

FORVALTNINGSREVISJON
SAMHANDLINGSREFORMEN

NAMSSKOGAN KOMMUNE

OKTOBER 2014



FORORD

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

Namsos/Levanger 07.11.14



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.....	10
2.1 Revisjonskriterier	10
2.2 Data.....	10
2.3 Vurdering.....	11
3. Utskrivingsklare pasienter.....	12
3.1 Revisjonskriterier	12
3.2 Data.....	13
3.3 Vurdering.....	16
4. Medfinansiering	17
5. Folkehelsearbeid	20
5.1 Revisjonskriterier	21
5.2 Data.....	21
5.3 Vurdering.....	24
6. Hovedkonklusjoner	25
7. Høring	26

SAMMENDRAG

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

- **Har Namsskogan kommune sikret at samarbeidsavtalen er gjort kjent?**
- **Har Namsskogan kommune etablert et system og rutiner for mottak av utskrivingsklare pasienter?**
- **Medfinansiering av sykehusbehandling**
- **Følger Namsskogan 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, assisterende rådmann/kommunalsjef helse, pleie- og omsorgsleder hjemmebasert omsorg, fagansvarlig sykepleier samt andre ressurspersoner på området.

Hovedkonklusjoner

Kjennskap til samarbeidsavtalen

- Vi konkluderer med at Namsskogan kommune til en viss grad har oppfylt kravet om å gjøre samarbeidsavtalen kjent for egne ansatte. Innføringen av KvalitetsLosen høsten 2014, med gjennomgang av tjenesteavtalene, vil bidra til å gjøre avtalene bedre kjent hos de ansatte. Vi mener Namsskogan i liten grad har sørget for informasjon til brukerne.
 - Dette med bakgrunn i at informasjonen er gitt i ledermøter, til tillitsvalgte og til sykepleiere som går ansvarsvakt.
 - Namsskogan kommune har ikke informert i egen regi til leger, men dette er ivaretatt av vertskommunen for legesamarbeidet.

- Inntrykket er Namsskogan i liten grad har sørget for informasjon til brukerne.

Utskrivingsklare pasienter

- Vi konkluderer med at Namsskogan kommune har etablert et system og rutiner for mottak av utskrivingsklare pasienter.
 - Opplysninger om kompetanse- og bemanningssituasjon underbygger det.
 - Det er etablert rutiner for hvordan meldingsutveksling mellom kommune og sykehus skal skje i forbindelse med innleggelse/utskriving av pasienter.
 - Det er etablert en koordinerende enhet som også fungerer som inntaksråd. Møtene er rådgivende; det er pleie og omsorgsleder som fatter vedtak om tildeling av tjenester.

Medfinansiering av sykehusbehandling

- Når det gjelder kommunal medfinansiering, har Namsskogan kommune både i 2012 og 2013 brukte ca. 1,4 millioner kroner til medfinansiering, dette var mer enn det som var forventet forbruk for kommunen. Namsskogan har brukt mer de første 8 månedene i forhold til tidligere år.

Folkehelse

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

1. INNLEDNING

1.1 Bestilling

På bakgrunn av Plan for forvaltningsrevisjon 2012-2015¹ har kontrollutvalget i Namsskogan kommune bestilt en forvaltningsrevisjon med tema fra samhandlingsreformen.

Kontrollutvalget foretok en omprioritering av rekkefølgen på forvaltningsrevisjoner i sitt møte 07.05.14 sak 15/14. I dette møtet ble prosjektplan om samhandlingsreformen vedtatt. Prosjektet handler om hvordan samarbeidsavtalen mellom Namsskogan 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 folkehelsearbeid². Målet er å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre³. Samhandling mellom kommuner og helseforetak fremmes ved bestemmelser om lovpålagte samarbeidsavtaler, kommunal medfinansiering og betaling for utskrivingsklare pasienter⁴.

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

¹ Vedtatt i kontrollutvalget 20.03.12/sak 10/12 og i kommunestyret 17.04.12/sak 44/12

² Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til landets regionale helseforetak og helseforetak 23.09.11

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

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

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 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 regionene⁵, 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 Namsskogan kommune sikret at samarbeidsavtalen er gjort kjent?**
2. **Har Namsskogan kommune etablert et system og rutiner for mottak av utskrivingsklare pasienter?**
3. **Medfinansiering av sykehusbehandling**
4. **Følger Namsskogan 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.

⁵ 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 innehentet gjennom intervju, gjennomgang av dokumenter og offisiell statistikk.

