

FORVALTNINGSREVISJON
SAMHANDLINGSREFORMEN

VEVELSTAD KOMMUNE
SEPTEMBER 2015



FORORD

Denne forvaltningsrevisjonen er gjennomført av KomRev Trøndelag IKS på oppdrag fra kontrollutvalget i Vevelstad kommune i perioden november 2014 til september 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 Vevelstad 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 16.9.2015

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.....	8
2.1 Om veien fram til samarbeidsavtalen og det overordnede samarbeidet i dag	8
2.2 Revisjonskriterier	10
2.3 Data.....	10
2.4 Vurdering og konklusjon	14
3. Utskrivningsklare pasienter.....	15
3.1 Revisjonskriterier	15
3.2 Data.....	16
3.3 Vurdering og konklusjon	20
4. Folkehelsearbeid	21
4.1 Revisjonskriterier	22
4.2 Data.....	22
4.3 Vurdering og konklusjon	25
5. Hovedkonklusjoner	25
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	

SAMMENDRAG

I denne rapporten presenteres resultatene av en forvaltningsrevisjon med tema fra samhandlingsreformen. Rapporten er gjennomført på oppdrag av kontrollutvalget i Vevelstad 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.

Vevelstad, Vega, Brønnøy og Sømna 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 Vevelstad kommune har gjennomført reformen, og dette blir belyst med følgende problemstillinger:

1. **Har Vevelstad kommune sikret at samarbeidsavtalen er gjort kjent?**
2. **Har Vevelstad kommune etablert et system og rutiner for mottak av utskrivningsklare pasienter?**
3. **Følger Vevelstad 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 rådmann, pleie- og omsorgssjef, kommunelege, folkehelsekoordinator i Vevelstad kommune I tillegg har vi snakket med fagkonsulent Pleie og Omsorg i Brønnøy kommune samt hatt kontakt med andre ressurspersoner på området.

Hovedkonklusjoner

Kjennskap til samarbeidsavtalen

- Revisor konkluderer med at Vevelstad kommune har oppfylt kravet om å gjøre samarbeidsavtalen kjent gjennom medvirkning og informasjon overfor ansatte, men at det kunne ha vært informert bredere overfor brukere.

Utskrivingsklare pasienter

- Ansvar for å følge opp tjenesteavtale 3 og 5, synes for revisor å være fulgt opp og plassert.

Folkehelse

- Vevelstad kommune er gjennom igangsatt arbeid, i ferd med å få god oversikt helsetilstanden til befolkningen. Samarbeidet med de andre kommunene på Sør-Helgeland og det arbeidet som gjøres i regi av Nordland fylkeskommune, bidrar positivt her. Folkehelseperspektivet er synliggjort i kommunens planarbeid.

1. INNLEDNING

1.1 Bestilling

På bakgrunn av Plan for forvaltningsrevisjon 2012-2015² har kontrollutvalget i Vevelstad kommune bestilt en forvaltningsrevisjon med tema fra samhandlingsreformen. Prosjektplanen for gjennomføring av prosjektet er sendt over til kontrollutvalget ved sekretær (SeKon), og revisjonen har fått beskjed fra SeKon om å gjennomføre prosjektet.

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 helse- og omsorgstjenestelov og 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 bedre³. Samhandling mellom kommuner og helseforetak fremmes ved bestemmelser om lovpålagte samarbeidsavtaler, kommunal medfinansiering og betaling for utskrivingsklare pasienter⁴.

Alle kommunene på Helgeland, med unntak av Bindal⁵, forhandlet med Helgelandssykehuset HF⁶ høsten 2011. Kommunene var representert gjennom et sammensatt forhandlingsutvalg der fire personer deltok i forhandlingene på vegne av sine respektive kommuneregioner på Helgeland. Forut for dette ble rådmennene i kommunene på Sør-Helgeland gitt forhandlingsmandat fra kommunestyrene der fagkonsulent Grete Bang, Brønnøy kommune, ble videredelegert denne rollen. I forkant av møtene i forhandlingsutvalget ble det arrangert formøter der kommunenes representanter vedrørende helse og omsorg møtte. Her var også brukerrepresentanter og fagforeninger i kommunene representert men da i noe varierende grad.

I dette forhandlingsutvalget satt:

- Grete Bang, Brønnøy, representant Sør-Helgeland
- Kirsten Toft, Alstahaug, representant HALD-kommunene⁷
- Jon Arvid Heggen, Vefsn, representant Vefsn, Grane og Hattfjelldal
- Kåre Nordnes, Rana, representant for Nord-Helgeland.

² Prosjektet er bestilt av kontrollutvalget den 19.09.12 i sak 04/12 Plan for forvaltningsrevisjon. Kommunestyret behandlet planen den 18.12.12 i sak 95/2012.

³ <http://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen/om-samhandlingsreformen/Sider/default.aspx>

⁴ HOD, brev av 21.12.2011 til landets kommuner mv: «Informasjon om gjennomføring av samhandlingsreformen» Oppgavefordelingen.

⁵ Bindal har inngått samarbeidsavtale med Helse Nord-Trøndelag.

⁶ HF er forkortelse for "Helseforetak"

⁷ HALD-kommunene er Herøy, Alstahaug, Leirfjord og Dønna

Det ble utarbeidet én samarbeidsavtale og 11 tjenesteavtaler (se oversikt i vedlegg 1). Avtalene er behandlet i kommunestyrene i de 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 Vevelstad kommune kom på plass gjennom vedtak i kommunestyret 8. 2.2012 i sak 2/2012 og 20.6.2012 i sak 50/2012.

1.3 Problemstillinger

Følgende problemstillinger er besvart i undersøkelsen:

1. **Har Vevelstad kommune sikret at samarbeidsavtalen er gjort kjent?**
2. **Har Vevelstad kommune etablert et system og rutiner for mottak av utskrivningsklare pasienter?**
3. **Følger Vevelstad 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:

- Sidsel Haraldsen, rådmann
- Wenche Johansen, pleie- og omsorgssjef
- John Lockhart, kommunelege
- Turid Færøy, folkehelsekoordinator

- Grete Bang, fagkonsulent pleie og omsorg, Brønnøy kommune. Hun var også representant for kommunene på Sør-Helgeland i forhandlingsutvalget som framforhandlet avtalene med Helgelandssykehuset HF.
- 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 er gjennomført tilsvarende forvaltningsrevisjon i kommunene Sømna, Brønnøy, Vega og Bindal, og informasjon innhentet i denne forbindelse blir benyttet der dette er relevant.

