

FORVALTNINGSREVISJON

## Samhandlingsreformen

*RAPPORT*



Melhus kommune

November 2020

FR1124



## FORORD

Revisjon Midt-Norge SA har gjennomført denne forvaltningsrevisjonen på oppdrag fra Melhus kommunes kontrollutvalg i perioden april 2020 til november 2020.

Kontrollutvalget skal påse at forvaltningsrevisjon gjennomføres, jf. lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) § 23-2 punkt c. Forvaltningsrevisjon innebærer å gjøre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak og forutsetninger<sup>1</sup>.

Revisjonsteamet har bestått av oppdragsansvarlig Anna K. Dalslåen, prosjektmedarbeider Hanne Marit U. Bjerkan, og kvalitetssikrere Marit Ingunn Holmvik og Tor Arne Stubbe. Revisor har vurdert egen uavhengighet overfor Melhus kommune, jf kommuneloven § 24-4 og forskrift om kontrollutvalg og revisjon kapittel 3.

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i henhold til NKRFs<sup>2</sup> standard for forvaltningsrevisjon, RSK 001.

Vi vil takke alle som har bidratt med informasjon i prosjektet. En oversikt over tidligere gjennomførte prosjekter finnes på vår hjemmeside [www.revisjonmidt norge.no](http://www.revisjonmidt norge.no).

Steinkjer, 09/11-2020

Anna K. Dalslåen

Oppdragsansvarlig revisor

---

<sup>1</sup> Kommuneloven § 23-3, 1.ledd

<sup>2</sup> Norges Kommunerevisorforbund, [www.nkrf.no](http://www.nkrf.no)

## SAMMENDRAG

Revisor har etter bestilling fra kontrollutvalget gjennomført en forvaltningsrevisjon i Melhus kommune med temaet «Samhandlingsreformen». Følgende problemstillinger er besvart i rapporten:

- 1) Har kommunen kapasitet til å ta imot alle utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten?
- 2) Har kommunen kompetanse til å ta imot alle utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten?
- 3) Er kommunikasjonen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten tilfredsstillende?

Revisor finner at Melhus kommune har gjort nødvendige tiltak for å tilpasse seg endringen i kapasitet som trengs etter samhandlingsreformen ble innført. Kommunen har forbedringspotensial på å holde antallet overliggerdøgn på et minimum.

Melhus kommune arbeider med å lage kompetanseplaner, som inneholder kompetanseoversikter, for alle enhetene. Revisor mener slike kompetanseplaner vil gjøre det lettere for kommune å finne ut hvilken kompetanse kommunen trenger for å ta imot alle utskrivningsklare pasienter.

Melhus kommune har en skriftlig samarbeidsavtale med St. Olavs Hospital. Samarbeidsavtalen oppfylder lovens krav. Den daglige kommunikasjonen mellom sykehus og kommune skjer mellom elektroniske meldinger. Kommunens egen rutine for sjekking av elektroniske meldinger på kvelds-, natt og helgevakter oppfyller ikke de retningslinjene som er i samarbeidsavtalen. Intervjudata indikerer at praksis i all hovedsak følger kommunens egen rutine.

Revisor anbefaler at kommunen:

- Fortsetter arbeidet med å holde antall overliggerdøgn hos spesialisthelsetjenesten på et minimum.
- Ferdigstiller arbeidet med kompetansekartlegging og -plan.
- Sikrer at rutine og praksis for lesing av elektroniske meldinger samsvarer med samarbeidsavtalen med spesialisthelsetjenesten

# INNHALDSFORTEGNELSE

Forord .....	3
Sammendrag.....	4
Innholdsfortegnelse .....	5
1 Innledning.....	7
1.1 Bestilling.....	7
1.2 Problemstillinger.....	7
1.3 Metode .....	7
1.4 Bakgrunn.....	9
1.5 Rapportens oppbygging .....	10
2 Kapasitet .....	11
2.1 Problemstilling .....	11
2.2 Revisjonskriterier.....	11
2.3 Data .....	11
2.3.1 Tiltak for å møte behovet for økt kapasitet .....	11
2.3.2 Overliggerdøgn .....	13
2.4 Vurdering.....	15
2.4.1 Nødvendige tiltak for å møte kapasitetsbehovet.....	15
2.4.2 Holde overliggerdøgn på et minimumsnivå .....	15
3 Kompetanse .....	17
3.1 Problemstilling .....	17
3.2 Revisjonskriterier.....	17
3.3 Kompetanseoversikt og kompetanseplaner .....	17
3.4 Vurdering.....	20
4 Kommunikasjon.....	22
4.1 Problemstilling .....	22
4.2 Revisjonskriterier.....	22
4.3 Samarbeid og kommunikasjon .....	22
4.4 Kommunikasjon med pårørende.....	24
4.5 Vurdering.....	25
4.5.1 Samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket.....	25
4.5.2 Daglig kommunikasjon om utskrivningsklare pasienter. ....	25
5 Høring .....	27
6 Konklusjoner og anbefalinger .....	28
6.1 Konklusjon.....	28
6.2 Anbefalinger .....	29
Kilder.....	30
Vedlegg 1 – Utledning av revisjonskriterier.....	31

dlegg 2 – Høringssvar .....35

## Tabell

Tabell 1. Overliggerdøgn på St. Olavs Hospital i Melhus kommune .....13  
Tabell 2. Antall overliggerdøgn i utvalgte kommuner.....14  
Tabell 3. Antall avtalte årsverk per 10 000 innbygger i omsorgstjenesten .....18

## Figurer

Figur 1: Organisasjonskart ..... 9

# 1 INNLEDNING

I dette kapittelet gjennomgår vi bestilling, problemstillinger og bakgrunn for prosjektet.

## 1.1 Bestilling

Med bakgrunn i Plan for forvaltningsrevisjon 2016-2020, bestilte kontrollutvalget i Melhus kommune en forvaltningsrevisjon med tema samhandlingsreformen. Kontrollutvalget vedtok 23.04.2020 sak 14/20 prosjektplan med følgende hovedtema og avgrensninger:

- Kapasitet til å ta imot alle utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten
- Kompetanse til å ta imot alle utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten
- Kommunikasjon mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten
- Prosjektet er avgrenset til å omhandle somatiske pasienter
- Kontrollutvalget ønsker også å vite mer om hvordan kommunen håndterte samarbeidet med pårørende, samt effektene samhandlingsreformen har hatt på kort- og langtidsplasser på institusjonene i kommunen.

## 1.2 Problemstillinger

Følgende problemstillinger vil bli besvart i rapporten:

1. Har kommunen kapasitet til å ta imot alle utskrivningsklare pasienter fra spesialhelsetjenesten?
2. Har kommunen kompetanse til å ta imot alle utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten?
3. Er kommunikasjonen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten tilfredsstillende?

## 1.3 Metode

Metoden brukt i dette prosjektet har i hovedsak vært dokumentgjennomgang og intervjuer. Revisor har gjennomført oppstartsmøte med kommunedirektør og kommunalsjef helse og velferd på video. Kommunalsjef for Helse og velferd Trude Wikdahl har vært revisjonens kontaktperson i dette prosjektet. Det er videre gjennomført individuelle videointervju med enhetslederne for hjemmetjenesten, institusjonstjenesten, korttidsavdelingen og helse- og velferdskontoret i kommunen.

Revisor har sendt ut spørsmål på epost til sju avdelingsledere i institusjonstjenesten og hjemmetjenesten. En av avdelingslederne hadde gyldig frafall. De gjenværende seks fikk tilbud om å ta intervjuet på telefon/nettmøte om de ønsket dette. Det var to avdelingsledere som benyttet seg av dette tilbudet, hvorpå ett intervju ble gjennomført per telefon og ett intervju som

nettmøte. Av de resterende fire fikk revisor tre svar, det var altså en avdelingsleder som ikke svarte revisor på henvendelsen. Det ble også sendt spørsmål på epost til en saksbehandler ved Helse- og velferdskontoret. Denne saksbehandleren ble valgt ut fordi det er hun som har ansvar for saksbehandling av pasienter til/i institusjon og hjemmetjeneste. Revisjonen valgte å ikke intervju avdelingsleder for dagtilbudet og avdelingsleder for institusjonskjøkkenet, da deres avdelinger ikke faller inn under temaene for denne rapporten.

Hovedtillitsvalgt for Norsk Sykepleierforbund, hovedtillitsvalgt for Fagforbundet og hovedverneombud i Melhus kommune har fått tilsendt spørsmål på epost. Revisor har fått svar fra de tillitsvalgte, men ikke hovedverneombud.