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

Vi har hatt samtaler med følgende personer:

- Endre Skjervø, rådmann i Namsskogan kommune
- Ivar Kvalø, assisterende rådmann/kommunalsjef helse i Namsskogan kommune
- Stig Holmvik, pleie- og omsorgsleder hjemmebasert omsorg (og avd. F) i Namsskogan kommune
- Vigdis Lindsetmo, fagansvarlig sykepleiere (både institusjon og hjemmebasert omsorg) i Namsskogan kommune
- Laila Steinmo, Prosjektleder i KS Nord-Trøndelag:
- Guri Wist, Folkehelsekoordinator i Nord-Trøndelag fylkeskommune
- Kjell J. Vang, Pasient- og brukerombud i Nord-Trøndelag
- Samhandlingssjef i Helse Nord-Trøndelag HF Olav Bremnes (telefonintervju)

Det gjennomføres tilsvarende forvaltningsrevisjon i kommunene Grong, Høylandet, Lierne 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, 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 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. 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:

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

Assisterende rådmann opplyste at Namsskogan har vært aktive fra dag én og de har informert politisk nivå underveis når det gjelder innføring av samhandlingsreformen. At avtalene skulle godkjennes av kommunestyret, bidro til at politikerne ble godt kjent med avtalene. Innføring av samhandlingsreformen har blitt behandlet og diskutert både lokalt i politiske utvalg og i regionrådet.

Pleie- og omsorgsleder hjemmebasert omsorg og fagansvarlig sykepleier (heretter kalt helselederne) fortalte at de hadde fått en del informasjon gjennom arbeidet kommunalsjef helse hadde deltatt i forut for avtaleinngåelse. Det ble informert i lederforum (bestående av pleie- og omsorgsleder, leder for Familiesenteret, leder for NAV og kommunalsjef helse). Tillitsvalgte ble også informert. Kommunalsjef helse sa fokuset har vært rettet mot at alle som er i berøring med inn- og utskrivning av pasienter, skal ha kjennskap til rutinene. Fagansvarlig sykepleier forklarte at spørsmålet om samhandlingsreformen og kontakten med sykehus, i praksis er mest aktuelt for de sykepleierne som har vaktlederansvar. Dette gjelder 10-12 ansatte i Namsskogan kommune. En perm med inngåtte avtaler er plassert ut på avdelingene.

Det er utarbeidet en informasjonsstrategi for implementering av avtaler med helse Nord-Trøndelag i kommunene. Denne strategien beskriver hvilken informasjon skal gis og hvem som har ansvaret for dette. I Namsskogan er strategien ikke fulgt, ifølge kommunalsjefen er det fordi de har ventet på innføring av nytt kvalitetssikringssystem (KvalitetsLosen). Avtalene vil bli gjennomgått som et ledd i innføringen av kvalitetssikringssystemet i løpet av høsten 2014. Kommunalsjefen sier de ansatte skal kjenne til avtalene, men han er likevel usikker på hvor nødvendig dette er i det daglige arbeidet for dem som ikke har vaktlederansvar (sykepleier). Det opplyses at det ikke har kommet tilbakemeldinger fra ansatte om at det ikke har vært informert tilstrekkelig.

Pleie- og omsorgsleder og fagansvarlig sykepleier sier at de ansatte først og fremst har kjennskap til tjenesteavtale 3 og 5 (innskriving/utskrivning), mens de øvrige tjenesteavtalene er mindre relevante for de ansatte.

Namsskogan kommune kjøper legetjenester av Grong kommune, og avtalegrunnlaget ble gjort kjent på legenivå gjennom orienteringsmøter ved vertskommunen og samarbeidsutvalget for legevakt. Kommunalsjef helse i Grong fortalte at kommunalt ansatte leger ble gitt informasjon om avtaler som direkte angår dem, som for eksempel øyeblikkelig hjelp, inn/utskrivning, etc.

Når det gjelder informasjon overfor brukere, har ikke kommunen gjennomført noe i egen regi. Kommunalsjefen opplyser at bruker- og pasientombudet har hatt møte med brukerutvalg og klientutvalg, helseledere og ordfører etter at ombudet også fikk ansvar for de kommunale tjenestene. Samarbeidsavtalen mellom kommunen og HF ble omtalt på dette møtet og spesielt tjenesteavtale 3 og 5.

2.3 Vurdering

Revisors vurdering er at Namsskogan kommune har involvert og informert egne ansatte i forbindelse med innføring av samhandlingsreformen. Denne slutningen er basert på at det har blitt informert i lederforum og tillitsvalgte. Oppmerksomheten har vært rettet mot de som har hatt berøring med inn- og utskrivning av pasienter (tjenesteavtale 3 og 5). I praksis har det vært sykepleierne som har ansvarsvakt.