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

Rent metodisk er det problematisk at vi må basere oss på få respondenter. Dette henger imidlertid sammen med samhandlingsreformen som tema, og at Vevelstad er en liten kommune, der noen få sentrale personer innehar det meste av nyttig og relevant informasjon.

Vevelstad kommune har også gitt oss tilgang på kommunens svar på Riksrevisjonens spørreundersøkelse om samhandlingsreformen. Der det er funnet hensiktsmessig, har vi også benyttet opplysninger fra denne undersøkelsen i denne rapporten.

Vår samlede vurdering er derfor 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). Vevelstad 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 fastsetter 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. Kommunene på Sør-Helgeland etablerte i 2008 et ”Overordnet samarbeidsorgan” (OSO) mellom sykehus og kommune. Dette ble utvidet til å gjelde for alle kommunene på Helgeland i 2010. I et saksframlegg i Herøy kommune ble bakgrunnen for dette presentert slik⁸:

”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 medlemmer⁹. Helgelandssykehuset HF og kommunene har 6 representanter hver. De tre regionrådene på Helgeland oppnevner 2 representanter (og vararepresentanter) hver¹⁰. 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. I møtet med representanter fra Vevelstad kommune ble det understreket at det har vært en prosess å utvikle forholdet mellom sykehuset og kommunene.

⁸ Opplysninger hentet fra saksdokument i Herøy kommune: <http://www.heroy-kommune.no/cpclass/run/cpesa62/file.php/pdf/10007861d10007861oc8e1fe/overordnet-samarbeidsorgan-oso-mellom.pdf>

⁹ Vedtekter for OSO: <http://www.helgelandssykehuset.no/vedtekter/category27230.html>

¹⁰ Helgeland regionråd, Indre-Helgeland Regionråd og Sør-Helgeland regionråd

Til forskjell fra OSO sin rolle i Troms og Finnmark, hvor OSO har hatt en avgjørende betydning i forhandlingene, har kommunene på Helgeland opprettet et *forhandlingsutvalg* som har forhandlet avtaler med Helgelandssykehuset. Dette er gjort for å få større mulighet til å påvirke form og innhold i avtalene. Grete Bang, Brønnøy kommune, representerte kommunene på Sør-Helgeland. Rådmannen mener forhandlingsutvalget har lyktes godt i dette arbeidet, da kommunene tidlig var enige om felles krav til forhandlingene. Kommunenes gjennomslag for egne krav var med på å utligne noe av den tidligere forskjellen mellom helseforetaket og kommunene når det gjelder roller og kompetanse. Forhandlingene medførte ”mange tøffe tak” om innhold, der kommunene på Sør-Helgeland mener de kom godt ut av det. At avtalene ble gode viste seg også gjennom at mange andre kommuner, som kom senere inn i forhandlinger med helseforetaket, la seg på samme linje og krevde det samme innholdet som kommunene på Sør-Helgeland. Partene i avtalene godkjente dem innenfor tidsfristen som var satt.

OSO har som mål å følge opp samarbeidsavtalen mellom kommunene og Helgelandssykehuset HF, samt foreta avklaringer ved uenighet eller uklarheter om avtalens innhold eller konsekvenser. OSO har imidlertid ikke hatt møter siden avtalene i samhandlingsreformen 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.

Kommunestyret har også blitt orientert om samarbeidsavtalen mellom kommunene på Helgeland og Helgelandssykehuset vedrørende ansettelse av turnusleger. Det var Grete Bang fra Brønnøy kommune som representerte Helgelandskommunene også i forbindelse med denne avtalen. Som følge av at Vevelstad ikke har turnusleger, berøres ikke kommunen direkte¹¹, og avtalen er derfor ikke behandlet i kommunestyret. Nye vedtekter for OSO er satt opp som sak på kommunestyremøtet den 1.7.2015. Formannskapet behandlet vedtektene i møtet den 4.6.2015 og vedtok enstemmig rådmannens innstilling om å vedta nye vedtekter. Samhandlingssjef i Helgelandssykehuset HF gir uttrykk for 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.

I følge representant i forhandlingsutvalget for kommunene på Sør-Helgeland fungerer punkt 10 i avtale 10 om ”*uenighet og tvisteløsning*”, etter hvert greit. Hun mener kommunene blir behandlet som likeverdige partnere 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

¹¹ Midlertidig fotnote. E-post fra Haraldsen 11.6.2015

sykehusene i helseforetaket utenfor Helgelandssykehusene, eks. Nordlandssykehuset¹².

Forhandlingsutvalget har ansvaret for å følge opp avtalene ved årlig revisjon av disse. Det er etablert en særgruppe der fagkonsulent Pleie og omsorg, Brønnøy kommune representerer kommunene på Sør-Helgeland.

Slik representanten i forhandlingsutvalget for kommunene på Sør-Helgeland ser det, vil spørsmålet vedrørende rehabilitering av pasienter i fremtiden bli en utfordring når spesialisthelsetjenesten endrer sitt tilbud innenfor rehabiliteringsfeltet. Det vises også til at det foregår utredning om opprettelse av lokalmedisinsk senter i regi av Helgelandssykehuset¹³.

2.2 Revisjonskriterier

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

Det er utarbeidet følgende revisjonskriterier:

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

2.3 Data

Samhandlingsreformen forutsatte at det skulle innføres avtaler mellom helseforetakene og den enkelte kommune. Forhandlingsutvalget var gitt myndighet og delegasjon for å få på plass avtalene på vegne av kommunene på Sør-Helgeland. Denne myndigheten gjelder også for oppfølging og revisjon av avtalene i ettertid. Vevelstad kommune har signert standard samarbeidsavtaler med Helse-Nord gjennom Helgelandssykehuset.

I prosessen frem mot avtaleutkast var representanten for Sør-Helgeland i forhandlingsutvalget deltaker på flere konferanser i regi av KS Nordland. KS Nordland hadde også dedikert en kontaktperson som skulle være et knutepunkt i forbindelse med innføringen av samhandlingsreformen, men vedkommende var lite brukt. Dette henger sammen med at Helgelandskommunene valgte å benytte seg av kommuneadvokaten i Rana i forhold til etablering/kvalitetssikring av det juridiske avtaleinnholdet.

¹² Samarbeidsavtalen pkt 4.3.

