

FORVALTNINGSREVISJON  
SAMHANDLINGSREFORMEN

RØYRVIK KOMMUNE  
NOVEMBER 2014



## FORORD

Denne forvaltningsrevisjonen er gjennomført av KomRev Trøndelag IKS på oppdrag fra kontrollutvalget i Røyrvik 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).

Steinkjer/Namsos 06.11.14



Unni Romstad  
*Oppdragsansvarlig revisor*



Rikke Haave  
*Prosjektleder*

## INNHOLDSFORTEGNELSE

Sammendrag.....	4
1. Innledning .....	6
1.1 Bestilling.....	6
1.2 Bakgrunn .....	6
1.3 Problemstillinger .....	7
1.4 Revisjonskriterier .....	8
1.5 Metodisk tilnærming og gjennomføring.....	8
2. Informasjon om samarbeidsavtalen.....	9
2.1 Revisjonskriterier .....	9
2.2 Data.....	9
2.3 Vurdering.....	10
3. Utskrivingsklare pasienter.....	11
3.1 Revisjonskriterier .....	11
3.2 Data.....	12
3.3 Vurdering.....	13
4. Medfinansiering .....	14
5. Folkehelsearbeid .....	17
5.1 Revisjonskriterier .....	18
5.2 Data.....	19
5.3 Vurdering.....	20
6. Hovedkonklusjoner .....	21
7. Rådmannens kommentarer.....	22

Vedlegg



## SAMMENDRAG

I denne rapporten presenteres resultatene av en forvaltningsrevisjon med tema fra samhandlingsreformen. Rapporten er gjennomført på oppdrag av kontrollutvalget i Røyrvik 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 Røyrvik kommune har tatt tak i reformen, og dette blir belyst med følgende problemstillinger:

- **Har Røyrvik kommune sikret at samarbeidsavtalen er gjort kjent?**
- **Har Røyrvik kommune etablert et system og rutiner for mottak av utskrivingsklare pasienter?**
- **Medfinansiering av sykehusbehandling**
- **Følger Røyrvik 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 tidligere rådmann, økonomisjef, avdelingsleder helse- og omsorgsavdelingen, avdelingssykepleier samt andre ressurspersoner på området.

### **Hovedkonklusjoner**

#### **Kjennskap til samarbeidsavtalen**

- Revisor konkluderer med at Røyrvik kommune ikke har oppfylt kravet om å gjøre samarbeidsavtalen kjent overfor brukere, men at egne ansatte synes å ha fått nødvendig informasjon.
  - Noe klarhet om hvordan Røyrvik kommune har involvert og informert egne ansatte om samarbeidsavtalen
  - Det er ikke gitt informasjon til brukere
  - Informasjon til legene er overlatt til Lierne kommune

### **Utskrivingsklare pasienter**

- Revisor konkluderer med at Røyrvik kommune i hovedsak har etablert et system og rutiner for mottak av utskrivingsklare pasienter.
  - Røyrvik kommune har ressurser i form av fysisk tilrettelegging og bemanning til å kunne ta i mot utskrivingsklare pasienter.
  - Ansvar for oppfølging av tjenesteavtale 3 og 5 er avklart, men ikke beskrevet. Kommunen har tatt i bruk MUNT-rutinene.
  - Røyrvik kommune har rutiner for å fatte vedtak om tildeling av helse- og omsorgstjenester til utskrivingsklare pasienter.

### **Medfinansiering av sykehusbehandling**

- Røyrvik kommune brukte i 2012 ca 1,3 millioner kroner og i 2013 ca. 0,8 millioner kroner til medfinansiering, dette var i 2012 ca. 0,5 millioner kroner mer enn det som var forventet forbruk for kommunen. I 2013 var forbruket på 0,8 millioner kroner, mot forventet 1,1 millioner kroner. Kommunen forventer et forbruk i 2014 på ca 1,1 millioner kroner. Helsedirektoratets anslag for 2014 er på 0,8 millioner kroner.

### **Folkehelse**

- Revisor konkluderer med at Røyrvik kommune ikke er i mål med hensyn til å følge opp føringer i folkehelseloven, verken når det gjelder kartlegging av helseutfordringer eller å synliggjøre folkehelse godt nok i kommunens planverk. Arbeidet med kommuneplanens samfunnsdel vil kunne endre på dette.