Avtalen om legesamarbeid med Grong gjør at informasjonen til legene er Grong kommunes ansvar. Det ble ikke sagt om Namsskogan kommune ga legene informasjon om hvordan Namsskogan 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.

Når det gjelder informasjon til brukere, merker revisor seg at Namsskogan kommune ikke har valgt å gjennomføre noe i egen regi. Det er kun vist til at Bruker- og pasientombud har hatt møte med brukerutvalg og klientutvalg.

Revisor konkluderer med at Namsskogan kommune til en viss grad har oppfylt kravet om å gjøre samarbeidsavtalen kjent for egne ansatte. Innføringen av KvalitetsLosen høsten 2014, med gjennomgang av tjenesteavtalene, vil bidra til å gjøre avtalene bedre kjent hos de ansatte. Vi mener Namsskogan i liten grad har sørget for informasjon til brukerne.

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 mot⁶. 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 utskrivingsklare 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.

⁶ 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>)

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:

- Namsskogan 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
- Namsskogan 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)⁷ 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.⁸ 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/>

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

⁸ 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

Tabell 1 viser at andel reinnleggelser i Namsskogan i 2013 omtrent lå på nivå med gjennomsnittet for helse Nord-Trøndelag. Det var en nedgang i antall reinnleggelser fra 2012 til 2013.

Kommunen har totalt 19 plasser i institusjon, hvorav 6 plasser på skjermet enhet og 13 plasser på somatisk avdeling. To av disse plassene er øremerket til korttids-, rehabiliterings- og observasjonsformål. Omsorgssenteret er nå under ombygging for å dekke nye behov. Institusjon og hjemmetjenesten er to separate tjenester, men de har felles natttjeneste og medisinhåndtering. Det er tett samarbeid mellom enhetene, og flere ansatte jobber begge steder. Ambulansetjenesten trekkes fram som viktig i det helhetlige bildet for det tilbudet som innbyggerne har i Namsskogan.

Ved Namsskogan arbeider de fleste sykepleierne full stilling, noe fagansvarlig sykepleier trekker fram som en fordel, også mht. hvor ofte de er inne og forholder seg til/bruker MUNT. Helselederne framhevet det positive i at opplysninger i MUNT blir lagt direkte i pasientjournalen.

Rekrutteringssituasjonen blir sett på som bra. Helselederne bekreftet at kapasiteten i Namsskogan sin helse-, pleie- og omsorgstjeneste, er god. Kommunen har utarbeidet en strategisk kompetanseplan med oversikt over ønsket tilført kompetanse de neste 5 år.

Kommunen har ikke merket annet enn administrative endringer, dvs. rutineendringer etter innføring av reformen. Kommunalsjef helse peker på at omløpstid (fra innleggelse til utskriving) har gått betydelig ned, noe som gir konsekvenser for helsetjenestens måte å tenke på. Det stiller også større krav til fleksible og differensierte løsninger lokalt. Pleie- og omsorgsleder og fagansvarlig sykepleier opplyste at de av og til syntes de pasienter blir sendt hjem for tidlig fra sykehus. De opplyser imidlertid at det er en forskjell fra før og til etter samhandlingsreformen, ved at pasienter i større grad legges inn til observasjon i kommunen, før de eventuelt legges inn på sykehus.

Pleie- og omsorgsleder hjemmebasert omsorg og fagansvarlig sykepleier fortalte at det hender det er diskusjoner med sykehuset om hvorvidt en pasient er utskrivingsklar. I den første tida etter at samhandlingsreformen ble iverksatt, var inntrykket at det var vanskeligere å nå gjennom med argumenter om at en pasient ikke var utskrivingsklar enn det er nå. Dialogen med HNT/sykehus ble beskrevet som grei, men det ble også sagt at dette er personavhengig.

Kommunalsjef forklarte at samarbeidet med helseforetaket har stort sett fungert som før reformen ble innført. Det gjelder dialogmøter, tilbakemeldinger, og at utskrivningsklare pasienter tas i mot nå som tidligere. Erfaringen fra Namsskogan er at god dialog løser utfordringer som oppstår underveis. Driftsmessig har kommunene løst utfordringene med avtalene etter hvert som de har oppstått.

Fagansvarlig sykepleier uttrykte også at samarbeidet mellom kommunen og HNT fungerer godt, men at det kan bli bedre. Videre var oppfatningen at det er for liten kontakt mellom helseforetak og kommune på operativt nivå, for eksempel i form av samarbeidsmøter. De har inntrykk av at det er for liten kjennskap på sykehuset om hvordan helse- og omsorgstilbudet i kommunen fungerer.