¹³ Fra kommunen får vi opplyst om at denne rapporten frem til høsten i kommunestyret sammen med intensjonsavtale om lokalmedisinsk senter

Involvering av egne ansatte og kompetanse

Internt er avtalene med helseforetaket oppbevart i papirform på vaktrom ved sykehjemmet. Alle ansatte må kvittere for at avtaler er lest /gjennomgått. Leder sykehjem mener det har vært en god prosess frem mot avtalesignering, men det er likevel ikke synliggjort merkbare endringer i forhold til tidligere funksjoner. Oppfatningen i kommunen er at de lokale avtalene er godt gjennomarbeidet og forankret. I kommunens svar til Riksrevisjonen sier kommunen seg *"delvis uenig"* i påstand om at *"helsepersonell i kommunen har tilstrekkelig kjennskap til innholdet i samarbeidsavtalene"*.

Samarbeid med sykehuset

Det ble opplyst at samarbeidet mellom sykehus og kommunen ikke har gjennomgått vesentlige endringer etter at avtaleverket kom på plass. Regnskapsoppgjør for bruk av spesialhelsetjenester er likevel en mer omfattende endring. Det er kun ett eksempel på at varsling ikke er mottatt innen fristen på 24 timer. Sykehjemmet merker flere innleggelser nå enn tidligere, men dette har ingen konsekvenser for driften av helsesektoren.

Når det gjelder samarbeidet mellom sykehus og kommunen er ikke ledelsen sikker på om de i dag er en likeverdig part. Helseforetaket har stor ressurstilgang og kompetanse som veier tungt samarbeidsforholdet. Samarbeidsutvalget er derimot med på å utligne denne forskjellen noe. Kommunens ledelse mener at noe av statens hensikt med samhandlingsreformen er at kommunene skal gå sammen om å levere deler av tjenestene til innbyggerne.

I kommunens svar på Riksrevisjonens undersøkelse sier de seg *"helt enig"* i påstanden om at *"samarbeidsavtalene klargjør oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommunen og sykehuset"*. Kommunen sier seg *"delvis enig"* i at samarbeidsavtalen klargjør oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommune og sykehus når det gjelder *"utskrivingsklare pasienter, pasienter innen psykisk helse og rus, pasienter med behov for rehabilitering, om hvorvidt pasienter skal henvises til sykehus og hvilke pasienter som skal behandles av kommunen selv"*.

Det skal være kommunikasjon mellom partene med varsling innenfor en frist på 24 timer før utskrivning av pasienter. Helseforetaket skal unngå å skrive ut pasienter rett før helg og høytid.

Avvikshåndtering er et fokusområde i samhandlingen. Oppklaringsmøter mellom spesialhelsetjenesten og kommunen skal bidra til å håndtere eventuelle avvik. Ledelsen mener det kan være større rom for å snuble i starten av en slik prosess men har til nå opplevd at det kun er arrangert ett oppklaringsmøte mellom sykehus og kommunen. Små avvik blir i dag oppklart gjennom telefonkontakt mellom partene.

Personellet ved sykehjem og hjemmetjenesten er en del av integrerte tjenester. Dette betyr at de ansatte kan bytte på hvilken jobb de gjør ut fra dagsbehov. Alle ansatte

møter på sykehjemmet om morgenen der arbeidsoppgaver fordeles, noe som betyr at ansatte i hjemmetjenesten også kan jobbe ved sykehjemmet og omvendt.

Kommunen skal ha på plass en løsning for øyeblikkelig hjelp og KAD-senger¹⁴ innen utgangen av 2015. Det jobbes for tiden med å få dette til, men det er synliggjort at KAD-senger ikke kan plasseres i egen kommune da dette tilbudet må sees i sammenheng med LMS (Lokalmedisinsk Senter).

”*Sammen om psykisk helse*” var et samarbeidsprosjekt mellom kommunene på Sør-Helgeland og DPS¹⁵ - 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.

Vi har motstridende opplysninger når det gjelder erfaringer med samhandlingsreformen. 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 viser representanten i forhandlingsutvalget for kommunene på Sør-Helgeland til konklusjonene i en rapport fra et koordinert samarbeidsprosjekt, der det hevdes det har blitt mindre samhandling mellom kommunen og Helgelandssykehuset etter innføringen av samhandlingsreformen. Problemene handler mest om lite kjente avtaler samt avtaler som ikke er brukt som de skal.

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 Vega Brønnøy, Vevelstad og Sømna kommune og Helgelandssykehuset.

I følge kommunenes representant i forhandlingsutvalget er det 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.

Det har vært arrangert dialogmøter med helseforetaket i henhold til felles samarbeidsavtale der spesielt avtale nr. 5 om utskrivningsklare pasienter har vært diskutert. Dette er etter representanten i forhandlingsutvalget sin oppfatning den mest kjente avtalen i avtalesettet. Dialogmøter foregår på ledelsesnivå. I

¹⁴ KAD – Kommunale akutte døgnplasser

¹⁵ 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.

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*”. Samhandlingssjefen opplyser i samtale at det er avholdt to slike samtaler i 2014, og det ble arrangert et møte den 11.5.2015. Referater fra møtene i 2014 og 2015 er ikke lagt ut på nettsidene til Helgelandssykehuset HF. Det var Helgelandssykehuset som innkalte til første møte og kommunene til andre møte. Interessen for dialogmøtene var liten i 2014, noe hun henger sammen med all møteaktiviteten som har vært i forbindelse oppdraget ”Framtidens Helgelandssykehus”. Dette er et oppdrag fra Helse Nord RHF til Helgelandssykehuset, der det gjennomføres en utredning av fremtidig somatisk sykehusstruktur på Helgeland. Av Helgelandssykehusets nettsider går det imidlertid fram at alle kommunene, så nær som en, var representert under dialogmøtet i mai 2015.

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 tjenesteavtalene 3,4, 5 og 6 som det er jobbet mest med fra sykehusets og kommunens side, og 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.

Legeordning

Vevelstad har en kommunalt ansatt lege som tar seg av daglig fastlegeordning, øyeblikkelig hjelp og døgnberedskap. Ledelsen er veldig fornøyd med dagens ordning og har stor tillit til kommunelegen. Kommunen har også en fast vikar som har vært i tjeneste siden 2005.

Informasjon til brukere

Pleie- og omsorgssjef opplyser de har informert den enkelte bruker ved behov. I tillegg er det gitt ut informasjon i kommunal informasjonsavis da de startet opp med forsterket sykehjem og observasjonsseng. Det er ikke blitt avholdt særskilte møter for å informere om Samhandlingsreformen. Dette er begrunnet med at de ikke fant at det ble noen vesentlige endringer for brukerne med innføringen av samhandlingsreformen. I sitt svar til Riksrevisjonen sier kommunen seg ”*helt enig*” i en påstand om at ”*pasient- og brukerorganisasjoner har medvirket i utarbeidelsen av avtalene*”.

