
KOMMUNEREVISJONSDISTRIKT 2
MØRE OG ROMSDAL

Forvaltningsrevisjonsrapport

Samhandlingsreformen

i

Vestnes kommune

10.6.2015

Kommunerevisjonsdistrikt 2 Møre og Romsdal er interkommunalt selskap etter kommuneloven § 27. Eiere er kommunene Aukra, Eide, Fræna, Gjemnes, Molde, Nesset, Rauma, Sunndal og Vestnes. Selskapet utfører regnskapsrevisjon, forvaltningsrevisjon og selskapskontroll for eierkommunene og har i dag seks revisorer. Selskapet har hovedkontor i Molde.

1	OPPSUMMERING, SAMLEDE VURDERINGER OG ANBEFALINGER.....	4
2	INNLEDNING	7
2.1	BAKGRUNN.....	7
2.2	PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER	7
2.3	AVGRENSING AV UNDERSØKELSEN.....	8
2.4	METODE OG DATA	8
2.5	HØRING	9
3	VESTNES KOMMUNE - SAMHANDLINGSREFORMEN	9
4	FOREBYGGENDE OG HELSEFREMMEDE ARBEID.....	10
4.1	PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER	10
4.2	FAKTA OG BESKRIVELSE.....	11
4.2.1	<i>Folkehelse i planlegging</i>	<i>11</i>
4.2.2	<i>Tiltak for å fremme folkehelse herunder tverrsektorielt samarbeid.....</i>	<i>16</i>
4.3	KOMMUNEREVISJONENS VURDERINGER OG ANBEFALINGER.....	19
5	TJENESTER OG KOMPETANSE	20
5.1	PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER	20
5.2	FAKTA OG BESKRIVELSE.....	20
5.2.1	<i>Innledning</i>	<i>20</i>
5.2.2	<i>Utvikling av tjenestetilbudet.....</i>	<i>20</i>
5.2.3	<i>Kompetanse.....</i>	<i>29</i>
5.3	KOMMUNEREVISJONENS VURDERINGER OG ANBEFALINGER.....	32
6	KOORDINERTE OG HELHETLIGE TJENESTER.....	33
6.1	PROBLEMSTILLING OG REVISJONSKRITERIER	33
6.2	FAKTA OG BESKRIVELSE.....	34
6.2.1	<i>Koordinerende enhet, individuell plan, koordinator</i>	<i>34</i>
6.2.2	<i>Samarbeidet med helseforetaket/sjukehusa</i>	<i>36</i>
6.2.3	<i>Andre tiltak for å sikre helhetlige tilbud og koordinerte tjenester</i>	<i>38</i>
6.3	KOMMUNEREVISJONENS VURDERINGER OG ANBEFALINGER.....	39
7	SAMARBEIDSAVTALENE	40
7.1	PROBLEMSTILLINGER OG REVISJONSKRITERIER	40
7.2	FAKTA OG BESKRIVELSE.....	41
7.2.1	<i>Samarbeidsavtalene</i>	<i>41</i>
7.3	KOMMUNEREVISJONENS VURDERINGER OG ANBEFALINGER.....	44
8	ØKONOMI	45
8.1	FAKTA OG BESKRIVELSE.....	45
8.2	OPPSUMMERING	49
9	REFERANSER OG KILDER	50
	VEDLEGG 1: SAMHANDLINGSREFORMEN	51
	VEDLEGG 2: REVISJONSKRITERIER OG BAKGRUNNSINFORMASJON	55
	VEDLEGG 3: DATA	60
	VEDLEGG 4: FRA ÅRSMELDING 2014 FOR VESTNES KOMMUNE	63

1 Oppsummering, samlede vurderinger og anbefalinger

Anbefalinger

Forvaltningsrevisjonsprosjektet har avdekket noen forbedringspunkter, som det er gjort rede for i rapporten. De forhold som revisjonen trekker fram som anbefalinger er:

- Vestnes kommune bør forbedre arbeidet med oversikt over helsetilstanden og sammenhengen mellom kommunens helseutfordringer, mål og strategier og rapportering.
- Vestnes kommune bør videreutvikle det tverrfaglige samarbeidet om folkehelse og avklare nærmere hvordan dette best kan ivaretas.
- Vestnes kommune bør prioritere arbeidet med kompetanseplan inklusiv stillingsplan.
- Vestnes kommune bør videreutvikle arbeidet med å sikre helhetlige og koordinerte tjenester, herunder legge til rette for koordinator og tverrfaglig samarbeid.
- Vestnes kommune bør sikre medvirkning, forankring og vurdere ansvarsfordelingen for oppfølging av samarbeidsavtalen mellom kommunen og Helse Møre og Romsdal.

Innledning

Samhandlingsreformen ble innført 1. januar 2012. Reformen har sin hovedforankring i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og lov om folkehelsearbeid. Målet med samhandlingsreformen er bedre folkehelse og bedre og mer helhetlig helsetilbud. Den forventede behovsveksten skal i størst mulig grad finne sin løsning i kommunene. Vurderingene i denne rapporten må sees i lys av at dette er en reform som innføres over tid, i hovedsak i perioden fram til 2016.

Kontrollutvalget vedtok med utgangspunkt i overordnet plan for forvaltningsrevisjon for 2012–15, vedtatt av kommunestyret, å prioritere et forvaltningsrevisjonsprosjekt om «Samhandlingsreformen i Vestnes kommune».

Med utgangspunkt i kontrollutvalgets bestilling har revisjonen sett på status og utvikling innenfor folkehelsearbeidet, tjenesteutvikling og kompetanse, helhetlige og koordinerte tjenester, samarbeidsavtalene med helseforetaket og økonomi.

Kommunerevisjonen vil nedenfor kort presentere de sentrale problemstillingene og de funn vi har gjort.

Folkehelse i planlegging

Vestnes kommune har integrert folkehelseperspektivet i ulike planer. Kommunen har noe oversikt over helsetilstanden. I Årsmelding 2014 rapporterer alle driftsenhetene på folkehelseiltak.

Det kommer fram i denne undersøkelsen at det er forbedringsområder knyttet til oversikt over helsetilstanden og overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet til å møte de utfordringer kommunen står overfor. Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer. Revisjonen mener kommunen kan forbedre sammenhengen mellom oversikt over helsetilstanden, mål og strategier og rapportering i forhold til mål og strategier.

tilbud til brukerne. Kommunen kan med fordel bruke samarbeidsavtalen mer aktivt. Samarbeidsavtalen vektlegger helhetlige tilbud til brukerne.

Kommunen bør videreutvikle arbeidet med å sikre helhetlige og koordinerte tjenester, herunder legge til rette for koordinator og tverrfaglig samarbeid.

Samarbeidsavtalen mellom Vestnes kommune og Helse Møre og Romsdal

Vestnes kommune har noe system for å sikre iverksetting av samarbeidsavtalene med Helse Møre og Romsdal. Dette gjelder for delavtalene knyttet til utskrivning og innleggelse av pasienter i sjukehus der tildelingskontoret har et særlig ansvar, og det overordnede ansvaret som er lagt til driftsleder for sjukeheimen. Ansvarsfordelingen ellers framstår noe uklar.

Vestnes kommune har i noen grad lagt til rette for medvirkning og forankring. Vestnes kommune samarbeider med andre kommuner om tiltak for å sikre opplæring.

Pasient- og brukerorganisasjoner skal medvirke i forbindelse med utarbeidelse, praktisering, oppfølging og endring av avtalen. Vestnes kommune har ikke lagt til rette for brukermedvirkning knyttet til samarbeidsavtalen.

Medvirkning, forankring og ansvarsfordeling for oppfølging av samarbeidsavtalen mellom Vestnes kommune og Helse Møre og Romsdal bør forbedres.

Økonomi

I 2012 da samhandlingsreformen trådte i kraft, fikk Vestnes kommune et tilskudd på 8,7 mill. kroner knyttet til utskrivningsklare pasienter og medfinansiering av pasienter innlagt på sjukehuset. Kommunens utgifter til sjukehusa var i 2012 høyere enn overføringene, mens de i 2013 og 2014 var noe lavere.

Medfinansieringsordningen ble avvirket fra 2015. Kommunen sitter igjen med anslagsvis 800 000 kroner til å iverksette samhandlingsreformen knyttet til overføring av midler for utskrivningsklare pasienter.

Kommunen tar imot utskrivningsklare pasienter tidligere enn før og har ekstra utgifter knyttet til behandling av sykere pasienter.

Data viser at liggetiden ved sjukehusa går ned, og at helseforetaket planlegger ytterligere nedgang i liggetiden. Dette vil kunne få konsekvenser for kommunen, også økonomiske. Kommunen kan med fordel diskutere disse problemstillingene med helseforetaket med utgangspunkt i samarbeidsavtalen.

Nye tilbud og styrking av tilbudet har i første rekke skjedd gjennom prosjektmidler. Kommunen mister bidrag til folkehelsekoordinatorstillingen siden kommunen har vedtatt å ta bort stillingen. Den økonomiske situasjonen i Vestnes kommune har hatt som konsekvens at økte midler over statsbudsjettet (frie midler) ikke har ført til økt satsing på for eksempel helsestasjonsvirksomhet.

Anny Sønderland
Oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor

Einar Andersen
Forvaltningsrevisor

Tiltak for å fremme folkehelse herunder tverrfaglig samarbeid

Vestnes kommune har ulike tiltak for å fremme folkehelse. Kommunen deltar i «god helse partnerskapet» med fylkeskommunen, og frivilligsentralen har prioritet.

Kommunen har frisklivssentral. Ressursene er redusert siste året. Kommunen har vedtatt å ta bort stillingen som folkehelsekoordinator. Kommunen bør konkretisere hvordan folkehelsearbeidet kan sikres.

Det skjer tverrfaglig samarbeid blant annet i ulike planprosesser og prosjekt. Kommunen har folkehelseutvalg og har vedtatt å opprette et planforum innenfor folkehelsearbeidet. Dette fungerer i varierende grad. Vestnes kommune bør videreutvikle det tverrfaglige samarbeidet og avklare nærmere hvordan dette best kan ivaretas.