# 1. INNLEDNING

## 1.1 Bestilling

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

Kontrollutvalget foretok en omprioritering av rekkefølgen på forvaltningsrevisjoner i sitt møte 27.05.14 (sak 13/14). I dette møtet ble prosjektplan for prosjektet vedtatt. Prosjektet handler om hvordan samarbeidsavtalen mellom Røyrvik kommune og Helse Nord-Trøndelag HF (HNT) er implementert i kommunen med hensyn til informasjon/forankring, 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. Tidligere rådmann 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 laget 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 19.04.12/sak 14/12 og i kommunestyret 21.06.12/sak 54/12

<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"

pionerfylke da kommuner 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 Namdals 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 samarbeidsavtalene.

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 Røyrvik kommune sikret at samarbeidsavtalen er gjort kjent i egen organisasjon?**
2. **Har Røyrvik kommune etablert et system og rutiner for mottak av utskrivingsklare pasienter?**
3. **Medfinansiering av sykehusbehandling**
4. **Følger Røyrvik 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 kommunen 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 innhentet gjennom intervju, gjennomgang av dokumenter og offisiell statistikk.

Vi har hatt samtaler med følgende personer:

- Ole Jørgen Rødøy, tidligere rådmann i Røyrvik kommune
- Heider Sæther, økonomisjef i Røyrvik kommune
- Hugo Ingemar Hanssen, avdelingsleder Helse- og omsorgsavdelingen i Røyrvik kommune
- Kjetil Sellæg, avdelingssykepleier i Røyrvik kommune
- Nina Øie Devik, tidligere avdelingssykepleier (telefonintervju) i Røyrvik kommune
- Laila Steinmo, prosjektleder KS Nord-Trøndelag
- Guri Wist, folkehelsekoordinator i Nord-Trøndelag
- Kjell J. Vang, pasient- og brukerombud i Nord-Trøndelag
- Samhandlingssjef i Helse Nord-Trøndelag HF Olav Bremnes (telefonintervju)

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

Det gjennomføres tilsvarende forvaltningsrevisjon i kommunene Grong, Høylandet, Namsskogan og Lierne, 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).

Utskifting av sentrale ansatte i Røyrvik kommune sommeren 2014, har ført til at vi ikke har fått all informasjon som har vært ønskelig til prosjektet. Dette gjør at vår samlede vurdering er at kildetilfang i dette prosjektet ikke gir et tilstrekkelig grunnlag til å gi et entydig svar på problemstillingen som gjelder informasjon i egen organisasjon.

## 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 at 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 i forkant. Samarbeidsavtalens 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:

- Røyrvik kommune skal sørge for å involvere og informere egne ansatte i forbindelse med innføring av samhandlingsreformen
- Røyrvik 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.

I fasen fram mot at avtalene ble forhandlet fram, var tidligere rådmann i Røyrvik med i forhandlingsutvalget som KS organiserte. Han mener at gjennom den rollen hadde kommunen sikret god forståelse av reformens innhold og bakgrunn.

Tidligere rådmann fortalte at de ansatte ble informert om reformen og avtalene, og at ansatte har vært representert i partssammensatte grupper. Det har vært mye skifte av personell på helse- og omsorgssiden i kommunen den siste tiden. Dagens ledere har derfor ingen kunnskap om hvordan informasjon overfor ansatte ble ivaretatt. De har imidlertid snakket med flere av sine ansatte som ikke erindrer at det ble gitt noen spesiell informasjon. Vi har hatt direkte kontakt med tidligere avdelingssykepleier som sier at de ansatte ikke var involvert i utarbeidelsen av avtalene og at de fikk

informasjon gjennom sine respektive fagforeninger. Hun antar at arbeidet med avtalene lå hos avdelingslederen. De ansatte merket at samhandlingsreformen ble innført ved at pasientene kom tilbake tidligere fra sykehuset.