2.4 Vurdering og konklusjon

Resultatet av forhandlingene og inngåtte avtaler, er gjort tilgjengelige på vaktrom på sykehjemmet. Det er også et krav om at de ansatte må kvittere for å ha gjennomgått disse avtalene. Det er en oppfatning blant de vi har snakket med, at de lokale avtalene er godt gjennomarbeidet og forankret i kommunen. Slik sett framstår kommunens svar på Riksrevisjonens spørreundersøkelse om at de er delvis uenig i påstanden om *”helsepersonell i kommunen har tilstrekkelig kjennskap til innholdet i samarbeidsavtalene”*, noe overraskende. Basert på opplysninger gitt i intervju, er det imidlertid revisors vurdering at Vevelstad kommune har sørget for å involvere og informere egne ansatte i forbindelse med innføringen av samhandlingsreformen.

Vi har fått opplyst at kommunene på Sør-Helgeland startet tidlig med å få på plass de nødvendige avtalene før innføring av samhandlingsreformen. Opplysninger fra samhandlingssjefen i Helgelandssykehuset underbygger dette.

Når det gjelder informasjon overfor brukerne har vi noe motstridene opplysninger. I kommunens svar på Riksrevisjonens undersøkelse opplyses det at pasient- og brukerorganisasjoner har medvirket i utarbeidelsen av avtalene. På den andre siden opplyser kommunen at de har vurdert det dit hen at det ikke var nødvendig å informere brukerne særskilt om samhandlingsreformen, da denne ikke medførte vesentlige endringer for brukerne. Legger vi til grunn kommunens opplysninger til Riksrevisjonen, kan vi si at kravene til involvering fra pasient- og brukerorganisasjoner i utarbeidelse av avtalen er oppfylt. Tar vi utgangspunkt i hensynet til å gjøre avtalene kjent, ser det ut fra revisors ståsted at innsatsen til kommunen har vært for liten. Det er snakk om en mye omtalt nasjonal retningsreform, der det kan tenkes at potensielle brukere kan lure på hva reformen betyr for dem som innbyggere i Vevelstad kommune. Med et slikt utgangspunkt, kunne kommunen ha informert om at det er liten endring for deres innbyggere av reformen.

Revisor konkluderer med at Vevelstad kommune har oppfylt kravet om å gjøre samarbeidsavtalen kjent gjennom medvirkning og informasjon overfor ansatte, men at det kunne ha vært informert bredere overfor brukere.

3. UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER

I forkant av innføring av samhandlingsreformen var det knyttet mye oppmerksomhet til at reformen forutsatte at kommunene skulle ta i mot utskrivingsklare 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 sykehuset¹⁶. Vi ønsker å se på hvordan Vevelstad kommune har forberedt seg på denne endringen.

3.1 Revisjonskriterier

Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare 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 utskrivingsklare 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.

Vevelstad 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 utskrivingsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskriving fra institusjon”*.

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. 8.10-8.14¹⁷ 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 eventuell individuell plan.

¹⁶ Av forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter går det fram at dagsprisen fastsettes i statsbudsjettet. I 2015 er den på 4 387 kroner (<https://helsedirektoratet.no/finansieringsordninger/utskrivningsklare-pasienter>)

¹⁷ Feil med nummerering, da undernummerering har et tall høyere enn overskrifta (kun redaksjonsmessig)

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:

- Vevelstad 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

Statistikk fra Helsedirektoratet viser at Vevelstad kommune ikke hadde utskrivingsklare pasienter som ble liggende på sykehuset i 2012, 2013 eller i 2014¹⁸. Kommunen svarer i Riksrevisjonen sin undersøkelse, at de opplever at pasienter blir skrevet ut tidligere etter innføringen av samhandlingsreformen.

En pasient blir ansett som utskrivingsklar fra helseforetaket når vedkommende ikke har behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten (tjenesteavtale 5). I 2014 har ingen av kommunene på Sør-Helgeland hatt utskrivingsklare pasienter liggende på sykehuset¹⁹.

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 reinnleggelser²⁰. 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. På grunn av oppstått feil i Helsedirektoratets tall er ikke dette forfulgt videre i denne rapporten²¹.

¹⁸ Siste tall oppdatert 10.12.14

¹⁹ Kilde: <http://www.helsedirektoratet.no>

²⁰ 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

²¹ Kilde: <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/styringsdata-for-kommunene>, hentet ut 24.6.2015: ”Tall for reinnleggelser per kommune er feil. Tall for reinnleggelser per kommune er blitt dobbelt så høy som de skal være. Tallene per region er riktige. Feilen blir korrigerert ved oppdatering av data for 1. tertial 2015.

Oppfølging av tjenesteavtale 3 og 5

Som tidligere omtalt har ikke Vevelstad kommune hatt noen overliggere på sykehus i forhold til at varsel om utskrivning er gitt. I intervju med representanter fra kommunen, ble det gitt uttrykk for at pasienter er tidlig utskrivningsklare fra helseforetaket der kommunen er ansvarlig for den videre behandlingen.

Kommunen har ikke opplevd at sykehuset har ringt rett før helg eller høytid for å få oversendt utskrivningsklar pasient.

Legetjeneste og/eller sykehjem kartlegger pasientens behov nøye før overtakelse av pasient der medikamentliste sendes over til kommunen på forhånd. Pasienten har alle nødvendige papirer med seg ved oversendelsen til sykehjemmet. Kommunens representanter fortalte at behovet for reseptbelagte medisiner etter hjemsendelsen er et kritisk punkt i forhold til å få tilbakeført utskrivningsklare pasienter. Ledelsen mener sykehjem og legetjenesten jobber godt mot disse pasientene ved tidlig å ha klart hvilke legemidler det kan være behov for og sikre dette ovenfor pasienten. Dette betyr eksempelvis at pasienten over helgen har med nødvendige medisiner fra sykehuset. Apoteket er tilgjengelig i Brønnøysund på vanlige ukedager.

Sykehjemmet kan også gjøre vedtak om å ta inn pasienter på korttidsplasser ved behov. Det kan være at det ikke alltid er samsvar mellom sykehusets vurderinger og hva de ansatte ved sykehjemmet anser som reelt behov. Det kan dreie seg om feilinformasjon, men det beskrives ikke som noe stort problem av leder sykehjem.

I de tilfeller der det er snakk om pasienter som tidligere ikke er brukere av kommunens tjenester, opplyses det at kommunen kan ”gjøre vedtak” pr. telefon, der det formelle vedtaket lages i etterkant. Sykehjemmet tar alltid imot pasienter først for så å ta diskusjonen rundt vedtak i etterkant. Inntaksteamet består av kommunelege, leder sykehjem og avdelingssykepleier.