Tjenester og kompetanse

Vestnes kommune har gjort noen tilpasninger og utviklet tilbudet for å kunne iverksette samhandlingsreformen. Kommunen behandler sykere pasienter enn tidligere. Det er blant annet lagt til rette mer korttidsopphold i sjukeheim. Det skjer mer behandling og spesialisert stell i heimen.

Kommunen har gjennom prosjektmidler etablert nye tiltak i samarbeid med andre kommuner og helseforetaket og gjennom dette styrket kompetansen.

Det blir blant annet innenfor rehabilitering og psykiatri og rus pekt på behov for utvikling av tilbudet og økt kompetanse.

Det er eksempel på at det er knapphet på kompetanse/ kapasitet. Dette gjelder blant annet fysioterapeuter og sjukepleiere.

Det er behov for kompetanseplan inklusiv stillingsplan innenfor helse og omsorg. Revisjonen mener det er behov for å prioritere dette arbeidet. Kommunens samarbeidsavtale med helseforetaket bør også sees i denne sammenhengen.

Koordinerte og helhetlige tjenester

Kommunen er pålagt å ha koordinerende enhet som skal ha et overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til individuell plan. Pasient og bruker kan også få en koordinator, uavhengig av individuell plan.

Kommunen har etablert koordinerende enhet fordelt på tre enheter. Ansvarsfordelingen framstår noe uklar. Kommunen kan med fordel klargjøre samarbeid og oppgavefordeling mellom disse enhetene. Kommunen bør legge bedre til rette for koordinator.

Kommunen har iverksatt ulike tiltak for å sikre koordinerte og helhetlige tilbud. Det er i kommunen både samarbeid rundt den enkelte pasient/bruker og på fag- og ledernivå. Det er blant annet etablert samarbeid rundt tildelingskontoret og arbeidet med enkeltvedtak.

Kommunen har samarbeidsprosjekt med helseforetaket. Det er noen utfordringer, men en positiv utvikling knyttet til overgangen mellom helseforetak og kommunen. Kommunen kan med fordel bruke samarbeidsavtalen mer aktivt. Samarbeidsavtalen vektlegger helhetlige

2 Innledning

2.1 Bakgrunn

Kommunens revisor har som en av sine oppgaver å utføre forvaltningsrevisjon, jf. kommuneloven § 78 nr. 2 og forskrift om revisjon §§ 6–8. Forvaltningsrevisjon innebærer å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets vedtak og forutsetninger, jf. kommuneloven § 77 nr. 4.

Kommunestyret i Vestnes kommune vedtok overordnet plan for forvaltningsrevisjon for 2012–15, sak 41/12. Kontrollutvalget vedtok i møte 13.12.13, sak 25/13, å prioritere et forvaltningsrevisjonsprosjekt om «Samhandlingsreformen i Vestnes kommune».

I stortingsmeldingen Meld.St.26 2014-2015 Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, gis det følgende oppsummering av samhandlingsreformen:

Det var og er bred politisk enighet om utfordringsbildet som ligger til grunn for samhandlingsreformen. Mer konkret pekes det på tre hovedutfordringer:

- Pasienter og brukeres behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok. Tvert i mot opplever brukerne tjenestene som fragmenterte og usammenhengende. I særlig grad gjelder dette brukere med behov for tverrfaglige og sammensatte tjenester fra flere nivåer.
- Tjenestene preges av at de tradisjonelt har hatt stort fokus på behandling av sykdommer og i mindre grad satset på forebyggende arbeid og tidlig intervensjon for å forebygge sykdomsutvikling.
- Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne.

Virkemidlene i samhandlingsreformen har derfor hatt som mål å bidra til en mer helhetlig tjeneste, økt fokus på forebygging, og at mer skal gjøres i kommunene når dette gir bedre kvalitet og kostnadseffektivitet. Vi viser til nærmere omtale av samhandlingsreformen i vedlegg 1.

2.2 Problemstillinger og revisjonskriterier

Med utgangspunkt i kontrollutvalgets bestilling har revisjonen utarbeidet følgende problemstillinger for prosjektet:

- Hva er status for arbeidet med å styrke det forebyggende og helsefremmende arbeidet? Revisjonen vil her se på folkehelse i planlegging og tiltak for å fremme folkehelse.
- Har kommunen utviklet tjenestetilbudet og styrket kompetansen?
- Hva er status på samarbeidsavtalene mellom Vestnes kommune og Helse Møre og Romsdal HF? Revisjonen vil her se på hvordan kommunen sikrer iverksetting av avtalene.
- Hva blir gjort for å sikre at pasient/bruker får koordinerte og helhetlige tjenester? Revisjonen vil her se på om kommunen har etablert koordinerende enhet, legger til rette for individuell plan og koordinator, og om kommunen har iverksatt andre tiltak for å sikre koordinerte og helhetlige tilbud.
- Hva er de økonomiske virkemidlene og de økonomiske kostnadene for kommunen? Revisjonen vil her ha fokus på midler knyttet til utskrivningsklare pasienter og medfinansiering.

Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er de krav og forventninger som funnene i undersøkelsen blir vurdert opp mot. Revisjonskriteriene vil i tillegg til kommunale føringer ta utgangspunkt i blant annet følgende lover og avtaler:

- [Folkehelseloven](#)
- [Plan og bygningsloven](#)
- [Helse- og omsorgstjenesteloven](#)
- [Samarbeidsavtalene](#) mellom Vestnes kommune og Helse Møre og Romsdal HF.

Noen problemstillinger er av beskrivende art, og revisjonskriterier vil da ikke være aktuelt. I det enkelte kapittel blir det informert om områder som kun blir beskrevet. Revisjonskriterier blir utdypet i rapporten i tilknytning til det enkelte kapittel. I tillegg viser vi til vedlegg 2.

2.3 Avgrensing av undersøkelsen

Samhandlingsreformen er en retningsreform. Iverksetting skal skje over tid. Dette må undersøkelsen ta hensyn til. Det kan være noe vanskelig å skille mellom samhandlingsreformen og vanlig utviklingsarbeid. Dette vil i liten grad bli problematisert i undersøkelsen.

Resultater fra flere nasjonale undersøkelser viser at det er utfordringer knyttet til samhandling og brukermedvirkning i helsetjenesten. Både brukermedvirkning og informasjonsutveksling er områder som jevnt over kommer dårlig ut for ulike pasientgrupper. ([Status for samhandlingsreformen HelseDirektoratet 2013](#)). Brukermedvirkning på individ- og systemnivå vil i liten grad blir tatt opp i denne undersøkelsen.

Kommunen har hatt egen [samarbeidsavtale med Rusbehandling Midt-Norge](#). Rusbehandling i Møre og Romsdal er nå overført til Helse Møre og Romsdal. Endring/integrering av tverrfaglig spesialisert rusrelatert behandling inngår i revidert avtale som enda ikke er behandlet i kommunestyret. Revisjonen har holdt status for samarbeidsavtalen innenfor rus utenfor denne undersøkelsen.

Helse Møre og Romsdal og kommunene har startet arbeidet med en [samhandlingsstrategi](#). Dette vil komme i tillegg til samarbeidsavtalen. Vi går ikke nærmere inn på dette arbeidet.

Når det gjelder økonomi, vil vi ha fokus på utskrivningsklare pasienter og medfinansiering; kommunens betaling når innbyggere legges inn på sjukehus. Det betyr at vi ikke vil ha noen samlet systematisk oversikt over ulike økonomiske virkemidler og kostnader som:

- Kommunenes kostnader til ulike administrative tiltak.
- Etablering og styrking av institusjonsplasser og andre tilbud.
- Særskilte tilskudd over statsbudsjettet som midler til helsestasjon/skolehelsetjeneste.
- Prosjektmidler, blant annet til prosjektleder i Romsdals Regionråd/ROR.
- Generelle økonomiske rammeoverføringer til kommunen.

2.4 Metode og data

Denne undersøkelsen er basert på Norges Kommunerevisorforbunds (NKRF) standard for forvaltningsrevisjon RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon.

Undersøkelsen er hovedsakelig lagt opp som en kombinasjon av dokumentanalyse og intervju. Det er gjennomført samtaler med: administrasjonssjef, kommunalsjef økonomi/plan,

folkehelsekoordinator, driftsleder for institusjon/sykehjem, driftsleder heimetjenesten, nestleder for barne- og ungdomstjenestene/kommunepsykolog, saksbehandlere ved tjenestekontoret, seniorrådgiver kultur og friluftsliv og kommuneplanlegger.

Revisjonen har i tillegg hatt samtaler med leder for Eldrerådet og leder for Kommunalt råd for funksjonshemma.

Denne rapporten tar opp mange problemstillinger. Sett i lys av dette har revisjonen intervjuet forholdsvis få. Revisjonen har fått ulike innspill, og data vil i noen tilfeller ikke være tilstrekkelig til at vi kan trekke klare konklusjoner selv om vi kombinerer dette med dokumentanalyse. Revisjonen har tatt hensyn til dette i vurderingene og anbefalingene.

2.5 Høring

Et utkast ble sendt til Vestnes kommune ved administrasjonssjefen i forkant av høringsmøte 1. juni 2015. Administrasjonssjefen hadde ikke kommentarer til dette utkastet utover mindre justeringer som er tatt inn i dokumentet.

3 Vestnes kommune - samhandlingsreformen

Vestnes kommune

Vestnes kommune er organisert med administrasjonssjef og fire kommunalsjefer, og har en flat struktur med 18 driftsenheter ledet av en driftsleder som rapporterer til administrasjonssjefen. (Hjemmesida) Kommunalsjef helse og omsorg er ansatt, men har ikke kommet i funksjon.

Vestnes kommune hadde 6615 innbyggere 1.1.2014. Vestnes kommune hadde driftsutgifter på 465 mill. kroner og 594 årsverk i 2014.