Når det gjelder informasjon overfor *legene* vises det fra kommuneledelsen i Røyrvik til det arbeidet som er gjort i Lierne, da det er Lierne som er vertskommune for felles legetjeneste. I Lierne var det etatsleder for pleie og omsorg som hadde ansvar for å informere legetjenesten. I september 2014 sa helse- og omsorgssjefen i Lierne at legesituasjonen i kommunen er i ferd med å stabilisere seg, og at hun har inntrykk av at legene i kommune er godt kjent med samarbeidsavtalen og samhandlingsreformen.

Røyrvik kommune har ikke gitt informasjon til brukerne om samhandlingsreformen. Ifølge tidligere rådmann fungerte ikke Bruker- og eldreforeningen i den aktuelle perioden, slik at dette ikke var et aktuelt forum å kontakte.

Samarbeidet med helseforetaket (HF) hadde ifølge tidligere rådmann ikke vært helt godt i startfasen; dette hang sammen med at det i 2012 hadde vært uforutsette store utgifter til medfinansiering. Dette normaliserte seg noe i 2013. Han har inntrykk av at det har vært tungt å få HF til å se på kommunene som en "likeverdig part" i samarbeidet. Han vektla imidlertid at etableringen av distriktsmedisinsk senter (DMS) i de store kommunene har ført til at forståelsen av kommunenes helsetilbud og kompetanse har blitt bedre i HF.

### 2.3 Vurdering

Ved at tidligere rådmann har vært involvert i arbeidet på vegne av hele Indre Namdal, mener vi Røyrvik kommune har hatt en fordel i oppdatert kunnskap og forståelse om reform og avtaleverk.

Tidligere rådmann fortalte at de ansatte ble informert om avtalene og var med i partssammensatte grupper. Tidligere avdelingssykepleier fortalte at de ansatte ikke var involvert i forkant, men fikk sin informasjon gjennom fagforeningene. Data tyder på at Røyrvik kommune har valgt å informere sine ansatte om samarbeidsavtalen via fagforeningene. Vi mener derfor at de ansatte er gjort kjent med avtalen.

Det har ikke blitt gitt informasjon overfor brukerne, og revisor vurderer det slik at Røyrvik kommune ikke har oppfylt dette informasjonskravet. At Bruker- og pårørendeforening ikke var aktiv i den aktuelle perioden mener vi ikke fratår kommunen informasjonsplikten, som burde vært løst på annen måte.

Avtalen om legesamarbeid med Lierne gjør at informasjonen til legene er Lierne kommunes ansvar. Det ble ikke sagt om Røyrvik kommune ga legene informasjon om hvordan Røyrvik har foreberedt seg på samhandlingsreformen og hvilke tjenester de kan gi pasientene. Vi anser at forholdene i kommunen er såpass oversiktlige at dette ikke har hatt avgjørende betydning for pasientbehandlingen.

Informasjon er ”ferskvarer” og ingen engangshendelse. Revisor mener jevnlig omtale av reformen og innholdet i samarbeidsavtalen vil bidra til å gjøre reformens formål og hensikt mer kjent.

Revisor konkluderer med at Røyrvik kommune ikke har oppfylt kravet om å gjøre samarbeidsavtalen kjent overfor brukere, men at egne ansatte synes å ha fått nødvendig informasjon.

### 3. UTSKRIVINGSKLARE PASIENTER

I forkant av innføring av samhandlingsreformen var det mye oppmerksomhet rundt at reformen forutsatte at kommunene skulle ta i mot utskrivningsklare 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 utskrivningsklare 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 2<sup>7</sup> fokuserer bl.a. på å etablere samarbeidsrutiner for å ivareta en forsvarlig beslutningsprosess og nødvendig informasjonsflyt. I henhold til avtalen skal kommunen bl.a. etablere en koordinerende enhet.

Tjenesteavtale 3 og 5 omhandler bl.a. samarbeid om utskrivningsklare 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 utskrivningsklar. 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

---

<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>)

<sup>7</sup> ”Retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskriving, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester”

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:

- Røyrvik 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
- Røyrvik 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<sup>8</sup> viser at ingen av kommunene i Indre Namdal hadde utskrivingsklare pasienter som ble liggende på sykehuset i 2012 eller 2013. HNT presenterer også tall for antall reinnleggelser. 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.