Kommunen har sendt revisor den dokumentasjon som er etterspurt, bl.a. samarbeidsavtale med St. Olavs Hospital, ulike kompetansekartlegginger og -planer, oversikt over liggedøgn på sykehuset, rapporter fra Agenda Kaupang, rutine for tildelingsutvalg, rutine for elektroniske meldinger m.m. Revisor har gjennomgått disse dokumentene som en del av datagrunnlaget sammen med videointervjuer og epostintervjuer. Til sammen vurderer revisor at datamengden er tilstrekkelig.

Datainnsamlingen er kun gjort elektronisk grunnet koronapandemien som har gjort det nødvendig å begrense reisevirksomhet, og særlig beskytte helsesektoren for potensiell smitte. Det er fordeler og ulemper med dette. Videointervjuer og epostspørsmål er effektive og tidsbesparende for både revisor og kommunen. Det er dog fare for at nyanser blir borte i slike intervjuer, og det er vanskeligere å stille oppfølgingsspørsmål. Særlig gjelder dette epostspørsmål. Det kan også være en utfordring at de ansatte i kommunen kan bli usikre på hva revisor er ute etter eller synes det er ukomfortabelt å måtte svare skriftlig. Revisor mener at man ved å tilby telefon/videointervju for de som ønsket dette har gitt de som er usikre eller ikke vil svare skriftlig en mulighet slik at deres stemme blir hørt til tross for disse utfordringene.

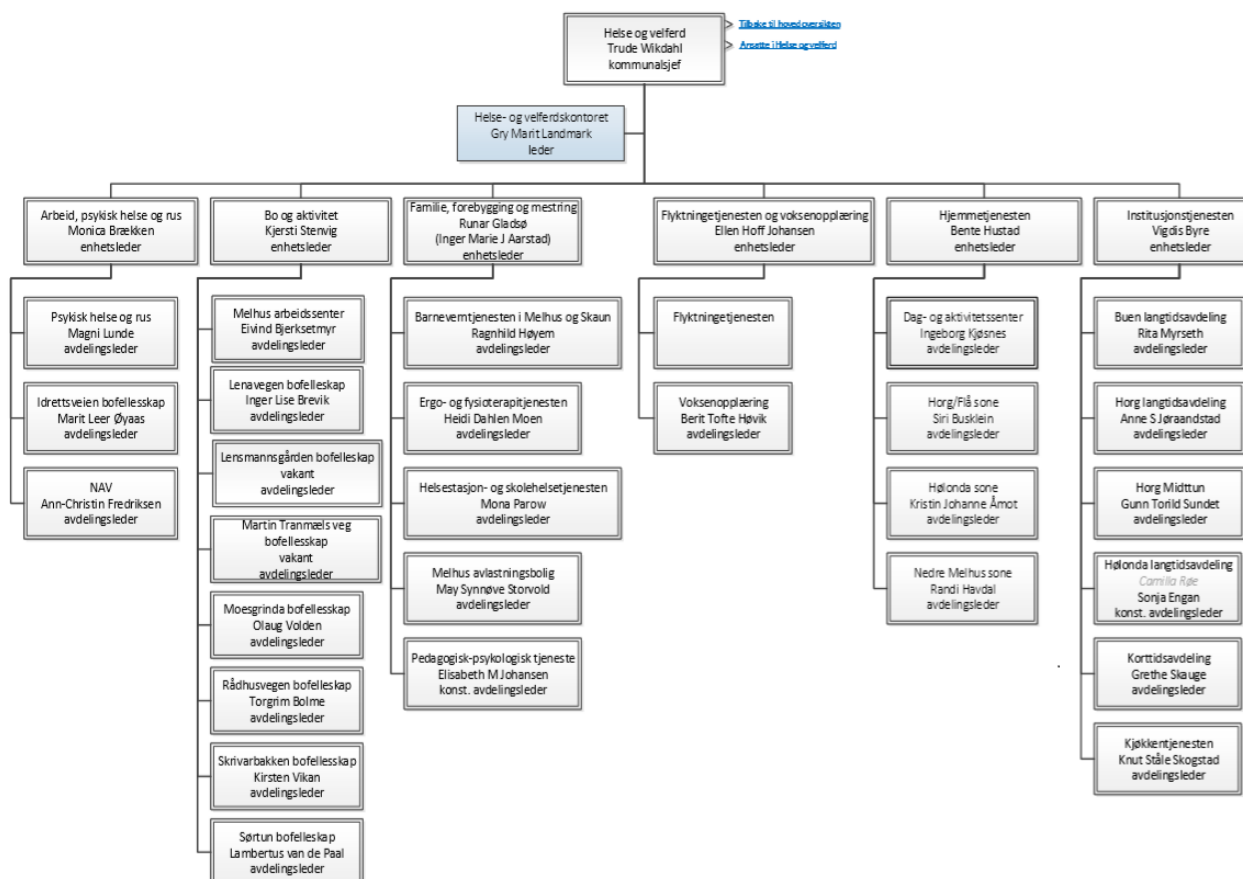
Revisor mener videre at det er gjennomført en bred nok datainnsamling til at det vises et helhetlig bilde av situasjonen kommunen.



## 1.4 Bakgrunn

Melhus kommune er den sjette største kommunen i Trøndelag med 16700 innbyggere. Kommunedirektør Katrine Lereggen har tre kommunalsjefer. Organisasjonskart for Helse- og velferdsområdet presenteres i figuren under.

Figur 1: Organisasjonskart



Kilde: Melhus kommune

Institusjonstjenesten og hjemmetjenesten er to av enhetene under helse og velferd, og har egne enhetsledere. Institusjonstjenesten består av seks avdelinger med hver sine avdelingsledere. Kjøkkentjenesten er også organisert under her. Hjemmetjenesten består av fire avdelinger, hvor dag- og aktivitetssenter er en egen avdeling. De tre andre avdelingene er inndelt i geografiske distrikt. Avdelingene har ansvaret for omsorgsboliger tilknyttet helse- og omsorgssenteret i de aktuelle distriktene, og de hjemmeboende innenfor samme distrikt.

Samhandlingsreformen ble iverksatt 1.januar 2012, og hadde til hensikt å sikre bedre samhandling mellom sykehusene og kommunene om både enkeltpasienter og pasientgrupper.

Iverksettelsen av samhandlingsreformen medførte endringer som regulerer kommunens tjenesteproduksjon, og det ble innført ny helse- og omsorgstjenestelov og folkehelselov.

Samhandlingsreformen innebar at kommunene måtte øke innsatsen i det forebyggende helsearbeidet, for å bidra til mindre press på etterspørselen etter spesialiserte helsetjenester. I tillegg er Samhandlingsreformen ment å bidra til at kommunene skal ha ansvar for mest mulig av pleie- og omsorgsbehovet til innbyggerne. Dette skal bidra til at spesialisthelsetjenesten skal kunne drive utelukkende med de spesialiserte tjenestene. Et resultat av denne endringen er at pasientene som kommunene har ansvaret for er «sykere» enn før 2012. Dette gjør at institusjonene kan beskrives som «minisykehus»: det er flere og mer avanserte diagnoser som krever mer avansert og spesialisert behandling enn de gjorde for 10 år siden. Ettersom det er sykere beboere på langtids plassene på institusjonene må de som tidligere ville ha bodd på institusjon nå ofte få hjelp av hjemmesykepleien i eget hjem.

Melhus kommune valgte å møte endringene som fulgte av samhandlingsreformen og demografiske endringer i befolkningen med å bestille en gjennomgang av økonomiske prioriteringer og organisering av helse- og omsorgsvirksomhetene og bo- og avlastningstjenestene i 2015 og av økonomi og tjenesteorganisering i deler av helse- og omsorgstjenesten i 2017 (gjennomført av Agenda Kaupang). Det er gjort noen endringer i kommunens struktur i etterkant av disse rapportene. Et eksempel på dette er at helse- og velferdssektoren i kommune har gått fra å være organisert etter distriktsmodellen til sektormodell.

## **1.5 Rapportens oppbygging**

Forvaltningsrevisjonen er bygd opp etter problemstillingene som kontrollutvalget bestilte i april 2020. Hovedtemaene er kapasitet, kompetanse og kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten. Kapitlene er bygd opp med datadel og vurdering på revisjonskriterier. Avslutningsvis konkluderer revisor og kommer med anbefalinger til kommunen, basert på funnene i rapporten.

Kommunedirektørens hørings svar og revisors utledning av revisjonskriterier ligger som vedlegg.