Arbeid med og omtale av samhandlingsreformen i Vestnes kommune

I Temaplan for folkehelsearbeidet, behandlet i Vestnes kommunestyre 27.9.2012, blir bakgrunn for samhandlingsreformen omtalt:

- Regjeringa la fram proposisjon 90 L til Stortinget om ny folkehelselov i april 2011. Samstundes ble proposisjon 91 L om ny helse- og omsorgslov lagt fram. Disse lovverka trådte i kraft 1. januar 2012 og er det lovmessige grunnlaget for samhandlingsreforma. I tillegg til at vi har fått ein eigen folkehelselov, er det førebyggjande perspektivet sentralt i den nye helse og omsorgslova. Stortingsmelding 47 om samhandlingsreforma tek til orde for nye utfordringar for kommunane. Ei ny framtidig kommunerolle vert mellom anna grunngeve ut frå eit pasientperspektiv og med utgangspunkt i samfunnsøkonomiske betraktningar; utgiftsveksten innafor helse- og omsorgstenesta vil ikkje vere berekraftig på sikt. Brukarfokuset er sentralt og brukarretting av tenestetilbodet har som mål å gjere tenestene betre og meir effektive gjennom sjølvstendigjering av den einskilde.

Det framgår vidare av temaplanen hvordan kommunen startet arbeidet med samhandlingsreformen:

- Kommunestyret i Vestnes oppnemnde i februar 2010 ei *samhandlingsgruppe, med fagfolk og politikarar* som skulle ha fokus på korleis Vestnes kommune skulle møte utfordringane med samhandlingsreforma i høve føringane i ny helse- og omsorgslov (HOL) om rett

behandling, på rett stad, til rett tid samt den nye lova om folkehelse med hovudfokus på forebygging.

- I april 2011 vedtok kommunen å delta i partnerskapet "God Helse" og det vart oppretta to prosjektgrupper som skulle ha planleggingsansvar for 1) folkehelse og 2) samhandling innan helse, pleie- og omsorg. Samstundes vart det oppretta ei prosjektstilling med ansvar for å koordinere kommunen sitt arbeid på desse områda. Oppdraget er forankra i ny folkehelselov. Folkehelse skal inn i kommunen sitt planverk.

I møte i helse og omsorgsutvalget 03.01.13 ble det vedtatt igangsetting av omsorgsplan. Omsorgsplan 2015 er revidert og erstattet med Omsorgsplan 2020 vedtatt av kommunestyret 12.6.2014. Det står følgende om samhandlingsreformen i Omsorgsplan 2020:

- Samhandlingsreformen vart gjennomført frå 1. januar 2012. Lovgrunnlaget for reforma finn ein i Lov om helse- og omsorgstenester av 24. juni 2011. Samhandlingsreforma skal ha eit sterkt fokus på forebygging og folkehelse, og lovgrunnlaget vart lagt i Lov om folkehelsearbeid av 24. juni 2011. Målet for reforma er betre samhandling til beste for innbyggjarane - forebyggje meir, behandle tidlegare og samhandle betre.
- Reforma etablerte fleire økonomiske incentiv for å kunne snu helse- og omsorgstenestene mot meir forebyggjande tiltak:
 - innførte kommunal medfinansiering av spesialisthelsetenesta Kommunane må dekke 20 % av kostnadene ved ein del innleggingar (ein del unntak)
 - overføre det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare pasientar ved sjukehusa til kommunane (betale døgnpriis for utskrivningsklare pasientar)

Kommunen har deltatt i interkommunalt samarbeid knyttet til felles utfordringer ved innføring av reformen. Romsdal Regionråd har hatt en prosjektstilling og har etablert et nettverk mellom kommunene. Daglig leder for ROR har koordineringsansvaret for nettverket i dag. (ROR – samhandling - sluttrapport)

4 Forebyggjende og helsefremmende arbeid

4.1 Problemstillinger og revisjonskriterier

Problemstilling

Hva er status for arbeidet med å styrke det forebyggjende og helsefremmende arbeidet?

Revisjonskriterier

- Folkehelse i planlegging herunder oversikt over helsetilstanden og mål og strategier.
- Tiltak for å fremme folkehelse herunder tverrfaglig samarbeid.

Revisjonskriteriene er henta fra samarbeidsavtalen mellom Vestnes kommune og Helse Møre og Romsdal, folkehelseloven, helse- og omsorgstjenesteloven, plan- og bygningsloven (PBL) og partnerskapsavtalen med Møre og Romsdal fylkeskommune. (Se nærmere omtale av revisjonskriteriene i vedlegg 2)

Kommunen skal etter folkehelseloven ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Kommunen skal i sitt arbeid med kommuneplaner etter plan- og bygningsloven fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet til å møte de utfordringer kommunen står

overfor med utgangspunkt i oversikten. Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer.

Det går også fram av samarbeidsavtalen med helseforetaket at kommunen skal ha oversikt over helsetilstanden og identifisere faktorer som påvirker helsa. Kommunen skal videre etablere tverrfaglig samarbeid mellom alle kommunale sektorer for å fremme helse og forebygge sjukdom.

Kommunens plikter som følge av God helse partnerskapet/Partnerskapsavtalen med fylkeskommunen (2013-2016):

- Bruk av alle kommunale sektorer i folkehelsearbeidet.
- Fastsette mål og strategiar for folkehelsearbeidet – med forankring i det kommunale planarbeidet.
- Utarbeide oversikt over helsetilstanden og dei positive og negative faktorane som kan virke inn på den. Oversikta skal danne grunnlag for lokal planlegging.
- Tilsette folkehelsekoordinator i minimum 50 % stilling. Koordinator bør ha ei sentral plassering i organisasjonen, då folkehelsearbeid omfattar heile kommunen si verksemd.

4.2 Fakta og beskrivelse

4.2.1 Folkehelse i planlegging

Revisjonen vil nedanfor gå gjennom sentrale planer m.m. i Vestnes kommune.

I sak 65/2012 vedtok kommunestyret ”Kommunal planstrategi for Vestnes kommune 2012-2015”. Dokumentet gir oversikt over eksisterende og planlagte planer. Krav om kommunal planstrategi ble innført i den nye Plan og bygningslova av 2009. Kommunestyret skal en gang hver valgperiode, senest 1 år etter konstituering, vedta kommunal planstrategi. Det framgår av vedtatt plan at folkehelse skal gå igjen i all planlegging. Under utviklingstrekk og utfordringer blir befolkningsutvikling og trivsel og folkehelse omtalt herunder blir det vist til folkehelseprofilen som viser status for kommunen på noen områder. På bakgrunn av status for kommunen og ny lov om folkehelse blir det pekt på som formålstjenlig å utarbeide temaplan for folkehelse og personalpolitisk plan med fokus på trivsel og mindre sjukefravær.

Kommunestyret behandla Temaplan for folkehelsearbeidet i møte 27.9.2012. Det går fram følgende av planen:

- Folkehelselova og ny helse- og omsorgslov trådte i kraft 1. januar 2012 og utgjør det lovmessige grunnlaget for samhandlingsreforma. Folkehelsearbeid er definert som samfunnet sin innsats for å påvirke dei faktorar som fremjar helse og trivsel, forebyggjer sjukdom/skade/liding, og som beskyttar mot helsetruslar. I folkehelselova er det vektlagt at alle sektorane i kommunen er ansvarleg for å ta del i folkehelsearbeidet og lova seier at kommunen skal leggje til rette for eit langsiktig og systematisk folkehelsearbeid.
- Folkehelsearbeidet rettar seg mot grupper og ikkje mot enkeltindivid. Medverknad frå innbyggjarane er eit berande prinsipp i folkehelsearbeidet. Slik medverknad kan til dømes kome frå enkeltpersonar, lokale interessegrupper eller frivillege organisasjonar.

Det er i saksframlegget fokus på at folkehelsearbeidet skal være langsiktig og systematisk og omfatte all kommunal virksomhet:

- Oppdraget i folkehelseprosjektet var å lage ein plan for folkehelseiltak ut frå mandatet til gruppa vår/sommar 2011. Prosjektgruppa kom i gang med arbeidet i starten på oktober i fjor. Gjennom dette arbeidet finn vi at samhandling mellom einingane er sentralt for å møte krava som vert stilt gjennom dei nye lovverka. Det vert stilt krav til auka fokus på førebyggjande tiltak og folkehelseperspektiv i all kommunal verksemd. Folkehelselova seier at kommunen skal setje i verk naudsynte tiltak for å møte utfordringane og leggje til rette for eit langsiktig og systematisk folkehelsearbeid. I folkehelselova § 6 Mål og planlegging, står det at mål og strategier som vert fastsett, skal vere forankra i Plan- og bygningslova. Gruppa har vurdert at det ligg til rette for samarbeid mellom einingar og nivå i kommunen og legg fram temaplan for folkehelsearbeidet som støtter opp under denne vurderinga.

(Vedlegg til planen var: Temaplan for folkehelsearbeidet, Partnerskapsavtale med fylkeskommunen, Folkehelseprofil for Vestnes, Statusrapport 2011 - GOD HELSE i Møre og Romsdal, Forebyggende arbeid i kommunale einingar – matrise, Matrise frivillige, Oversikt helsetilstand basert på statistikk, Folkehelseutfordringer - frå einingane, Oppsummering Bygdelagsmøtene, Informasjon om KREM (*Kreativt og mangfaldig arbeidsliv*, KREM-prosjekter, Arbeidsseminar RUS - barnehagene, Arbeidsseminar RUS – Gjermundnes, Kurs i barnehagene – Fiskesprell.)

Kommunestyret gjorde slikt vedtak ved behandling av Temaplan for folkehelsearbeidet:

1. Partnerskapsavtalen "GOD HELSE" med fylkeskommunen for 2013 – 2016 vert vidareført.
2. Det vert oppretta fast 50 % stilling som folkehelsekoordinator. Administrasjonssjefen vil seinare vurdere kvar stillinga organisatorisk skal ligge. I sentraladministrasjonen, kultur, frivilligsentral eller liknande. Nokre oppgåver som ligg til stillinga vil vere å koordinere folkehelsearbeidet, mellom anna utgreie etablering av frisklivssentral og søkje eksterne prosjektmidlar til etablering av eit slikt tilbod i kommunen, samt kartlegge samarbeid og partnerskap med andre og innhente erfaringar frå andre kommunar. Det vert utarbeid instruks for stillinga.
3. Prosjektgruppa vert vidareført som referansegruppe for folkehelsearbeidet. Gruppa vert supplert med representant frå planavdelinga i kommunen og skal ha 2-4 møter i året
4. Det vert etablert planforum der desse skal vere representert:
 - Planleggjarane
 - Kommuneoverlege
 - Folkehelsekoordinator
 - Representant for andre einingar
5. Planforum skal utarbeide rutiner for korleis folkehelseperspektivet kan ivaretakast i kommunalt planarbeid, inklusive økonomi og budsjettplan og sørge for at nødvendig opplæring vert gitt i einingane.