**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 Røyrvik kommune har hatt en nedgang i andel reinnleggelser fra 2012 til 2013, og at andelen i 2013 er lavere enn gjennomsnittet for helseforetaket. Avdelingssykepleieren har inntrykk av at det har vært flere reinnleggelser etter at samhandlingsreformen ble innført.

<sup>8</sup> <http://www.hnt.no/no/Fagfolk/samhandling/Statistikk/Manedlig-statistikk/119567/>

Røyrvik samarbeider med Lierne og Namsskogan om sykeheimsplasser. Kommunen har hatt pasienter fra disse kommunene, da Røyrvik har hatt kapasitet. Fra kommuneledelsen opplyses det at det ikke har vært behov andre veien ennå. Røyrvik har sammen med Lierne kommune også samarbeid med Krokrom og Strømsund i Sverige når det gjelder sykehjemsplasser. Kommunen har heller ikke hatt behov for å benytte seg av disse plassene.

Avdelingsleder og avdelingssykepleier sa at pasienter som er i bra form ønsker i størst grad å komme hjem etter sykehusopphold, andre ønsker seg noen dager på sykehjemmet. På sykehjemmet er det 2 korttidsplasser og 2 avlastningsplasser. Det ble sagt at i en liten kommune kjenner de ansatte brukerne og kan foreta vurderinger om behov for ulike tiltak i spesielle situasjoner.

I følge avdelingsleder og avdelingssykepleier er det som regel godt beskrevet fra sykehusets side hva pasientene har behov for. For korttidsopphold på sykehjemmet og tildeling av hjemmetjenester er det avdelingssykepleier som fatter vedtak om tildeling av tjenestene. De fleste pasientene som kommer fra sykehuset er som regel allerede brukere av kommunale helsetjenester. Nye brukere som kommer via sykehus tas i mot som alle andre som får kommunale tjenester for første gang. Det blir gjennomført en rutinemessig inntakssamtale eller hjemmebesøk for å kartlegge brukernes behov.

I mai 2014 ble elektronisk meldingsutveksling mellom kommunene og helseforetaket (MUNT) tatt i bruk. Ved bruk av MUNT blir all informasjon om pasientene automatisk lagt i pasientjournalen. Det ble gitt opplæring i regionene om innføringen. Tidligere var det avdelingssykepleier som tok i mot e-poster og telefoner fra sykehuset. Våre informanter kjente ikke til om det hadde vært skriftlige rutiner omkring dette tidligere. Nå er det MUNT-manualen som gjelder. Etter innføringen av MUNT skal vakthavende sykepleier både i hjemmetjeneste og på sykehjem sjekke for meldinger fra helseforetaket flere ganger per vakt, og de er også ansvarlige for å følge opp og svare på meldingene. MUNT anses som en stor forbedring i forhold til hvordan det var tidligere.

Statistikk fra Helse Nord-Trøndelag viser at det ble ikke sendt avviksmeldinger mellom helseforetaket og Røyrvik kommune i 2012 eller i 2013<sup>9</sup>. Pasient- og brukerombud forteller at det er få henvendelser fra kommunene Indre Namdal.

### 3.3 Vurdering

Revisors vurdering er at Røyrvik kommune gjennom organisatoriske, fysiske og bemanningsmessig forberedelser har gjort kommunen i stand til å møte kravet om å

---

<sup>9</sup> <http://www.hnt.no/no/Fagfolk/samhandling/Statistikk/Manedlig-statistikk/119567/>

ta i mot utskrivningsklare pasienter fra sykehus. Vurderingen understøttes av at kommunen ikke har hatt utskrivningsklare pasienter liggende på sykehus, antall og andel reinnleggelser har blitt betydelig redusert og at det ikke har blitt sendt avviksmeldinger fra sykehus til kommunen.

Det er revisors vurdering at det er klart hvor ansvaret for oppfølging av tjenesteavtale 3 og 5 er plassert i Røyrvik kommune selv om det ikke er utarbeidet egen rutinebeskrivelse for dette.

Revisor vurderer at Røyrvik kommune har rutiner for å fatte vedtak om tildeling av helse- og omsorgstjenester til utskrivningsklare pasienter. Dette er basert på at vedtaksmyndigheten er plassert, og at det er etablert rutiner om innkomstsamtaler og hjemmebesøk for å kartlegge pasientenes behov. At kommunen er liten og at de fleste pasientene som kommer fra sykehuset er brukere av kommunale helsetjenester fra før, er med å underbygge dette.

