

FORVALTNINGSREVISJON  
SAMHANDLINGSREFORMEN

HØYLANDET KOMMUNE  
OKTOBER 2014



## FORORD

Denne forvaltningsrevisjonen er gjennomført av KomRev Trøndelag IKS på oppdrag fra kontrollutvalget i Høylandet kommune i perioden mai til oktober 2014.

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

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](http://www.krt.no).

Levanger/Namsos, 19.11.14



Unni Romstad  
*Oppdragsansvarlig revisor*



Rikke Haave  
*Prosjektleder*

# INNHOLDSFORTEGNELSE

Sammendrag.....	3
1. Innledning .....	5
1.1 Bestilling.....	5
1.2 Bakgrunn .....	5
1.3 Problemstillinger .....	6
1.4 Revisjonskriterier .....	7
1.5 Metodisk tilnærming og gjennomføring.....	7
2. Informasjon om samarbeidsavtalen.....	8
2.1 Revisjonskriterier .....	8
2.2 Data.....	8
2.3 Vurdering.....	10
3. Utskrivingsklare pasienter.....	11
3.1 Revisjonskriterier .....	11
3.2 Data.....	12
3.3 Vurdering.....	15
4. Medfinansiering .....	15
5. Folkehelsearbeid .....	18
5.1 Revisjonskriterier .....	19
5.2 Data.....	20
5.3 Vurdering.....	21
6. Hovedkonklusjoner .....	22
7. Høring .....	22
Vedlegg	

## SAMMENDRAG

I denne rapporten presenteres resultatene av en forvaltningsrevisjon med tema fra samhandlingsreformen. Rapporten er gjennomført på oppdrag av kontrollutvalget i Høylandet kommune. Det gjennomføres tilsvarende prosjekt i flere av kommunene i Indre Namdal.

Samhandlingsreformen ble innført 01.01.12. 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.

I Nord-Trøndelag forhandlet høsten 2011 en rådmannsgruppe med Helse Nord-Trøndelag HF (HNT). Det ble laget én samarbeidsavtale og 12 tjenesteavtaler som er likelydende for alle kommunene i Nord-Trøndelag. Formålet med avtalene er å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommunene og HNT, samt å etablere gode samarbeidsrutiner.

I denne rapporten ses det på hvordan Høylandet kommune har tatt tak i reformen, og dette blir belyst med følgende problemstillinger:

- **Har Høylandet kommune sikret at samarbeidsavtalen er gjort kjent?**
- **Har Høylandet kommune etablert et system og rutiner for mottak av utskrivingsklare pasienter?**
- **Medfinansiering av sykehusbehandling**
- **Følger Høylandet kommune opp folkehelselovens bestemmelse om kartlegging av helsetilstanden og at folkehelseperspektivet blir ivaretatt i kommunale planer?**

Informasjon for å besvare problemstillingene er hentet fra gjennomgang av kommunale dokumenter, intervju av rådmann, leder omsorgsenheten, avdelingslederne på sykeheim og fagleder hjemmebasert omsorg. I tillegg har vi intervjuet andre ressurspersoner på området.

### **Hovedkonklusjoner**

#### **Kjennskap til samarbeidsavtalen**

- Høylandet kommune har oppfylt kravet om å gjøre samarbeidsavtalen kjent for egne ansatte. Vi mener at kommunen kunne ha informert brukere på bredere basis, men ser at informasjon overfor enkeltbrukere er godt ivaretatt.

#### **Utskrivingsklare pasienter**

- Høylandet kommune har i tilstrekkelig grad etablert system og rutiner for mottak av utskrivingsklare pasienter.

### **Medfinansiering av sykehusbehandling**

- Høylandet kommune har i 2012 og 2013 brukt ca 1,2 millioner kroner til medfinansiering av sykehusopphold. Helsedirektoratet hadde estimert et forbruk for kommunen på ca 1 million kroner i 2012 og 1,3 millioner kroner i 2013. Regjeringen har foreslått å avvikle ordningen med medfinansiering fra 01.01.15.

### **Folkehelse**

- Høylandet kommune har fulgt opp folkehelselovens bestemmelse om kartlegging av helsetilstanden. Videre konkluderer revisor med at folkehelseperspektivet er godt ivaretatt og synliggjort i kommunale planer.

# 1. INNLEDNING

## 1.1 Bestilling

På bakgrunn av Plan for forvaltningsrevisjon 2012-2015<sup>1</sup> har kontrollutvalget i Høylandet kommune bestilt en forvaltningsrevisjon med tema fra samhandlingsreformen.

Kontrollutvalget foretok en omprioritering av rekkefølgen av forvaltningsrevisjoner i sitt møte 16.05.14 sak 11/14. I dette møtet ble prosjektplan om samhandlingsreformen vedtatt. Prosjektet handler om hvordan samarbeidsavtalen mellom Høylandet kommune og Helse Nord-Trøndelag HF (HNT) er gjort kjent i kommunen, system og rutiner for utskrivingsklare pasienter, medfinansiering av sykehusopphold samt kartlegging og synliggjøring av folkehelse. Det gjennomføres tilsvarende prosjekt i flere av kommunene i Indre Namdal. Dette ble omtalt i Namdalsavisa 15.07.14.

## 1.2 Bakgrunn

Samhandlingsreformen ble innført 01.01.12. Reformen har utgangspunkt i ny helse- og omsorgstjenestelov og ny folkehelselov, endringer i spesialisthelsetjenesteloven samt en rekke økonomiske og faglige virkemidler. Et hovedmål i samhandlingsreformen er å styrke forebygging og folkehelsearbeid<sup>2</sup>. Målet er å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre<sup>3</sup>. Samhandling mellom kommuner og helseforetak fremmes ved bestemmelser om lovpålagte samarbeidsavtaler, kommunal medfinansiering og betaling for utskrivingsklare pasienter<sup>4</sup>.