Informasjon om Prosjektet FUNNKe - innføringen av elektronisk meldingsutveksling

”Prosjekt FUNNKe er et regionalt program for implementering av elektronisk meldingsutveksling mellom fastleger/helseforetak og pleie- og omsorg/helsestasjoner i 87 kommuner og fire helseforetak i region nord. Formålet er hevet kvalitet og produktivitet i helsetjenesten. Elektronisk utveksling av helseopplysninger er en forutsetning for at tiltakene i Samhandlingsreformen skal lykkes²²”.

Formålet med elektronisk meldingsutveksling er å dele nødvendige helseopplysninger mellom tjenestene i kommunen, fastlege, NAV og sykehus.

Elektronisk meldingssystem ble etablert for å kunne utveksle kommunikasjon mellom partene i Samhandlingsreformen digitalt. Systemet blir av leder sykehjem og av pleie- og omsorgssjef beskrevet som enkelt, oversiktlig og brukervennlig, og de involverte har fått opplæring. Rutiner for bruk av systemet er nedskrevet, og alle er

²² Ordlyd hentet fra omtale enhetsleder Pleie og omsorg i Sømna sendte den 17.11.14.

blitt fortrolige med systemet samt at rutiner for oppfølging er på plass. Hun nevner videre at deres samlede erfaringer med systemet er at dette fungerer godt. Alle parter som sender og mottar meldinger, har rutiner for å sjekke innboks.

Pleie- og omsorgssjef fortalte at etter innføring av elektronisk meldingsutveksling går alle meldinger gjennom dette systemet. De får varsel fra helseforetaket 24 timer før pasienten skrives ut, dersom de anser at vedkommende trenger kommunal tjeneste ved utskrivning. De mottar også melding over elektronisk meldingsutveksling om utskrivingsklar pasient. Dermed blir alt loggført i Geric²³.

Kompetanse

Kommunens ledelse trekker fram at kompetanse, kultur og geografi er viktige momenter i forhold til tilbud og organiseringen av tjenestenivået. De mener at fagkompetansen er forsterket i kommunen med innføringen av samhandlingsreformen. De fortalte at det er noe krevende å rekruttere medarbeidere til pleie- og omsorgsyirket i dag, og at det er slutt på den tida da vikarer stod på ventelister for å få arbeid innenfor denne sektoren. Kommunen opplever nå en viss mangel på personell med helsefaglig utdanning. Det ble videre fortalt at reformen hittil ikke har ført til etablering av flere interkommunale samarbeidsformer.

Representanter fra kommunen mener likevel at det totalt sett er blitt bedre å være pasient etter at samhandlingsreformen ble innført. Her ble det vist til eksempler på at yngre pasienter slipper å reise til sykehus men kan behandles på dagtid ved sykehjem for diagnoser som tidligere krevde innleggelse. Kommunelegen tror ikke pasienter generelt merker noen stor forskjell i tilbudet i forhold til tidligere, men noen pasientgrupper har likevel gitt tilbakemelding på at de er ganske fornøyd med helsetjenestetilbudet lokalt i kommunen.

Pleie- og omsorgssjef opplyser at de har satt fokus på kompetanseheving og oppfordret til videreutdanning og kursing. De har hatt noe kursing både av sykepleiere og hjelpepleiere, og har eksempelvis i år sykepleiere som har søkt om etterutdanning innen lindrende behandling. I tillegg har kommunen hjelpepleiere som har tatt Fagskole ”Eldreomsorg” og ”medikamenthåndtering”. Det er også voksne ufaglærte som har tatt fagbrev ”Helsefagarbeider”. Hun viser også til at Vevelstad sender sykepleiere til sykehus for hospitering eller opplæring på enkelte prosedyrer hvis behov.

I møte med kommunens representanter ble det vist til at helse- og omsorgsenhetene i kommunen trenger mer kompetanse enn tidligere. Alle sykepleierstillinger er nå dekket, men det er likevel et kompetansebehov ved nattevakter i helgene. Det er for lite helsefagarbeidere selv om kommunen mener de har fått utdannet mange ufaglærte siden oppstarten av samhandlingsreformen. Noen helsefagarbeidere har også tatt videreutdanning. Her nevner leder sykehjem medikamenthåndtering spesielt. Kommunen har stipendordning, permisjonsordning og mulighet for

²³ Geric er et elektronisk pasientjournalssystem til bruk i kommunal helse- og omsorg

kompetansetillegg som ”gulrot” for å få flere til å ta videreutdanning. Alle ansatte er generelt oppdatert på medisinske forhold. Kommunen har videre fått kreftsykepleier ansatt i 20 % stilling i samarbeid med Brønnøy kommune. Her kan tema være spesialmedisinering eller blodoverføring. Kommunens ledelse mener alt i alt at samhandlingsreformen har ført til generell kompetanseheving blant ansatte i helsesektoren. I Vevelstad kommune sitt svar til Riksrevisjonen, svarte de ”*helt enig*” på påstanden om at ”*Samhandlingsreformen har bidratt til å øke kvaliteten på de kommunale helse- og omsorgstjenester*”.

Psykiatrihelsetjenesten er en del av samarbeidsavtalene med helseforetaket, men er ikke prioritert på samme måte som somatikken. Her har for eksempel psykiater måtte følge pasienter helt hjem fra sykehus. Leder sykehjem mener somatikken har tatt all kapasitet i avtalen, men det jobbes med å få på plass et godt tjenestetilbud innen psykiatri i forbindelse med arbeidet med medisinsk senter på Sør-Helgeland.

Legetjenesten og interkommunal legevaktsentral

Ledelsen i kommunen opplyser at kommunen skal ha på plass en løsning for øyeblikkelig hjelp og KAD-senger innen utgangen av 2016, noe som er i tråd med de krav som følger av samhandlingsreformen. Rådmannen opplyser at KAD en del av de funksjoner som skal inngå i et distriktsmedisinsk senter. Kommunens ledelse mener det er naturlig at KAD inngår i et slikt samarbeid. Formålet med å opprette KAD-senger er at et slikt tilbud kan redusere antall innleggelser på sykehus. Observasjonssenger har likevel eksistert ved kommunens sykehjem i mange år. Det eksisterer derfor en viss usikkerhet om man oppnår den hensikten som KAD-senger er ment å gi, og om tiltaket gir en forbedring i forhold til tidligere. Det er også planer om å få til en interkommunal legevaksordning for distriktet. Status (i juni 2015) er at det er utarbeidet en prosjektrapport for et distriktsmedisinsk senter på Sør Helgeland. Denne vil være en del av Helgelandssykehusets utredning framover. Rapporten skal behandles i de forskjellige kommunene, men den er ikke behandlet i Vevelstad enda (juni 2015).