Vi konkluderer med at Røyrvik kommune har etablert et 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 diagnoserelevante grupper:

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

Vi har sett på kostnadene ved medfinansieringen for Røyrvik 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.

Da samhandlingsreformen ble innført fikk kommunene økt sitt rammetilskudd som skulle kompensere for kostnader til medfinansiering av pasienter og kostnadene ved utskrivningsklare pasienter. Størrelsen på rammetilskuddet for kommunene var

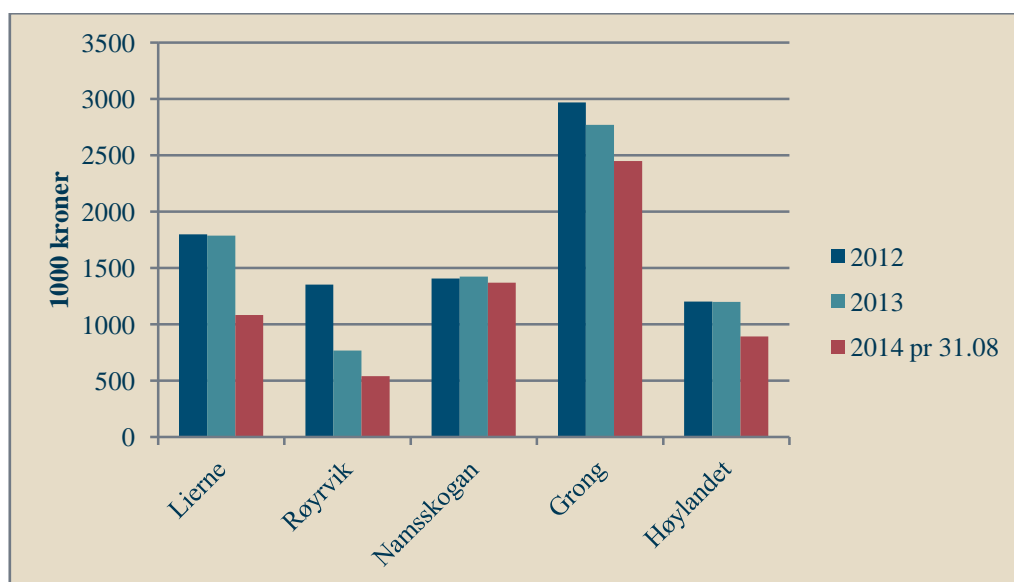
beregnet ut fra erfaringstall fra tidligere år. Resonnementet var noe forenklet at kommunene ved å styrke forebyggende arbeid og folkehelsearbeid, på noe sikt skulle kunne redusere sine utgifter til medfinansiering, og på den måten frigjøre ytterligere midler til folkehelsearbeidet.

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.

Angående medfinansiering, ble det i samtalen med kommuneledelse i Røyrvik kommentert at systemet ikke er godt, da det ikke er mulig å føre reell kontroll med det. Slik det ble presentert, kan en pasient skrives inn flere ganger for samme diagnose/pasientforløp: Namsos-Trondheim-Namsos; 3 innleggelser, med ditto DRG-poeng og medfinansieringskostnader.

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 Røyrvik kommune brukte ca. 1,3 millioner kroner til medfinansiering i 2012 og 0,8 millioner kroner i 2013. Ved utgangen av august 2014 var det brukt ca.