Samhandlingsreformen forutsatte at det skulle innføres avtaler mellom helseforetakene og den enkelte kommune. I Nord-Trøndelag forhandlet høsten 2011 en rådmannsgruppe med Helse Nord-Trøndelag HF (HNT). Utvalget ble ledet av rådmann Torunn Austheim i Steinkjer. Rådmannen i Røyrvik, Ole Jørgen Rødøy, satt i forhandlingsutvalget på vegne av kommunene i Indre Namdal. Rådmann Reidar Viken fra Høylandet var vara for Austheim og ledet møter i hennes fravær. Det ble utarbeidet én samarbeidsavtale og 12 tjenesteavtaler (se oversikt i vedlegg 1). Avtalene er godkjent av kommunestyret. Avtalene er likelydende for alle kommunene i Nord-Trøndelag. Formålet med avtalene er å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommunene og HNT, samt å etablere gode samarbeidsrutiner slik at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud av helse- og omsorgstjenester. Pasient- og brukerombudet anser Nord-Trøndelag som et

---

<sup>1</sup> Vedtatt i kontrollutvalget 18.04.12/sak 13/12 og i kommunestyret 20.09.12/sak 49/12

<sup>2</sup> Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til landets regionale helseforetak og helseforetak 23.09.11

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

<sup>4</sup> HOD, brev av 21.12.2011 til landets kommuner mv.: "Informasjon om gjennomføring av samhandlingsreformen" Oppgavefordelingen

pionerfylke da kommunene hadde avtaler med helseforetaket allerede før samhandlingsreformen ble iverksatt.

Det ble satt ned mange regionale arbeidsgrupper i forkant av, og i forbindelse med, innføring av samhandlingsreformen. Kommunalsjef helse, omsorg og velferd Håkon Kolstrøm (Grong kommune) og assisterende rådmann Ivar Kvalø (Namsskogan kommune) var sentrale fra Indre Namdal sin side. Det ble lagt vekt på å utarbeide avtaler som gjenspeilet et likeverdig samarbeid mellom Helse Nord-Trøndelag (HNT) og kommunene, bl.a. når det gjelder oppgavefordeling, inngåelse og endring av avtaler samt varsling. I forbindelse med dette forvaltningsrevisjonsprosjektet har det blitt gitt uttrykk for at det gjennom arbeidet med avtalene, har det blitt en større forståelse hos HNT for det kommunale helsevesenet og deres rolle i det helhetlige pasientforløpet. Ansatte fra kommunene i Indre Namdal er med i ulike arbeidsgrupper som er opprettet som et resultat av samarbeidsavtalen.

Det er etablert en kommunegruppe i Nord-Trøndelag bestående av representanter fra de 6 regionene<sup>5</sup>, KS, Fylkesmannen og fylkeslegen. For Indre Namdal er assisterende rådmann i Namsskogan og leder for familieenheten i Høylandet medlemmer.

### 1.3 Problemstillinger

Følgende problemstillinger er besvart i undersøkelsen:

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

Under arbeidet med forvaltningsrevisjonen har det vært behov for å justere ordlyden i problemstillingene i forhold til godkjent prosjektplan. Behovet for justeringer har kommet etter hvert som vi har blitt bedre kjent med samhandlingsreformen og arbeidet i kommunene i Indre Namdal. Vi mener at justeringene ikke endrer innholdet i forvaltningsrevisjonsrapporten. I problemstilling 1 er ordet ”oppfølging” erstattet med ”kjent”. Dette blir mer presist, samtidig som ”oppfølging” ivaretas gjennom problemstilling 2 og 3. Når det gjelder problemstilling 4 har vi konkretisert ”nasjonale forventninger og føringer” ved å ta utgangspunkt i bestemmelsene i folkehelseloven om at kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen, og at kommunen i arbeidet med kommuneplaner skal fastsette mål og strategier som er egnet til å møte egne folkehelseutfordringer.

---

<sup>5</sup> I henhold til samarbeidsavtalens pkt. 6.2.2.c er kommuneregionene: Indre Namdal, Ytre Namdal, Midtre Namdal Samkommune, Invest og Snåsa, Innherd Samkommune og Frosta samt Værnesregionen (Samarbeidsavtale mellom kommunene og Helse Nord-Trøndelag HF - 9.1.2012).

## 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 utskrivingsklare pasienter
- Samarbeidsavalen og tjenesteavtalene mellom kommunene og Helse Nord-Trøndelag HF

Revisjonskriteriene er utledet under de enkelte problemstillingene. Den tredje problemstillingen om medfinansiering er beskrivende, og det er derfor ikke utledet revisjonskriterier knyttet til dette temaet.

## 1.5 Metodisk tilnærming og gjennomføring

Rapporten bygger på informasjon innehentet gjennom intervju, gjennomgang av kommunale dokumenter, offisiell statistikk.

Vi har hatt samtaler med følgende personer:

- Liv Elden Djokoto, rådmann i Høylandet kommune
- Liss Tone Engan, leder omsorgsenheten i Høylandet kommune
- Wenche Hammer, avdelingsleder Høylandet sykeheim i Høylandet kommune
- Else Pedersen, avdelingsleder hjemmebasert omsorg i Høylandet kommune
- Laila Steinmo, prosjektleder i KS Nord-Trøndelag
- Guri Wist, folkehelsekoordinator i Nord-Trøndelag fylkeskommune
- Kjell J. Vang, pasient- og brukerombud,
- Olav Bremnes, samhandlingssjef i Helse Nord-Trøndelag HF

Referat fra intervjuene er verifisert av informantene i etterkant for å rette opp eventuelle faktafeil og misforståelser.

Det gjennomføres tilsvarende forvaltningsrevisjon i kommunene Grong, Lierne, Namsskogan og Røyrvik, og informasjon innhentet i den forbindelse blir benyttet der det er relevant.

Forvaltningsrevisjonen er avgrenset til å se på kommunens rolle i overordnet avtale og tjenesteavtale 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

Samarbeidsavtalen mellom Helse Nord-Trøndelag HF (HNT) og kommunene i Nord-Trøndelag angir overordnede bestemmelser om samarbeidsformer, generelle bestemmelser som gjelder uavhengig av tjenesteområder mv, samt fastsette en prosess for vedtakelse av tjenestavtaler mellom partene.

### 2.1 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. 7 bestemmelser om plikt til gjennomføring og forankring, blant annet gjennom å gjøre avtalen kjent for egne ansatte, private tjenesteytere med avtale og brukere.

Det er utarbeidet følgende revisjonskriterier:

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

### 2.2 Data

Samhandlingssjef i Helse Nord-Trøndelag HF, fortalte at hans generelle inntrykk er at kommunene i Indre Namdal har vært interesserte og engasjerte når det gjaldt å ta på seg oppgaver.