## 2 KAPASITET

I dette kapittelet vil kapasiteten til primærhelsetjenesten i Melhus kommune bli beskrevet.

### 2.1 Problemstilling

Det er utarbeidet følgende problemstilling for temaet kapasitet:

- Har kommunen kapasitet til å ta imot alle utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten?

### 2.2 Revisjonskriterier

Følgende revisjonskriterier er utledet for temaet kapasitet:

- Kommunen skal gjøre nødvendige tiltak for å møte det forventede behovet for økt kapasitet.
- Kommunen bør holde antall overliggerdøgn på et minimumsnivå

Utleddningen av revisjonskriteriene ligger i vedlegg 1.

### 2.3 Data

#### 2.3.1 Tiltak for å møte behovet for økt kapasitet

Da samhandlingsreformen ble iverksatt i 2012 valgte Melhus kommune å se på hvordan kommunen var organisert, og om det var noe som burde endres for å håndtere de endringene som kom som følge av samhandlingsreformen. For å få kartlagt hva som fungerte og ikke, engasjerte kommunen konsulentselskapet Agenda Kaupang.

Konsulentselskapet utarbeidet to store rapporter med gjennomgang av helse- og omsorgstjenestene i kommunen (i 2015 og 2017). Ifølge rådmannen og kommunalsjef helse og velferd er mye av det rapportene pekte på fulgt opp av kommunen. Kommunen endret bl.a. den overordnede strukturen i kommunen fra en distriktsmodell til en tjenestebasert struktur (såkalt sektormodell). Dette innebærer at hjemmetjenesten og institusjonstjenesten er organisert som egne enheter for hele kommunen, for å kunne samarbeide bedre innenfor samme tjenesteområde.

Et annet tiltak som ble iverksatt var innførelsen av et saksbehandlingskontor. Helse- og velferdskontoret i kommunen ble etablert i 2017. Målet med helse- og velferdskontoret er ifølge enhetslederen lik tilgang til helse- og omsorgstjenester, god kvalitet i saksbehandlingen og lik tildelingspraksis. På denne måten er det også lettere å ha oversikt over kommunens samlede kapasitet slik at den blir utnyttet bedre. Det er helse- og velferdskontoret som behandler de

elektroniske meldingene fra spesialisthelsetjenesten i kontortiden. Kommunen har, etter en planlagt tidslinje, overført vedtaksmyndighet til helse- og velferdskontoret. Prosessen er ifølge enhetslederen gjort gradvis for å sikre at rutiner og samarbeid for hver enkelt tjeneste blir best mulig.

Ifølge enhetslederne for hjemmetjenesten, institusjonstjenesten og helse-velferdskontoret har kommunen hovedsakelig tilfredsstillende kapasitet. De fortalte revisor at befolkningen blir stadig eldre, og sykdomsbildet i kommunehelsetjenesten derfor også ser annerledes ut enn det gjorde for noen tiår siden. Særlig blir økningen i demenssykdom trukket fram av enhetslederne, og som støttes av avdelingslederne, som en utfordring. Det er per dato ingen ledige plasser på demensavdelingene på institusjonene, noe som fører til at de andre avdelingene også må håndtere brukere med demenssykdom.

De tillitsvalgte uttaler til revisor at kommunen i hovedsak har god kapasitet, men de uttrykker i tillegg en bekymring for mangel på langtidsplasser.

En følge av samhandlingsreformen er at pasienter blir skrevet ut fra spesialisthelsetjenesten tidligere enn de ble før 2012. Ettersom pasientene blir skrevet ut tidligere er helsetilstanden deres dårligere ved utskrivelse i dag enn de var før 2012. Dette får følger nedover i hele helsehjelpkjeden ved at brukergruppen i hjemmetjenesten også er sykere enn de var tidligere.

Det er ifølge enhetslederen for hjemmetjenester god kapasitet til å håndtere denne utviklingen. Enhetslederen opplever at hjemmetjenesten er en prioritert sektor i Melhus kommune. I områder i kommunen hvor det har vært en økning av eldre har det blitt tilført ressurser slik at behovet for hjemmehjelp/-sykepleie har blitt dekket. Enhetslederen påpeker imidlertid at kapasiteten ved de ulike avdelingene i hjemmetjenesten varierer noe og at det særlig ved Hølonda er utfordrende å motta og ivareta pasienter med et omfattende og kontinuerlig behov for hjemmesykepleie. Enkelte vakter er det kun en sykepleier på jobb og denne ressursen må ofte anvendes på sykehjemmet, hvor de dårligste pasientene er. I tillegg er avdelingen sårbar ved fravær og det er ved sykdom/fravær utfordrende å få erstattet vekten med tilsvarende kompetanse. Dette legger føringer for hvilke pasienter avdelingen kan motta og når.

De øvrige distriktene har noe redusert kapasitet under ferieavvikling, hvor kommunen i liten grad får erstattet de ledige vaktene med tilsvarende kompetanse.

En av avdelingslederne for hjemmetjenesten understreker det enhetslederen har sagt til revisor: Kapasiteten ved hjemmetjenesten er hovedsakelig tilfredsstillende, men det er utfordringer når det kommer pasienter med sammensatte behov. Det er også en utfordring med kapasiteten under høytider og ferier. Særlig kan det bli mangel på sykepleiekompetanse ved sykdom.

Melhus kommune har gjennomført prosjektet «100 år i eget hjem», som skal gjøre de eldre aktive og sterkere slik at de kan bo lengst mulig hjemme.

Korttidsavdelingen befinner seg på Buen helse- og omsorgssenter og har 16-18 plasser (2 dobbeltrom). Avdelingen ble opprettet på bakgrunn av samhandlingsreformen. Korttidsavdelingen jobber ifølge avdelingslederen litt annerledes enn langtidsavdelinger/sykehjem hvor rommet er pasientens hjem. På en korttidsavdeling er det ifølge avdelingslederen mer fokus på at oppholdet er et kartleggings-, behandlings- og opptreningsopphold. Det arbeides mye med hverdagsmestring og pasientens egne ressurser, samt å kartlegge behovene for hjelp av f.eks. hjemmetjenesten. Kapasiteten varierer med trykket fra sykehuset og hvor mange av pasientene som eventuelt har behov for sykehjems plass.

Avdelingslederen for korttidsavdelingen fortalte revisor at kommunen etter hennes mening mangler et nivå på tjenesten mellom institusjon og hjemmesykepleie. Det begrunnes i at det noen ganger kan hope seg opp med pasienter som ikke kan være hjemme, men som er for spreke for sykehjem. Dette gjelder også pasienter med kognitiv svikt som trenger tettere oppfølging enn det hjemmesykepleien kan tilby. Ifølge henne blir løsningen i dag vedtak om langtids plass, og mens pasientene venter på denne, opptas plasser på korttidsavdelingen. Dette medfører lite sirkulasjon på korttids plassene som igjen kan føre til overliggerdøgn på sykehuset som kommunen må betale for.

### 2.3.2 Overliggerdøgn

Når en pasient er utskrivningsklar, men kommer til å trenge helsehjelp av den kommunale helsetjenesten, skal sykehuset sende elektronisk melding til kommunen. Kommunen skal da svare på om de kan ta imot pasienten. Hvis kommunen ikke kan ta imot pasienten etter at spesialisthelsetjenesten har vurdert vedkommende som utskrivningsklar må kommunen betale en kostnad per døgn pasienten blir liggende på sykehus. Dette kalles for overliggerdøgn.

Tabell 1. Overliggerdøgn på St. Olavs Hospital i Melhus kommune

År	Antall overliggerdøgn	Kostnad per døgn
2016	620	4505,-
2017	230	4622,-
2018	173	4747,-

2019	346	4885,-
2020	257 (innen september 2020)	5036,-

Kilde: Melhus kommune

Tabell 2 viser antall overliggerdøgn i utvalgte kommuner Tabell 2 er hentet fra en kartlegging Sykepleien har gjennomført<sup>3</sup>.

Tabell 2. Antall overliggerdøgn i utvalgte kommuner

Kommune	Antall overliggerdøgn			Antall overliggerdøgn per 1000 innbygger
	2016	2017	2018	2018
Klæbu	15	5	5	0,82
Melhus	635	184	235	14,31
Midtre Gauldal	76	249	167	26,83
Skaun	86	50	88	10,81
Trondheim	2913	2357	4076	21,06

Kilde: Sykepleien/Helseforetakene/Wikipedia

Tallene i tabell 1 og 2 varierer noe. Tallene i tabell 1 har revisor mottatt fra helse- og velferdskontoret i Melhus, mens tallene i tabell 2 er hentet fra en kartlegging Sykepleien har gjennomført med tall fra sykehuset. Tabellene viser at det er en viss variasjon i antall overliggerdøgn for utskrivningsklare pasienter boende i Melhus kommune. Tabell 2 viser at for Melhus ligger antall overliggerdøgn per 1000 innbygger på median blant de utvalgte kommunene. Kommunen utpeker seg hverken positivt eller negativt.

