helgelandssykehuset en erfaringskonferanse om Samhandlingsreformen i Sandnessjøen. Det var bred enighet blant deltakerne om at samarbeidet mellom kommunene og sykehuset utvikler seg i positiv og riktig retning og i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen. På den andre siden gjorde Sør-Helgelandkommunene sin representant i forhandlingsutvalget revisjonen oppmerksom på konklusjonen som trekkes i rapporten fra et koordinert samarbeidsprosjekt. En av konklusjonene i rapporten er at det har blitt mindre samhandling mellom kommunen og Helgelandssykehuset etter innføringen av samhandlingsreformen. Problemene handler mest om lite kjente avtaler og avtaler som ikke er brukt som de skal.

”*Sammen om psykisk helse*” er et samarbeidsprosjekt mellom kommunene på Sør-Helgeland og DPS¹⁴ - Helgelandssykehuset HF. Prosjektet startet i 2010 og ble avsluttet i desember 2014. Målet har vært å utvikle og igangsette en samarbeidsmodell til beste for mennesker med psykiske lidelser og rusavhengighet.

16. oktober 2014 ble det gjennomført en samhandlingskonferanse i Brønnøysund der tema var tilrettelegging for bedre samhandling og gode pasientforløp innen psykisk helse på Sør-Helgeland. Denne samhandlingskonferansen hadde deltakere fra Brønnøy, Vega, Vevelstad, og Sømna kommune og Helgelandssykehuset.

Sør-Helgelandkommunene sin representant i forhandlingsutvalget sier det er varierende hvor god kjennskap det er til samarbeidsavtalene i helseforetaket. Det kan for eksempel skje at flere fra helseforetaket ringer for å få den samme informasjonen. Det er også et inntrykk at ansatte ved sykehusene har for liten lokalkunnskap, for eksempel om hvilke medisiner som kan skaffes lokalt i forhold til avtaler om utskrivningsklare pasienter.

Dialogmøter foregår på ledelsesnivå. I samarbeidsavtalens pkt. 7.1 heter det: ”*Det avholdes dialogmøte to ganger årlig mellom kommunene på Helgeland og Helgelandssykehuset HF med følgende geografiske fordeling*”: [...] Videre heter det i avtalens pkt 7.2: ”*Kommunene har ansvaret for innkalling og gjennomføring av møtene i vårhalvåret og Helseforetaket i høsthalvåret*”. Samhandlingssjef opplyser i samtale at det er avholdt to slike samtaler i 2014, og det er innkalt til ny samtale i mai 2015. Referater fra møtene i 2014 er ikke lagt ut på nettsidene til Helgelandssykehuset HF. Det var Helgelandssykehuset som innkalte til første møte og kommunene til andre møtet. Interessen for dialogmøtene har vært liten i 2014, noe

¹⁴ DPS - Distriktpsikiatriske senter, har hovedansvar for generelle tilbud innen den psykiatriske spesialisthelsetjenesten. Med døgntilbud, dagtilbud, poliklinikk og akutt – team er disse sentrene statlige klinikker som samarbeider nært med kommunene i sine respektive områder.

hun mener henger sammen med all møteaktiviteten som har vært i forbindelse oppdraget ”Framtidens Helgelandssykehus”. Et oppdrag fra Helse Nord RHF til Helgelandssykehuset, der det gjennomføres en utredning av fremtidig somatisk sykehusstruktur på Helgeland.

Fagkonsulent Pleie og omsorg forklarte at informasjon om alt av tjenestetilbud til pasienter ligger på kommunens hjemmeside. Områdesjef VO8 og VO10 opplyser at samhandlingsreformen har vært mye diskutert, særlig i møte med politikere og brukerrepresentanter.

Det er avholdt noen møter i forhandlingsutvalget etter at avtalene ble undertegnet med Helgelandssykehuset, da med drøftinger av samarbeidsarenaer, planlegging av konferanse med mer. Årlige revisjoner av avtalene er ikke gjennomført.

Samhandlingssjef i Helgelandssykehuset HF opplyser at det er spesielt tjenesteavtale 3,4, 5 og 6 som det er jobbet med både fra sykehusets side og fra kommunenes side, og at hun mener at disse avtalene er godt kjent. Det gjenstår å ta tak i konkrete områder som er spesielt omtalt i overordnet avtale der man ser behov for en tydeligere ansvarsfordeling spesielt innenfor områder som rehabilitering, psykisk helse, jordmortjenester, følgetjenester med mer.

Legetjenesten

Legetjenesten i Brønnøy kommune er organisert med kommunalt ansatte leger (ikke privatpraktiserende). Kommunen har 11 legehjemler. Legene var også representert på informasjonsmøte om Samhandlingsreformen og de inngåtte avtalene. Legesituasjonen har vært under kontroll de to siste årene da det er kommet til nye leger.

2.4 Vurdering og konklusjon

Til tross for liten interesse og varierende involvering, mener vi at Brønnøy kommune har sørget for å involvere og informere egne ansatte i forbindelse med innføringen av samhandlingsreformen. Innføring av samhandlingsreformen er en prosess som tar tid. Kommunen har i perioden før og etter 2012 vært involvert i ulike samarbeidsprosjekter om samhandlingsreformen. Det er arrangert møter der aktuelle virksomhetsområder og kommuneoverlege var involvert forut for avtaleinngåelsen. Fagkonsulent pleie og omsorg i Brønnøy kommune har forhandlet for Sør-Helgelandskommunene, og kommunen har dermed også hatt en sentral medarbeider i forhandlingene med helseforetaket. Opplysninger fra sentralt plasserte medarbeidere i kommunen om at det er gitt god informasjon til de ansatte i forkant av reformen og etter at innføringen av reformen startet, underbygger dette inntrykket. Opplysninger fra samhandlingssjefen i Helgelandssykehuset likeså.

Samtidig ser revisor at det signaliseres ulike erfaringer med hvorvidt samhandlingen mellom sykehus og kommunene har utviklet seg. Revisor registrerer at det ikke er

gjennomført forespeilede årlige revisjoner av avtalene mellom Helgelandssykehuset og kommunene. Dette er et arbeid som det bebudes at vil bli tatt tak i, og ansvaret for å gjennomgå avtalene er et ansvar som begge parter deler.

Når det gjelder orientering overfor brukere om samhandlingsreformen opplyses det at det er avholdt formøter der også brukerrepresentanter har vært invitert og hatt et noe variabelt oppmøte. Revisjonen er ikke gjort kjent med ytterligere spesifikke informasjonstiltak overfor brukere. Sett i lys av at revisjonen har kjennskap til at enkelte *andre* kommuner har valgt å informere bredere i for eksempel kommunale nyhetsskriv etc., mener vi Brønnøy kommune kunne ha informert noe bredere, enn det som er blitt gjort.