Det kommer fram i samtale at vedtaket fra kommunestyret om planforum ikke er fulgt opp. Samtidig blir det pekt på at administrasjonssjefen prøver å få med folkehelse i ulike sammenhenger.

«God helse-partnerskapet» som kommunen deltar i, har satsingsområda ernæring, fysisk aktivitet, psykisk helse, rus- og tobakksforebygging og forebygging av sosiale ulikheter i helse. Kommunen rapporterte for 2013 på følgende tema med utgangspunkt i fylkesdelplan for folkehelse:

- Samfunnsutvikling for en god start i livet: Kommunen viser til prosjektet Lettliva (overvekt blant barn og unge) og idrettsfritidsordning.
- Helsevennlig arbeidsliv: Kommunen viser til møteplassen for sjukemeldte i kommunen og frisklivssentralen.
- Aktiv, trygg og frisk alderdom: Kommunen viser blant annet til aktive frivillige lag og dagsenter
- Trygt og helsefremmende fysisk miljø: Kommunen viser til kartlegging av skoleveier og trafikktryggingsplan (2014-2017).

- Inkludering og deltakelse i kultur og frivillige organisasjoner/lag: Kommunen viser til frivillige organisasjoner, kulturskolen og mangfoldhetsmarkedet «Heile verda på Vestnes».
- Organisering og samhandling, et kunnskapsbasert folkehelsearbeid: Kommunen viser til at kommunen har ansatt folkehelsekoordinator i 50 % stilling og tverrfaglig «folkehelsegruppe» som folkehelsekoordinator og kommunelege innkaller etter behov.

Fylkesmannen i Møre og Romsdal har som målsetning å gjennomføre dialogmøter med alle kommunene i fylket i løpet av valgperioden. Som grunnlag for dialog utarbeider fylkesmannen et **kommunebilde**. Fylkesmannen avholdt dialogmøte med Vestnes kommune 15.5.2014. Omtalen av folkehelse omhandler blant annet befolkning, sykdomsbilde og levevaner. Fylkesmannen påpeker at kommunen er med i partnerskap for folkehelse med fylkeskommunen, og at kommunen har ansatt folkehelsekoordinator. Dialogpunkt var blant annet hvordan kommunen arbeider med identifisering og oversikt over helsetilstand i kommunen og hvilke mål og strategier Vestnes kommune har for folkehelsearbeidet.

Omsorgsplan 2020 (vedtatt 12.6.2014) gir følgende omtale av forebygging og folkehelse:

- Vestnes kommunestyre vedtok i september 2012 “Temaplan for folkehelsearbeidet i Vestnes kommune”. Omsorgsplanen bygger på denne temaplanen når det gjeld folkehelsearbeid og forebygging. Fleire av tiltaka i planen er gjennomførte; m.a. oppretting av Frisklivsentral og oppretting av stilling som folkehelsekoordinator.
- Sist tilgjengelige folkehelsestatistikk (2014) seier dette om Vestnes kommune:
Styrke:
 1. Andel som døyr av lungekreft og KOLS er lavare enn i landet som heilheit.
 2. Hjerte- og karsjukdom ser ut til å vere mindre utbreidd enn i landet som heilheit, vurdert etter sjukehusinnleggingar.
 3. Andel uføretrygda i alderen 18-44 år er lavare enn landet som heilheit.Utfordring:
 1. Andelen born og unge med overvekt/fedme er høgare enn i landet elles (tall frå obligatorisk veging og måling på 3. og 8. trinn).
 2. Andel eldre over 80 år i 2020 er estimert til å vere høgare enn i landet som heilheit
 3. Overvekt ser ut til å vere meir utbreidd enn i landet som heilheit, vurdert etter andel menn med KMI > 25 kg/m² på sesjon.
 4. Andelen med psykiske symptom og lidingar er høgare enn i landet som heilheit, vurdert etter data frå fastlege og legevakt.
 5. Sjukdommar og plager knytta til muskel- og skjelettsystemet ser ut til å vere meir utbreidd enn i landet som heilheit, vurdert etter data frå fastlege og legevakt.
 6. Talet på kvinner i Vestnes som røyker ligg over gjennomsnittet for fylket
 7. Sjukefråveret er høgare enn i landet som heilheit.

Helse- og omsorgsutvalget viser i planen til det laveste trinnet i omsorgstrappa (omtalt i planen), og vil i tillegg ha fokus på blant annet følgende satsingsområder:

- Friluftsområde: turstier og parkeringsområde ved turstier gjennom arealplanarbeidet i kommuneplanen.
- Frivilligsentral og samarbeid med frivillige skal være kommunen sin hovedarbeidsmåte.
- “Helsestasjon for eldre” mellom anna for å motvirke ensomhet og lettere psykiske plager.
- Økt kunnskap om forebygging og hverdagsrehabilitering.
- Forebyggende tiltak: overvekt/ fedme, diabetes type 2.

Vestnes kommunestyre godkjente Omsorgsplan 2020 i møte 12.6.2014. Det ble videre blant annet vedtatt at Vestnes kommune skal ha fokus på forebyggende tiltak, og at det i tilknytning til dette skal arbeides for opprettelse av helsestasjon for eldre ved budsjettbehandlingen for 2015.

I mai 2013 vedtok kommunestyre **Planprogram for ny kommuneplan (2014-2025)**. Kommuneplanen vil i liten grad omfatte helse og omsorgstjenestene.

Til planprogrammet kom det innspill blant annet fra Møre og Romsdal fylkeskommune:

- «Kommuneplanen må innholde oversikt over helsetilstanden i befolkningen og ta stilling til korleis ein skal arbeid med dette.»

Administrasjonssjefen kommenterer dette slik:

- «Oversikt over helsetilstanden i befolkningen er omtalt i kapittel 2, avsnitt om folk og helse. Kommunen har vedtatt temaplan for folkehelse og tilsett folkehelsekoordinator. Adm. sjefen ser ikkje grunn til å gå meir i detalj om temaet folkehelse i planprogrammet.»

Fylkesmannen i Møre og Romsdal uttalte følgende:

- «Kommunen skal ha kjennskap til levekåra og særleg rette merksemd mot utviklingstrekk som kan skape sosiale problem i kommunane. Kommunen skal medverke til å skaffe bustader til vanskelegstilte, og gi nødvendige helsetenester med fokus på forebygging.»

Administrasjonssjefen kommenterer dette slik:

- «Adm. sjefen tek opplysningane til vitande og viser til at forebygging er eit sentralt tema i folkehelsearbeidet.»

Kommuneplanen sin samfunnsdel 2015-2025 ble vedtatt av Vestnes kommunestyre 12.2.2015. Kommunestatistikk 2013 og Folkehelseprofil 2014 er blant annet viktige grunnlagsdokument. Folkehelse er ett av 7 fokusområder i kommuneplanen. Det er knyttet mål og strategier til hvert fokusområde. Temaplan for folkehelse, Bustadsosial handlingsplan og Omsorgsplan 2020 er utgangspunkt for arbeidet innenfor fokusområdet. (Folk, helse og omsorg.) Det blir vist til folkehelseprofilen herunder overvekt, røyking, psykisk helse og rus. Det er 12 mål og strategier knyttet til blant annet fellesskap, fysisk aktivitet, barnehage, skole og forebyggende arbeid. (Andre fokusområde som for eksempel kultur og fritid har også mål og strategier med relevans for folkehelse.) Handlingsdelen har fokus på målretta investeringer som skal revideres årlig gjennom økonomiplanen.

Både fylkeskommunen og fylkesmannen påpeker at handlingsdelen mangler, og at planforslaget mangler drøfting av utviklingstrekk og utfordringer. Administrasjonssjefen uttaler at utfordringsbilde endrer seg hvert år, og at analyser av utfordringer vil være med i den årlige økonomiplanen/handlingsplanen. Fylkeskommunen uttaler også at folkehelseutfordringer bør løftes fram, og at det er viktig å tenke gjennom hva for betydning satsingsområda har for helsa til innbyggerne.

Det framgår også av Økonomiplan 2015-2018 at økonomiplanen er kommuneplanens handlingsdel. Det blir pekt på at det er viktig at det er sammenheng i styringsdokumenta, og at en i økonomiplanen legger inn tiltak for å møte utfordringene som blir omtalt i kommuneplanens samfunnsdel.

Det kommer fram i samtale at folkehelse har vært en viktig del av arbeidet med kommuneplanens samfunnsdel.

Planutvalget i Vestnes kommune vedtok 25.2. 2015 i medhold av plan- og bygningsloven § 11-14 å legge forslag til **kommuneplanens arealdel** ut til offentlig ettersyn. (frist 1. mai

2015) Det framgår i planen at det er nasjonale forventninger til at folkehelseperspektivet skal være et gjennomgående tema i all planlegging. Kommunen skal legge til rette for fysisk aktivitet for hele befolkningen. Når det gjelder lokale forventninger, blir det vist til kommuneplanens samfunnsdel. Folkehelse er ikke direkte omtalt, men indirekte via fokus på blant annet kultur (sosial tilhørighet, fellesskap etc.) Når det gjelder andre kommunale forutsetninger, er det ikke spesielt fokus på folkehelse. Befolkningsutviklingen er omtalt, og det blir vist til at det i kartdelen er gjort en enkel konsekvensutredning. Her er folkehelse ett av temaene det blir gjort en vurdering i forhold til under overskrifta konsekvens for samfunn.