Rådmann og leder av omsorgsenheten la vekt på at samhandlingsreformen berører både omsorgsenheten og familieenheten. Det er familieenheten som organiserer finansiering av samhandlingsreformen. Folkehelsearbeid ligger til familieenheten, men det ble også sagt at folkehelsearbeidet er en overordnet satsing og ligger i bevisstheten hos alle enhetene. Det gjennomføres nå en gjennomgang i forhold til organisering av tjenestene, men dette er ikke utløst av samhandlingsreformen alene. Rådmann og leder for omsorgsenheten skriver at hensikten er at de *"ønsker å se om vi kan gjøre ting på andre måter, dette for å kunne gi en enda bedre tjeneste til våre innbyggere"*.

Rådmann og leder for omsorgsenheten fortalte at det ble utarbeidet en informasjonsstrategi for implementering av samarbeidsavtalene med kommunen. Kommunen la mest vekt på tjenestevtale 3 og 5, og informasjonen var myntet på egne ansatte som jobbet innenfor fagområdet (inkludert legene). I tillegg ble ledergruppa og politikere informert om innføringen. Informasjon overfor legevaktansatte ble ansett å være Grong kommunes ansvar som vertskommune for samarbeidet om legevakttjenesten. I informasjonsstrategien står det at avtalene skal evalueres etter et år og rapport legges fram for kommunestyret senest i september

2013. Vi har fått opplyst at det ikke er foretatt noen skriftlig evaluering av tjenesteavtalene i kommunen.

Under forberedelsene bidro ulike arbeidsgrupper med innspill til forhandlingsutvalget, og rådmann og leder for omsorgsenheten mener at kommunene i Indre Namdal var godt representert med ansatte fra helse- og omsorgsetatene. Leder for familieenheten og omsorgsleder deltok fra Høylandet kommune. Deltagelse i arbeidsgrupper førte etter deres mening til bred involvering og eierskap til de avtalene som ble framforhandlet. I denne fasen ble likeverdighet mellom partene vektlagt. De er godt fornøyd med denne fasen av arbeidet med samhandlingsreformen.

Avdelingslederne er fornøyd med samarbeidet med helseforetaket. Det gjennomføres møter mellom kommunene i Namdal og helseforetaket to ganger i året. Disse møtene oppleves som relevante for kommunen. Det er administrativt samarbeidsutvalg (ASU) som arrangerer møtene. Kommunene i Indre Namdal er representert i ASU ved kommunalsjef helse, omsorg og velferd i Grong, mens det er ordføreren i Høylandet som representerer kommunen i politisk samarbeidsutvalg.

Avdelingslederne fortalte at tjenesteavtalene ble gjennomgått med de ansatte på personalmøter, både i perioden før de ble undertegnet og etterpå. På møtene ble det understreket at alle ansatte måtte sette seg inn i avtalene og holde seg oppdaterte på området. Det ble spesielt satt fokus på avtale nr 12: *”Samarbeid om kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet og rutiner for avvikshåndtering og forbedringsarbeid”*. Det er satt ut permer med alle avtalene på avdelingene.

Avdelingslederne var med på informasjonsmøter på sykehuset og i regionen der reformen var tema. Avdelingslederne trakk spesielt fram et møte med de ulike avdelingene på sykehuset i 2013 som de opplevde hadde vært svært nyttig for kommunen.

Kommunene hadde også tidligere avtale med helseforetaket om å ta i mot utskrivingsklare pasienter, og avdelingslederne oppfatter de nye avtalene som presisering av de gamle. Det er avdelingsledernes oppfatning at de ansatte var godt forberedt da samhandlingsreformen trådte i kraft, og at de ansatte så fram til å få nye avtaler.

Rådmann, leder for omsorgsenheten og avdelingslederne fortellere at det ikke gjort noe generelt i forkant av innføring av reformen for å informere brukerne. De som ble berørt fikk orientering etter hvert. For planlagte innleggelse blir det gitt informasjon fra kommunen, akuttinnlagte får informasjon fra helseforetaket. Avdelingslederne fortalte at for den enkelte pasient, er det sykehuset som informerer pasienten om hvilke tjenester kommunen legger opp til å tilby ved hjemkomst. Sykehus og kommune er i dialog om dette før pasientene sendes hjem. Omsorgsenheten har ikke

merket noe til spørsmål om samhandlingsreformen fra befolkningen. Omsorgslederens inntrykk er at flere vil ha hjelp hjemme etter et sykehusopphold enn på sykeheimen, og omsorgsenheten strekker seg langt for å imøtekomme slike ønsker.

### 2.3 Vurdering

Det er revisors vurdering at Høylandet kommune har involvert og informert egne ansatte, inkludert legene, i forbindelse med innføringen av samhandlingsreformen. Vår slutning er blant annet basert på opplysninger om deltakelse i arbeidsgrupper under utarbeidelse av avtalen. Vi merker oss også at representanter fra kommunen forteller at de er godt fornøyd med denne fasen av arbeidet med samhandlingsreformen, og at de er fornøyd med samarbeidet med helseforetaket. Videre legger vi merke til at tjenesteavtalene er gjennomgått på møter med de ansatte, og avdelingsledernes uttalelse om at de ansatte var godt forberedt da samhandlingsreformen trådte i kraft.

Brukere har blitt informert om samhandlingsreformen ved behov, og kommunen mener dette har vært tilstrekkelig. Enkelte andre kommuner i Indre Namdal har gått ut med mer generell informasjon om samhandlingsreformen til ulike brukergrupper. Vi mener at dette kunne ha styrket informasjonen til brukere ytterligere.

Revisor konkluderer med at Høylandet kommune har oppfylt kravet om å gjøre samarbeidsavtalen kjent for egne ansatte. Vi mener at kommunen kunne ha informert brukere på bredere basis, men ser at informasjon overfor enkeltbrukere er godt ivaretatt.

## 3. UTSKRIVINGSKLARE PASIENTER

I forkant av innføring av samhandlingsreformen var det mye oppmerksomhet rundt at reformen forutsatte at kommunene skulle ta i mot utskrivingsklare pasienter fra helseforetakene. Dersom kommunene ikke kan ta i mot pasientene, ville de bli fakturert fra helseforetaket i overkant 4000 kroner døgnet for de pasientene som ikke kunne tas i mot<sup>6</sup>. Vi ønsker å se på hvordan kommunen har forberedt seg på denne endringen.