Når det gjelder etableringen av en felles legevaktordning, opplyser rådmann at det har blitt lagt fram en referatsak i kommunestyret om felles legevakt/legevaktsentral mellom Brønnøy og Sømna. Vevelstad har uttrykt at de foreløpig (juni 2015) ønsker å stå utenfor ordningen og ha legevakt i egen kommune.

Forholdet mellom felles legevaktordning versus felles legevakt forklarer rådmannen slik: En kan ha legevakt uten å ha en legevaktsentral. I en legevaktsentral kan fast bemanning med støttepersonell inngå, eks med KAD seng som en del av tilbudet. Vi har nå legevakt og en avtale om legevaksformidling med Helgelandssykehuset, dvs. at det er sykehuset som er ”sentralen” og som besvarer henvendelser fra pasient til lege og formidler beskjeder.

Avvik

Helgelandssykehuset Sandnessjøen har gått gjennom postjournalen, og basert på den 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.

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 disse i stor grad knyttet til uklarheter og kommunikasjon knyttet til ferdigbehandlede pasienter. Av tabellen over ser vi at det ikke er meldt om avvik fra Vevelstad til Helgelandssykehuset Sandnessjøen eller fra sykehuset til kommunen. I møte med representanter fra Vevelstad, ble det framholdt at det ikke er avholdt noen rutinemessig form for avviksbehandling mellom partene i samhandlingsreformen. Her mener kommunens ledelse at dette bør være på plass da det er viktig å lære av hverandre. Ved større avvik blir det likevel sendt meldinger fra sykehjem til helseforetaket dette gjelder. Enkle problemer og mindre avvik blir alltid løst via telefonkontakt med sykehuset. Avtalen inneholder rutiner for avviksbehandling men disse er ikke formalisert eller tatt i bruk.

3.3 Vurdering og konklusjon

Med bakgrunn i at Vevelstad kommune i perioden 2012-14 ikke har hatt utskrivingsklare pasienter liggende på sykehuset, vurderer revisor det dit hen at Vevelstad har hatt nok ressurser i form av fysisk tilrettelegging og bemanning til å ta i mot utskrivingsklare pasienter. Revisor legger merke til at de bemerkninger kommunen selv har for fremtidig rekruttering av helsepersonell. Dette er en utfordring Vevelstad kommunen deler med mange kommuner.

Ansvar for å følge opp tjenesteavtale 3 og 5, synes for revisor å være fulgt opp og plassert.

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 planprosesser²⁴.

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

”God folkehelse skapes gjennom god samfunnsplanlegging. 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 folkehelse²⁵

- 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 Vevelstad kommune har fulgt opp sitt ansvar for folkehelsearbeid gjennom oversikter og planer.

²⁴ Meld. St. 19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen.

²⁵ 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) Befolkningssammensetning
- b) oppvekst- og levekårsforhold
- c) fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø
- d) skader og ulykker
- e) helserelatert 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

Nordland fylkeskommune har som mål å være et forgangsfylke i folkehelsearbeid. Ved utgangen av 2014 hadde 43 av 44 kommuner i Nordland signert ny samarbeidsavtale med Nordland fylkeskommune²⁶. Vevelstad kommunes avtale trådte i kraft 1.1.2014. Formålet med avtalen er å etablere et gjensidig forpliktende samarbeid om gjennomføring og videreutvikling av planer, strategier og tiltak for folkehelsearbeidet med grunnlag i folkehelselovens formål. På Sør-Helgeland er det etablert et nettverk for folkehelsekoordinatorer²⁷.

²⁶ Kilde: Nordland fylkeskommune sine nettsider, www.nfk.no
(<https://www.nfk.no/tjenester/folkehelse/om-folkehelsearbeidet/kommuneavtaler/>)

²⁷ Kilde: Vevelstad kommunes rapportering til Nordland fylkeskommune januar 2015.

Oversikt

Folkehelsekoordinator forteller at det jobbes med kartlegging og oppfølging av folkehelse tjenester i Vevelstad kommune. Her er det laget et «skjelett» som er tilpasset kommunens størrelse og behov. Det foregår også et lokalt samarbeid med de fire andre kommunene på Sør-Helgeland vedrørende folkehelse, og det arrangeres ca. fire møter i året. Samarbeidet skal ende opp med dokumentasjon for egen kommune over folkehelse tilbudet. Kommunen har også samarbeidsavtale med Nordland fylke vedrørende arbeid og kartlegging rundt folkehelse tilbud. Kommunen har til nå kartlagt definerte utfordringer og resultatmål som det jobbes mot. I tillegg fortelles det at kommunen bruker folkehelseprofilen som er utarbeidet av Folkehelseinstituttet. Det opplyses fra kommunen at det gjennom samarbeid med flere partnere i kommunen og regionen oppnås å få tilskudd og sponing til folkehelse tiltak. Dette er også grunnen til at kommunen tilbyr gratis leie av idrettshall og gratis trening på treningssenter for sine innbyggere. Ordningen med grønn resept er ikke innført i kommunen ennå, men det jobbes med et løp i samarbeid med fysioterapitjenesten som skal føre til et slikt tilbud.

Planer

I Vevelstad kommunes planstrategi (2012-2016) fremheves det at Vevelstad er en folkehelsekommune, og de har et partnerskap med Nordland fylkeskommune på dette arbeidet. Det vises videre til at det er gjennomført mange tiltak for å fremme folkehelsen de senere år. Med samhandlingsreformen fremkommer det et forsterkende behov for å satse på sykdomsforebyggende tiltak (side 7). I planstrategien legges det også opp til at det skal utarbeides en kommunedelplan for helse, pleie og omsorg. Rådmannen sier at de i stedet for å lage en kommunedelplan for helse, pleie og omsorg, arbeider med å utarbeide en omsorgsplan. Det er planlagt at dette arbeidet skal være ferdig innen utgangen av 2015. I planstrategien vises det også til at det er et nært interkommunalt samarbeid på deler av oppgavene som ligger i samhandlingsreformen.