Under konsekvensutredning «ny utbyggingsområder» er «folk og helse» spesielt omtalt:

- Kommunen skal arbeide for å fremme folkehelse og bidra til å sikre befolkninga mot faktorar i miljøet som kan ha negativ helsepåverknad. Forebygging av ulykker og sosiale miljøfaktorar dannar utgangspunktet for arbeidet med miljøretta helsevern i plan- og bygningslova. Under fleire forskjellige vurderingskriterium er det sett på konsekvensar for folkehelse. Derfor er helsevern ikkje ført opp som eige kriterium i KU, for å unngå å verdsette konsekvensar for like interesser fleire gongar. Følgjande kriterium omfattar vurdering av folkehelse:
 - Samfunnstryggleik (forebygging av ulykker)
 - Friluftsliv (sosiale miljøfaktorar og tilgang på natur – og grøntområde)
 - Støy og forureining (negative miljøfaktorar av biologisk, eller kjemisk art)

Planutvalget som styringsgruppe for arealdelen, og en brei administrativ arbeidsgruppe har vurdert ulike innspill.

Det kommer fram i samtale at i arbeidet med **sentrumsplan** ble det lagt vekt på møteplasser og trivsel. Kommunen samarbeider med fylkeskommunens tettstedkoordinator. Det blir også vist til at **ruspolitisk plan** vektlegger forebygging.

Vestnes kommunestyre godkjente i møte 18.12.2014 **kommunetemaplan for idrett, fysisk aktivitet, nærmiljø, friluftsliv, kulturbygg og kulturminne**. Det framgår av planen at:

- Vestnes kommunestyre såg positivt på den gode folkehelsepolitikken som kan knytast til statleg sikring av areal og pågåande turveg-/ og turstiprosjekt ulike steder i kommunen. Kommunestyret viste til at 2015 er “Friluftslivets år” og såg positivt på at ein lokalt søker å ha ekstra fokus på skilting og merking av turstiar og turløyper. Der ein også inkluderer sentrale gang- og sykkelveggar rundt om i nærmiljøa.

Økonomiplan 2015-2018 har med data om befolkning, bosettingsmønster, sysselsetting, pendling. I tillegg blir det vist til folkehelseprofilen:

- Folkehelseprofilen for Vestnes viser at helsetilstanden til befolkninga stort sett ikkje skiljer seg markant ut frå gjennomsnitt med følgande unntak: - røyking, overvekt, muskel- og skjelettlidningar og psykiske plager. Tiltak i økonomiplanperioden: Folkehelse skal leggest inn i alle planar i alle sektorar. Det er lagt opp til større satsing på forebyggjande tiltak, m.a. gjennom Frisklivssentral og Frivilligsentral.

Det framgår som et tiltak i økonomiplanperioden, at folkehelse skal legges inn i alle planer i alle sektorar.

Mål og rapportering

Det kommer fram i samtale at det har vært utfordringer knyttet til utarbeidelse av mål og målbare mål, og at det kan være vanskelig å se hva som er målene. Plan og rapportering i

henhold til plan mangler. Videre mangler helheten der alle jobber mot felles folkehelsemål. Det kommer videre fram at det er behov for å sette av ressurser til plandelen for å fylle krava i folkehelseloven og «God helse partnerskapet».

Det kommer videre fram i samtale at alle avdelingene skal rapportere på måloppnåelse for folkehelse i årsrapporten. Det er eksempel på at mange allerede gjør mye folkehelsearbeid blant annet i barnehagene og skole. Det blir vist til at skolen er en «folkehelsearena», og at det innenfor arealplanlegging er fokus på trafikktrygghet og trivsel. Alle driftsenheter har i **Årsmelding for 2014** rapportert på folkehelseiltak, jf. oversikt i vedlegg 4.

Oversikt over helsetilstanden

Det kommer fram i samtale at kommunen enda ikke har gjort nok når det gjelder oversikt over helsetilstanden. Folkehelsekoordinator har blitt bedt om å arbeide med dette og samle inn data blant annet fra NAV (hvorfor folk er sjuke). Det kommer fram at kommunen tar på alvor at oversiktsarbeidet er en lovpålagt oppgave. Det blir vist til at det allerede finnes noe data i ulike planer (særlig befolkningsdata), og videre at det i temaplan for folkehelse er «mye» data. Lege ved legesenteret har blant annet vært involvert i arbeidet med å få oversikt over helsetilstanden.

Det kommer fram i samtale at fylkeskommunen bidrar med data, men at helseforetaket ikke har bidratt med data jf. samarbeidsavtalen. Det kommer videre fram at kommunen har samlet inn en del data om overvekt hos barn internt i kommunen, men at tjenestene ellers ikke har levert data. Det blir vist til at det etter hvert vil kunne bli lettere å ta ut statistikker fra kommunens datasystem CosDoc. Det blir pekt på at det handler mye om å samle inn data som finnes. Det blir også vist til ta en gjerne kan bruke veldig mye tid på dette uten at man nødvendigvis får så mye ut av en stor datamengde, og at data må tolkes med varsomhet.

4.2.2 Tiltak for å fremme folkehelse herunder tverrsektorielt samarbeid

Folkehelsekoordinator – tverrsektorielt samarbeid

Vestnes kommune er del av Møre og Romsdal fylkeskommune sin satsing på folkehelsearbeid og deltar i et nettverkssamarbeid med 33 kommuner. Ordfører og administrasjonssjefen deltar i partnerskapsfora. Avtalen er underskrevet av ordfører. Det går fram av partnerskapsavtalen (2013-2016) med Møre og Romsdal fylkeskommune at kommunen blant annet plikter å bruke alle sektorene i folkehelsearbeidet og ansette folkehelsekoordinator i minimum 50 % stilling. Det framgår videre av avtalen at koordinatoren bør ha en sentral plassering i organisasjonen, da folkehelsearbeid omfatter hele kommunens virksomhet. Folkehelse Vestnes /partnerskapet er omtalt på kommunens hjemmeside.

Kommunestyret har i økonomiplan 2015-2018 vedtatt å ta bort stillingen som folkehelsekoordinator. Kommunen skal fremdeles delta i God helse partnerskapet, men vil miste tilskuddet på 125 000 kroner som er knyttet til stillingen som folkehelsekoordinator. Folkehelsekoordinator har inngått i nettverk med andre folkehelsekoordinatorer i fylket i regi av fylkeskommunen. Folkehelsekoordinator har master i folkehelse og har hatt jobben i 2 år i 50 % stilling.

Det kommer fram i samtale at kommunen må endre organiseringa av folkehelsearbeidet, og at dette er noe kommunen kan klare. Det kommer videre fram at folkehelsearbeid er integrert i hele administrasjonen og skal videreføres i alle kommunens avdelinger. Det kommer samtidig fram at dette arbeidet krever tid og ressurser.

Folkehelsekoordinator har arbeidet noe med folkehelse i overgangen til ny stilling i frivilligsentralen. Stillingen går ut mai/juni 2015.

Folkehelsekoordinator har i første rekke jobbet med ulike prosjekt og konkrete tiltak. Dette omfatter samarbeidsprosjekt med Rauma kommune (diabetes 2), frisklivssentral og «overvekt barn» der rapport for prosjektet er levert.

Det framgår av Årsmelding 2013 at folkehelsekoordinator har følgende mål:

1. Auka kunnskap om førebygging og kvardagsrehabilitering hos politikar, leiarar og tilsette i helse og omsorgssektoren
2. Utvikle førebyggjande tiltak til born og unge med overvekt/ fedme og deira foreldre (interkommunalt samarbeidsprosjekt Vestnes/Rauma)
3. Utvikling av tilbod til personar som står i fare for eller som har utviklet diabetes type 2 (interkommunalt samarbeidsprosjekt Vestnes/Rauma)

Det kommer fram i Årsmelding 2014 at det har vært interne samarbeidsprosjekt mellom folkehelsekoordinator og fysioterapeut/ ergoterapeut/psykiatristillinger om frisklivstilbud i kommunen (eks depresjon/mestring, ernæring.)

Det kommer videre fram at det har vært samarbeidsprosjekt med helseforetaket. Lærings- og mestringssenteret har bidratt i forbindelse med opplæring knyttet til diabetes.

Prosjektgruppa (folkehelsegruppe) som ble etablert i forbindelse med arbeidet med temaplan for folkehelsearbeidet, ble videreført, men har ikke vært så aktiv i det siste. Her har arealplanlegger, kommuneoverlege, kulturskole, barnehage, skole og frivilligsentralen vært representert. Gruppa har møttes innimellom og blant annet gitt innspill til samfunnsdelen for kommuneplanen. Kommuneoverlege og folkehelsekoordinator har tatt initiativ til møte. Det kommer fram i samtale at kommuneoverlegen har hatt en sentral rolle i å drive fram arbeidet med folkehelse i Vestnes kommune.

Det kommer fram i samtale at folkehelsearbeidet i regi av folkehelsekoordinator ikke har fungert etter intensjon, og at det tar tid å komme inn der en skal. Det kommer fram at stillingen kunne blitt brukt mye mer, og at det kan være vanskelig å få oversikt over hva som skjer. Folkehelsekoordinator har i liten grad deltatt på aktuelle arenaer. Det er heller ikke etablert mye samarbeid rundt ulike planer. Når det gjelder helse- og omsorgsplan og kommuneplanens samfunnsdel, ble folkehelsekoordinator bedt om å lese gjennom/ komme med innspill.

Det kommer videre fram at det kan være en utfordring knyttet til at folkehelsekoordinator beveger seg inn på andres territorium når det skal være «folkehelse i alt». Samtidig blir det pekt på at det allerede er mye folkehelse i alt.

Det kommer fram i samtale at folkehelsegruppa har prøvd å få med arealplanlegger, men at tida ikke strekker til for arealplanlegger. Når planavdelinga har på plass to planleggere, vil dette kunne bedre seg.

Når det gjelder arealplanlegging, blir det vist til at det er lett å få til samarbeid mellom de som sitter nært; miljø, barnerepresentant etc. Det er et lite miljø og dermed lett å samarbeide på tvers av ulike fagområder. Det kommer fram at det ikke alltid er like lett å huske å ta med folkehelsekoordinator. Folkehelsekoordinator har ikke vært med på arealdelen. Det blir samtidig pekt på at folkehelsekoordinator ikke nødvendigvis skal være med på «alt».