### 3.1 Revisjonskriterier

Forskrift om medfinansiering av spesialisthelsetjenesten 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 pasienten. § 12 handler om overføring av pasientene, mens § 13 omhandler betaling for utskrivningsklare pasienter.

Tjenesteavtale 3 og 5 omhandler bl.a. samarbeid om utskrivingsklare pasienter. Formålet er å sikre at alle pasienter får et faglig forsvarlig og helhetlig behandlingstilbud i overgangen mellom helse- og omsorgstjenesten i kommunen og HNT. Pkt 5.3.2 omhandler kommunens ansvar når pasienten er utskrivingsklar. Når HNT har varslet kommunen, skal kommunen:

- forberede og iverksette nødvendige tiltak for å kunne ta i mot pasienten
- beslutte hvilke tjenester pasienten skal ha
- straks gi beskjed om kommunen kan ta i mot pasienten

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 7 forutsetter at partene har satt av nok ressurser knyttet til medvirkning i de avtalte former for samarbeid. 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:

---

<sup>6</sup> Av forskrift om kommunal medfinansiering går det fram at dagsprisen fastsettes i statsbudsjettet. I 2013 var den på i overkant 4000 kroner, jfr. nøkkeltall fra Helsedirektoratet (<http://www.helsedirektoratet.no/sites/nokkeltall/aktivitet-og-samhandling/utskrivningsklare-pasienter-/Sider/default.aspx>)

- Høylandet kommune bør ha ressurser i form av fysisk tilrettelegging og bemanning til å kunne ta i mot utskrivingsklare pasienter
- Ansvar for oppfølging av tjenesteavtale 3 og 5 bør være beskrevet og plassert
- Høylandet kommune bør ha utarbeidet rutiner for å fatte vedtak om tildeling av helse- og omsorgstjenester til utskrivingsklare pasienter

### 3.2 Data

Statistikk fra Helse Nord-Trøndelag (HNT)<sup>7</sup> viser at ingen av kommunene i Indre Namdal hadde utskrivingsklare pasienter som ble liggende på sykehuset i 2012 eller 2013. I henhold til tjenesteavtale 3 og 5 blir en pasient ansett som utskrivingsklar fra helseforetaket når vedkommende ikke har behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten.

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 reinnleggelser.<sup>8</sup> 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, som sier noe om kvaliteten på det området som måles.

**Tabell 1 Oversikt over reinnleggelser 2012 og 2013**

	Antall 2013	Antall 2012	Andel 2013	Andel 2012
Grong	49	43	11,92 %	10,59 %
Høylandet	17	34	9,09 %	17,89 %
Lierne	23	30	9,87 %	14,22 %
Namsskogan	20	35	13,16 %	20,00 %
Røyrvik	9	21	8,82 %	16,80 %
HNT			13,40 %	13,65 %

Kilde: Helse Nord-Trøndelag, <http://www.hnt.no/no/Fagfolk/samhandling/Statistikk/Manedlig-statistikk/119567/>

Tabell 1 viser at andel reinnleggelser i Høylandet i 2013 var noe lavere enn gjennomsnittet for Helse Nord-Trøndelag, og at det var en halvering i antall reinnleggelser fra 2012 til 2013. Omsorgslederen fortalte at det hadde vært en økning i antall reinnleggelser rett etter innføring av samhandlingsreformen. Kommunen tok dette opp med helseforetaket gjennom avviksmeldinger, og antallet har avtatt.

Avdelingslederne fortalte at Høylandet ikke trengte å gjøre så mye for å være rustet ved oppstart. Den største forskjellen var at tidligere var fristen for mottak av

<sup>7</sup> <http://www.hnt.no/no/Fagfolk/samhandling/Statistikk/Manedlig-statistikk/119567/>

<sup>8</sup> 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

pasienter i løpet av 5 dager. Høylandet opplyser at kommunen aldri hatt problemer med å ta i mot utskrivingsklare pasienter, og samhandlingsreformen ble ikke ansett som utfordrende med tanke på dette, selv om fristen for mottak av pasienter ble kortere.

De fleste som trenger kommunale tjenester etter sykehusopphold, ønsker ifølge rådmann og omsorgsleder å få hjemmebaserte tjenester. Den økte etterspørselen etter tjenester fra hjemmesykepleien har blitt løst ved at personalressursene kan brukes på tvers i sykeheim og hjemmesykepleie. Omsorgslederen opplever at de ansatte er positive til å bidra til slik fleksibilitet, og sier at dette gir effektiv ressursbruk.

Avdelingslederne fortalte at mange av de utskrivingsklare pasientene allerede er brukere av kommunale tjenester. Kommunen bestreber seg på å gi gode og tilpassede tilbud til nye og yngre brukere som har behov for kommunale tjenester etter utskriving.

Leder for omsorgsenheten sier at den kompetansen omsorgstjenesten innehar i dag er god, men at behovet for kompetanse kan endre seg. Behovet for ny kompetanse kan oppstå hvis tjenesten får pasienter med spesielle diagnoser. Kompetansebehovet vurderes fortløpende. Det blir gitt tilbud om kurs og kompetanseheving i regionen, men ansatte deltar også på samlinger i Trondheim.

Avdelingslederne fortalte at for planlagte innleggelser er det ikke uvanlig at kommunen har tatt kontakt med pasienten på forhånd for å informere om tilbud og planlegge hvordan opplegget vil bli etter utskriving. Høylandet er en liten kommune, og folk ringer og spør om ting de lurer på i forbindelse med sykehusinnleggelse og tiden etterpå. Avdelingsledere har opplevd at enkelte er bekymret for om de *må* på sykeheim etter sykehusopphold dersom de har behov for kommunale tjenester. De tror bekymringen skyldes frykten for at de da ikke vil komme hjem igjen. Dette er i ferd med å endre seg, og avdelingslederne mener reformen har bidratt til at sykeheimen har fått en annen status og at korttidspasienter er gode ambassadører i så måte. De fleste ønsker primært å få tjenester hjemme.