Kommunen begrunner det som finnes av overliggedøgn på sykehuset med at de pasientene det gjelder har komplekse behov som gjør at kommunen trenger tid til å «rigge seg». Noen ganger må pasienter være på sykehuset slik at kommunen får forberedt seg på å håndtere den nye brukeren, eller endringer i brukerens behov. Det har i noen tilfeller vært aktuelt å hospitere på sykehuset for å få opplæring i å håndtere de komplekse behovene pasienter kan

<sup>3</sup> Sykepleien, 'Pasienter Lå over 56 000 Døgn Ekstra På Sykehus i Fjor i Påvente Av et Kommunalt Tilbud', 2019 <<https://sykepleien.no/2019/10/pasienter-la-over-56-000-dogn-ekstra-pa-sykehus-i-fjor-i-pavente-av-et-kommunalt-tilbud>>.

ha. Ifølge enhetsleder for helse -og velferdskontoret var det i 2019 flere tilfeller av pasienter med komplekse behov som resulterte i et relativt høyt antall liggedøgn på sykehuset.

De tillitsvalgte revisor har vært i kontakt med er i hovedsak fornøyde med kapasiteten til å ta imot utskrivningsklare pasienter. En tillitsvalgt skriver i sitt svar til revisor: «Ja, vi opplever at vi nå har ganske god kapasitet til å ta imot alle utskrivningsklare pasienter. Det har blitt merkbart bedre bare det siste året».

## 2.4 Vurdering

### 2.4.1 Nødvendige tiltak for å møte kapasitetsbehovet

Revisor utledet i vedlegg 1 følgende kriterium:

- Kommunen skal gjøre nødvendige tiltak for å møte det forventede behovet for økt kapasitet.

Melhus kommune har brukt konsulentselskapet Agenda Kaupang til å skrive to rapporter om hvordan helse- og omsorgstjenestene best mulig kan organiserer seg i etterkant av ikraftsettelsen av samhandlingsreformen. Kommunen har fulgt en god del av disse rådene, og har blant annet opprettet helse- og velferdskontoret. Kommunen har også omstrukturert helse- og velferdssektoren fra en distriktsmodell til en tjenestebasert struktur. Revisors oppfatning er at disse grepen fungerer. Å ha tjenestebasert struktur gjør at kommunen har større fleksibilitet i sin bruk av fagkompetanse, noe som er helt avgjørende for å møte kapasitetsbehovet. Helse- og velferdskontoret har som mål å sikre likebehandling, og fungerer etter revisors syn meget godt. Revisor vurderer det som en fornuftig arbeidsfordeling at helse- og velferdskontoret behandler de elektroniske meldingene i kontortiden. Revisor vurderer derfor at kriteriet er oppfylt.

### 2.4.2 Holde overliggerdøgn på et minimumsnivå

I vedlegg 1 utledet revisor følgende kriterium:

- Kommunen bør holde antallet overliggerdøgn på et minimumsnivå

Melhus kommune har som vist ovenfor gjort nødvendige tiltak for å møte det forventede behovet for økt kapasitet. De tillitsvalgte er fornøyde med kapasiteten til å ta imot utskrivningsklare pasienter. Oversikter over antall overliggerdøgn viser variasjoner mellom år og kommuner. En undersøkelse Sykepleien har gjort at viser at kommunen har 14,31 overliggerdøgn på sykehuset per 1000 innbygger. Kommunen argumenterer med at man noen ganger må ha opplæring i pasientenes pleiebehov, noe som i og for seg ikke er helt urimelig.

En kommune kan ikke være forberedt på alle scenarioer. Revisor mener likevel at Melhus kommune har litt å gå på for å holde antallet overliggerdøgn på et minimum.



### **3 KOMPETANSE**

I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven) § 4-1 Forsvarlighet c) og d) fremkommer det at kommunene skal tilrettelegge tjenestene slik at personalet blir i stand til å overholde de lovpålagte pliktene sine, og at det sikres tilstrekkelig fagkompetanse. I Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten påpekes det at plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter bl.a. innebærer å ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring. Revisor har lagt til grunn at kommunen må ha en oversikt over de ansattes kompetanse for å kunne vite om de har kompetanse til å ta imot alle utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten.

#### **3.1 Problemstilling**

Det er utarbeidet følgende problemstilling for temaet kompetanse:

- Har kommunen kompetanse til å ta imot alle utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten?

#### **3.2 Revisjonskriterier**

Følgende revisjonskriterier er utledet i vedlegg 1 for denne problemstillingen:

- Kommunen skal ha oversikt over kompetansen som finnes i avdelingene i helse- og velferdssektoren.
- Kommunen skal ha oversikt over behov for opplæring og/eller videreutdanning i avdelingene helse- og velferdssektoren.

#### **3.3 Kompetanseoversikt og kompetanseplaner**

Rådmann og kommunalsjef for helse- og velferd fortalte i oppstartsmøtet at sektoren har et felles sektormål om å «mestre hele livet», og at enhetene må utarbeide kompetanseplaner med utgangspunkt i dette målet. Det er ifølge rådmann og kommunalsjef helse- og velferd utfordrende å skulle ha en felles kompetanseplan for hele sektoren. Dette fordi enhetene og avdelingene er forskjellige. Det finnes en felles kompetanseplan, men denne er ikke oppdatert. Enhetene har i stedet laget egne kompetanseplaner, som inneholder kompetanseoversikt.

Det er ifølge ledelsen utfordrende å rekruttere sykepleiere og leger. Særlig gjelder dette rekruttering til de ytre delene av kommunen og til steder hvor det er et lite fagmiljø. Også de tillitsvalgte uttrykker bekymring for antallet sykepleiere.

Revisor har hentet følgende oversikt over kompetanse fra SSBs databank KOSTRA

Tabell 3. Antall avtalte årsverk per 10 000 innbygger i omsorgstjenesten

Utdanning	Avtalte årsverk per 10 000 innbyggere			
	Melhus		KOSTRA-gruppe 7	Landet uten Oslo
	2018	2019	2019	2019
<b>Omsorgstjenestene i alt</b>	238,81	240,96	227,52	282,51
<b>Psykiatrisk sykepleier</b>	4,75	4,11	2,39	3,15
<b>Geriatrisk sykepleier</b>	1,08	1,67	2,67	4,09
<b>Sykepleiere med spes./vd. utd.</b>	6,35	6,45	6,34	7,79
<b>Sykepleier uten spesialitet/videreutdanning</b>	36,43	35,95	38,52	47,86
<b>Vernepleier</b>	24,25	22,82	15,05	17,67
<b>Hjelpepleier</b>	45,96	42,60	36,45	45,46
<b>Ergoterapeut</b>	2,79	2,06	1,82	2,20
<b>Sosionom</b>	0,95	0,64	2,98	3,56
<b>Barnevernspedagog</b>	2,53	2,12	1,97	2,31
<b>Miljøterapeut og pedagog</b>	4,45	4,17	6,54	7,72
<b>Aktivitør</b>	2,28	2,12	1,30	1,98
<b>Omsorgsarbeider</b>	14,88	13,42	5,51	8,35
<b>Barne- og ungdomsarbeider</b>	5,74	6,84	2,56	3,09
<b>Helsefagarbeider</b>	31,95	35,36	33,49	42,18
<b>Annet omsorgspersonell med helseutdanning</b>	8,55	10,97	11,86	14,44
<b>Pleiemedhj/ass, hjemmehj/prakt bist eller annen brukerrettet tj.</b>	33,64	36,91	48,86	58,20
<b>Servicefunksjon</b>	7,92	8,22	6,30	8,04
<b>Administrativt personell</b>	1,57	2,21	1,14	1,87
<b>Uspesifisert, annet</b>	2,76	2,32	1,79	2,55

Kilde: SSB

Tallene fra KOSTRA (SSB) viser at Melhus kommune har omtrent like mange sykepleiere med videreutdanning som kostragruppen (sammenlignbare kommuner) per 10 000 innbyggere. Antallet sykepleiere med spesialutdanning eller videreutdanning og geriatriske sykepleiere er lavere enn i kostragruppen. Kommunen har flere omsorgsarbeidere, vernepleiere og hjelpepleiere per 10 000 innbyggere enn sammenlignbare kommuner i 2019.