Frisklivssentral

Det framgår av Årsmelding 2013 at Vestnes kommune etablert frisklivssentral i 2013 som gir tilbud til personer med høy risiko for å utvikle livsstilsykdommer. Det gis hjelp til endring av levevaner og mestring. Sentralen er et samarbeid mellom helsetjenestene, heimetjenestene og barne- og ungdomstjenestene. Det framgår videre av Årsmelding 2014 at 24 brukere er henvist til frisklivstiltak. Kommunen har fått prosjektmidler til samarbeid med Rauma kommune om diabetes 2 og overvekt/fedme blant barn.

Frisklivssentralen er lagt til hjemmetjenesten. Folkehelsekoordinator og fysioterapeut har hatt delstilling, i perioder samlet opp mot 50 % på det meste. (Prosjekt i tillegg) I dag er stillingsressursen redusert. Det blir gjennomført helsesamtaler. To psykiatriske sjukepleiere har kurs i depresjonsmestring en gong per år. Det er også gjennomført bra mat-kurs, og det er turgruppe med veiledning som et lavterskeltilbud. Det kommer fram i samtale at det i stor grad har vært opp til folkehelsekoordinator selv hva som skulle prioriteres.

Det kommer fram i samtale at turgruppe skal videreføres i frivilligsentralen. Dette omfatter å søke støtte og koordinere en turgruppe for «aktiv på dagtid» drevet av Varfjell IL. Samt turgruppe drevet av frivillige.

Frivilligsentral

Vestnes kommune har frivilligsentral som er en møteplass og brubygger mellom menneske, frivillige organisasjoner og det offentlige. Det skal være tilbud til alle i kommunen. Det er ett årsverk knyttet til sentralen. Det kommer fram i Årsmelding for 2013 at sentralen også er en aktør i det forebyggende helsearbeidet i kommunen, og at det er mye god folkehelse i en sterk frivillig sektor. Det kommer videre fram at sentralen må ha særlig fokus på ungdom og nye innbyggere fra inn og utland. I årsmelding fra 2014 blir det pekt på at kultur og frivillighet er viktig for sosiale nettverk, og at møteplasser gir god folkehelse. Frivilligsentralen har møteplasser for integrering (Språkkafeen), for ungdom (Møteplassen!), for foreldre i permisjon (Full Rulle) og for eldre (Kulturkafeen). Videre kommer det fram at gåturene er tiltak som bidrar til fysisk aktivitet og folkehelse. Mål for 2015 er å opprette Utstyrssentral som vil bidra til at flere får tilgang på utstyr til deltakelse i fritidsaktiviteter.

Andre tiltak

- Det kommer fram i samtale at arbeidet med friluftsliv er viktig del av folkehelsearbeidet. Handlingsdel av kultur og fritid blir rullert årlig. Investeringsbudsjettet og bruken av spillemidler har tiltak knyttet til tilgjengelighet til anlegg og friluftsliv. «Stikk ut» er eksempel på tiltak i regi av friluftsrådet. Det blir pekt på at alt dette har blitt mer sentralt med folkehelseloven.
- I forbindelse med utarbeidelse av plan for folkehelsearbeidet ble det lagt vekt på det frivillige. Kommunen hadde møter i ulike bygder og har i den sammenhengen fått inn mange nyttig innspill fra befolkningen. Det blir trukket fram at det er aktive bygder med samfunnshus og mange turmuligheter. Det kommer videre fram at det er viktig at kommunen ikke overtar for det arbeidet som frivillige lag og organisasjoner utfører. Disse holder aktiviteten i gang. Kommunen legger til rette blant annet med midler til skilting og parkeringsplasser. Kommunen legger vekt på aktivitet som kan utløses med få midler.
- Innenfor arealplanlegging er turstier og gangveier prioritert. Møteplasser og trivsel er vektlagt i forbindelse med utvikling av sentrumsplanen herunder utvikling sjøfronten. En ser også på hvilke funksjoner som bør ligge sentralt, for å skape aktivitet/møteplasser.

- Det kommer fram i samtale at en innenfor helse og omsorg vektlegger eller ønsker mer fokus på det forebyggende og det laveste nivå i omsorgstrappa herunder å ta utgangspunkt i den enkelte sine ressurser.
- Vi viser også til avdelingenes rapportering på folkehelseiltak i Årsmelding 2014, jf. vedlegg 4.

4.3 Kommunerevisjonens vurderinger og anbefalinger

Folkehelse i planlegging

Vestnes kommune har integrert folkehelseperspektivet i ulike planer. Kommunen har noe oversikt over helsetilstanden og rapporterer på folkehelseiltak. I Årsmelding 2014 rapporterer alle driftsenhetene på folkehelseiltak.

Kommunen skal etter folkehelseloven ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Kommunen skal i sitt arbeid med kommuneplaner etter plan- og bygningsloven fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet til å møte de utfordringer kommunen står overfor med utgangspunkt i oversikten. Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer.

Det kommer fram i denne undersøkelsen at det er forbedringsområder i forhold til disse kravene. Dette gjelder i første rekke oversikt over helsetilstanden/kommunens folkehelseutfordringer. Revisjonen mener kommunen kan forbedre sammenhengen mellom oversikt over helsetilstanden, mål og strategier og rapportering i forhold til mål og strategier. Revisjonen viser til at kommunen er oppmerksom på viktigheten av å sikre sammenheng i styringsdokumentene jf. økonomiplan 2015-2018. Oversikt over helsetilstanden/kommunens utfordringer og kommuneplanens handlingsdel skal samordnes med økonomiplanen.

I økonomiplan 2015-2017 blir det vist til oversikt over helsetilstanden slik det framgår av folkehelseprofilen fra Folkehelseinstituttet.

Tiltak for å fremme folkehelse herunder tverrfaglig samarbeid

Vestnes kommune har ulike tiltak for å fremme folkehelse. I tillegg til ulike tiltak i enhetene, har stillingen som folkehelsekoordinator, «god helse partnerskapet», frisklivssentral og frivilligsentral vært sentral.

Kommunens arbeid med folkehelse i regi av folkehelsekoordinator har i første rekke vært knyttet til konkrete tiltak og prosjekt. Arbeidet med oversikt over helsetilstanden har i mindre grad hatt prioritet. Kommunen har vedtatt å ta bort stillingen som folkehelsekoordinator. Arbeidet med folkehelse skal fortsatt ha prioritet. Kommunen bør konkretisere hvordan arbeidet kan sikres uten egen stillingsressurs knyttet til dette arbeidet. Det må arbeides for å sikre at folkehelsearbeidet blir tverrsektorielt og at det skjer iverksetting i samsvar med vedtatte mål og strategier. Folkehelsearbeid skal omfatte hele kommunens virksomhet.

Det skjer tverrfaglig samarbeid blant annet i ulike planprosesser og prosjekt. Frisklivssentralen er eksempel på tverrfaglig samarbeid og samarbeid mellom ulike enheter. Ressurser knyttet til frisklivssentralen er redusert siste året. Kommunen har folkehelseutvalg og har vedtatt å opprette et planforum innenfor folkehelsearbeidet. Dette fungerer i varierende

grad. Vestnes kommune bør videreutvikle det tverrfaglige samarbeidet og avklare nærmere hvordan dette best kan ivaretas.

Anbefaling

- Vestnes kommune bør forbedre arbeidet med oversikt over helsetilstanden og sammenhengen mellom kommunens helseutfordringer, mål og strategier og rapportering.
- Vestnes kommune bør videreutvikle det tverrfaglige samarbeidet om folkehelse og avklare nærmere hvordan dette best kan ivaretas.

5 Tjenester og kompetanse

5.1 Problemstillinger og revisjonskriterier

Problemstillinger

- Har kommunen utviklet tjenestetilbudet og styrket kompetansen?

I dette kapitlet vil vi gi en beskrivelse av hovedtrekk i utviklingen av kommunens tjenester etter innføring av samhandlingsreformen. Det gir ingen fullstendig oversikt over tilbudet. Vi vil også se på om kommunen har styrket kompetansen og om kommunen legger til rette for kompetanseutvikling.

Revisjonskriterier

- Vestnes kommune har styrket kompetansen.

5.2 Fakta og beskrivelse

5.2.1 Innledning

I Meld.St.26 2014-2015 Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet – gis en oppsummering av utviklingen fra 2012 på landsbasis:

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utgir Helsedirektoratet årlig en samhandlingsstatistikkrappport. Rapporten fra januar 2015 viser at utviklingen er i tråd med reformens intensjoner. Tre år etter at reformen startet, ser vi at det har vært en noe sterkere ressursvekst i den kommunale helse- og omsorgstjenesten enn i spesialisthelsetjenesten. Årsverkstallene viser en dreining mot høyere kvalifisert personell i de kommunale tjenestene. Veksten er sterkest for sykepleiere med spesialisering, en økning fra 12 til 17 pst. Antallet leger i primærhelsetjenesten har økt med 7,4 pst. Utviklingen i kostnader og årsverk følger imidlertid samme utviklingstakt og retning som i årene før reformen startet. For aktivitetsutviklingen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er det imidlertid et tydelig skifte fra 2012 i retning av økt antall mottakere av korttidsopphold og hjemmetjenester. Tallet på liggedøgn for utskrivningsklare pasienter er kraftig redusert.

5.2.2 Utvikling av tjenestetilbudet

Vestnes kommune hadde fra 2001 en rehabiliteringsavdeling. Avdelingen ble nedlagt av økonomiske grunner. En korttidsavdeling ble oppretta i 2012. Mange kommer til korttidsavdelingen etter sjukehusopphold. Det er også avlastningsplasser der, for eksempel personer som er der tre uker og er hjemme i tre uker. Ellers blir det gitt avlastningsopphold og

korttidsopphold der det er plass. Det er lagt opp til nært samarbeid mellom sjukeheim og hjemmetjenesten. (Forvaltningsrevisjonsrapport; Kvalitet i sjukeheimstjenesten, 27.11.2013)

Det går fram følgende av Årsmelding 2013 ang etterspørselen innenfor institusjonshelsetjenesten og hjemmetjenesten:

- Vi har i større grad satsa på korttids plassar inne på institusjon, og dette gjer at det er stor utskifting av pasientar. Det har vore ein auke i bruken av avlastnings- og rulleringsopphald. Dette er med på å avlaste pårørande, og halde brukarane heime lengre. Vi i 2013 hatt ein høg utnyttingsgrad av institusjonsplassar. Vi ser at vi får brukarar med større behov for teneste. Dette vil gi ein auke i ressursbruk til den einskilde. Vi opplever også at det er eit aukande behov for oppfølging av yngre brukarar. Vi tar i tillegg imot pasientgrupper som tidlegare ikkje har vore i vår teneste. Dette gjeld personar med meir samansette behov for tenester. Ofte har dei som no kjem frå sjukehuset behov for direkte behandling i heimen/ eller på institusjon. Etterspørsel etter psykiatritenestene er også stadig aukande.