I mai 2014 ble det tatt i bruk et elektronisk kontaktsystem mellom kommunen og helseforetaket, MUNT. Gjennom dette systemet holdes kontakten mellom HF og kommunen. Kommunen har én adresse, og det er ansvarlig sykepleier på vakt på sykeheimen som har ansvar for å ta imot informasjon og eventuelt videresende ved behov til hjemmesykepleien eller psykiatrisk sykepleier. Dette gjøres ved hvert vaktskifte. Dette er ikke nedfelt i rutiner, men ansvarlig sykepleier skal inn å sjekke om det er kommet meldinger minimum 2 ganger pr. vakt. Vakthavende sykepleier ved sykeheim sender henvendelsen til hjemmesykepleien dersom det er klart at pasienten skal ha tjenester derfra. Det opplyses at det er gjennomført opplæring av ansatte slik at de kan håndtere det nye systemet. De nye rutinene erstatter kommunens egne rutiner for kommunikasjon med helseforetaket. Avdelingslederne

fortalte at telefon fortsatt brukes en del parallelt med MUNT. Til tross for opplæring i systemet, gjør det faktisk at kommunen er liten at det blir få meldinger. Det blir lite kontinuitet i bruken, og det tar derfor tid når meldinger skal skrives. Avdelingslederne fortalte at de ansatte syntes innføring av MUNT var spennende, og er spesielt godt fornøyd med at alt som skrives i MUNT automatisk blir lagt inn i pasientenes journal.

Avdelingslederne fortalte at informasjonen som gis fra sykehuset om pasientene er tilfredsstillende. For å kunne gi sykehuset oppdatert informasjon om pasientene så raskt som mulig, ble det i forkant av innføringen av MUNT laget et sammendrag av pasientopplysninger ”*Sykepleiesammenfatning*” om alle brukere som fikk tjenester av kommunen. Dette er et utgangspunkt som ligger i kommunens datasystem Profil og som på en enkel måte kan oppdateres og sendes sykehuset når det eventuelt er aktuelt. Bistand til det datatekniske ble gitt fra IKT Indre Namdal, og er innført i alle kommunene.

Avdelingslederne fortalte at samarbeidet med helseforetaket og sykehuset oppleves som godt. Informasjonsmøter og dialogmøter med erfaringsutveksling har fungert bra.

Utskrivingsklare pasienter som trenger omsorgstjenester fra kommunen, behandles på samme måte som andre brukere. Det innebærer at de får et vedtak som beskriver hvilken tjeneste de får. Det er inntaksmøter hver 2. uke, disse gjennomføres uansett om det har kommet inn nye søknader. Avdelingslederne opplyste at det for tiden som regel er 7 - 9 ledige plasser på sykeheimen.

Avdelingslederne fortalte at dersom det kommer pasienter fra sykehuset som ikke har fått tjenester fra kommunen tidligere, har kommunen en inntakssamtale med pasient og evt. pårørende. Dette er samme praksis som overfor alle nye brukere av omsorgstjenester i kommunen. Det er beskrevet i kommunens kvalitetssystem hvordan nye pasienter skal tas i mot. Det gis hjelp og bistand før det eventuelt fattes formelt vedtak om tildeling av tjenester. Det må formelt søkes om tjenester, dette handler også om å få formelt samtykke fra brukeren på plass (bl.a. samtykke i å innhente opplysninger fra offentlige etater). Pasientene blir da også gjort kjent med kommunens serviceerklæring. Revisjonen har mottatt informasjonsmateriell og skjemaer som benyttes ved førstegangskontakt mellom ny bruker og kommune. Ved innleggelse på sykeheim gjennomføres det inntakssamtaler for de pasientene som innvilges fast plass, ikke alltid for dem som innvilges korttidsopphold.

I 2012 ble det sendt én avviksmelding fra sykehuset Namsos til kommunen, i 2013 ble det sendt 3 avviksmeldinger til sykehuset fra kommunen. Når det gjelder tjenesteavtale<sup>12</sup> og forhold omkring avvik, sier avdelingslederne at det er viktig at helseforetaket viser at de tar kommunen på alvor ved å lukke avvik som kommunen

melder inn. Kommunen har egne prosedyrer for avvikshåndtering, og inntrykket er at dette fungerer godt hos begge parter.

### 3.3 Vurdering

Revisors vurdering er at Høylandet kommune gjennom den organisatoriske, fysiske og bemanningsmessig situasjonen er i stand til å møte kravet om å ta i mot utskrivningsklare pasienter fra sykehus. Opplysninger om bemanningens kompetanse og ledige plasser underbygger det. I tillegg har Høylandet kommune, i likhet med kommunene i Indre Namdal, ikke hatt utskrivningsklare pasienter som har blitt liggende på sykehuset i 2012 eller 2013. Revisor legger også merke til at antall reinnleggelser har blitt halvert fra 2012 til 2013 og at andelen er under gjennomsnittet i Helse Nord-Trøndelag.

Det er ikke skriftlige rutiner for oppfølging av tjenesteavtale 3 og 5, men vår vurdering er at det likevel er en godt etablert praksis for ansvars- og oppgavefordeling. Etter innføringen av Meldingsutveksling Nord-Trøndelag (MUNT) er det etablert felles rutiner for alle kommunene i Nord-Trøndelag og Helseforetaket, og ansvaret for oppfølging av MUNT i Høylandet er plassert til vakthavende sykepleier ved sykeheim.

Vi konkluderer med at Høylandet kommune i tilstrekkelig grad har etablert system og rutiner for mottak av utskrivningsklare pasienter.