Revisor konkluderer med at Brønnøy kommune har oppfylt kravet om å gjøre samarbeidsavtalen kjent gjennom medvirkning og informasjon til egne ansatte, men at kommunen med fordel kunne ha informert og orientert brukere mer.

3. UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER

I forkant av innføring av samhandlingsreformen var det knyttet mye oppmerksomhet rundt at reformen forutsatte at kommunene skal ta i mot utskrivningsklare pasienter fra helseforetakene. Dersom kommunene ikke kan ta i mot pasientene, vil de bli fakturert fra helseforetaket i overkant 4300 kroner døgnet for de pasientene som blir liggende på sykehuset¹⁵. Vi ønsker å se på hvordan Brønnøy kommune har forberedt seg på denne endringen.

3.1 Revisjonskriterier

Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter har i § 8 bestemmelser om at kommunen skal varsles innen 24 timer om innlagt pasient som man antar vil ha behov for kommunale helse- og omsorgstjenester ved utskriving. Videre er det i § 10 bestemmelse om at kommunene skal varsles om utskrivningsklare pasienter som har behov for helse- og omsorgstjenester, og § 11 sier at kommunen straks skal gi beskjed om den kan ta i mot pasientene. § 12 handler om overføring av pasientene, mens § 13 omhandler betaling for utskrivningsklare pasienter.

Brønnøy kommune har inngått en samarbeidsavtale og 11 tjenesteavtaler med Helgelandssykehuset HF. Tjenesteavtale 3 og tjenesteavtale 5 omhandler henholdsvis *"retningslinjer for innleggelse i sykehus"* og *"retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskriving fra institusjon"*.

¹⁵ Av forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter går det fram at dagsprisen fastsettes i statsbudsjettet. I 2015 er den på 4 387 kroner (<https://helsedirektoratet.no/finansieringsordninger/utskrivningsklare-pasienter>)

Formålet med tjenesteavtale 3 og 5 er blant annet å sikre at alle pasienter får et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester på tvers av forvaltningsnivåer.

Pkt. 8.10-8.14¹⁶ i tjenesteavtale 5 omhandler kommunens ansvar og oppgaver i forbindelse med samhandling ved utskriving fra sykehus:

- Straks bekrefte om kommunen kan ta i mot pasienten
- Vurdere om og evt. hvilke kommunale helse- og omsorgstjenester som skal iverksettes på grunn av opplysninger i utskrivingsklarmelding.
- Om ikke kommunen kan ta i mot pasienten, skal kommunen varsle sykehuset om når et kommunalt tilbud antas å være klart.
- Informere kontaktperson i behandlende enhet ved sykehuset om kommunal saksgang og vedtak som har betydning for pasientens utskriving.
- Opprette koordinator og eventuelt individuell plan.

KS har i rapporten *”Rådmannens internkontroll. Hvordan få orden i eget hus”* fra 2013 pekt på viktigheten av at viktige interne prosesser kan dokumenteres. Vi mener derfor at kommunens håndtering av samhandling med helseforetaket og ivaretagelse av utskrivingsklare pasienter bør sikres med skriftlige rutiner.

Samarbeidsavtalens punkt 8.1 forutsetter at partene skal gjøre avtalens innhold/konsekvenser og beslutninger/vedtak kjent og iverksatt innenfor eget ansvarsområde. I dette legger vi at kommunen må ha gjort organisatoriske, fysiske og bemanningsmessige forberedelser som gjør den i stand til å kunne ta i mot pasientene.

På dette grunnlaget har vi utarbeidet følgende revisjonskriterier:

- Brønnøy kommune bør ha ressurser i form av fysisk tilrettelegging og bemanning til å kunne ta imot utskrivingsklare pasienter.
- Ansvar for oppfølging av tjenesteavtale 3 og 5 bør være beskrevet og plassert.

3.2 Data

En pasient blir ansett som utskrivingsklar fra helseforetaket når vedkommende ikke har behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten (tjenesteavtale 5).

Områdesjef ved Brønnøy sykehjem og leder av koordinerende enhet opplyser begge at kommunen stort sett har kunnet ta imot utskrivingsklare pasienter. Det hender likevel i sjeldne tilfeller at nabokommunene har blitt forespurt og benyttet der kommunen selv ikke har hatt kapasitet til overføringen. Dette gir en besparelse i forhold til døgnprisen helseforetaket krever hvis kommunen ikke kan ta imot pasienten ved utskriving. I tillegg mener ledelsen at pasientene får et bedre tilbud i nabokommunene enn på sykehuset når de er utskrivingsklare.

¹⁶ Feil med nummerering, da undernummerering har et tall høyere enn overskrifta (kun redaksjonsmessig)

Brønnøy kommune er den eneste av kommunene på Sør-Helgeland som har hatt utskrivningsklare pasienter liggende på sykehus i årene 2012, 2013 og 2014 (t.o.m. 2. tertial) i henhold til statistikk fra Helsedirektoratet. Henholdsvis 5, 6 og 7 pasienter¹⁷.

Fagkonsulenten fortalte at det i begynnelsen av samhandlingsreformen var det en del uenighet mellom partene angående faktureringen. I dag fungerer det greit. Regninger for utskrivningsklare pasienter sjekkes mot forhåndsdokumentasjon og vedlagt dokumentasjon om pasienter som overflyttes. Det opplyses videre fra fagkonsulent at fakturaer og annen underliggende dokumentasjon rundt pasienter blir arkivert i papirform hos koordinerende enhet.

Det har blitt reist spørsmål om reformen har ført til at pasienter skrives ut for tidlig og at ansvaret, både faglig og økonomisk, på den måten skyves over på kommunene. En indikator på om pasienter skrives ut for tidlig kan være antall reinnleggelser¹⁸. Slike ikke-planlagte reinnleggelser kan skyldes kvalitetssvikt i behandlingsforløpet, for eksempel for tidlig utskrivelse, mangelfull behandling, postoperative sårinfeksjoner eller mangelfull oppfølging etter utskrivning. Ifølge helsedirektoratet er reinnleggelse en kvalitetsindikator – et indirekte mål, en pekepinn, som sier noe om kvaliteten på det området som måles.

Fagkonsulent pleie og omsorg opplyser at det forekommer en del tilfeller av reinnleggelser til helseforetaket, men det er ikke utarbeidet noe statistikk fra kommunens side over frekvens eller omfang av disse. På Helsedirektoratets hjemmesider foreligger det opplysninger, og tabell 1 viser oversikt over antall reinnleggelser i 2012, 2013 og 2014. Det er viktig å være oppmerksom på at det er få pasienter, slik at små endringer gir relativt sett store utslag. I tabellen er antall innleggelser sammenholdt med antall reinnleggelser totalt.

Tabell 1 Oversikt over reinnleggelser 2012 og 2013 og 2014.