Tilsvarende **utviklingstrekk og utfordringer** framgår av Årsmelding 2014. I tillegg blir det blant annet pekt på økt krav til kompetanse siden de som kommer fra sjukehuset har behov for direkte behandling i heimen eller på institusjon.

I **Årsmelding 2013 og 2014** blir følgende konsekvenser av videre implementering av samhandlingsreformen tatt opp:

- Krav til auka IT kompetanse til den einskilde arbeidstakar.
- Fortsatt diskusjon omkring spesialistrehabilitering (HF) og kommunalrehabilitering.
- Innføring av øyeblikkeleg hjelp døgntilbod / interkommunal legevaktsamarbeid.
- Psykiatri/rus – stadig auka krav til kommunane.
- Behov for interkommunalt samarbeid på fleire arenaer.

Det kommer også fram i samtale at det er økt bruk av korttids plasser og rullerende avlastning. Pasienter tas ut fra sjukehuset og kan tas inn på korttidsavdeling til kartlegging.

I en orientering i **Eldrerådet** 26.2.2013 om hvordan samhandlingsreformen gjør seg utslag i Vestnes, kommer blant annet følgende fram:

- Driftsleiarane gjer nesten dagleg vurderingar og samarbeider i tett dialog med sjukehus og fastlegane. Mange saker er krevjande og fleire aktørar er med, for eksempel ergoterapeut og fysioterapeut og psykiatrisk sjukepleiar, for at den enkelte skal få ei god kommunal teneste. Det gjeld både i institusjon og i heimen. Alle institusjonane i kommunen blir nytta og vurdert utifrå kva teneste og kompetanse som er aktuell i kvart einskild høve. Vestnes ligg langt framme i høve å kunne nytte både smertelindring og intravenøs behandling både i institusjon og i heimen.

Vestnes kommunestyre gjorde den 7. februar 2013 vedtak om å revidere omsorgsplanen for Vestnes kommune. Det ble vedtatt følgende mandat:

- Planen skal ha hovudfokus på utfordringane Samhandlingsreforma stiller kommunen overfor, og korleis desse skal møtast på kort og lang sikt. Av tema kan nemnast: førebyggjande arbeid, interkommunalt samarbeid, samarbeidsavtale med HF, medfinansiering, kortare liggetid i sjukehus, auka ansvar for rehabilitering, framtidig ansvar for øyeblikkelig hjelp (døgntilbud). For evt framlegg til førebyggjande tiltak bør det takast utgangspunkt i Folkehelseplanen for Vestnes som vart vedteken av kommunestyret i september 2012.

I omsorgsplanen (Omsorgsplan 2020 vedtatt 12.6.2014) blir samhandlingsreformen omtalt slik:

- Reforma stiller kommunane overfor ein del utfordringar:
 - Kortare behandlingstid i sjukehus.
 - Auka krav til kva typer medisinske tilstandar som skal behandlast i kommunen
 - Førebuing til at ein frå 2016 får ansvar for kommunal ø-hjelp døgnopphald
- Utfordringar av økonomisk og systemisk art:
 - Økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasientar
 - Medfinansiering av sjukehusinnleggingar og ein del poliklinisk behandling
 - Systemansvar for å følgje opp statens krav til IKT-løysingar som skal samhandle med andre delar av hjelpeapparatet.
- Styrken til Vestnes kommune er at mange, både tilsette og leiarar, har vore aktive og motiverte for å møte dei krava som samhandlingsreforma stiller kommunen overfor. Vi har fått på plass eit tenestekontor som tek imot meldingar om utskrivningsklare pasientar, som behandlar søknader om bistand, og som stettar kravet om å vere ei koordinerande eining i kommunen. Det vil gå for langt å kome inn på alle sidene ved samhandlingsreforma. Reforma har på mange måtar “gått seg til”.

Eldrerådet slutta seg i møte 22.4.2014 til hovedlinjene i planen og tok blant annet opp at mange eldre opplever ensomhet og utrygghet når de blir boende alene. Rådet for funksjonshemma tok i møte 28.4.2014 opp at planen i første rekke var en plan for «seniorer». Kommunestyret godkjente Omsorgsplan 2020 i møte 12.6.2014, og vedtok skisseprosjekt for senere byggeprosjekt, fokus på forebyggende tiltak, prioritering av helsestasjon for eldre og styrking av demensomsorg (dagsentertilbud og demensteam) i budsjett 2015.

I **Økonomiplan 2015-2018** blir det pekt på som en utfordring at utskrivningsklare pasienter fra sjukehus har mer komplekse tjenestebehov enn før. I økonomiplanen under omtale av helse, omsorg og velferd blir følgende styrke ved helse og omsorgssektoren trukket fram:

- Har hittil stort sett greidd å dekke kompetansebehovet
- Har godt utvikla heimetenester og insitusjonstenester
- Har hatt bra dekning av legar

Det ble vedtatt sparetiltak på 13,8 mill. kr i 2015 og 13,5 mill. kroner i 2016. Det er reduksjon blant annet innen institusjonshelsetjenesten, hjemmetjenesten (fysioterapi) og folkehelsekoordinatorstillingen.

Det kommer også fram i samtale at det etter 2012 har blitt større utfordringer knyttet til hjelp, og at kommunen yter mer enn før. I tillegg til korttidsplasser, satset kommunen på omsorgsboliger med fast tilknyttet personell hele døgnet. Omsorgsboliger gjør at pasientene lettere kan sendes rett hjem. Kommunen kan tilby mer spesialisert behandling etter samhandlingsreforma, uavhengig av hvor pasientene bor.

Det kommer fram i samtale at samhandlingsreforma med behandling av sykere pasienter gir mer utfordrende og spennende arbeidsoppgaver for fagpersoner i kommunen.

Det kommer videre fram at kommunen klarer å ta imot utskrivningsklare pasienter takket være rullerende avlastning og at folk er lengre heime før evt. institusjonsopphold. Det har blitt jobbet målrettet med dette. Kommunestyrets vedtak i budsjett 2015 om at Vestnes sjukeheim får reduserte budsjettmidler, kan gi utfordring. Så langt er tiltaket ikke gjennomført. Det kommer fram at det blir drøftet mye på forsvarlighet. Reduksjon av plasser kan gå bra om en får brukt hele omsorgstrappa der ulike omsorgstjenester utgjør de forskjellige trinnene i trappa. Kommunen prøver andre tiltak før institusjonsplass. Faglighet er i fokus med drøfting

og utprøving av tiltak i heimen. Det kommer fram at kommunen jobber godt, men at ulike rutiner kan bli bedre.

Det kommer fram i samtale at det er lagt til grunn at institusjonene skal reduseres og hjemmetjenesten styrkes. Så lenge behovet er stort ved institusjonene klarer en ikke å styrke hjemmetjenesten som planlagt. Det kommer fram i samtale at ansatte ser fram til logistikkprosjekt i hjemmetjenesten. (organisering, turnus etc.) Det kommer videre fram at hjemmesykepleien ikke kan si at det er fullt eller si nei til pasienter.

Utvikling av nye tilbud - prosjekt

Det kommer fram i samtale at kommunen, med unntak for rehabiliterings-/korttidsavdeling og ulike prosjekt, ikke har bygd opp nye tilbud som følge av samhandlingsreformen. Men det blir vist til at kommunen behandler sykere pasienter.

Det kommer fram i Årsmelding 2014 at kommunen har ulike prosjekt med ekstern finansiering der nye tiltak blir prøvd ut:

- Staten v/fylkesmannen, departement og direktorat har dei siste åra hatt stort fokus på å utvikle kommunesektoren ved å prøve ut nye tiltak. Det er difor løyvd til dels mykje pengar som kommunane kan søkje om å få tilgang på. Det positive i dette er at ein kan få midlar til utprøving av nye arbeidsmåtar utan å måtte få løyvingar over kommunen sitt driftsbudsjett. I prosjektstillingar kan vi få verdifull kompetanse inn i organisasjonen vår. Det som er krevjande i dette er at prosjektmidlane tek slutt. Dermed blir det ei vanskeleg avgjerd kva tiltak som må avviklast, eller kva tiltak som det skal satsast vidare på. Dette blir spesielt vanskeleg når ein står overfor kuttprosessar. (Årsmelding 2014)

I årsmelding for 2014 blir det gitt en oversikt over ulike prosjekt, se vedlegg 4.

Vestnes kommune har blant annet bygd opp et tilrettelagt tilbud for alvorlig sjuke og dødende, et såkalla palliasjonsrom:

- Vestnes kommune har over tid hatt fokus på kreftomsorg, gjennom samarbeidsprosjekt mellom Heimetenesta og Vestnes sjukeheim. Prosjektet er gjennomført m.a. via prosjektmidlar frå Helsedirektoratet. Det er lagt vekt på internundervisning på dette feltet. Tidlegare har palliasjon/lindring mykje vore knytta til kreftomsorg. Det er i dag meir snakk om lindring på tvers, og gjeld lindring uavhengig av diagnose. Opphald i palliasjonsrommet kan gjevast både som avlastning til pårørende i kortare periodar og som eit tilbod til døyande. (Omsorgsplan 2020)

Det kommer fram i samtale at det er mye palliativ pleie og terminal pleie jf. prosjekt om «Lindring på tvers». Det har vært en kompetansehevning etter samhandlingsreformen som har gitt økt kvalitet.

Rus og psykiatri

Helse- og omsorgsutvalget påpeker i Omsorgsplan 2020 blant annet:

1. Det er forståelig at Heimetenestene prioriterer yngre menneske med behov for bistand p.g.a psykiske lidingar. Imidlertid ser vi dei store behova, gjerne udiagnostiserte, som kan ligge hos eldre menneske.
2. Vestnes kommune må utarbeide eigen plan for området rus og psykiatri når innfasing i samhandlingsreforma blir tydelegare.