I kommuneplanen (2002-2014, side 8) heter det blant annet at *"kommunen har et relativt godt utbygd offentlig servicetilbud til befolkningen"*. Det vises videre under "andre tilbud" at *"det er mange frivillige organisasjoner og lag i kommunen. De to idrettslagene har til sammen mer enn 100 medlemmer og driver med forskjellige fysiske aktiviteter [...] I kommunen er det også musikkorps, sangkor, skytterlag, hagelag, ungdomslag, amatørteaterlag, husflidslag og båteierforening"*. Økonomiplanen beskrives som kjernen i kommunens handlingsprogram, da den gir oversikt over kommunens økonomiske handlefrihet og begrensninger. Den har en planhorisont på 4 år, og den rulleres hvert år. Videre er det utarbeidet en rekke kommunedelplaner innenfor de ulike sektorene (side 10 og 11):

- Strategisk næringsplan
 - Prioritering av satsningsområder og bruk av næringsfondets ressurser
- Oppvekst og miljø
 - Barne- og ungdomsplan

- Beredskapsplan
- Plan ved ulykke
- Anti mobbeplan
- Trafikksikkerhetsplan
- Helse og omsorg
 - Handlingsplan for eldreomsorg
 - Handlingsplan for rehabilitering
 - Psykiatriplan
 - Handlingsplan for helse- og sosialpersonell
 - Boligsosial handlingsplan
 - Kriseplan
- Kultur
 - Plan for fysisk aktivitet og naturopplevelser

I omtalen av arealdel av kommuneplan, er det blant annet vist til at arealplanen ”skal sikre at planleggingen ivaretar hensyn til helse, trivsel og gode levevilkår” (side 11).

Vevelstad har utarbeidet kommunedelplan for fysisk aktivitet og naturopplevelser (2012-2022). Innledningsvis i planen vises det til at det har vært arbeidet med å rette oppmerksomhet mot folkehelsearbeidet. For eksempel vedtok kommunestyret i 2005 en plan for fysisk aktivitet og naturopplevelser i skolene. I forordet står følgende: ”Ved å legge til rette og motivere til økt hverdagsaktivitet for den jevne ”vevelstad-væring” er målet å oppnå nødvendige livstilsendringer og dermed en bedret folkehelse i kommunen”. I planen gis det i tillegg til mål og tiltak, en oversikt over utviklingstrekk, beskrivelse av nåsituasjonen og utfordringer for kommunen, og et handlingsprogram. Tilrettelegging i nærområdet og tilrettelegging for tiltak som fremmer friluftsliv og naturopplevelser i kommunens naturområder er også sentralt i handlingsprogrammet.

Trafikksikkerhetsplan i Vevelstad kommune, gjelder for perioden 2015-2019. Et av tre delmål for perioden er at ”kommunen skal stimulere til at flere barn, unge og voksne går/sykler til arbeid og skole i henhold til videreføring av skolenes plan for fysisk aktivitet”.

Kommunen har utarbeidet virksomhetsplan for skoleverket i Vevelstad 2010-2013²⁸. Her legges det vekt på at det skal utvikles gode kunnskaper, holdninger og arbeidsmåter. Det skal skje i et trygt, aktivt og kreativt arbeidsmiljø. Herunder heter det at de skal legge vekt på fysisk aktivitet. Dette er konkretisert i tidligere omtalt kommunedelplan for fysisk aktivitet og naturopplevelser 2012-2022, der det heter at det på skolen er fysisk aktivitet 1 time pr. dag (aktivitetsregistrering). Komité oppvekst og utdanning behandlet i november 2014 ”Virksomhetsplan skoleverket

²⁸ Rådmann bekrefter i e-post den 12.6.15 at det er denne planen som fortsatt gjelder.

2014-2017 - rullering”, og saken oversikt over videre prosess i arbeidet med rullering av planen²⁹.

Samhandlingssjef for Helgelandssykehuset HF skriver i denne forbindelse:

”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

Revisor vurderer at Vevelstad kommune gjennom igangsatt arbeid, er i ferd med å få god oversikt helsetilstanden til befolkningen. Samarbeidet med de andre kommunene på Sør-Helgeland og det arbeidet som gjøres i regi av Nordland fylkeskommune, bidrar her positivt.

Gjennomgangen av flere eksisterende planer viser at folkehelseperspektivet er synliggjort i kommunens planarbeid.

5. HOVEDKONKLUSJONER

- Revisor konkluderer med at Vevelstad kommune har oppfylt kravet om å gjøre samarbeidsavtalen kjent gjennom medvirkning og informasjon overfor ansatte, men at det kunne ha vært informert bredere overfor brukere.
- Ansvar for å følge opp tjenesteavtale 3 og 5, synes for revisor å være fulgt opp og plassert.
- Vevelstad har satt i gang et arbeid der de vil kunne få en oversikt over befolkningens helsetilstand. Folkehelseperspektivet er synliggjort i kommunens planarbeid.

6. HØRING

En foreløpig rapport ble sendt på høring til rådmannen i Vevelstad kommune den 2. juli 2015, med høringsfrist 18. august. Denne ble etter dialog med kommunen forlenget til 4. september 2015. I kontaktmøte mellom kommunen og revisjonen den 14. september 2015 ble det klart at de ikke har kapasitet å komme med noe høringssvar innen en måned. Derfor oversendes rapporten uten at høringssvar foreligger.

²⁹ Opplyst i e-post fra rådmann 2. juli 2015.

KILDER

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

Hospitalitet as (2014): Desentraliserte spesialisthelsetjenester/
Lokalmedisinsk senter Brønnøysund

Meld. St. 19 (2014-2015): *Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter*. Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 27. mars 2015.

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 Vevelstad kommune:

- Planstrategi 2012-2016 og planprogram for kommuneplan 2012-2024 for Vevelstad kommune. Vedtatt i Vevelstad kommunestyre 3.10.2012.
- Kst. sak 2/12 den 30. 1.2012: Samarbeidsavtale med Helgelandssykehuset HF
- Kst. sak 50/12 den 13.6.2012: Samarbeidsavtale mellom Vevelstad kommune og Helseforetaket
- Kst. sak 95/12 den 18.12.2012: Plan for forvaltningsrevisjon
- Kommuneplan (2002-2014): Kommuneplan for Vevelstad kommune. Kommuneplanens arealdel 2002-2014. Vedtatt av kommunestyret 05.06.2003 i sak 034/03. Revidert av kommunestyret den 29.09.2004 i sak 056/04
- Kommunedelplan. Fysisk aktivitet og naturopplevelser 2012-2022. Vevelstad kommune. Revidert 2014 – Kommunestyret PS 6/2014 den 12.3.2014
- Trafikksikkerhetsplan 2015-2019. Kommunestyret, sak 66/14 den 17.12.2014.
- Virksomhetsplan for skoleverket i Vevelstad 2010-2013. Kst. sak 25/10 den 16.6.2010.