	Antall innleggelser			Antall reinnleggelser*			Andel reinnleggelser		
	2012	2013	2014 t.o.m. 2. tertial	2012	2013	2014 t.o.m. 2. tertial	2012	2013	2014
Bindal	455	468	273	50	62	34	11,0	13,2	12,5
Leka	150	144	110	16	16	18	10,7	11,1	16,4
Nærøy	1457	1466	892	178	200	136	12,2	13,6	15,2
Vikna	1144	1192	666	146	158	70	12,8	13,3	10,5
Sømna	522	482	335	92	50	54	17,6	10,4	16,1
Brønnøy	2251	2308	1506	348	344	282	15,5	14,9	18,7
Vega	361	354	227	48	36	44	13,3	10,2	19,4
Vevelstad	141	144	86	16	30	14	11,3	20,8	16,3
Helse Midt-Norge	184511	188231	123743	12298	12671	8181	6,7	6,7	6,6
Helse Nord	129754	126770	83747	9233	9509	6464	7,1	7,5	7,7
Norge	1308714	1309254	867921	93750	93888	63477	7,2	7,2	7,3

Kilde: Helsedirektoratets nettsider og grunnlagsdata der:

<http://www.helsedirektoratet.no/finansiering/okonomiske-virkemidler-i-samhandlingsreformen/styringsdata-for-kommuner/Sider/styringsdata-kmf-somatisk-sykehus.aspx>. Data sjekket ut 24.3.2014

¹⁷ <http://sites.helsedirektoratet.no/finansiering/okonomiske-virkemidler-i-samhandlingsreformen/styringsdata-for-kommuner/Sider/styringsdata-kmf-somatisk-sykehus.aspx>. Tall hentet ut 24.3.2015

¹⁸ En reinnleggelse defineres som en akutt innleggelse som finner sted mellom 8 timer og 30 dager etter en utskrivelse (primært innleggesforløp). Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Antall reinnleggelser var stabilt i 2012 og 2013 i Brønnøy kommune. Ren framskriving av tallene for de 2 første tertial, kan tyde på at det blir flere for 2014. Sammenlignet med andel reinnleggelser for Helse Nord er det en større andel som blir reinnlagt fra Brønnøy og fra kommunene på Sør-Helgeland og i Ytre Namdal. Sammenlignet med de øvrige enkeltkommunene på Sør-Helgeland og i Ytre Namdal ligger Brønnøy høyt. På landsnivå opereres det med at 7 prosent blir reinnlagt. I Brønnøy og i de øvrige kommunene som er trukket fram her, er denne andelen betydelig høyere¹⁹.

Oppfølging av tjenesteavtale 3 og 5

Rutinebeskrivelse

Fagkonsulent pleie og omsorg forklarte at det ikke er utarbeidet så mange skriftlige rutiner for mottak av utskrivningsklare pasienter, men dokumentasjon for alle overføringer og mottak av pasienter ligger i fagsystemet. Dette henger sammen med at selve avtalen beskriver ansvar og oppgavefordeling og at det er utarbeidet en sjekklister som brukes ved kontakt med sykehus.

Kontaktinformasjon til Koordinerende enhet ligger ute på kommunenes hjemmeside. Utenom kontortid kan hjemmesykepleie og sykehjem kontaktes og henvendelse dokumenteres og videreformidles til koordinerende enhet. Fagkonsulent pleie og omsorg opplyser at det er sjelden at informasjon bringes indirekte til Koordinerende enhet.

Fagkonsulent pleie og omsorg opplyser også at det har vært jobbet med å få i gang oppfølging rundt avtale nr. 5 om utskrivningsklare pasienter. På Samhandlingskonferansen som ble arrangert 25. april 2013 var problemstillinger rundt avtale 5 sentral. Rutiner og oppfølging av avtalen er planlagte arbeidsområder, som vil følges opp ved revidering av avtalen. Det er laget egne skjema for avvik i forbindelse med utarbeiding av avtalene. Her var det en del avvik til å begynne med. Det er laget egen rutine for behandling av avvik.

Prosedyrer og meldingsutveksling

Det er i henhold til avtale og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester opprettet en Koordinerende enhet i Brønnøy kommune. Koordinerende enhet har ansvaret for å behandle søknader, tildele tjenester og samhandle med helseforetaket vedrørende overføringer og videre behandling av utskrivningsklare pasienter. Kommunen gjør oftest vedtak om tjenestetilbud i forkant av hjemsendelse, det som likevel er viktig er at pasienten har et tilbud og selve vedtaket kan derfor sendes i posten i ettertid. Som et resultat av "Samhandlingsreformen" har det blitt flere oppgaver for hjemmetjenesten og legetjenesten. Koordinerende enhet består av 3 ansatte som tar

¹⁹ Beregninger foretatt etter rådgiving fra Helsedirektoratet den 18.12.2014. Beregninger for 2013 viser andelen reinnleggelser på nasjonalt nivå varierende fra 9 % til 16-19 % avhengig av hvilken hovedgruppe pasienter man ser på.

imot alle henvendelser fra helseforetaket og videreformidler dette innenfor organisasjonen. Vakthavende på sykehjem kan i tillegg ta imot beskjeder som angår medisiner og andre behov hos langtidspasienter i sykehjem.

Områdesjef ved Brønnøy sykehjem og leder for Koordinerende enhet opplyser at helseforetakets henvendelser ikke alltid er innenfor de frister som avtalene skisserer, men leder for Koordinerende enhet sier samarbeidet går ”rimelig greit”. Kommunen godtar ikke pasientoverføringer hvis fristen her blir satt for kort. Kommunen mottar ikke alltid meldinger om at innbyggere er innlagt på sykehus slik at det kan være vanskelig å forutse behovene.

Det blir gjort enkeltvedtak om tildeling av tjenester til alle pasienter som føres tilbake fra helseforetaket og som skal ha et kommunalt tilbud. Slike vedtak kan ofte gjøres i etterkant av tilbakeføringen til kommunen når behov er avklart.

Bemanningsmessig er det i dag ikke noen fast rullering av ansatte mellom sykehjem og hjemmebaserte tjenester. Det blir ukentlig avholdt møte i fagteamet hvor tjenesteytelser blir diskutert og fordelt gjennom vedtak. Denne faggruppen består av koordinerende enhet, leder hjemmetjenesten, leder sykehjem, lege og fysioterapeut.