Fagansvarlig sykepleier opplyste om at det hender at det er mangelfulle opplysninger om pasienten når han/hun kommer fra sykehus. Fra kommunens side opplyses det at det er skrevet avviksmeldinger, og at opplevde avvik også blir tatt opp internt i koordinerende enhet. Det har også hendt at avvik har blitt skrevet fra sykehusets side. Avvik handler som regel om manglende informasjon. Statistikk fra helseforetaket viser at det i 2012 ble det sendt to avviksmeldinger fra kommunen til sykehuset Namsos. I 2013 ble det sendt én melding fra sykehuset til kommunen og én melding fra kommunen til sykehuset.

Når det gjelder rutiner rundt tjenesteavtale 3 og 5 (innskrivning/utskrivning), fungerer kontakten med helseforetaket slik som tidligere ifølge kommunalsjef helse. Kommunen utarbeidet rutinebeskrivelser for hvordan kommunen skulle ivareta informasjonsflyten mellom sykehuset og kommunen etter innføring av samhandlingsreformen. Gjennom MUNT (Meldingsutveksling Nord-Trøndelag) er det våren 2014 innført felles rutiner for elektronisk meldingsutveksling mellom Helseforetaket og alle kommunene i fylket. Det er til enhver tid vaktleder på sykehjemmet som følger med og er ansvarlig for fordeling av meldinger og at disse besvares. I tillegg til MUNT, er det også kontakt via telefon. Det er ikke utarbeidet rutinebeskrivelser, men slike er under arbeid og forventet ferdigstilt i løpet av oktober 2014. Det er fagansvarlig og enhetslederne som har ansvaret for utarbeidelsen av rutinebeskrivelsene.

Vedrørende opplæring fortalte pleie- og omsorgsleder hjemmebasert omsorg og fagansvarlig sykepleier at det hender ansatte i Namsskogan reiser til sykehuset for å få opplæring. De kunne også ha tenkt seg at ansatte fra sykehuset kom til Namsskogan og holdt kurs for flere, og det er også et ønske om at ansatte på sykehuset kom til kommunen på opplæring. I den forbindelse luftet de ideen om å få til en gjensidig hospiteringsordning. Deres vurdering er at det kunne ha vært veldig positivt for samhandlingen. Det ble poengtert at det er en bredere praksis i kommunene enn på et sykehus der de ansatte er langt mer spesialisert. Som en følge av at pasienter kommer tidligere ut fra sykehus enn før, fører til at det er mer behandling i kommunen nå, herunder blodtransfusjoner og intravenøs behandling. Dette fører igjen til behov for ad-hoc opplæring på sykehuset i enkelte tilfeller. For å vedlikeholde kompetansen, er det behov jevnlig opplæring.

I Namsskogan kommune er koordinerende enhet og inntaksråd samme forum. Koordinerende enhet har ukentlig møter og vurderer hvilke tilbud pasientene skal få.

Møtene er rådgivende og det er pleie- og omsorgsleder som fatter vedtak om tildeling av tjenester.

Pleie- og omsorgsleder hjemmebasert omsorg og fagansvarlig sykepleier fortalte at det hender at det kommer nye pasienter fra sykehus, som ikke tidligere har vært mottakere av helsetjenester fra kommunen. Det er ikke utarbeidet noe hefte/informasjonsmateriell til nye pasienter/brukere. Informasjon om tjenesten blir gitt muntlig ved behov. Avdelingssykepleier fortalte at koordinerende enhet har planer om at materiell skal foreligge i løpet av 2014.

Vi får opplyst at de fleste utskrivingsklare pasienter med behov for kommunale tjenester etter sykehusopphold primært havner på sykeheimen, men at de fleste nye pasientene ønsker å komme hjem. Det er da hjemmetjenesten som kommer i kontakt med dem. Kommunalsjefen sa at kommunen har et ønske om å øke andelen av pasienter som utskrives til hjemmet, med oppfølging fra hjemmetjenesten. Dette for bedre å kunne gi individualiserte tjenester i kjent miljø, men også for å kunne utnytte kommunens personellressurs bedre til beste for innbyggerne. Befolkningsutviklingen i kommunen tilsier ifølge kommunalsjefen større etterspørsel etter hjemmebaserte tjenester på sikt.

3.3 Vurdering

Revisors vurdering er at Namsskogan 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 bemanningssituasjon og deres kompetanse underbygger det. I tillegg har Namsskogan 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 reinnleggelse har gått ned og er på nivå med snittet i HNT.

Det er revisors vurdering at ansvaret for oppfølging av tjenesteavtale 3 og 5 er plassert i Namsskogan kommune gjennom etablert praksis. Det var utarbeidet rutiner for informasjonsflyten mellom kommunen og sykehuset. Etter innføringen av Meldingsutveksling Nord-Trøndelag (MUNT) er det etablert felles rutiner for alle kommunene i Nord-Trøndelag og Helseforetaket, og ansvaret i Namsskogan er plassert til en hver tid vaktleder på sykehjemmet. Det er positivt at det skal utarbeides nye rutinebeskrivelser som vil samsvare med MUNT-rutinene.