Nettsider/linker

- Vevelstad kommune: <http://www.vevelstad.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
<http://sites.helsedirektoratet.no/finansiering/okonomiske-virkemidler-i-samhandlingsreformen/styringsdata-for-kommuner/Sider/styringsdata-kmf-somatiske-sykehus.aspx>
- 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 Vevelstad 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 Vevelstad 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 Vevelstad 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 Vevelstad kommune og Helgelandssykehuset HF

Retningslinjer for innleggelse i sykehus

Tjenesteavtale 4 Vevelstad kommune og Helgelandssykehuset HF

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

Tjenesteavtale 5 Vevelstad kommune og Helgelandssykehuset HF

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

Tjenesteavtale 6 Vevelstad kommune og Helgelandssykehuset HF

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

Tjenesteavtale 7 Vevelstad kommune og Helgelandssykehuset HF

Avtale om samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid

Tjenesteavtale 8 Vevelstad kommune og Helgelandssykehuset HF

Samarbeid om jordmortjenester

Tjenesteavtale 9 Vevelstad kommune og Helgelandssykehuset HF

Samarbeid om IKT-løsninger lokalt

Tjenesteavtale 10 Vevelstad kommune og Helgelandssykehuset HF

Samarbeid om forebygging

Tjenesteavtale 11 Vevelstad 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:

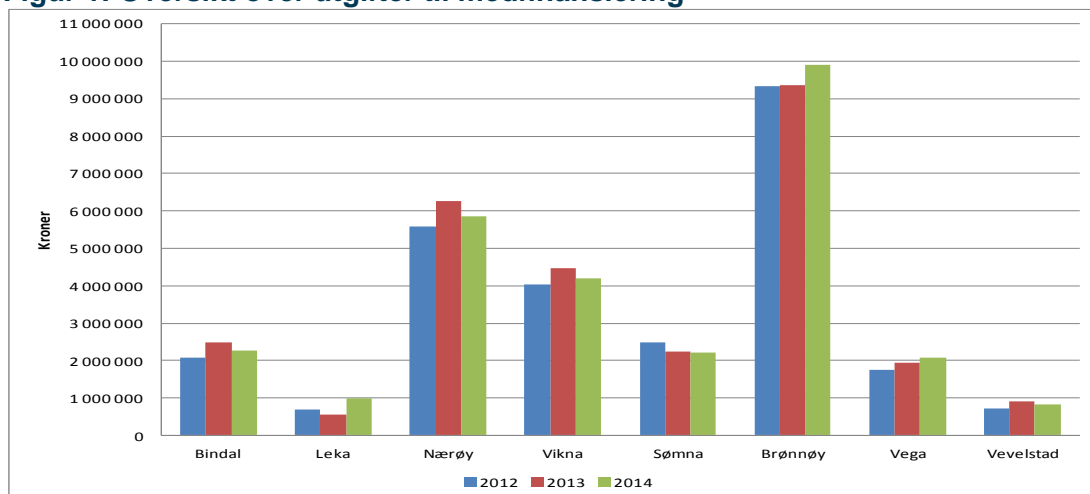
- kirurgiske inngrep
- fødsler
- behandling av nyfødte barn
- behandling med nærmere bestemte kostbare legemidler

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.

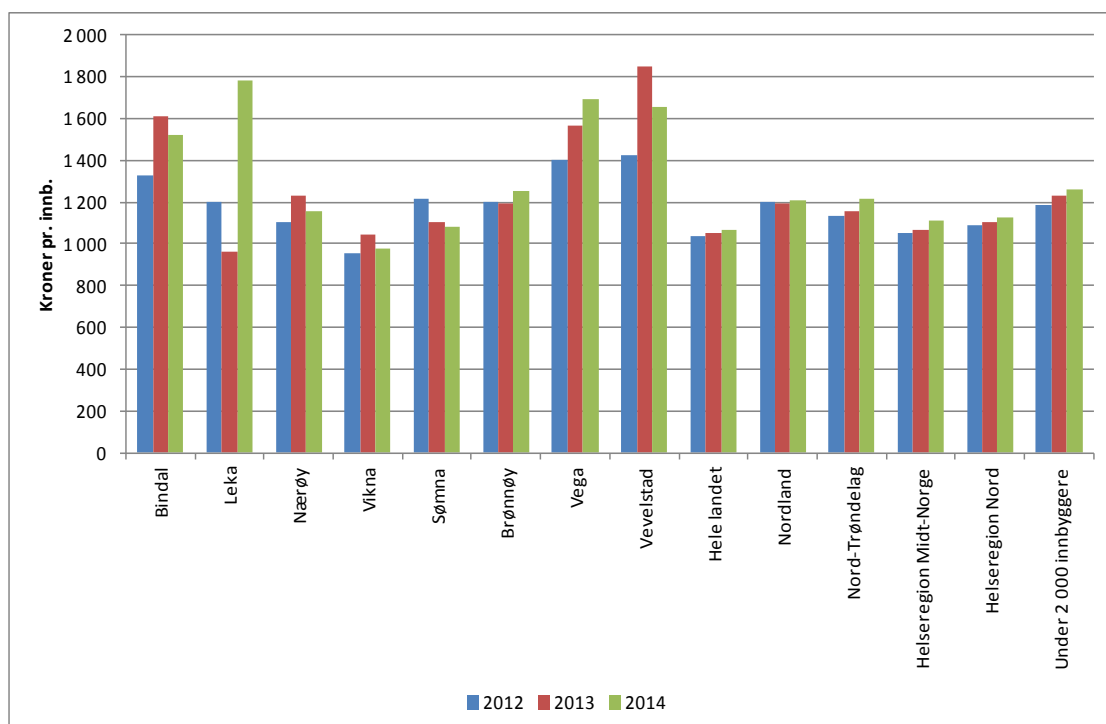
Helsedirektoratet har utarbeidet kontinuerlige oversikter over den enkelte kommunes kostnader til medfinansiering.

Medfinansieringsordningen opphører fra 1.1.2015.

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 Vevelstad sin del går det fram at utgiftene til ordningen samlet sett kommer på nær 818.000 millioner kroner. Dette er en liten reduksjon i forhold til i 2013 men en økning i forhold til 2012.

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 Vevelstad har noe høyere utgifter pr. innbygger enn Sømna og Brønnøy, men forholdsvis likt som Vega. Det går også fram at kommunene på Sør-Helgeland generelt ligger høyt sammenlignet med øvrige kommunegrupperinger det er vist til i figuren. Sammenlignet med alle landets kommuner med under 2.000 innbyggere, har Vevelstad registrert større utgifter enn gjennomsnittet av disse.



Postadresse: Postboks 2565, 7735 Steinkjer
Hovedkontor: Fylkets Hus, Steinkjer
Tlf. 994 01 480
www.krt.no