Elektronisk meldingsutveksling

Brønnøy kommune har forholdt seg til FUNNKe²⁰ som er et nasjonalt prosjekt og satsingsområde for elektronisk kommunikasjon mellom kommunens koordineringsenhet, pleie- og omsorgstjenesten, NAV, legekantoret og helseforetakene. FUNNKe er i så måte ikke et prosjekt direkte rettet mot samhandlingsreformen og sykehusene. Intern avtale nr. 9 inneholder likevel et punkt om elektronisk samhandling og dette kravet blir da innfridd med elektronisk meldingsutveksling i dette prosjektet. Prosjektet skal bistå kommunene i arbeidet med å komme i gang med elektronisk meldingsutveksling. Her er Brønnøy pilotkommune for alle kommunene på Sør-Helgeland. Det opplyses at det har tatt tid å komme i gang med den elektroniske meldingsutvekslingen på grunn av datatekniske utfordringer som går på drifting av system og samhandling mellom ulike aktører, men at dette nå er løst. Den elektroniske meldingsutvekslingen som knytter sykehus og andre helseaktører sammen driftes av Norsk Helsenett²¹. Elektronisk meldingsutveksling ble tatt i bruk i desember 2014.

Erfaringene vi har fått formidlet, er at teknisk nå fungerer det bra. Og for de som har tatt det i bruk det greit å orientere seg i og at det er et brukervennlig system. Oppfatningen er at tjenesteyterne i kommunen har spart mye tid på telefonering siden systemet ble tatt i bruk, samtidig som sikkerheten er øket for pasientene. Samtidig påpekes det at det noe varierende hvor langt alle som er forventet å bruke systemet

²⁰ Prosjekt FUNNKe er et regionalt program for implementering av elektronisk utveksling av helseopplysninger. Prosjektets eier er Helse Nord, og det ledes av Nasjonalt senter for Samhandling og telemedisin ved UNN HF.

²¹ Norsk Helsenett er et statsforetak eid av Helse- og omsorgsdepartementet. Deres oppdrag er å levere og videreutvikle nasjonal IKT-infrastruktur for effektiv samhandling mellom alle aktører i helse- og omsorgstjenesten (<https://www.nhn.no>).

har kommet. Det er pr i dag ikke alle legene som kommuniserer med elektroniske meldinger, men dette er noe som må la seg ordne.

Fagkonsulent mener varslingsrutiner skal bli bedre ivaretatt gjennom innføringen av FUNNKe. Her skal det da eksempelvis sjekklister og annen kommunikasjon bli sendt elektronisk direkte mot fagsystemet som brukes på helsesektoren (Geric).)

Det er også anskaffet videokonferanseutstyr for å kommunisere enklere med samarbeidspartnere, noe som er i henhold til avtale nr.9 med Helseforetaket.

Avvik

Det er beskrevet en egen avviksbehandling med tilhørende avviksskjema i forbindelse med avtalen. Helgelandssykehuset Sandnessjøen har gått gjennom postjournalen, og basert på den, har de satt opp følgende antall registrerte nye avvik/saker mellom de enkelte kommunene på Sør-Helgeland og Helgelandssykehuset Sandnessjøen (HSYK SSJ) 2012-2014:

Tabell 2. Antall avvik fordelt på kommunene.

	2012		2013		2014		Sum		Totalt 21
	Fra kommunen til HSYK SSJ	Fra HSYK SSJ til kommunen	Fra kommunen til HSYK SSJ	Fra HSYK SSJ til kommunen	Fra kommunen til HSYK SSJ	Fra HSYK SSJ til kommunen	Fra kommunen til HSYK SSJ	Fra HSYK SSJ til kommunen	
Brønnøy	7		3	3	3	1	13	4	
Sømna	1		1			1	2	1	
Vevelstad									
Vega			1				1		
Samlet hvert år:	8		5	3	3	2	16	5	

I tillegg kommer evt. avvik som er meldt til/fra kommunene på Sør-Helgeland og Helgelandssykehusets enheter i Mosjøen og Mo i Rana. Av tallene over går det fram at Brønnøy kommune skiller seg ut ved å ha meldt inn avvik. Av de få avvikene Helgelandssykehuset Sandnessjøen har meldt inn, er det Brønnøy som har vært mottaker av avviksmeldingene.

Samhandlingssjefen ved Helgelandssykehuset opplyser at sykehuset i for liten grad skriver avvik. Videre blir det vist til at det blir lettere å overvåke uregelmessigheter i tilknytning til inn- og utskrivning når det elektroniske meldesystemet har fungert en stund. Når det gjelder avvik fra kommunene til sykehuset, er de i stor grad knyttet til uklarheter og kommunikasjon knyttet til ferdigbehandlede pasienter.

Når det gjelder avvikshåndtering mener områdesjef ved Brønnøy sykehjem og leder for Koordinerende enhet at kommunen kanskje har vært noe "snill" i en overgangsfase etter samhandlingsreformen trådte i kraft. På dette området vil kommunen nå skjerpe rutine for avviksmelding da de mener helseforetaket nå burde ha fått sine rutiner for samhandling på plass. Det bekreftes at det er meldt en del avvik i kommunen i henhold til avtalenes innhold. Det eksisterer derimot i

mindre grad avviksmelding fra helseforetakets side. Når samhandlingsavvik meldes, brukes felles skjema som ligger på Helgelandsykehuset sine nettsider.

Kommunen får en del forespørsler om overføring av pasienter fra helseforetaket på fredager og rett før høytider. Dette er ikke hensiktsmessig for pasienter eller ansatte i kommunen. Kombinasjonen av nylig utskrevne pasienter og redusert bemanning i helgene understreker dette. Det har også hendt at kommunen har fått forespørsler rett før helg som senere har blitt trukket tilbake av helseforetaket, etter at kommunen har sagt at de har mulighet til å ta i mot pasienten. Pasienter som fra før har plass på sykehjem er ikke noe større problem å håndtere for tilbakeføring hvis det ikke foreligger store endringer i tjenestebehovet. Ved store endringer må disse pasientene også håndteres gjennom Koordinerende enhet. Ordningen med Koordinerende enhet som et veldig bra kvalitetssikringstiltak av både områdesjef ved sykehjemmet og leder av Koordinerende enhet.

Brønnøy kommune har innført elektronisk avviksbehandling gjennom "Kvalitetslosen". Her er det avdelingsledere som først får avvik til behandling hvorpå disse videresendes i systemet hvis dette må behandles på et høyere nivå. Et slikt avvik kan i teorien gå helt opp til rådmann hvis dette kreves. Her setter systemet tidsfrister for behandling og ledere får egen e-post om at avvikssak er fremsatt.

Ledere mener videre at det kanskje ikke er så stor forskjell på tjenesteytelsen og de ansattes hverdag i forhold til før og etter samhandlingsreformen, men de opplever at pasienter utskrives raskere og at det forekommer flere reinnleggelser. Dette stemmer med funn i en nasjonal rapport²². Videre har kommunen fått bedre og bredere kompetanse på akuttberedskap og spesialhelsetjenesten samt at kommunen har fått 2 KAD senger.