For to år siden knyttet kommunen seg til Norsk Helseinformatikk (NHI) og fikk tilgang til deres digitale kurskatalog. NHI tilbyr ulike kurs for både sykepleiere, vernepleiere, helsefagarbeidere og pleieassistenter. Kommunen har et kompetansefond hvor de ansatte kan søke på midler til videreutdanning.

Ved enhet for institusjonstjenester finnes det en kompetanseplan som for tiden revideres. Kompetanseplanen utarbeides på nytt for å tilpasses styringssystemet i kommunen, og for å få bedre oversikt over kompetansen. Det er enhetslederen som er ansvarlig for utarbeidelsen av kompetanseplanen, men avdelingslederne kommer med innspill. Der hvor den gamle kompetansekartlegginga hadde en enkel tabell som viste hva slags kompetanse som fantes

skal den nye kompetanseplanen ifølge enhetslederen være mer utfyllende. Kompetanseplanen var til gjennomlesning hos avdelingslederne på det tidspunktet revisor fikk utkastene (i august 2020) og blir sannsynligvis vedtatt i et ledermøte før jul 2020.

Avdelingslederen på korttidsavdelingen fortalte revisor at mye av kompetanseplanen var lagt da hun begynte i jobben. Etableringen av korttidsavdelingen ble gjort for å møte de nye oppgavene som følget av samhandlingsreformen. Enheten hadde derfor anledning til å planlegge kompetansen de trengte fra starten av. Det ble gjennomført en intern kartlegging av de ansatte som allerede jobbet på Buen Helse- og omsorgssenter om hvor de ønsket å jobbe, samt at ledelsen tok en vurdering av hvor de egnet seg best.

Enhetsleder for hjemmetjenesten har utarbeidet en kompetanse- og rekrutteringsplan for 2020-2022. Målsettingen for denne planen er bl.a. å «redegjøre for hvilke områder det er nødvendig med styrket kompetanse». I kompetanseplanen er det en tabell hvor avdelingslederne skal føre inn kompetansenivået for årsverkene i hjemmetjenesten. I den versjonen revisor har fått tilsendt mangler det informasjon fra tre av seks avdelinger. Likevel har enhetsleder i dokumentet skrevet noe om utfordringer ved dagens status hvor det også trekkes frem utfordringer ved de avdelingene som ikke har fylt ut tabellen.

Utfordringene som trekkes frem i hjemmetjenestens utkast til kompetanseplan er bl.a. et lavt antall ansatte med høgskolekompetanse (sykepleie/vernepleie). I planen beskrives også tiltak for å styrke kompetansen. Her står det at ansatte med helsefaglig utdanning skal oppfordres til å ta relevant etter- og videreutdanning, og at enheten har som mål å til enhver tid ha to ansatte under etter/videreutdanning. Nærmeste leder kan ved behov gi konkrete råd om hvilken type etter- og videreutdanning enheten og/eller avdelingen har behov for. Det eksemplifiseres med geriatri, palliasjon, ernæring og psykisk helse.

Selv om det uttrykkes bekymring for et lavt antall ansatte med høgskolekompetanse, trekkes det også frem i kompetanse- og rekrutteringsplanen til hjemmetjenesten at flere av de ansatte har mange års erfaring innen tjenesten og at de har deltatt aktivt i utviklingsarbeidet.

Ved hjemmetjenesten setter ledergruppen seg ned ved starten av hvert år og kartlegger behovet for kurs i enheten og enkeltavdelinger. De velger også ut hvilke kurs fra NHIs digitale kurskatalog som skal tilbys de ansatte dette året. Dette settes sammen som en kurspakke for de ansatte. Noen av kursene tilbys også til ferievikarer. Disse får tilsendt innloggingsinformasjon i forkant slik at de kan gjennomføre kursene før de begynner i jobben.

Avdelingslederne revisor har vært i kontakt med (både per telefon og epost) beskriver hovedsakelig at det er en kompetansekartlegging under utarbeidelse i enhetene. Det uttrykkes av enkelte at det burde vært flere sykepleiere, og at nattstillinger er utfordrende å rekruttere til.

Ved helse- og velferdskontoret har enhetslederen både kompetanseoversikt og kompetanseplan. Når det lyses ut stillinger er det med klare ønsker om kompetanse, eksempler revisor fikk var saksbehandlerstilling forbeholdt sykepleier og en stilling hvor søkerne ønskes å ha erfaring innenfor rus og psykisk helse. Revisor har fått tilsendt kompetanseplanen for 2020-2021 for helse- og velferdskontoret. Denne inneholder ulike fagområder hvor de ansatte skal styrke sin kompetanse og flere ulike læringsformer – både internopplæring og eksterne læringsformer (som kurs, nettverkssamlinger osv.).

Saksbehandleren ved helse- og velferdskontoret, som er den som håndterer de elektroniske meldingene fra sykehuset i kontortiden, beskrev at det i hovedsak er kompetanse i sektoren til å ta imot de utskrivningsklare pasientene som kommer fra sykehuset. Det er i noen tilfeller behov for opplæring på prosedyrer, men dette gjelder først og fremst i tilfeller hvor det er medisinskteknisk utstyr som kommunen ikke har erfaring med fra før.

De tillitsvalgte bekrefter bildet tegnet av lederne i sektoren: Det arbeides for tiden med kompetansekartlegginger – og planer. Tillitsvalgte påpekte til revisor at planene er noe ulike på de ulike avdelingene.

### **3.4 Vurdering**

I vedlegg 1 utledet revisor følgende kriterium om kompetanse:

- Kommunen skal ha oversikt over kompetansen som finnes i avdelingene i helse- og velferdssektoren
- Kommunen skal ha oversikt over behov for opplæring og/eller videreutdanning i avdelingene i helse- og velferdssektoren

Revisor har ikke fått fremlagt en oppdatert oversikt over kompetansen som finnes i sektoren. Avdelingslederne har stort sett oversikt over hva som finnes i sin avdeling, men de eksemplene på kompetanseoversikter revisor har fått oversendt er mangelfulle. Ettersom det ikke er en god oversikt over hvilken kompetanse som finnes i sektoren er det heller ikke lett å ha oversikt over behovet for opplæring og videreutdanning. Det er positivt at kommunen har en kompetansepott som ansatte kan søke om penger for videreutdanning. Samtlige informanter forteller at det er mulighet for både kurs og videreutdanning om man ønsker det.

Etter revisors syn har kommunen litt å gå på for å få til en helhetlig kompetanseplan for sektoren, men dette er under arbeid ute på enhetene. I beskrivelsene av kompetanseutfordringer kommer det frem at enhetslederne har et godt overblikk over kompetansesituasjonen i sin enhet. Det er positivt at kommunen arbeider med mer helhetlige

kompetansekartlegginger og -planer, og det virker som om avdelingslederne har god oversikt over sin egen avdeling.

Revisor vurderer på nåværende dokumentasjon. Etter revisors syn er det pr. dato ikke en helhetlig oversikt over hvilken kompetanse som finnes ute i avdelingene i helse- og velferdssektoren. Revisor vurderer derfor at Melhus kommune ikke har systematisk oversikt over kompetansen som finnes, og heller ikke behovet for opplæring og/eller videreutdanning i avdelingene i helse- og velferdssektoren.

## 4 KOMMUNIKASJON

For at samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten skal fungere kreves det god kommunikasjon. Revisor vil i det følgende presentere hvordan kommunikasjonen fungerer og vurdere om den er tilfredsstillende. Kontrollutvalget spesifiserte i sin bestilling at de ønsket at revisor beskrev samarbeidet og kommunikasjonen med pårørende. Dette er gjort i kapittel 4.4. Revisor har ikke vurdert pårørendesamarbeidet etter revisjonskriterier.

### 4.1 Problemstilling

Det er utarbeidet følgende problemstilling for temaet kommunikasjon:

- Er kommunikasjonen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten tilfredsstillende?

### 4.2 Revisjonskriterier

Følgende revisjonskriterier er utledet for denne problemstillingen:

- Kommunen skal ha en samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket som oppfyller kravene i helse- og omsorgslovens § 6-2.
- Kommunen skal ha en rutine for å sjekke elektroniske meldinger.
- Kommunens praksis for å sjekke elektroniske meldinger skal innfri kravene i samarbeidsavtalen.