## 4. MEDFINANSIERING

I dette kapitlet gis det en beskrivelse av kommunens medfinansieringsplikt for pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten. Den er regulert i Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. § 3 sier at kommunen skal medfinansiere behandlingen av kommunens pasienter i spesialisthelsetjenesten etter systemet for diagnoserelaterte grupper (DRG-systemet). Medfinansieringen gjelder ikke for innleggelser og polikliniske konsultasjoner til følgende diagnoserealtete grupper:

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

Vi har sett på kostnadene ved medfinansieringen for Høylandet kommune sammenlignet med andre kommuner i Indre Namdal, og fylket. I forbindelse med regjeringens kommuneproposisjon som lagt fram i mai 2014, og forslag til statsbudsjett lagt fram 08.10.14, er det foreslått at midlene for å finansiere denne ordningen overføres fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet til Helse- og



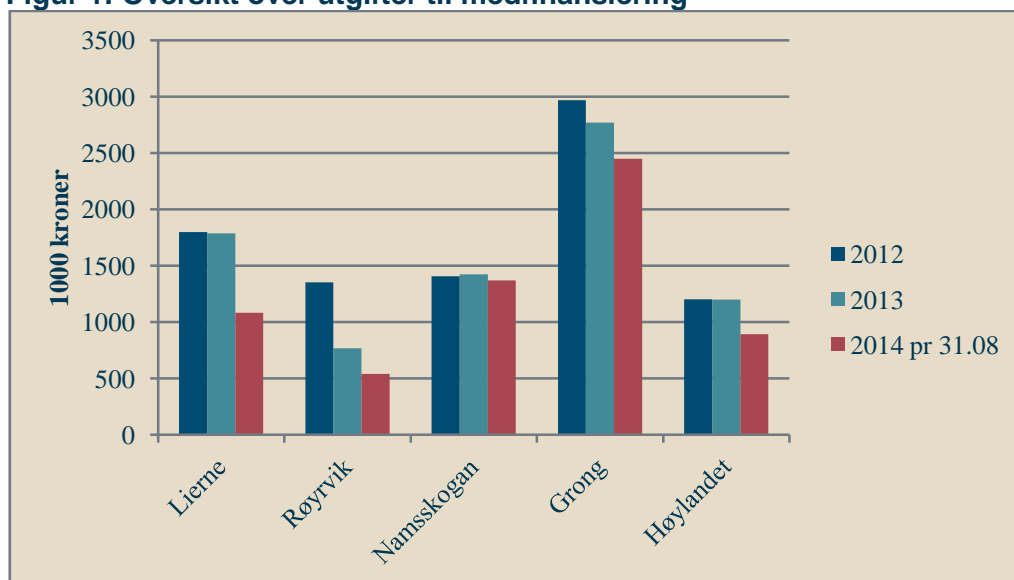
omsorgsdepartementets budsjett og legges tilbake i den innsatsstyrte finansieringen. Det vil innebære at ordningen med kommunal medfinansiering avvikles fra 01.01.15.

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. Tanken 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.

Gjennom arbeidet med forvaltningsrevisjon av samhandlingsreformen i namdalskommunene, ble det gitt uttrykk for at kommunene har liten påvirkning på utgiftene til medfinansiering på kort sikt. Utgiftene bestemmes av hvor mange pasienter som legges inn på sykehus fra kommunen, hvilken diagnose de har og hvilken behandling som gis. Det ble gitt uttrykk for at fastleger som kjenner pasientene, og også vet hva kommunen kan tilby av tjenester, bedre kan vurdere om en pasient bør legges inn på sykehus eller ikke. Vikarleger eller leger på legevakt har som regel ikke slik kunnskap, og kan derfor oftere/lettere legge pasienter inn på sykehus.

Helsedirektoratet utarbeider kontinuerlige oversikter over den enkelte kommunes kostnader til medfinansiering.

**Figur 1: Oversikt over utgifter til medfinansiering**

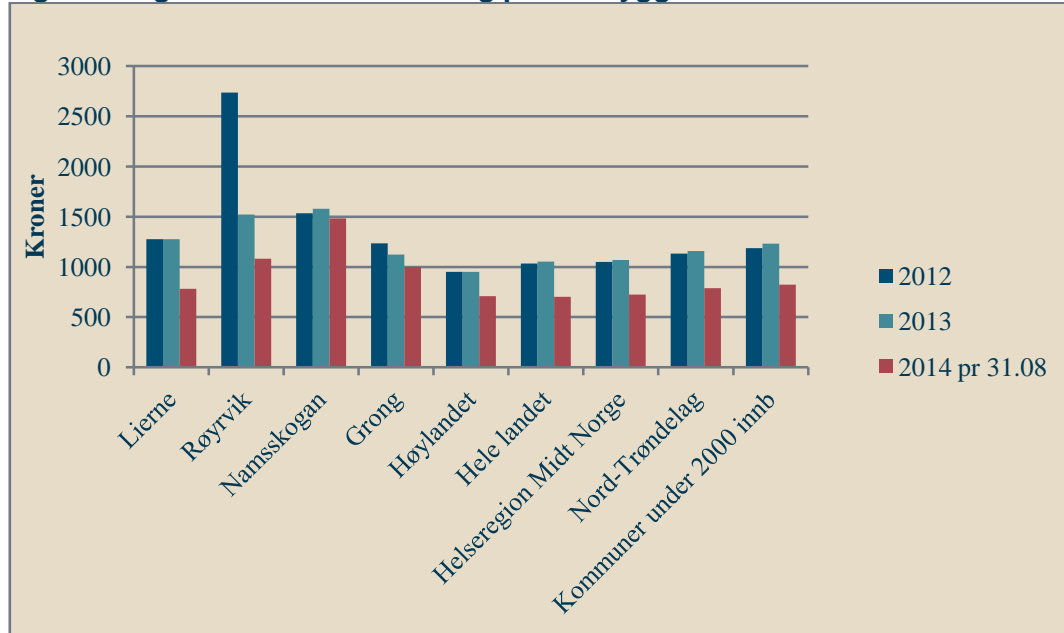


Kilde: Helsedirektoratet. <http://helsedirektoratet.no/finansiering/okonomiske-virkemidler-i-samhandlingsreformen/kommunal-medfinansiering/tallgrunnlag/Sider/default.aspx>

Figur 1 viser at Høylandet kommune både i 2012 og 2013 brukte ca 1,2 millioner kroner til medfinansiering. Helsedirektoratet hadde estimert et forbruk for kommunen på ca 1 million kroner i 2012 og 1,3 millioner kroner i 2013. Dersom

forbruket holder seg på samme nivå ut året, har vi beregnet et årsforbruk på ca 1,3 millioner kroner. For 2014 er det fra helsedirektoratets side estimert et forventet forbruk på ca 0,9 millioner kroner.