Revisor mener også at Namsskogan kommune har utarbeidet rutiner for å fatte vedtak om tildeling av helse- og omsorgstjenester til utskrivningsklare pasienter. Dette er basert på at det er etablert en koordinerende enhet som også fungerer som inntaksråd. Møtene er rådgivende; det er pleie og omsorgsleder som fatter vedtak om tildeling av tjenester. Revisor mener at planene om utarbeidelse av informasjonsmateriell for brukere av kommunale helsetjenester bør følges opp og realiseres.

Vi konkluderer med at Namsskogan kommune har etablert et system og rutiner for mottak av utskrivingsklare 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 utskrivingsklare 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 Namsskogan 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.

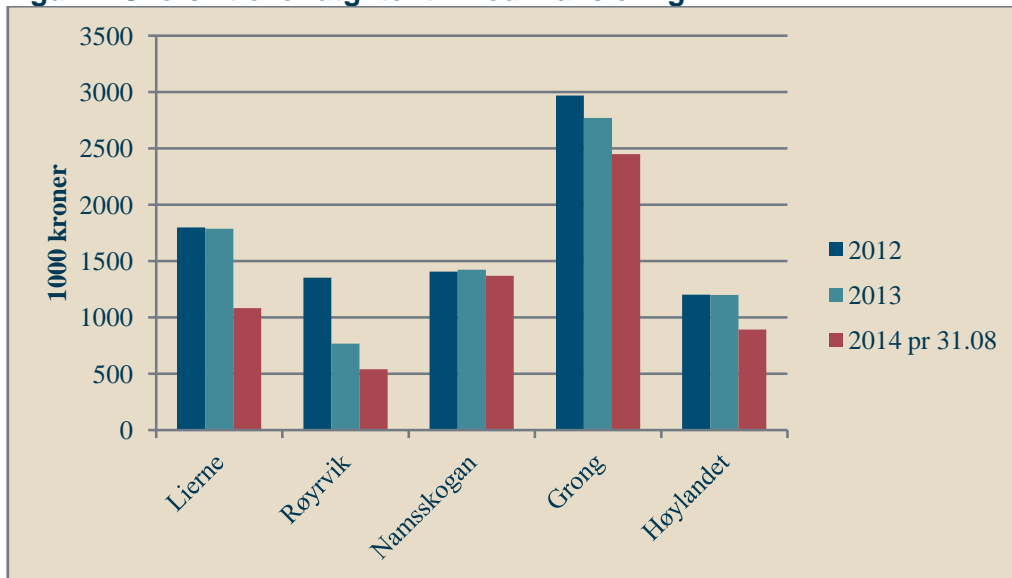
Da samhandlingsreformen ble innført fikk kommunene økt sitt rammetilskudd som skulle kompensere for kostnader til medfinansiering av pasienter og kostnadene ved utskrivingsklare pasienter. Størrelsen på rammetilskuddet for kommunene var beregnet ut fra erfaringstall fra tidligere år. Resonnementet var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

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.

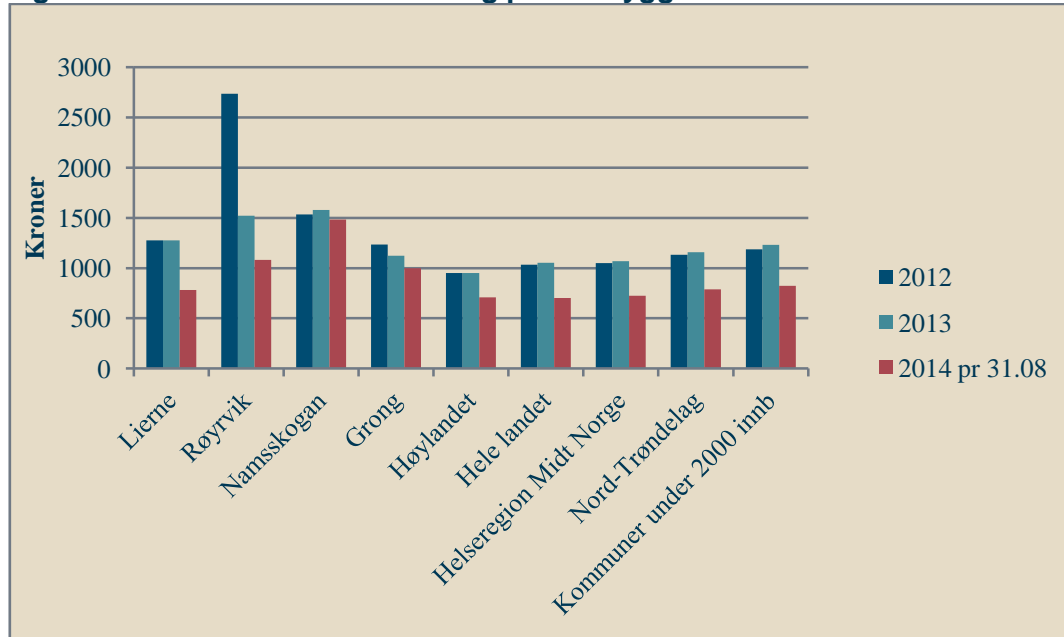
Figur 1: Oversikt over utgifter til medfinansiering