Kompetanse

Leder for Koordinerende enhet og Områdesjef for sykehjemmet fortalte at kommunen i noen tilfeller har behov for kompetanseheving for å kunne ta i mot enkelte pasienter med spesielle lidelser. Kompetanseutveksling i henhold til Tjenesteavtale nr.6 er etter fagkonsulentens mening ikke satt godt nok i system. Hun viser til at det er økonomi og ressursmangel som ikke strekker til for å benytte seg av denne muligheten. I tjenesteavtale 6 om blant annet hospitering, pkt. 7.1 heter det: *"Ansvarsprinsippet legges til grunn for finansiering av tiltak som følger av denne avtalen. Dette innebærer at partene bærer egne kostnader, med mindre annet er særskilt avtalt, eller finansiert på annen måte."*

²² Rapporten "Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet". Rapport IRIS -2014/382.

3.3 Vurdering

Som den eneste kommunen på Sør-Helgeland har Brønnøy kommune hatt enkelte utskrivingsklare pasienter liggende på sykehuset i 2012, 2013 og 2014. Kommunen har også benyttet seg av å plassere pasienter i nabokommuner. Slik sett er det revisors vurdering at Brønnøy kommune foreløpig ikke har ressurser i form av fysisk tilrettelegging og bemanning til å ta i mot alle utskrivingsklare pasienter. Revisor er ikke kjent med om det er fysisk kapasitet, bemanning, annen ressursmangel eller en bevist strategi som gjør at kommunen er i denne situasjonen.

I likhet med de øvrige kommunene på Sør-Helgeland, er det en forholdsvis stor andel reinnleggelser. Revisor har valgt ikke å se nærmere på mulige årsaker til dette, da det ligger utenfor de problemstillinger som er lagt til grunn for rapporten.

I kommunen vises det til at avtalen mellom kommune og sykehus beskriver ansvar og oppgavefordeling og at det er utarbeidet en sjekklister i kontakten opp mot sykehuset. Videre vises det til at dokumentasjon for alle pasientoverføringer ligger i fagsystemet. Slik revisor har fått det presentert er det vår vurdering at det er et bevisst forhold til oppfølging av tjenesteavtale 3 og tjenesteavtale 5, og at ansvaret er beskrevet og plassert.

I Brønnøy kommune består koordinerende enhet av 3 ansatte som tar imot alle henvendelser fra helseforetaket og videreformidler dette innenfor organisasjonen. Vakhavende på sykehjem kan i tillegg ta imot beskjeder som angår medisiner og andre behov hos langtidspasienter i sykehjem. Det er revisors inntrykk at Brønnøy med denne organiseringen står rustet til å håndtere blant annet vurderingen av pasientoverføringer mellom sykehus og kommune.

Brønnøy kommune har vært en pilot i innføringen av elektronisk meldingsutveksling. Systemet har vært i drift siden desember 2014, og erfaringene synes å være positive. Det har imidlertid vært driftsmessige utfordringer i starten. Framover vil utfordringen være å få alle ledd til å ta i bruk verktøyet.

Revisor konkluderer med at Brønnøy kommune har etablert og tatt i bruk system og rutiner for mottak av utskrivingsklare pasienter.

4. FOLKEHELSEARBEID

Et hovedmål i samhandlingsreformen er som nevnt innledningsvis å styrke forebygging og folkehelsearbeid. Dette er vektlagt gjennom endringer i spesialisthelsetjenesteloven, i kommunal helse- og omsorgstjenestelov og i folkehelseloven. Folkehelseloven retter seg mot kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter. Formålet er å bidra til samfunnsutvikling som fremmer folkehelse. Regjeringen la i mars 2015 fra folkehelsemelding for Stortinget, for blant annet å legge til rette samordning mellom nasjonal politikk og kommunale planprosesser²³.

I Helsedirektoratets veileder fra 2013 ” God oversikt – en forutsetning for godt folkehelsearbeid” heter det:

”God folkehelse skapes gjennom god samfunnsplanelgging. Samtidig er folkehelsen en viktig faktor for god utvikling. En rekke forhold i samfunnet påvirker folkehelsen, som bolig, utdanning, arbeid og fysiske og sosiale miljøer.”

Begrepene folkehelse og folkehelsearbeid brukes mye, i loven er følgende definisjoner brukt:

- a) *folkehelse*: befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning
- b) *folkehelsearbeid*: samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.

Kommunene skal bruke alle virkemidler og sektorer til å fremme folkehelse²⁴

- Som eier av virksomheter og eiendommer
- Som myndighet (tilsyn)
- Som planmyndighet og arealforvalter
- Som lokal utviklingsaktør
- Som tjenesteyter
- Som arbeidsgiver

Vi har sett nærmere på hvordan Brønnøy kommune har fulgt opp sitt ansvar for folkehelsearbeid gjennom oversikter og planer.

²³ Meld. St. 19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen.

²⁴ Foredrag av Guri Rudi, Folkehelserådgiver, Fylkesmannen i Oppland

4.1 Revisjonskriterier

Folkehelseloven har i kapittel to bestemmelser om kommunens ansvar for folkehelsearbeidet. I tillegg til generelle bestemmelser om fremme av folkehelse, sier § 5 følgende: *”Kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne.”* Oversikten skal etter § 6 være grunnlaget for identifisering av folkehelseutfordringene lokalt og regionalt, og drøfting av folkehelseutfordringene skal inngå i arbeidet med planstrategier etter plan- og bygningsloven. Videre skal kommunene i arbeidet med kommuneplaner fastsette mål og strategier som er egnet til å møte sine folkehelseutfordringer. Kommunen har plikt til å iverksette nødvendige tiltak.

Forskrift om oversikt over folkehelsen sier at slik oversikt skal utarbeides hvert 4. år, og den presiserer hvilke opplysninger og vurderinger oversikten skal omfatte. De regionale helseforetakene er gjennom spesialisthelseloven forpliktet til å sørge for at spesialisthelsetjenesten bidrar til å fremme folkehelse og forebygge sykdom og skade. Bidrag til kommunenes oversikter over helsetilstand og påvirkningsfaktorer og kunnskaps- og kompetanseutveksling er viktige elementer.

Oversikten skal i følge forskriften omfatte opplysninger om og vurderinger av:

- a) Befolknings sammensetning
- b) oppvekst- og levekårsforhold
- c) fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø
- d) skader og ulykker
- e) helsereelatert atferd og
- f) helsetilstand.

Vi har utarbeidet følgende revisjonskriterier

- Kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen.
- Folkehelsearbeidet skal synliggjøres gjennom kommunes planarbeid.