**Figur 2: Utgifter til medfinansiering per innbygger**



Kilde: Helsedirektoratet. <http://helsedirektoratet.no/finansiering/okonomiske-virkemidler-i-samhandlingsreformen/kommunal-medfinansiering/tallgrunnlag/Sider/default.aspx>

Figur 2 viser at utgiftene til medfinansiering per innbygger varierer i regionen, men det er imidlertid viktig å påpeke at det dreier seg om kommuner med relativt få innbyggere. Dette betyr at små endringer i antall innlagte pasienter, kan gi store utslag på utgiftene per innbygger.

Kostnadene til medfinansiering bestemmes av antall innleggelser. I Høylandet kommune har det i lengre tid vært praksis at legene kunne legge inn pasienter på sykeheimen for trygghet/avklaring. Kommuneledelsen i Høylandet framholder at det er viktig at legene kjenner til hva kommunen kan tilby av tjenester, fordi dette kan bidra til at unødvendige innleggelser unngås. Med ustabil legesituasjon kan dette være en utfordring.

Avdelingslederne forklarte at legesituasjonen i Høylandet har vært preget av mye vikarbruk de siste årene, og dette har påvirket oppfølgingen av den enkelte pasient. Når det gjelder legevakt inngår Høylandet kommune i legevaktsamarbeid Indre Namdal<sup>9</sup> og LINA – vakt v/ sykehuset Namsos. LINA er et samarbeid mellom 14 kommuner i Namdalen<sup>10</sup>.

<sup>9</sup> Indre Namdal Legevakt er samarbeid mellom Grong, Namsskogan, Høylandet, Namdalseid og Røyrvik (<http://lierne.arkivplan.no/layout/set/print/content/view/print/213651/>)

<sup>10</sup> Vikna, Leka, Nærøy, Namsos, Overhalla, Fosnes, Namdalseid, Flatanger, Grong, Høylandet, Lierne, Namsskogan, Røyrvik, Osen. Kilde: NIVI Rapport 2012: 2 "Revidert status for interkommunalt samarbeid i Nord-Trøndelag".

I en liten kommune vil det etter omsorgslederens mening være slik at de ansatte har tilegnet seg allsidig kunnskap og har lært seg å mestre mange ulike oppgaver. Dette kan bidra til at innleggelses unngås, og vil etter omsorgslederens mening bli svært viktig ved innføring av tilbud om øyeblikkelig hjelp.

## 5. 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 vil våren 2015 legge fram en folkehelsemelding for Stortinget, for å legge til rette samordning mellom nasjonal politikk og kommunale planprosesser<sup>11</sup>.

*”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.”<sup>12</sup>*

Begrepene folkehelse og folkehelsearbeid brukes mye, i loven er følgende definisjoner brukt<sup>13</sup>:

- 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 folkehelse<sup>14</sup>

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

<sup>11</sup> <http://folkehelsemelding.regjeringen.no/>

<sup>12</sup> Helsedirektoratet 2013: Veileder: God oversikt – en forutsetning for godt folkehelsearbeid.

<sup>13</sup> I NOU 1998 18: ”Det er bruk for alle” er folkehelsearbeid beskrevet slik: Folkehelsearbeid er samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen. I dette ligger nødvendigheten av å styrke verdier som gir det enkelte individ og grupper muligheter for ansvar, delaktighet, solidaritet, mestring og kontroll over eget liv og situasjon.

<sup>14</sup> Foredrag av Guri Rudi, Folkehelserådgiver, Fylkesmannen i Oppland

Det er inngått avtale mellom kommunen og helseforetaket om forebyggende arbeid, tjenesteavtale nr 10. Opplistede samarbeidstiltak er:

- Bruker- og pårørende erfaring skal trekkes inn i forbindelse med lærings- og mestringsnivå på individ- og systemnivå
- Samarbeide om opplæringstiltak i forhold til pasient og pårørende (Helsepedagogikk)
- Videreføre og videreutvikle ”Kompetansenettverket i forebyggende og helsefremmende arbeid” jf. tjenesteavtale 6 punkt 4
- ”Kompetansenettverket i forebyggende og helsefremmende arbeid” arrangerer årlig Folkehelsekonferanse i Nord-Trøndelag

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

## 5.1 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) helse relatert atferd
- f) helsetilstand

Vi har utarbeidet følgende revisjonskriterier

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

Vi vil gi en kort oversikt over viktige folkehelseiltak i kommunen.

## 5.2 Data

Høylandet kommune har samarbeidet med Namsskogan og Grong kommune om en folkehelsekoordinator på prosjektbasis. Fylkeskommunen ga tilskudd til ordningen som opphørte ved årsskiftet 2013/14. En av koordinatorens oppgaver var å utarbeide en kartlegging av helsetilstanden. I 2013 ble ”*Grunnlagsdokument for Namsskogan, Grong og Høylandet – Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer*” ferdigstilt.

Høylandet kommune vedtok ny kommuneplan med samfunnsdel i 2011. Folkehelseaspektet er tatt inn i her under ”helse og omsorg”. Følgende hovedmålsettinger for helse er vedtatt:

- Gode helsetilbud gjennom hele livsløpet
- Kommunen skal ha fokus på folkehelsearbeid som inkluderer helsefremmende og sykdomsforebyggende tilnæringer

Kommunen har utarbeidet en Strategiplan for folkehelsearbeidet 2011 – 2015, som skal rulleres i 2015<sup>15</sup>. Strategien har visjonen ”Flest mulig gode leveår med best mulig helse for alle”. Følgende hovedtemaer er omtalt: Folkehelsearbeid, frisklivstilbud og forebygging av vold og kriminalitet/rusforebygging. Det går fram av planstrategien at det i 2012 ble utarbeidet et arbeidsdokument ”Folkehelsearbeid i Høylandet kommune”, som konkretiserer strategiplanen og skal være styrende for handlingsplaner/tiltak.

Høylandet kommune har en planstrategi for 2013 – 2015<sup>16</sup>. I sitt første utkast til strategi fikk kommunen tilbakemelding fra fylkeskommunen om at folkehelseperspektivet ikke var tydelig nok. Godkjent planstrategi lister opp nasjonale forventninger til kommunen når det gjelder helse, livskvalitet og oppvekstmiljø. Her går det også fram at det i 2014 skal utarbeides en kommunedelplan for helse og omsorg. Den foreligger ikke ennå.