Utledningen av revisjonskriteriene finnes i vedlegg 1

### 4.3 Samarbeid og kommunikasjon

Kommunen har en samarbeidsavtale som inneholder retningslinjer for samarbeidet mellom kommunen og St. Olavs Hospital, som er det nærmeste sykehuset. Ifølge rådmann og kommunalsjef helse og velferd er samarbeidet i Trondheimsområdet (inkluderer kommunene Midtre Gauldal, Trondheim og Malvik i tillegg til Melhus) viktig for et godt samarbeid med sykehuset. Disse samarbeider bl.a. om legevakt på kveld, natt og helg. Det er faste møter i dette samarbeidet. En gang i året er det møter med samhandlingsdirektør ved sykehuset. Det er kommunalsjef helse og velferd i Melhus kommune som møter. Enhetslederne får komme med innspill til kommunalsjefen om det er noe de ønsker at hun skal ta opp på samarbeidsmøtet med sykehuset. Enhetslederne gir uttrykk for at de er fornøyde med dette.

Samarbeidsavtalen inneholder følgende retningslinjer:

- 1) Retningslinje for samarbeid om tilbud til pasienter med behov for koordinerte tjenester
- 2) Samhandling vedrørende innleggelse, utskriving og overføring av pasienter
- 3) Gjensidig kunnskapsutveksling, forskning, utdanning, praksis og læretid

- 4) Tjenester innen svangerskapsomsorg, fødselshjelp og barselomsorg
- 5) Samarbeid om IKT-løsninger og elektronisk samhandling
- 6) Samarbeid om helsefremmede og forebyggende helsearbeid
- 7) Omforent helseberedskap
- 8) Samarbeid om avvikshåndtering og kvalitetsforbedring

Samarbeidsavtalen skisserer også oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste.

Retningslinje 2, samhandling vedrørende innleggelse, utskriving og overføring av pasienter, inneholder praktiske retningslinjer for denne samhandlingen. Kapittel 3 i retningslinje 2 beskriver samarbeidet om pasientforløp fra helseforetaket ved utskriving der kommunale helse- og omsorgstjenester er en forutsetning. Her står det bl.a.:

«Kommunen skal innen 3 timer etter mottatt elektronisk varsel om utskrivningsklare pasient svare på:

- Om de kan ta imot pasienten
- Eventuelt når de kan ta imot pasienten, samt hvilket tilbud pasienten skal få ved hjemkomst
- Gi beskjed om det er behov for at helseforetaket sender med medikamenter evt. sykepleieartikler (f. eks utstyr til sårskift etc.)»

Videre står det i samarbeidsavtalen at «Kommunene skal normalt ta imot pasienter samme dag (dag 0) på ettermiddagen eller kveld, så sant de har fått nødvendig informasjon i perioden 8-15 mandag til fredag jfr. punkt 3.2. kommunene har som ambisjon å øke tilgjengeligheten herunder motta varsel og økt mottak av pasienter på ettermiddag og helg.»

Det overstående krever at kommunen har rutiner og praksis for å sjekke de elektroniske varslene hver tredje time hele døgnet.

Det er saksbehandler på helse- og velferdskontoret i Melhus som er ansvarlig for å sjekke de elektroniske meldingene i kontortiden på hverdagene. Saksbehandler fortalte at det etter hennes syn bør etterstrebes at samhandlingen om utskrivningsklare pasienter hovedsakelig skjer på dagtid (8-15) på hverdag. Dette for å ha god kvalitetssikring av behandling og dokumentasjon. Ifølge saksbehandleren kan det innimellom mangle både helseopplysninger og epikriser, som må etterspørres. Noen ganger kan det også være tilfeller hvor pasienten er i dårligere helsetilstand enn forespeilet.

Kommunen har skriftliggjorte rutiner for å sjekke e-meldinger. Rutinen gjelder alle som skal sjekke e-meldinger. Her står det bl.a. «INNBOKSEN blir sjekket hver dag samt at det blir

sjekket om det er noen meldinger som ikke er ferdigbehandlet som ligger på bruker». Det kommer frem av rutinen at det er enhetsleder/ansvarlig sykepleier eller andre som skal sjekke. Det åpnes for at også andre som er på jobb kan sjekke e-meldingene, men det er de ansvarlige som skal kvalitetssikre at det er gjort. Rutinen for mottak av e-meldinger slår fast at innboksen skal åpnes minimum 2 ganger per vakt. Det ligger en detaljert trinnvis rutine over hvordan man skal gå frem.

Det er ikke noen automatikk i at den som sjekker de elektroniske meldingene vet hvilke meldinger som gjelder avdelingen vedkommende sjekker for. For å finne «sine» pasienter må den ansatte sjekke adressene til de utskrivningsklare pasientene. Dette er særlig relevant for hjemmetjenesten, som kan få nye brukere som ikke hadde behov for tjenester før innleggelse på sykehuset. For institusjonene er det er hovedsakelig snakk om brukere de har fra før som de vet er innlagt på sykehuset.

Samtlige informanter, både enhetsledere, avdelingsledere og tillitsvalgte, sier til revisor at overnevnte rutine gjennomføres. En avdelingsleder for hjemmetjenesten beskriver at e-meldinger på hennes avdeling sjekkes tre ganger per vakt: når vedkommende starter og slutter, samt når vedkommende er inne på basen.

Alle informanter har også blitt spurt om de kjenner til tilfeller hvor det ikke er blitt fanget opp at en pasient trengte oppfølging av kommunen etter utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten. Ifølge informantene har dette skjedd i kommunen. Det har vært et tilfelle som informantene kjenner til hvor kommunen ikke klarte å fange opp at vedkommende var skrevet ut og trengte hjelp av den kommunale helsetjenesten. Det ble skrevet avvik på dette, og vedkommende fikk den hjelpen den trengte – en dag etter hjemkomst.

#### **4.4 Kommunikasjon med pårørende**

Kontrollutvalget spesifiserte i sin bestilling at de ønsket at revisor beskrev samarbeidet og kommunikasjonen med pårørende. Dette er gjort i det nedenstående.

Et sentralt begrep når det kommer til kommunikasjon mellom helsetjenestene og pårørende er *samtykke*. Helsepersonell har taushetsplikt om pasienters sykdom eller andre personlige opplysninger. Helsepersonell skal ikke dele helseopplysningene til noen, heller ikke med pårørende - med mindre pasienten gir tillatelse til dette. Det er denne tillatelsen som kalles for samtykke. I noen få tilfeller kan helsepersonell bestemme at nærmeste pårørende skal få informasjon, og kun helt unntaksvis kan informasjon gis om pasienten aktivt motsetter seg det.



Når en pasient blir skrevet ut fra sykehuset er det St. Olavs hospital som ivaretar pårørende i forbindelse med selve utskrivelsen, ved samtykke fra pasienten. Kommunens kontakt med pårørende blir først aktuell når de overtar det helsemessige ansvaret for pasienten.

Helse- og velferdskontoret har det inkludert i sine skriftlige rutiner at pårørende skal informeres. Revisor har blitt forelagt eksempler på dette.

I institusjonene gjennomføres det inntakssamtaler hvor også pårørende deltar, dersom brukeren samtykker til dette. Det utarbeides samarbeidsavtaler med pårørende. På korttidsavdelingen kan det bli gjennomført samtaler med pasient og pårørende hvor saksbehandler og hjemmetjenesten også kalles inn for å kunne bedre legge en plan for videre oppfølging i hjemmet. Før utreise er det også utreisesamtaler.

I hjemmetjenesten kan tjenesten ha kontakt med pårørende dersom de får samtykke fra pasienten. Det gjennomføres et samhandlingsmøte der samarbeidsavtalen mellom tjenesten, tjenestemottakeren og pårørende deltar (så fremt det er samtykke fra pasienten). På samarbeidsmøtene avklares det hvem som gjøre hvilke praktiske gjøremål. Pårørende har mulighet til å ta kontakt direkte med tjenesten dersom de har spørsmål. Nærmeste pårørende blir også varslet ved endringer, innleggelse etc. Særlig er dette aktuelt i tilfeller hvor tjenestemottaker selv ikke kan redegjøre for situasjonen.

Det er skriftliggjorte rutiner for inntakssamtaler, utreise- og samarbeidssamtalene som er beskrevet over. Informantene bekrefter overfor revisor at de skriftliggjorte rutineene blir gjennomførte.

## **4.5 Vurdering**

### **4.5.1 Samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket**

Revisor har utledet følgende kriterium om samarbeidsavtalen i vedlegg 1.

- Kommunen skal ha en samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket som oppfyller kravene i helse- og omsorgslovens §6-2.

Revisor har fått tilsendt samarbeidsavtalen som Melhus kommune har med helseforetaket. Revisor mener at innholdet oppfyller kravene i helse- og omsorgsloven §6-2, og kriteriet er derfor oppfylt.