4.2 Data

Folkehelsekoordinator forteller at det er utarbeidet et kunnskapsgrunnlag i 2012/2013 (oversiktsdokument), som inneholder tall og statistikk fra et bredt område. Dette dokumentet har igjen lagt grunnlag for kommunens planstrategi 2012-2015. I den er folkehelse et av temaene som belyses:

”Det er viktig at kommunen håndterer folkehelse som utfordring på bred front – med utvikling av nye holdninger og prioriteringer. [...] Demografisk sett vil Brønnøy få utfordringer når det gjelder en større andel av de eldste i befolkningen. Utviklingstrekkene viser at vi har generelt god helse, lever lengre og har gode levekår. Samtidig truer vår moderne livsstil ved at vi får flere livsstilsrelaterte sykdommer [...] Frafall i videregående skole, høyt antall uføretrygdete under 45 år, samt boligsosiale problemer representerer utfordringer for kommunen i årene fremover. Sosiale forhold knyttet til oppvekst, utdanning, nærmiljø, hva vi spiser og muligheter til trening og fysisk aktivitet er avgjørende for god

helse. Dermed blir det viktig for Brønnøy kommune å tilrettelegge for utvikling av de sosiale forholdene.”

Det utarbeides i tillegg handlingsplaner for folkehelse hvert år på bakgrunn av utfordringsbildet i Brønnøy kommune. Planstrategien prioriterer/drøfter kommunens strategiske valg knyttet til samfunnsutvikling, herunder langsiktig arealbruk, miljøutfordringer, sektorenes virksomhet samt en vurdering av kommunens planbehov i valgperioden.

Folkehelse er blitt et prioritert område i kommuneplanens samfunnsdel, som ble vedtatt av Brønnøy kommunestyre 18.12.2013. Kommunedelplanens samfunnsdel beskrives av folkehelsekoordinator som kommunens folkehelseplan. I denne planen er folkehelse omtalt under ”helse, livskvalitet og oppvekstmiljø”. Et av delmålene er: *”I 2024 har Brønnøy en helsefremmende politikk som også utjevner sosiale helseforskjeller”*. En av strategiene kommunene vil legge til grunn for å nå det, er å *”sikre at folkehelse omtales i alt planverk, og at det gjennomsyrrer alt utviklingsarbeid”*.

Folkehelsekoordinator orienterte om at det er opprettet et internt team som jobber med folkehelse. Kommunen har inngåtte en samarbeidsavtale med Nordland fylkeskommune, der formålet er å etablere et gjensidig forpliktende samarbeid om gjennomføring og videreutvikling av planer, strategier og tiltak for folkehelsearbeidet. Kommunen mottar økonomisk støtte fra fylket for gjennomføring av resultatområder nedfelt i samarbeidsavtalen. Virksomhetsplaner og årsrapport er dokumenter som i dag er vedtatt av kommunestyre som da inneholder mål og måloppnåelse vedrørende folkehelse.

Fylkesmannen i Nordland gjennomførte høsten 2014 tilsyn med kommunens arbeid med løpende oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter folkehelseloven i Brønnøy kommune. Konklusjonen er at det ikke ble påvist avvik. *”Hovedpunkter fra Fylkesmannens samla vurdering av status for løpende oversiktsarbeid:*

- *Kommunen er helt i starten på arbeidet med løpende oversiktsdokument, men har fastsatt rammer og retning, har forankring i politisk og administrativ ledelse, har solide grunnlagsdokumenter, disponerer meget god formell kompetanse og har planlagt og tilrettelagt for det videre arbeid med det løpende oversiktsdokumentet*
- *Kommunen bør forbedre den interne dokumentstyringa slik at dokumentenes status blir entydig*
- *Den endelige foremelle organiseringa av gruppe som skal arbeide med det løpende oversiktdokumentet, mangler*
- *Kommunen bør dokumentere skriftlig hvem som har ansvaret for å vurdere kildetilfang og omfanget av faglige vurderinger*
- *Kommunen bør vurdere i større grad å bruke interne ressurser som kilde til kunnskap*

- *Kommunen kan med fordel gjøre ei mer systematisk vurdering av lokale påvirkningsfaktorer, både positive og negative”*

Kommunen deltar et folkehelsenettverk som er et samarbeid på Sør-Helgeland der det er møter fire ganger i året. Etter folkehelsekoordinators mening er det slik at et så stort oversiktsarbeid ikke kan utføres av en kommune alene men må være gjenstand for samarbeid mellom kommunene, noe forøvrig Nordland fylkeskommune støtter. Det er også opprettet et tverretattlig faglig team i forhold til arbeidet med barn og unge i Brønnøy.

Samhandlingssjef for Helgelandssykehuset HF skriver i en e-post følgende:

”Da det gjennomføres et prosjekt i fellesskap mellom kommunene på Sør-Helgeland og Helgelandssykehuset der man ser på muligheten for å få etablert et lokalmedisinsk senter er kartlegging av folkehelsestilstand også en del av dette. Vårt inntrykk er at dette er ivaretatt. Dette gjelder også om spørsmål knyttet til om folkehelseperspektivet er ivaretatt i kommunens planer. Innhold av tjenester som skal etableres i et lokalmedisinsk senter ivaretar i stor grad dette”.

4.3 Vurdering og konklusjon

Det er revisors vurdering at Brønnøy kommune har satt i gang et arbeid som vil kunne bidra til at kommunen får nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen. Folkehelsekoordinatoren er sentral i dette arbeidet. Kommunen følger malen som er utviklet i Folkehelsenettverket, og samhandlingssjefen ved Helgelandssykehuset HF bekrefter i sin uttalelse at Sør-Helgelandskommunene har jobbet bra med dette. Når det gjelder synliggjøring av folkehelseperspektivet i kommunens planer, er det revisjonens vurdering at det er ivaretatt. Dette basert på at folkehelse er gjort til tema i kommunens planstrategi og kommuneplanens samfunnsdel, og av resultatene fra Fylkesmannens tilsyn høsten 2014.

Revisor konkluderer med at Brønnøy kommune har fått kartlagt helsetilstanden til befolkningen, og at folkehelseperspektivet er godt ivaretatt i kommunale planer.

5. HOVEDKONKLUSJONER

- Revisor konkluderer med at Brønnøy kommune har oppfylt kravet om å gjøre samarbeidsavtalen kjent gjennom medvirkning og informasjon til egne ansatte, men at kommunen med fordel kunne ha informert og orientert brukere mer.
- Revisor konkluderer med at Brønnøy kommune har etablert et system og rutiner for mottak av utskrivingsklare pasienter.

- Revisor konkluderer med at Brønnøy kommune har fått kartlagt helsetilstanden til befolkningen, og at folkehelseperspektivet er godt ivaretatt i kommunale planer.

6. HØRING

En foreløpig rapport ble sendt på høring til rådmannen i Brønnøy kommune den 13. april 2015. KomRev Trøndelag IKS mottok svar fra rådmannen datert den 4.5.2015. Høringsbrevet er vedlagt rapporten (vedlegg 3). Høringssvaret har ikke medført endringer i rapporten.

Vi har etter høringen foretatt mindre språklige endringer, samt oppdatert informasjonen om regjeringens folkehelsemelding som ble lagt fram våren 2015. Dette har ikke medført endringer i de drøftinger og konklusjoner som trekkes i rapporten.