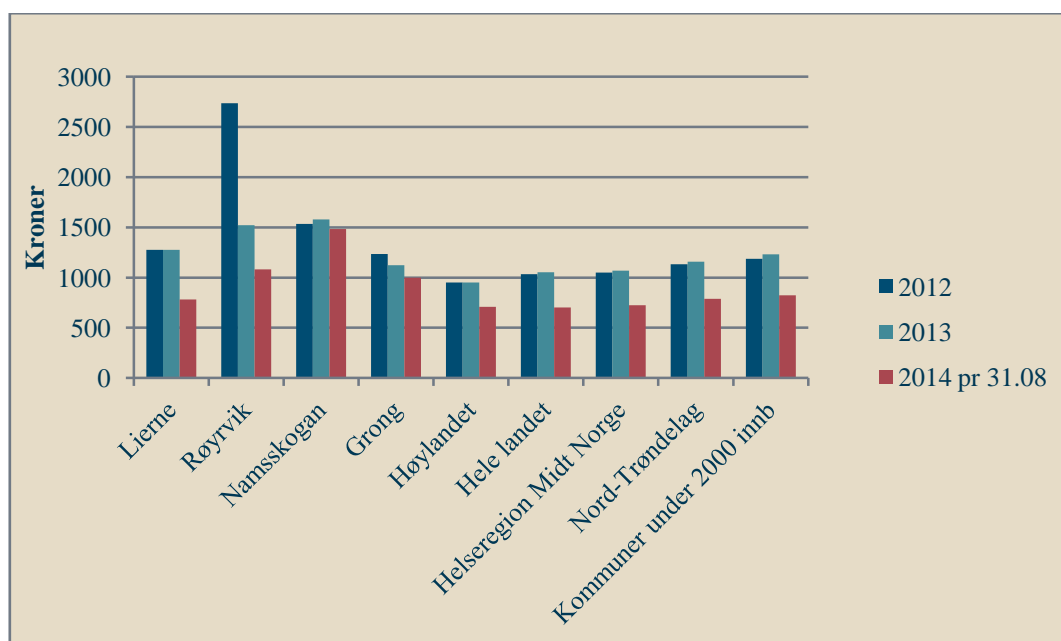


0,5 millioner kroner. Holder forbruket seg på samme nivå resten av året skulle det gi et estimert årsforbruk på ca. 0,8 millioner kroner. Økonomisjefen sier at det for 2014 er budsjettert med et forbruk på 1,1 millioner kroner, og at anslag i løpet av året viser at dette antagelig vil treffe.

Helsedirektoratet hadde på grunnlag av tidligere forbruk estimert et forventet forbruk i kommunen i 2012 på 0,8 millioner kroner, i 2013 på 1,1 millioner kroner og i 2014 på 0,8 millioner kroner. Kommunen fikk i 2012 en økt rammeoverføring som ifølge økonomisjefen var spesifisert til ca. 0,7 millioner kroner, dette har blitt videreført i 2013 og 2014.

Utgiftene knyttet til medfinansiering ble ifølge tidligere rådmann svært utfordrende for Røyrvik i 2012. Da ble det brukt 0,5 millioner kroner mer enn forutsatt fra sentrale helsemyndigheter. Økonomisjefen fortalte at kommunen etter kontakt med helseforetaket hadde fått forklart at pasienter som flyttes mellom ulike sykehus utløser nytt krav om betaling når de legges inn; det vil si at kommunen måtte betale for samme pasient flere ganger.

**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, 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 gir store utslag på utgiftene per innbygger.

Kommunen har ikke funnet ut hvorfor utgiftene til medfinansiering også i 2013 ligger over det som ble anslått. I 2013 budsjettet tok man hensyn til forbruket i 2012 og la inn ekstra beløp for å dekke merutgiftene som kom utover det som var beregnet at det ville koste.

En mulig forklaring som ble nevnt av tidligere rådmann, kan være at det er langt fra lege til pasient. De fleste innbyggere i Røyrvik har samme fastlege som behandlende lege iht. legeavtalen med Lierne. Mange av henvisningene til sykehuset kommer fra legevakt. I begge tilfeller vil legene dermed ha hatt lite kontakt med pasienten tidligere, og dårlig kjennskap til hva kommunen kan tilby. For å være på den sikre siden blir pasientene henvist til sykehus. En lege som kjenner "sine" bedre, vil etter det tidligere rådmann trodde, antakelig være noe mer restriktiv med henvisning av pasientene til sykehus. Dette er en oppfatning som deles av flere kommuner i Indre Namdal.

Når det gjelder legevakt inngår Røyrvik kommune i legevaktssamarbeid Indre Namdal<sup>10</sup> og LINA-vakt v/ sykehuset Namsos på nattetid og i helgene. LINA er et samarbeid mellom 14 kommuner i Namdalen<sup>11</sup>.

## 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>12</sup>.

*"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."*<sup>13</sup>

Begrepene folkehelse og folkehelsearbeid brukes mye, i loven er følgende definisjoner brukt<sup>14</sup>:

---

<sup>10</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>11</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".