### **4.5.2 Daglig kommunikasjon om utskrivningsklare pasienter.**

Revisor har utledet følgende kriterium om den daglige kommunikasjonen:

- Kommunen skal ha en rutine for å sjekke elektroniske meldinger.

- Kommunens praksis for å sjekke elektroniske meldinger skal innfri kravene i samarbeidsavtalen.

Kommunen har skriftlige rutiner for å sjekke elektroniske meldinger. Det finnes rutiner for avdelingene og egen rutine for saksbehandler som sjekker i kontortiden. Kriteriet om at kommunen skal ha en slik rutine er derfor oppfylt.

Revisor har lite informasjon om praksisen for å sjekke elektroniske meldinger utover hva som har fremkommet i intervju. Entydige svar fra informantene tyder på at informasjonen er riktig. Samtlige informanter sier til revisor at elektroniske meldinger sjekkes to eller tre ganger per vakt, også kveld, natt og helg. Meldingene sjekkes på starten og slutten av vakta. Dette er i henhold til den skriftlige rutinen revisor har fått tilsendt. Påstandene styrkes av at også tillitsvalgte bekrefter dette.

Det er imidlertid ikke samsvar mellom rutinen og samarbeidsavtalen med spesialisthelsetjenesten. Avtalen med spesialisthelsetjenesten fastslår at kommunen skal svare innen tre timer. Om man sjekker e-meldingene når man kommer på vakt, for så å sjekke når vakta nærmer seg slutten vil det kunne komme meldinger i mellomtiden som ikke blir besvart i løpet av tre timer. Særlig på nattevakter, som ofte er lengre enn vaktene på dagtid, vil dette være en utfordring. Avdelingen hvor meldingene sjekkes tre ganger per vakt er nærmere å oppfylle kravene fra samarbeidsavtalen – men det er ikke sikkert at denne praksisen heller nødvendigvis fanger opp alle meldingene og besvarer dem innen riktig tid.

Revisor har fått høre et eksempel på at en bruker ikke har blitt fanget opp av systemet slik vedkommende skal. Om det stemmer at dette har skjedd én gang tyder det på at kommunen i all hovedsak fanger opp at pasienter med behov for helsetjenester fra kommunen blir skrevet ut fra sykehuset, noe som er positivt. Revisor vurderer likevel ikke kriteriet om at praksis skal samsvare med samarbeidsavtalen som oppfylt.

## 5 HØRING

En foreløpig rapport ble sendt på høring til rådmann i Melhus kommune 23.10.2020. Høringssvaret er vedlagt i vedlegg 2. Revisor har i etterkant av høringen lagt til informasjon i kapittel 2.3.1, s12 i henhold til rådmannens ønske. Denne endringen har ikke hatt noen innvirkning på revisors vurderinger eller konklusjoner.

## 6 KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER

### 6.1 Konklusjon

Revisjon Midt-Norge SA har i denne rapporten undersøkt følgende problemstillinger:

- 1) Har kommunen kapasitet til å ta imot alle utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten?
- 2) Har kommunen kompetanse til å ta imot alle utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten?
- 3) Er kommunikasjonen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten tilfredsstillende?

Melhus kommune har brukt konsulentselskapet Agenda Kaupang til å skrive to rapporter om hvordan helse- og omsorgstjenestene best mulig kan organiserer seg i etterkant av ikraftsettelsen av samhandlingsreformen. Kommunen har fulgt en god del av disse rådene, og har blant annet opprettet helse- og velferdskontoret, og endret strukturen i tjenesten. Flere informanter nevner en økning i pasienter med demenssykdom, og mangel på institusjonsplasser til disse. Revisor mener likevel at kommunen har gjort nødvendige tiltak for å møte økt behov for kapasitet.

Antallet på overliggerdøgn for pasienter boende i Melhus er varierende, og utpeker seg hverken positivt eller negativt i en oversikt over utvalgte kommuner. Antall overliggerdøgn kan aldri bli 0, og revisor har forståelse for at kommunen i noen tilfeller trenger tid på å forberede tilbud til pasienter med stort hjelpebehov. Revisor mener dog at Melhus kommune har litt å gå på for å holde antallet overliggerdøgn på et minimum.

Kommunen arbeider for tiden med å utarbeide kompetanseplaner, som også inneholder kompetanseoversikt, ute i enhetene. Det virker på revisor som om enhets- og avdelingslederne har god oversikt over kompetansen i sine enheter/avdelinger, men denne er ikke satt i system – noe som gjør det utfordrende for kommunen å vite hvilken videreutdanning de trenger. Revisor kan derfor ikke konkludere med at Melhus har eller ikke har kompetanse til å ta imot alle utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten, men stadfester at kommunen aktivt arbeider med å få satt dette i system.

Kommunikasjonen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten er formalisert i form av en samarbeidsavtale som oppfyller lovens krav. I praksis skjer den daglige kommunikasjonen gjennom elektroniske meldinger. Kommunen har skriftliggjorte rutiner på hvem som skal gjøre dette på de ulike avdelingene og på ulike tidspunkt. Rutinene, som ifølge informantene følges, legger imidlertid ikke opp til at praksisen kan følge retningslinjene i samarbeidsavtalen. Ved å

kontrollere de elektroniske meldingene ved vaktens start og slutt risikerer kommunen at de ikke får svart spesialisthelsetjenesten innen de tre timene de har forpliktet seg til å svare. Dette øker risikoen for at utskrivningen av en pasient med hjelpebehov ikke blir fanget opp av kommunen. Revisor mener derfor at kommunikasjonen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ikke er tilfredsstillende.

## **6.2 Anbefalinger**

Revisor anbefaler at Melhus kommune:

- Fortsetter arbeidet med å holde antall overliggerdøgn hos spesialisthelsetjenesten på et minimum.
- Ferdigstiller arbeider med kompetansekartlegging og -plan.
- Sikrer at rutine og praksis for lesing av elektroniske meldinger samsvarer med samarbeidsavtalen med spesialisthelsetjenesten.

## KILDER

Agenda Kaupang (2015) Gjennomgang av økonomi og tjenesteorganisering av de tre helse- og omsorgsvirksomhetene og i Bo og avlastning.

Agenda Kaupang (2017) Organisasjonsgjennomgang

Helse- og omsorgsdepartementet (2016, oppdatert 2020): Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).

Helse- og omsorgsdepartementet (2016, oppdatert 2020): Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Helse- og omsorgsdepartementet (2011, oppdatert 2020): Lov om helse- og omsorgstjenester m.m.

Helse- og omsorgsdepartementet (2001, oppdatert 2020): Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.

Helse- og omsorgsdepartementet (2011) Forskrift om kommunal betaling av utskrivningsklare pasienter.

Melhus kommune (Interne dokumenter):

- Elektronisk samhandling med sykehus om innlagte og utskrivningsklare pasienter (rutine)
- Kompetanseplan 2020-2022 (Helse og Velferdskontoret)
- Motta meldinger (daglig rutine for alle e-meldinger)
- Organisasjonskart Helse- og velferd
- Oversikt overliggedøgn på St. Olavs Hospital
- Prosjektplan 100 år i eget hjem (2018)
- Utkast til kompetanse- og rekrutteringsplan (Hjemmetjenesten)

Samarbeidsavtale og underliggende retningslinjer inngått mellom St. Olavs hospital og kommunene i Sør-Trøndelag.

SSB: <https://www.ssb.no/kommunefakta/kostra>

Sykepleien (2019) «Pasienter lå over 56000 døgn ekstra på sykehus i fjor i påvente av et kommunalt tilbud» <https://sykepleien.no/2019/10/pasienter-la-over-56-000-dogn-ekstra-pa-sykehus-i-fjor-i-pavente-av-et-kommunalt-tilbud>

## VEDLEGG 1 – UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIER

Ifølge forskrift om revisjon i kommuner og fylkeskommuner (§7) skal det etableres revisjonskriterier for gjennomføring av forvaltningsrevisjon. Revisjonskriterier er de krav og forventninger som forvaltningsrevisjonsobjektet skal revideres/vurderes i forhold til. Disse kriteriene skal være begrunnet i, eller utledet av, autoritative kilder innenfor det reviderte området. Slike autoritative kilder kan være lov, forskrift, forarbeider, rettspraksis, politiske vedtak (mål og føringer), administrative retningslinjer, samt statlige føringer og praksis. I denne forvaltningsrevisjonen har vi benyttet oss av følgende kilder til revisjonskriterier:

- Helse- og omsorgsdepartementet (2011, oppdatert 2020): Lov om helse- og omsorgstjenester m.m.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016, oppdatert 2020): Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2001, oppdatert 2020): Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011) Forskrift om kommunal betaling av utskrivningsklare pasienter.
- Samarbeidsavtale og underliggende retningslinjer inngått mellom St. Olavs hospital og kommunene i Sør-Trøndelag.