KILDER

Fylkesmannen i Nordland (2014): *Endelig rapport – tilsyn folkehelse – Brønnøy kommune*. Brev av 19.11.2014

IRIS 2014: ”Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet”. Rapport IRIS -2014/382.

KS 2013: Rådmannens internkontroll: Hvordan få orden i eget hus.

KS FoU-prosjekt nr.:134017: «Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak – etterleves de?» En undersøkelse av erfaringene i et utvalg kommuner og helseforetak. Deloitte 2014

Helgelandssykehuset (2011): *Vedtekter for OSO – Overordnet Samarbeidsorgan for Helgeland*. <http://www.helgelandssykehuset.no/vedtekter/category27230.html>

Helsedirektoratet (2013): Nasjonale mål og prioriterte områder for 2013. IS-1-2013. Rundskriv. http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-mal-og-prioriterte-omrader-for-2013/Publikasjoner/Rundskriv_IS_1_2013.pdf

Helsedirektoratet (2013): Veileder: God oversikt – en forutsetning for godt folkehelsearbeid. IS-2110

Helse- og omsorgsdepartementet, brev av 3.10.2011, til landets kommuner og de regionale helseforetak av 3.10.2011 om iverksetting av samhandlingsreformen.

Helse- og omsorgsdepartementet, brev av 21.12.2011 til landets kommuner mv.: ”Informasjon om gjennomføring av samhandlingsreformen” Oppgavefordelingen

Herøy kommune (2010): Saksframlegg. ”Overordnet samarbeidsorgan (OSO) mellom Helgelandssykehuset og kommunene i lokalsykehusområdet”. Arkivsaksnr.: 10/1027. Arkiv: H11

NOU 1998: 18: *Det er bruk for alle — Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. Helse- og omsorgsdepartementet

Lover og forskrifter

LOV-2011-06-24-30 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester med mer.
(Helse- og omsorgstjenesteloven)

LOV-2011-06-24-29 Lov om folkehelsearbeid (Folkehelseloven)

FOR-2011-11-18-1115 Forskrift om kommunal medfinansiering av
spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter

Oversikt over informasjon om/fra Brønnøy kommune:

- Kommuneplanens samfunnsdel, 2013-2024. Behandlet i Brønnøy kommunestyre 18.12.2013
- Kst. sak 3/12 den 25. 1.2012: Samarbeidsavtale med Helgelandssykehuset HF
- Kst. sak 48/12 den 13.6.2012: Samarbeidsavtale mellom Brønnøy kommune og Helseforetaket.
- Planstrategi for Brønnøy kommune. 2012 – 2015. Vedtatt av kommunestyret 17.10.2012

Nettsider/linker

- Brønnøy kommune: <http://www.bronnoy.kommune.no/>
- Helgelandssykehuset: <http://www.helgelandssykehuset.no/>
- Helse Nord RHF: <http://www.helse-nord.no>
- Helse- og omsorgsdepartementet. Innspill til folkehelsemelding: <http://folkehelsemelding.regjeringen.no/>
- Helsedirektoratet: www.helsedirektoratet.no
- Norsk Helsenett: www.nhn.no
- Praktiske prosedyrer i Sykepleietjenesten: <https://www.ppsnett.no/pps/forside?sv=11.0>
- Ungdata: www.ungdata.no

VEDLEGG 1

Samarbeidsavtale mellom Helgelandssykehuset HF og Brønnøy kommune, omforent 18.01.12

Felles samarbeidsavtale, Nytt kap. 5 vedtatt 09.05.2012

I tillegg til tjenesteavtale 1 – 11, er partene enige om å inngå en felles samarbeidsavtale som inneholder det som er generelt for alle avtalene. Felles samarbeidsavtale skal angi bestemmelser om samarbeidsformer og generelle bestemmelser som gjelder uavhengig av tjenesteområder.

Tjenesteavtale 1 Brønnøy kommune og Helgelandssykehuset HF

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

Tjenesteavtale 2 Brønnøy kommune og Helgelandssykehuset HF

Retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester

Tjenesteavtale 3 Brønnøy kommune og Helgelandssykehuset HF

Retningslinjer for innleggelse i sykehus

Tjenesteavtale 4 Brønnøy kommune og Helgelandssykehuset HF

Beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp etter § 3-5 tredje ledd

Tjenesteavtale 5 Brønnøy kommune og Helgelandssykehuset HF

Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon

Tjenesteavtale 6 Brønnøy kommune og Helgelandssykehuset HF

Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering

Tjenesteavtale 7 Brønnøy kommune og Helgelandssykehuset HF

Avtale om samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid

Tjenesteavtale 8 Brønnøy kommune og Helgelandssykehuset HF

Samarbeid om jordmortjenester

Tjenesteavtale 9 Brønnøy kommune og Helgelandssykehuset HF

Samarbeid om IKT-løsninger lokalt

Tjenesteavtale 10 Brønnøy kommune og Helgelandssykehuset HF

Samarbeid om forebygging

Tjenesteavtale 11 Brønnøy kommune og Helgelandssykehuset HF

Omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden

Vedlegg 2 til avtalens generelle del Ver. 04.01.12

- Rutine for melding og håndtering av uønskede samhandlingshendelser mellom kommunene og Helgelandssykehuset HF
- Skjema for melding om avvik mellom kommunene og Helgelandssykehuset

VEDLEGG 2

Nærmere om kommunal medfinansiering som opphørte 1.1.2015

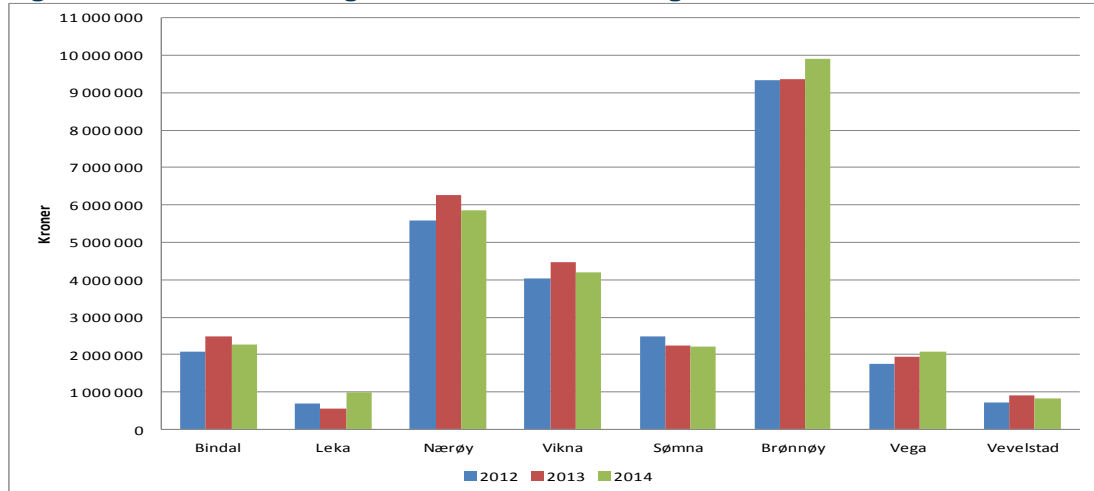
Kommunens medfinansieringsplikt for pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten, var en ordning som ble innført med samhandlingsreformen, og som ble avviklet fra 1.1.2015. Når vi her gir en kort beskrivelse av ordningen, er det fordi det var tenkt som en sentral brikke i samhandlingsreformen. Den var regulert i Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter. § 3 sa at kommunen skal medfinansiere behandlingen av kommunens pasienter i spesialisthelsetjenesten etter systemet for diagnoserelaterte grupper (DRG-systemet). Medfinansieringen gjaldt ikke for innleggelser og polikliniske konsultasjoner for følgende diagnoserealterte grupper:

- kirurgiske inngrep
- fødsler
- behandling av nyfødte barn
- behandling med nærmere bestemte kostbare legemidler

Fra 1.1.2015 er midlene for å finansiere denne ordningen overført fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet til Helse- og omsorgsdepartementets budsjett, og lagt tilbake til den innsatsstyrte finansieringen.

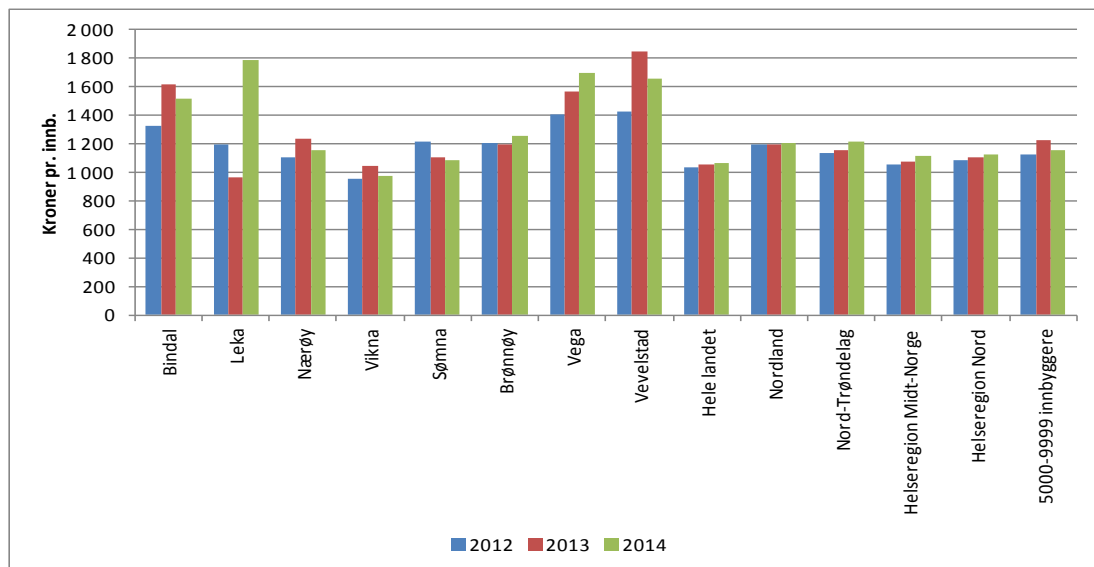
Da samhandlingsreformen ble innført fikk kommunene økt sitt rammetilskudd som skulle kompensere for kostnader til medfinansiering av pasienter og kostnadene ved utskrivingsklare pasienter. Størrelsen på rammetilskuddet for kommunene var beregnet ut fra erfaringstall fra tidligere år. Resonnementet var noe forenklet at kommunene ved å styrke forebyggende arbeid og folkehelsearbeid, på noe sikt skulle kunne redusere sine utgifter til medfinansiering, og på den måten frigjøre ytterligere midler til folkehelsearbeidet.

Helsedirektoratet har utarbeidet kontinuerlige oversikter over den enkelte kommunes kostnader til medfinansiering.

Figur 1: Oversikt over utgifter til medfinansiering

Kilde: Helsedirektoratet. <http://helsedirektoratet.no/finansiering/okonomiske-virkemidler-i-samhandlingsreformen/kommunal-medfinansiering/tallgrunnlag/Sider/default.aspx>. For tredje tertial 2014 er tallene foreløpige. Sist oppdatert 26.1.2015.

Figuren over viser hvordan utgiftene til kommunal medfinansiering utviklet seg de tre årene ordningen eksisterte. For Brønnøys del går det fram at utgiftene til ordningen samlet sett kommer på nær 9,9 millioner kroner. Dette er en økning på nær 600.000 kroner fra 2012 og 2013.

Figur 2: Utgifter til medfinansiering per innbygger

Kilde: Helsedirektoratet. <http://helsedirektoratet.no/finansiering/okonomiske-virkemidler-i-samhandlingsreformen/kommunal-medfinansiering/tallgrunnlag/Sider/default.aspx>. For tredje tertial 2014 er tallene foreløpige. Sist oppdatert 26.1.2015.

Tallene i figur 2 er det samme som i forrige figur, men brutt ned pr innbygger. Av figuren går det fram at Brønnøy har noe høyere utgifter pr. innbygger enn Sømna. Sammenlignet med alle landets kommuner med mellom 5.000 – 9.999 innbyggere, har Brønnøy registrert noe større utgifter enn gjennomsnittet av disse.

VEDLEGG 3.

Hørings svar

Odd Lutnæs Sakshaug

Fra: Pål Trælvik [pal.traelvik@brønnøy.kommune.no]
Sendt: 4. mai 2015 14:14
Til: Odd Lutnæs Sakshaug; Brønnøy Postmottak
Kopi: Kurt Henning Nybø; Unni Romstad; Ole Inge Jenssen
Emne: SV: Høringsutkast av forvaltningsrevisjonsrapport om samhandlingsreformen i Brønnøy kommune. Utsatt off. jfr. offl. § 5,2. ledd

KomRev Trøndelag IKS Org.nr. 987 123 842 MVA	
Ank.	- 4 MAI 2015
Jour.nr.	14/1168-4
Arkiv nr.	O-3617

Hei

Beklager sen tilbakemelding.

Vi har gått igjennom den og finner ingen feil eller endringsforslag mht. høringsutkastet. Hovedkonklusjonene er positive på alle berørte områder. Eneste som kan være aktuelt å pirke på er kap 3: Utskrivningsklare pasienter. Der omtales statistikken mht. innleggelser og reinnleggelser ensidig, ved at det er mange faktorer som kan forklare variasjonen og at Brønnøy ligger høyt her.

Pål Trælvik
Rådmann



Postadresse: Postboks 2565, 7735 Steinkjer

Hovedkontor: Fylkets Hus, Steinkjer

Tlf. 994 01 480

www.krt.no