<sup>12</sup> <http://folkehelsemelding.regjeringen.no/>

<sup>13</sup> Helsedirektoratet 2013 Veileder: God oversikt – en forutsetning for godt folkehelsearbeid.

- 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>15</sup>

- 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 Røyrvik 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.

---

<sup>14</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>15</sup> Foredrag av Guri Rudi, Folkehelserådgiver, Fylkesmannen i Oppland

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

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

## 5.2 Data

Tidligere rådmann og økonomisjef opplyste at Røyrvik kommune har jobbet bevisst med folkehelse spørsmål. De sa at det ikke foreligger en egen oversikt som kartlegger folkehelseutfordringene i Røyrvik kommune slik forskriften om oversikt over folkehelsen krever, og det er ifølge tidligere rådmann ikke planlagt slik kartlegging i 2014. Administrasjon har imidlertid brukt data fra de 3 helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag (HUNT) som bakgrunnsinformasjon i sitt planleggingsarbeid. De sa at opplysningene fra HUNT viser at befolkningen i Røyrvik har helseutfordringer knyttet til blant annet KOLS, kreft og fedme.

Kommunen har utarbeidet en handlingsplan for folkehelsearbeidet i kommunen for perioden 2011-2013 med følgende satsingsområder:

- Fysisk aktivitet og friluftsliv
- Heve debutalder for alkohol og redusere forbruk av tobakk
- Kultur og folkehelse
- Kosthold og ernæring
- Forebygging og behandling av overvekt og fedme
- Bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller

Det går fram at prioriteringene i planen er gjort på grunnlag av HUNT-data som viser at overvekt og diabetes er blant de største utfordringene i kommunen. Det framgår ikke av planstrategien at denne planen skal rulleres, men vi har fått opplyst at ”den skal rulleres etter hvert”.

Det er utarbeidet en planstrategi for Røyrvik (2012-2015). I forbindelse med at planen var på høring, hadde Nord-Trøndelag fylkeskommune innspill på at det ville ha styrket planstrategien om den også sa litt om folkehelsearbeidet, både utfordringer og påvirkningsfaktorer. Fylkeskommunen skrev at for en så liten kommune som Røyrvik, med de næringsmessige og befolkningsmessige utfordringer kommunen har,

vil folkehelseutfordringene handle om å skape arbeidsplasser og tilflytting – og ikke om turstier og vektutvikling.

I strategien ble det lagt opp til at kommuneplanens samfunnsdel skulle revideres i 2012 (dagens plan gjelder for perioden 1998- 2009), og fylkeskommunen skrev i sitt høringsbrev til strategien at etterlyst omtale av folkehelse forhåpentligvis ville få plass i den nye planen. Arbeidet med kommuneplanens samfunnsdel er nå i gang, og det ble opplyst at planen kommer opp til politisk behandling i løpet av første halvår 2015. Det er/vil bli arrangert folkemøter mv for å få innspill til planen, og tidligere rådmann opplyste at folkehelse vil bli del av planen.

I dokumentet ”Planprogram for kommuneplan 2014 – 2026 samfunnsdelen” er helse, livskvalitet og oppvekstmiljø listet opp blant andre tema som planen vil omhandle.

I 2011 vedtok kommunestyret ”Kommunal plan for Idrett og fysisk aktivitet 2012 – 2015 (2015 - 2020)” der det overordnede målet er ”Røyrvik kommune skal tilrettelegge for fysisk aktivitet, både som forebyggende helsearbeid, fritidsaktivitet og organisert idrett”.

Kommunen har tilsatt folkehelsekoordinator og frisklivskoordinator i to 20 prosent stillinger (ikke samme person). Det er etablert frisklivssentral i kommunen. Dette er et kommunalt forankret helsetjenestetilbud for hjelp til endring av negativ helseatferd.

Røyrvik kommune kan samarbeide med nabokommuner om aktiviteter. Røyrvik kommune kjøper i 2014 kommunelegetjeneste fra Grong kommune; tidligere rådmann opplyste at det vil være mulig å forlenge denne avtalen.