### Kapasitet

Samhandlingsreformen innebærer en innskjerpet betalingsplikt knytte til utskrivningsklare somatiske pasienter. Dersom den enkelte kommune ikke har anledning til å motta en somatisk pasient som er utskrivningsklar fra sykehuset og som har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester, må kommunen som følge av samhandlingsreformen betale for pasienten fra og med det døgnet pasienten blir erklært utskrivningsklar, jf. § 11-4 første ledd i helse- og omsorgstjenesteloven. Dette skal fungerer som et insitament for å bygge opp kommunale tilbud slik at kommunene raskere kan ta imot pasienter som er utskrivningsklare. På denne måten frigjøres kapasiteten i spesialisthelsetjenestene. Kommunen skal altså ha rigget seg slik at de kan møte et økt behov for kapasitet og samordning i forbindelse med utskrivningsklare pasienter. Kommunen bør etterstrebe å ha minst mulig overliggerdøgn på sykehuset. Revisor har derfor utledet følgende revisjonskriterier:

***Kommunen skal gjøre nødvendige tiltak for å møte det forventede behovet for økt kapasitet.***

***Kommunen bør holde antallet overliggerdøgn på et minimumsnivå.***

### Kompetanse

I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven) § 4-1 Forsvarlighet kommer følgende frem:

«Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven her skal være forsvarlige. Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at: (...)

c. helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og

d. tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene.»<sup>4</sup>

Videre står følgende i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestens § 6 Plikten til å planlegge: «Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver: (...) f): ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring»<sup>5</sup>.

Kommunen skal altså tilrettelegge tjenestene slik at personell som utfører tjenestene er i stand til å utføre pliktene sine. For å gjøre dette trenger de ansatte å ha tilstrekkelig fagkompetanse. Det kommer også frem av forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten at kommunen plikter å ha oversikt over medarbeiders kompetanse og behov for opplæring. Kommunen trenger med andre ord å ha oversikt over hvilken kompetanse de trenger, hvilken kompetanse de ansatte allerede har og hvilket behov for opplæring det er i organisasjonen. For å kunne gjøre dette trengs det etter revisors syn kompetansekartlegging og kompetanse- og/eller opplæringsplan.

Revisor utleder følgende revisjonskriterier:

***Kommunen skal ha oversikt over kompetansen som finnes i avdelingene i helse- og velferdssektoren.***

***Kommunen skal ha oversikt over behov for opplæring og/eller videreutdanning i avdelingene helse- og velferdssektoren.***

### Kommunikasjon

Samhandlingsreformen innebærer et tettere lovpålagt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og den kommune helse- og omsorgstjenesten. Av lov for kommunale

---

<sup>4</sup>Helse- og omsorgsdepartementet (2011, oppdatert 2020): Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

<sup>5</sup>Helse- og omsorgsdepartementet (2016, oppdatert 2020): Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.



helse- og omsorgstjenester m.m. § 6-1 Plikt til å inngå samarbeidsavtale fremkommer det at «Kommunestyret selv skal inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helseregionen eller med helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer. Kommunen kan inngå avtale alene eller sammen med andre kommuner.».

I lovens § 6-2 er det beskrevet hva avtalen skal inneholde:

«Avtalen skal som et minimum omfatte:

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,
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,
3. retningslinjer for innleggelse i sykehus,
4. beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp etter § 3-5 tredje ledd,
5. retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon,
6. retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering,
7. samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid,
8. samarbeid om jordmortjenester,
9. samarbeid om IKT-løsninger lokalt,
10. samarbeid om forebygging og
11. omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden.

Når det avtales samarbeidstiltak, må avtalen klargjøre ansvarsforholdene, herunder må arbeidsgiveransvaret avklares. Videre må det avtales hvordan samarbeidstiltaket skal organiseres og finansieres.»

Kommunene skal etter loven altså ha en samarbeidsavtale med det lokale helseforetaket. Det er i lovverket skissert et minimum av innhold. Denne avtalen skisserer hvordan kommunikasjonen mellom helseforetak og kommune skal foregå og er derfor avgjørende for at det skal være god kommunikasjon mellom tjenestene. Revisor har derfor utarbeidet følgende revisjonskriterium:

***Kommunen skal ha en samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket som oppfyller kravene i helse- og omsorgslovens § 6-2.***

Kommunikasjonen med helseforetaket skal imidlertid ikke bare gjennomføres gjennom årlige samarbeidsmøter og offisielle planer, informasjon om pasienter må også kunne gå mellom de ulike helsetjenestene. I lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 3-14 Varsel til kommunen ved utskrivning blir følgende fastslått: «Når utskrivning fra tjeneste som nevnt i § 2-1 a første ledd nr. 5 bør medføre tiltak fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og pasienten ønsker det, skal kommunen varsles om utskrivningen i god tid på forhånd. Utskrivning skal planlegges og forberedes i samarbeid mellom berørte parter. Ved utskrivning etter innleggelse med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 og 10-3 skal kommunen alltid varsles.»<sup>6</sup>

I retningslinje 2 i Melhus kommune sin samarbeidsavtale med helseforetaket står følgende om kommunens oppfølging av de elektroniske meldingene:

«Kommunen skal innen 3 timer etter mottatt elektronisk varsel om utskrivningsklare pasient svare på:

- Om de kan ta imot pasienten
- Eventuelt når de kan ta imot pasienten, samt hvilket tilbud pasienten skal få ved hjemkomst
- Gi beskjed om det er behov for at helseforetaket sender med medikamenter evt. sykepleieartikler (f. eks utstyr til sårskift etc.)»

Revisjon Midt-Norge SA er ikke helseforetakets revisor og kan derfor ikke vurdere sykehusets innsats i kommunikasjonen med kommunen, men må være opptatt av hvordan kommunen håndterer det som kommer fra sykehuset. Når helseforetaket skriver ut pasienter som bør få tiltak fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten skjer dette gjennom elektroniske meldinger som kommer inn i fagsystemet til kommunens helse- og omsorgstjeneste. Det står i retningslinjene til samarbeidsavtalen med sykehuset at kommunen skal svare innen tre timer. For at kommunene skal vite om at det kommer utskrevne pasienter som trenger deres hjelp må de altså sjekke de elektroniske meldingene i fagsystemet sitt jevnlig, og hele døgnet. Revisor har derfor utarbeidet følgende kriterium:

***Kommunen skal ha en rutine for å sjekke elektroniske meldinger.***

***Kommunens praksis for å sjekke elektroniske meldinger skal innfri kravene i samarbeidsavtalen.***

---

<sup>6</sup> Helse- og omsorgsdepartementet (2001, oppdatert 2020): Lov om spesialisthelsetjenester m.m. (spesialisthelsetjenesten).

## DLEGG 2 – HØRINGSSVAR

Hei!

Vi har hatt en gjennomgang av rapportutkast for forvaltningsrevisjonen «Samhandlingsreformen». Fra hjemmetjenesten har vi følgende kommentar/bemerkning under kap. Kapasitet som bes tatt med:

*Kapasiteten ved de ulike avdelingene i hjemmetjenesten varierer noe og særlig ved Hølanda er det utfordrende å motta og ivareta pasienter med et omfattende og kontinuerlig behov for hjemmesykepleie. Enkelte vakter er det kun en sykepleier på jobb og denne ressursen må ofte anvendes på sykehjemmet, hvor de dårligste pasienten er. I tillegg er avdelingen sårbar ved fravær og det er ved sykdom/fravær utfordrende å få erstattet vekten med tilsvarende kompetanse. Dette legger føringer for hvilke pasienter avdelingen kan motta og når. De øvrig distriktene har noe redusert kapasitet under ferieavvikling, hvor vi i liten grad får erstattet de ledige vaktene med tilsvarende kompetanse.*

For øvrig ingen andre kommentarer.

Mvh  
Katrine



**MELHUS**  
KOMMUNE

Rådmannen

**Katrine Lereggen**  
rådmann

Mobil 94830551  
[www.melhus.kommune.no](http://www.melhus.kommune.no)



Hovedkontor: Brugata 2, Steinkjer

Tlf. 907 30 300 - [www.revisjonmidt norge.no](http://www.revisjonmidt norge.no)