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

Figur 1 viser at Namsskogan kommune både i 2012 og 2013 brukte ca 1,4 millioner kroner til medfinansiering, og dette var mer enn det som var forventet forbruk for kommunen. For Namsskogan kommune har helsedirektoratet estimert forventede kostnader til medfinansiering ved oppstart i 2012 til ca 1,2 millioner kroner for kommunen.. Tilsvarende tall for 2013 var 1,3 millioner kroner og i 2014 0,9 millioner kroner. I sitt hørings svar bekrefter rådmannen at det har blitt brukt mer penger enn forventet på kommunal medfinansiering.

Namsskogan har brukt nesten like mye hittil i år, som de brukte hele året i 2012 og 2013. Pleie- og omsorgsleder hjemmebasert omsorg og fagansvarlig sykepleier fortalte at det i 2014 ligger an til at medfinansieringen vil bli kr 365.000 dyrere enn antatt. Dette vil gå ut over øvrig drift. Ved samme forbruk i årets 4 siste måneder som de 8 første, har vi beregnet at samlede utgifter for 2014 vil kunne ende på ca. 2,1 millioner kroner.

Figur 2 Kostnad 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 gir store utslag på utgiftene per innbyggere.

Kommunalsjef helse fortalte at det er mange innleggelser fra legevaktleger. Han sier at mangel på kjennskap til kommunens tjenestetilbud kan medføre en noe lavere terskel for innleggelser på sykehus, enn ønsket.

Namsskogan er en del av Legevaktsamarbeidet i Indre Namdal⁹ og LINA-vakt v/ sykehuset Namsos. LINA er et samarbeid mellom 14 kommuner i Namdalen¹⁰. Legevaktordningen opplyses å fungere bra. Fagansvarlig sykepleier opplyser at de ofte er i kontakt med dem (da de store deler av døgnet ikke har lege i kommunen).

Pleie- og omsorgsleder hjemmebasert omsorg og fagansvarlig sykepleier bekreftet at det har vært mye bytting av leger, og at det kunne være problematisk (vikar for vikaren).

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

¹⁰ 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".

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 planprosesser¹¹.

*”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.”*¹²

Begrepene folkehelse og folkehelsearbeid brukes mye, i loven er følgende definisjoner brukt¹³:

- 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 folkehelse¹⁴

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

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

¹² Helsedirektoratet 2013: Veileder: God oversikt – en forutsetning for godt folkehelsearbeid.

¹³ 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.

¹⁴ Foredrag av Guri Rudi, Folkehelserådgiver, Fylkesmannen i Oppland

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) 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

Namsskogan kommune har samarbeidet med Høylandet, Grong og Snåsa kommune om en folkehelsekoordinator i 50 % stilling på prosjektbasis. Fylkeskommunen ga tilskudd til ordningen som opphørte ved årsskiftet 2013/14. Det vil bli tatt opp med samarbeidskommunene om muligheter for å videreføre ordningen fra 2015. En av koordinatorens oppgaver var å utarbeide en kartlegging av helsetilstanden i de tre kommunen. I 2013 ble *”Grunnlagsdokument for Namsskogan, Grong og Høylandet – Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer”* ferdig. Oversikten beskriver forhold innen befolkningssammensetning, oppvekst- og levekårsforhold, fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø, sosial tilhørighet, helseadferd og kommunens folkehelseiltak, skader og ulykker samt sykdommer.

Fagansvarlig sykepleier var med på utarbeidelsen av en plan der folkehelse var tema, men hun ga uttrykk for usikkerhet med hensyn til oppfølgingen av den. Det er lite informasjon om hvordan planen har blitt ”satt ut i livet”. Det ble vist til etableringen av Frivillighetssentral, som har som oppgave å få i gang grupper av frivillige til å sette i gang tiltak. Et eksempel som ble nevnt var ”Frisklivscafe”. I tillegg er det viktig å bygge opp under det som er av tilbud, som aktivt idrettslag, kulturskole og andre frivillige lag og foreninger. Det er i tillegg iverksatt ulike forbyggende tiltak. Det ble sagt at det er viktig at aktiviteter samles, da det er så få innbyggere i kommunen.