### 5.3 Vurdering

Røyrvik kommune har ikke foretatt en kartlegging av folkehelsen i kommunen slik forskriften krever, men vi er enig i tidligere rådmanns kommentar om at HUNT-data gir noe grunnlag som kommunen kan bygge sitt planverk på. Det er likevel revisors vurdering at kommunen ikke har fulgt opp folkehelselovens bestemmelser om nødvendig kartlegging av folkehelseutfordringer på dette punktet.

Folkehelse er ikke spesielt omtalt i kommunens planstrategi, men med bakgrunn i fylkeskommunens innspill til strategien antar revisor at kommunen vil gi folkehelse oppmerksomhet i kommuneplanens samfunnsdel som etter planene skal vedtas innen sommeren 2015. Egen handlingsplan for folkehelsearbeidet tyder, etter revisors mening, på at folkehelsearbeid har oppmerksomhet i kommunen, selv om det så langt ikke har kommet til syne i overordnet planverk.

Revisor konkluderer med at Røyrvik kommune ikke er i mål med hensyn til å følge opp føringer i folkehelseloven, verken når det gjelder kartlegging av

helseutfordringer eller å synliggjøre folkehelse godt nok i kommunens planverk. Arbeidet med kommuneplanens samfunnsdel vil kunne endre på dette.

## 6. HOVEDKONKLUSJONER

- Revisor konkluderer med at Røyrvik kommune ikke har oppfylt kravet om å gjøre samarbeidsavtalen kjent overfor brukere, men at egne ansatte synes å ha fått nødvendig informasjon.
  - Noe uklarhet om hvordan Røyrvik kommune har involvert og informert egne ansatte om samarbeidsavtalen
  - Det er ikke gitt informasjon til brukere
  - Informasjon til legene er overlatt til Lierne kommune
  
- Revisor konkluderer med at Røyrvik kommune i hovedsak har etablert et system og rutiner for mottak av utskrivingsklare pasienter.
  - Røyrvik kommune har ressurser i form av fysisk tilrettelegging og bemanning til å kunne ta i mot utskrivingsklare pasienter.
  - Ansvar for oppfølging av tjenesteavtale 3 og 5 er avklart, men ikke beskrevet. Kommunen har tatt i bruk MUNT-rutinene.
  - Røyrvik kommune har rutiner for å fatte vedtak om tildeling av helse- og omsorgstjenester til utskrivingsklare pasienter.
  
- Medfinansiering av sykehusbehandling
  - Røyrvik kommune brukte i 2012 ca 1,3 millioner kroner og i 2013 ca. 0,8 millioner kroner til medfinansiering, dette var i 2012 ca. 0,5 millioner kroner mer enn det som var forventet forbruk for kommunen. I 2013 var forbruket på 0,8 millioner kroner, mot forventet 1,1 millioner kroner. Kommunen forventer et forbruk i 2014 på ca 1,1 millioner kroner. Helsedirektoratets anslag for 2014 er på 0,8 millioner kroner.
  
- Revisor konkluderer med at Røyrvik kommune ikke er i mål med hensyn til å følge opp føringer i folkehelseloven, verken når det gjelder kartlegging av helseutfordringer eller å synliggjøre folkehelse godt nok i kommunens planverk. Arbeidet med kommuneplanens samfunnsdel vil kunne endre på dette.

## 7. RÅDMANNENS KOMMENTARER

En foreløpig rapport ble sendt på høring til rådmannen i Røyrvik kommune 20.10.14. KomRev Trøndelag IKS har etter puring ikke mottatt høringssvarsvar fra kommunen.

Vi har etter høringen foretatt mindre språklige endringer, samt innarbeidet opplysninger fra samtale med samhandlingssjef i Helse Nord-Trøndelag. 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 (Folkehelseloven)

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

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

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

Røyrvik kommune 2011: Handlingsplan for folkehelsearbeidet i Røyrvik kommune  
2011- 2013

Røyrvik kommune 2012: Kommunal planstrategi Røyrvik kommune 2012 - 2015

Røyrvik kommune 2012: Kommunal plan for Idrett og fysisk aktivitet 2012-2015  
(2015-2020)

Røyrvik kommune 2014: Planprogram for kommuneplan 2014 -2026 Samfunnsdelen



# 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)