Rådmann fortalte at det er viktig for kommunen å få fram at folkehelse er mer enn bare helse. Hun sa at det er mer bevissthet nå enn tidligere både i administrasjonen og på politisk nivå om viktigheten av folkehelsearbeidet i mye av det kommunen

---

<sup>15</sup> Vedtatt i kommunestyret 19.9.2013

<sup>16</sup> I plan- og bygningsloven (§ 10-1) heter det at kommunestyret skal minst én gang i hver valgperiode, og senest innen ett år etter konstituering utarbeide og vedta en kommunal planstrategi. Høylandet vedtok sin planstrategi den 19.9.2013.

foretar seg. Det handler om hverdagstrivsel, fysisk aktivitet, sosiale møteplasser, psykisk helse osv.

Rådmann og leder for omsorgsenheten fortalte at 4-årige handlingsplaner rulleres sammen med økonomiplanen, og at årlig handlingsplan behandles sammen med budsjettet. Dette gjør at det også rapporteres på bl.a. folkehelsearbeid sammen med øvrig rapportering til politisk nivå.

Blant viktige folkehelseiltak nevnte rådmannen og omsorgslederen:

- helsestasjonens arbeid med forebygging blant barn og unge
- interkommunalt prosjekt i alle barnehager i Indre Namdal med fokus på tidlig innsats
- tidlig innsats og forebygging på ulike områder
- forebygging blant barn av foreldre med psykiske lidelser
- folkehelsekoordinatorprosjekt
- frisklivsentral i samarbeid med Grong

Avdelingslederne trakk fram i tillegg følgende folkehelseiltak:

- Livsfasecafé – tar opp ulike tema som kan være aktuelle i ulike livsfaser. Holdes rundt i hele kommunen
- Stavgang
- Frivillighetssentral (får kommunal støtte)
- Kostholdskurs for barn og unge (16-20 år) forberedelse til hybelliv
- Demensomsorgens ABC
- Aktiv omsorg, forebygge ensomhet gjennom bevegelse, kultur, sosialt samvær osv.

Avdelingslederne påpekte at det er en aktiv pensjonistforening i kommunen. Kommunen har dessuten deltagere i mange prosjektgrupper som jobber i Indre Namdal med tema relatert til folkehelse.

### 5.3 Vurdering

Revisor mener at det gjennom grunnlagsdokumentet ”*Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer*” har Høylandet (samt Grong og Namsskogan) nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen.

Vi mener at Høylandet kommune har synliggjort folkehelse i sine plandokumenter. Det gjelder i overordnede planer som kommuneplanens samfunnsdel (2011) og planstrategien (2012-2015). I august 2012 ble ”Strategiplanen for folkehelsearbeidet 2012-2016” vedtatt. At det rapporteres på folkehelse sammen med annen kommunal rapportering til politisk nivå mener vi er med å løfte temaet på en god måte.

Revisor konkluderer dermed med at Høylandet kommune har fulgt opp folkehelseovens bestemmelse om kartlegging av helsetilstanden. Videre konkluderer

revisor med at folkehelseperspektivet er godt ivaretatt og synliggjort i kommunale planer.

## 6. HOVEDKONKLUSJONER

- Høylandet kommune har oppfylt kravet om å gjøre samarbeidsavtalen kjent for egne ansatte. Vi mener at kommunen kunne ha informert brukere på bredere basis, men ser at informasjon overfor enkeltbrukere er godt ivaretatt.
- Høylandet kommune har i tilstrekkelig grad etablert system og rutiner for mottak av utskrivingsklare pasienter.
- Høylandet kommune har i 2012 og 2013 brukt ca 1,2 millioner kroner til medfinansiering av sykehusopphold. Helsedirektoratet hadde estimert et forbruk for kommunen på ca 1 million kroner i 2012 og 1,3 millioner kroner i 2013.
- Høylandet kommune har fulgt opp folkehelselovens bestemmelse om kartlegging av helsetilstanden. Videre konkluderer revisor med at folkehelseperspektivet er godt ivaretatt og synliggjort i kommunale planer.

## 7. HØRING

En foreløpig rapport ble sendt på høring til rådmannen i Høylandet kommune 29.10.14. KomRev Trøndelag IKS har etter purring ikke mottatt høringssvarsvar fra kommunen.

Vi har etter høringen foretatt mindre språklige endringer. Dette har ikke medført endringer i de konklusjoner som trekkes i rapporten.

## KILDER

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 (Folkehelseoven)

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

Helse Nord-Trøndelag HF og Høylandet kommune 2012: Samarbeidsavtale og 12  
tjenesteavtaler

Høylandet kommune:

- Informasjonsstrategi for implementering av avtalene med Helse Nord-Trøndelag
- Kommuneplan – samfunnsdelen 2012 – 2024
- Planstrategi for Høylandet kommune 2013 – 2015
- Strategiplan for folkehelsearbeid i Høylandet kommune 2012-2015
- Økonomiplan 2014-2017
- Årsberetning 2013



# VEDLEGG

## Oversikt over Samarbeidsavtalen og de 12 tjenesteavtalene mellom kommunene i Nord-Trøndelag og Helse Nord-Trøndelag HF

Samarbeidsavtalen og tjenesteavtale 1,2,3,5 og 11 ble inngått fra 01.02.2012, og tjenesteavtale 2,4,6,7,8,9,10 og 12 fra 01.07.2012.

Samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak er fastsatt i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 og i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e.		2
Tjenesteavtalene:		
1.	Enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre. (ferdig 01.02.2012)	9
2.	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. (01.07.2012)	11
3 og 5	Retningslinjer for innleggelse i sykehus og retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon (01.02.2012)	15
4	Beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikk hjelp etter § 3-5 tredje ledd (01.07.2012)	20
6	Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring (01.07.2012)	25
7	Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid (01.07.2012)	28
8	Samarbeid om jordmortjenester (01.07.2012)	30
9	Samarbeid om IKT-løsninger lokalt (01.07.2012)	32
10	Samarbeid om forebygging (01.07.2012)	36
11	Omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden (01.02.2012)	38
12	Samarbeid om kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet og rutiner for avvikshåndtering og forbedringsarbeid (01.07.2012)	41



Postadresse: Postboks 2565, 7735 Steinkjer  
Hovedkontor: Fylkets Hus, Steinkjer  
Tlf. 994 01 480  
[www.krt.no](http://www.krt.no)