Kommuneplanens samfunnsdel er fra 2011. Her pekes utfordringer for kommunens helsetjenester framover. Videre står det: *”HUNT-undersøkelsen kombinert med samhandlingsreformens utfordringsbilde, viser med all tydelighet viktigheten av å ha fokus på samordnet innsats på forebyggende og helsefremmende arbeid, samt å bevisstgjøre kommunens innbyggere på betydningen av å ta ansvar for egen helse”*.

Namsskogan kommune har en vedtatt planstrategi for 2012 – 2015. I plandokumentet har folkehelsearbeidet fått et eget avsnitt der det pekes på at det vil være viktig å sette seg realistiske og helst målbare mål innenfor en rimelig tidsramme. Det står videre at folkehelsearbeidet må skje på ulike nivå både kommunalt, interkommunalt og regionalt, og at det stilles store krav til samhandling og samarbeid bl.a. for å oppfylle krav og forventninger i samhandlingsreformen. Det ble vedtatt å starte opp arbeidet med en folkehelseplan som skulle komme til behandling 2. halvår 2012.

”Strategiplan for folkehelsearbeidet i Namsskogan kommune 2012 -2016” ble vedtatt i august 2012, og skisserer retningen for kommunens folkehelsesatsing i perioden. I planen står følgende: *”Namsskogan kommune har i kommuneplanens samfunnsdel satt fokus på bla folkehelsearbeidet. Videre har kommunen i måldokument for budsjett 2012 og økonomiplan 2012-2015, forebygging som overordna målsetting.”* Om folkehelsearbeid står det: *”Helse og trivsel er nøkkelfaktorer i folkehelsearbeidet. Årsakene til helse og trivsel ligger ofte utenfor helsesektoren og er sosialt og økonomisk skapt. Selv om mange sektorer allerede bidrar til økt helse, er det fortsatt betydelig potensial for forbedring. Det er behov for fornyede partnerskap mellom alle sektorer for å bidra til en mer menneskevennlig utvikling, bærekraft, sosial rettferdighet og økt helse”*.

I strategiplanen ble følgende områder prioritert:

- Folkehelsearbeid: styrking av det forebyggende og helsefremmende arbeidet i kommunen

Delmål

- Namsskogan kommune har fokus på folkehelsearbeid som inkluderer både helsefremmende og sykdomsforebyggende tilnærminger.

- Folkehelsearbeidet i Namsskogan skal styrkes ved å ha bred fokus på å forebygge framfor å reparere.
 - Etablering av frisklivssentral innen 01.01.13
 - Forebygge rus, vold og kriminalitet
- Namsskogan kommune er en del av det interkommunale samarbeidet ved tilsetting av rus-/voldskoordinator og SLT modellen¹⁵

Nord-Trøndelag fylkeskommune tilbyr hvert år kommunene i fylket midler til folkehelsearbeidet. I 2014 ønsket fylkeskommunen at kommunene skulle fokusere på aktiviteter som kan bidra til å etablere gode organisatoriske og faglige rutiner i forhold til kommunenes ansvar i henhold til folkehelselovens § 2. Midlene tildeles ut fra en enkelhandlingsplan. For 2014 har kommunen søkt om ca 40.000 kroner med utgangspunkt i en handlingsplan som bl.a. annet har tiltak rettet ungdom, eldre og befolkningen for øvrig.

Kommunen har felles kommuneoverlege med Grong (og etter hvert Røyrvik); fokus har det siste året vært på miljørettet helsevern (gjennomgang av bygningsmasse), folkehelsearbeid og smittevern.

Kommunen ønsker å fortsette samarbeidet om folkehelsekoordinator, og det jobbes for å få til dette i samarbeid med Grong og muligens Høylandet. Det vil bli brukt tilskudd både fra fylkemannen og fylkeskommunen i tillegg til egne midler til dette. Det er snakk om 20 % stilling for Namsskogan kommune.

Det er kommunalsjefens inntrykk at folkehelse tanken har fått respons fra politikerne, dette mener han kommer til syne gjennom blant annet i den nylige vedtatte kulturplanen 2014 - 2018. Bedret helse og økt livskvalitet var en av målsettingene for utvalget som arbeidet med kulturplanen. Som hovedmål for kulturarbeidet er blant annet følgende vedtatt:

- I Namsskogan skal sammenhengen mellom kultur, barn/unge, helse og næring være grunnleggende
- I Namsskogan skal kultur være med på å styrke helse, identitet, trivsel, trygghet og tilhørighet.

I forbindelse med pågående omorganisering har det blitt diskutert hvor ansvaret for folkehelsearbeidet skal ligge i organisasjonen, og i nylig vedtatt administrativ organisasjon er folkehelseansvaret plassert hos kommunalsjef helse og omsorg.

Kommunalsjefen sier at når kommuneplanens arealdel skal rulleres vil folkehelse naturlig bli tatt inn som tema. Han sier det er viktig å få fram at folkehelse ikke bare er et helseansvar, og at dette skal gjenspeiles i kommunens helhetlige folkehelsearbeid.

¹⁵ Samordning av lokale kriminalitetsforebyggende tiltak

Kommunalsjefen trakk fram følgende folkehelseiltak i kommunen:

- Fokus på aktivitet i hverdagen
- Utarbeidet sykkelkart, turkart, opparbeide turstier
- Kartlegging av oppvekstmiljø gjennom ungdata
- Samarbeid med kompetansesenter rus (KORUS)
- Kartlegging av Eldres boforhold ved hjemmebesøk. Dette for å kunne gi råd om tiltak i heime, men også for å planlegge for framtidige tilbud osv. Dette anses som spesielt viktig i et distrikt der det er mye spredt bosetting. Kartleggingsbesøkene er frivillige, og tanken er å få til en best mulig tilrettelegging for en aktiv og god alderdom.

5.3 Vurdering

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

I Namsskogan kommunes plandokumenter er folkehelse synliggjort. Det gjelder i overordnede planer som kommuneplanens samfunnsdel (2011) og planstrategien (2012-2015). I august 2012 ble *”Strategiplanen for folkehelsearbeidet 2012-2016”* vedtatt.

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

6. HOVEDKONKLUSJONER

- Vi konkluderer med at Namsskogan kommune til en viss grad har oppfylt kravet om å gjøre samarbeidsavtalen kjent for egne ansatte. Innføringen av KvalitetsLosen høsten 2014, med gjennomgang av tjenesteavtalene, vil bidra til å gjøre avtalene bedre kjent hos de ansatte. Vi mener Namsskogan i liten grad har sørget for informasjon til brukerne.
 - Dette med bakgrunn i at informasjonen er gitt i ledermøter, til tillitsvalgte og til sykepleiere som går ansvarsvakt.
 - Namsskogan kommune har ikke informert i egen regi til leger, men dette er ivaretatt av vertskommunen for legesamarbeidet.
 - Inntrykket er Namsskogan i liten grad har sørget for informasjon til brukerne.

- Vi konkluderer med at Namsskogan kommune har etablert et system og rutiner for mottak av utskrivingsklare pasienter.
 - Opplysninger om kompetanse- og bemanningssituasjon underbygger det.
 - Det er etablert rutiner for hvordan meldingsutveksling mellom kommune og sykehus skal skje i forbindelse med innleggelse/utskriving av pasienter.
 - Det er etablert en koordinerende enhet som også fungerer som inntaksråd. Møtene er rådgivende; det er pleie og omsorgsleder som fatter vedtak om tildeling av tjenester.

- Når det gjelder kommunal medfinansiering, har Namsskogan kommune både i 2012 og 2013 brukte ca. 1,4 millioner kroner til medfinansiering, dette var mer enn det som var forventet forbruk for kommunen. Namsskogan har brukt mer de første 8 månedene i forhold til tidligere år.

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

7. HØRING

En foreløpig rapport ble sendt på høring til rådmannen i Namsskogan kommune den 21.10.14. KomRev Trøndelag IKS mottok svar fra rådmannen 06.11.14. Rådmannen skriver:

”Rådmann tar konklusjonene i rapporten til etterretning, Rådmann vil samtidig vise til at det er igangsatt et arbeid for å øke informasjonsflyten ut til brukerne.

Høringsutkastet peker helt korrekt på at det har blitt brukt mer penger enn forventet på kommunal medfinansiering.”

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

Helse Nord-Trøndelag HF og Namsskogan kommune 2011/2012: Samarbeidsavtale og 12 tjenesteavtaler

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

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

FOR-2012-06-28-692 Forskrift om oversikt over folkehelsen

Namsskogan kommune 2011: Kommuneplanens samfunnsdel 2011 – 2021

Namsskogan kommune 2012: Kommunal planstrategi 2012 – 2015

Namsskogan kommune 2012: Strategiplan for folkehelsearbeidet i Namsskogan kommune 2012 -2016

Namsskogan kommune 2014:Kulturplan for Namsskogan 2014 - 2018

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