Det kommer også fram i samtale at det er en utfordring at psykiatriplan bare har fokus på yngre, og ikke eldre pasienter.

Det framgår av årsmelding 2013 at stadig økte krav til kommunene innen psykiatri og rus er en konsekvens av implementering av samhandlingsreformen.

Det blir sagt følgende i Årsmelding 2013 under omtale av Vestnes legesenter:

- Vi ser ei utvikling med auke i talet på pasientar med psykiske vansker og/eller rusproblem. Dette gir utfordringar både av behandlingmessig karakter lokalt og i 2. linjetenesta samt sikkerhetsmessig på legekantoret og på legevakta. Vi ser et behov for auka kommunal satsing på rus og psykiatri og vil slå et slag for tilsetjing av «kommune-psykolog».

Det framgår av Omsorgsplan 2020 at det innenfor samhandlingsreformen gjenstår utfordringar knyttet til rus og psykiatri. Det blir pekt på at det er usikkert når samhandlingsreformens virkemidler blir overført til kommunen. Kommunal medfinansiering er avvirket fra 2015. Innføring av betaling for utskrivningsklare pasienter er aktuelt fra 2017 jf. helse- og omsorgsminister Bent Høies tale på [helsekonferanse](#) 7. mai 2015:

- Under samhandlingsreformen fikk kommunene plikt til å betale hvis utskrivningsklare innbyggere med somatisk sykdom ble liggende på sykehuset. Formålet var å tydeliggjøre hjemkommunens ansvar for disse pasientene. Men det var noen pasienter kommunen slapp å betale for. De med psykiske lidelser og rusproblemer. Vi har fått klare signaler om at det har påvirket prioriteringene i kommunene. Det vil vi ha slutt på. Derfor tar vi sikte på å innføre betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter også innen psykisk helse og rus. Vi gjør det tidligst fra 2017 fordi vi vil gi kommunene tid til å forberede seg. Det betyr ikke at spesialisthelsetjenesten ikke lenger har ansvar. Men vi sier klart fra hvor hovedansvaret ligger. I kommunen.

To psykiatriske sjukepleiere er ansatt i hjemmetjenesten. Disse arbeider med pasienter/brukere opp til 67 år. Det kommer fram i samtale at disse ikke har kapasitet til å ta på seg nye oppdrag for eldre. Det kommer fram at det er utfordringar i overgangen mellom ungdom og voksne. Hjemmetjenesten tar over ansvaret fra barne- og ungdomstjenesten når brukere er 18 år. Det er prosess på gang for å sikre en bedre overgang. Det er aktuelt at psykiatrisk sjukepleiere kommer tidligere inn, fra 16 år. (Se også omtale av psykisk helse og rus under avsnittet om helsestasjon – barn og unge.)

Kommunen ble i rammeoverføringen styrket med anslagsvis 250 000 kroner i 2015. Det blir pekt på at det er en utfordring med økt etterspørsel etter tjenester knyttet til økonomi- og gjeldsrådgivning. Kommunen har styrket NAV med 80 % stilling som gjeldsrådgiver. Det blir vist til at dette innebærer en styrking av tilbudet innenfor rus og psykisk helse.

Tjenestekantoret har egne møter med psykiatrisk sjukepleiere en gang i måneden. De går gjennom saker sammen og melder inn eventuelt behov for somatiske tjenester.

Helsestasjon – barn og unge

I [Økonomiplan 2015-2018](#) blir det pekt på følgende utfordringar:

- Auke i talet på yngre pasientar med omfattande behov, spesielt innan rus og psykiatri.

Vestnes kommune har ansatt kommunepsykolog som også er nestleder for barne- og ungdomstjenesten/ass. driftsleder. Kommunen får driftstilskudd fra Helsedirektoratet. Stillingen er både fagutvikler og arbeider klinisk. Kommunepsykologen arbeider mye med de mellom 16-20 år. Det gis lavterskeltilbud uten henvisning i regi av helsestasjonen. Barn der det er rus/psykiske problem blant voksne, blir prioritert. Det gis familieveiledning i et tverrfaglig samarbeid. Det kommer fram i samtale at en tenkte at en ikke måtte la seg overvelde av samhandlingsreformen.

Det kommer videre fram i Årsmelding 2014 at **helsesøsterressursen** er for liten i skolehelsetjenesten:

- Mange elevar og foreldre etterspør tiltak og hjelp, så ressursen må aukast. Statlege føringar er at helsesøsterressursen i skulehelsetenesta skal aukast, og økonomiske ressursar er lagt inn i rammetilskotet for å bidra til gjennomføring i kommunane. Ein øyremerka helsesøsterressurs bør setjast av til dette føremålet slik at tenesta skal bli forsvarleg.

Det var en styrking i statsbudsjettet 2015 av helsestasjonstjenesten, inkludert skolehelsetjenesten og jordmortjenesten. Det ble ikke vedtatt styrking i budsjett for 2015.

Det kommer fram i samtale at det er lite helsesøsterressurs på skolene. Det kommer videre fram at det bør føres oversikt for å synleggjøre behovet. Det er ønskelig å få system for dokumentasjon av behov. Helsestasjonen gjennomførte brukerundersøkelse april 2015.

Kommunepsykologen arbeider blant annet med å hindre frafall fra skole. Et tverrfaglig team reiser ut til skolene og gir veiledning (barnevern, PPT, helsestasjon) Det har vært fokus på vold i nære relasjoner. Det er utarbeidet prosedyrer for hvordan dette skal håndteres i skole og barnehage.

Det kommer fram i Årsmelding 2014 at det er en stor utfordring å makte kravet om tett oppfølging av **de fødende** som kommer heim fra sjukehuset etter 2 dager. Det kommer videre fram at dette er viktig for å sikre god ammestart, og det er sett opp som et av resultatmåla for 2015 at «Jordmor heim» skal være i drift fra etter sommeren.

Legetjenesten

Vestnes kommune har inngått legevaktsamarbeid med Ålesund kommune. Det framgår følgende på hjemmesiden:

- Frå 1. januar 2015 vert innbyggerane i Vestnes kommune knytt til Legevakta for Stordal, Vestnes og Ørskog. På natt vil Vestnes Kommune vere knytt til legevakta i Ålesund. Etter kl. 22 vert legevaktnummeret kopla direkte til Ålesund Legevakt. På kvardagar frå kl. 08.00 til kl. 15.30 har Vestnes Legesenter ansvar for øyeblikkelig hjelp.

Det kommer fram i samtale at det merkes på kveld og natt at legevakten er flyttet. Legetjenesten er ikke like lett tilgjengelig.

Det kommer fram i samtale at tilsynslegeressursen er økt noe etter innføring av samhandlingsreformen. Det er inngått avtale med tilsynslegene ved institusjonene om at disse kan kontaktes på ettermiddag/ kveld. Ut over dette nyttes legevakt overfor institusjonene. Fastlegene har ansvar for pasienter som mottar hjelp fra hjemmetjenesten.

Data fra Kostra, se tabell 4 i vedlegg 3, viser blant annet at legetimer pr uke pr beboer i 2013 lå lavere enn kommunegruppe 11, Møre og Romsdal og Landet. Foreløpige tall for 2014 viser en liten nedgang fra 0,34 til 0,32.

Tilsynslege ved sjukeheim har ansvar på sjukeheimen og har også ansvar for pasienter som er inne på korttidsopphold. Det kommer fram i samtale at det er eksempel på at det kan være en ekstra kvalitetssikring med tilsynslege i tillegg til fastlege for disse pasientene.

Det kommer fram i samtale at samarbeidet med fastlegene har blitt bedre etter samhandlingsreformen, eksempelvis for hjemmetjenesten og tjenestekontoret. Det har blitt

lettere å få kontakt med fastlegene. Gjennom e-meldinger går forespørsel til legene. Det skal gjensidig svares innen en viss frist.

Det kommer fram i samtale at samarbeidet mellom barne- og ungdomstjenesten og fastlegene har blitt bedre. Dette gjelder for ansvarsgruppemøte, og det er lettere å få til møte på legesenteret.

Det kommer videre fram at fastlegene er mer ute i heimene, men at det er noe ulik praksis blant legene.

Det framgår av årsmeldingene 2013 og 2014 at elektronisk kommunikasjon både med 2. linjetjenesten og pleie og omsorg i kommunen og tilbud om «time same dag» for pasienter som skal til fastlege, har forbedret kommunikasjon mellom ulike samarbeidsparter og har forbedret tilgjengelighet for brukere. Det er positivt tilbakemeldinger fra brukerne og mindre bruk av legevakt.

I årsmelding 2013 og 2014 om Vestnes legesenter blir i tillegg til utfordringer knyttet til rus og psykiatri, følgende områder trukket fram:

- Forebygging og behandling av livsstilssjukdommar bør kome endå meir i fokus. Legesenteret har hatt svært gode erfaringar med tilbod om konsultasjon hos diabetessjukepleiar. Dessverre er dette tilbod nå borte saman med diabetesprosjektet.
- Kroniske sjukdomar: Befolkninga blir eldre og lever lengre med kroniske sjukdomar. Legesenteret vil framover ha eit spesielt fokus på sjukdomane KOLS og diabetes.

Det blir i Økonomiplan 2015-2018 pekt på følgende utfordring innen helse, omsorg og velferd

- I fastlegeforskrifta blir det vektlagt god kvalitet på legetenesta og kommunens overordna ansvar for ei god og forsvarleg allmennlegeteneste. Det må framover vere auka fokus på kvalitetssikring og kompetanseheving.

I Meld.St.26 2014-2015 Fremtidens primærhelsetjeneste – framgår følgende om fastlegene:

I St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen ble det påpekt at fastlegene spiller en nøkkelrolle for å nå reformens målsettinger, men at de er for dårlig integrert i de øvrige helse- og omsorgstjenestene, og at kommunene mangler styringsmuligheter. For å møte disse og andre utfordringer ble fastlegeforskriften revidert i 2013. I revidert forskrift, som trådte i kraft 1. januar 2013, stilles tydeligere krav både til fastlegene og kommunene. Bl.a. stilles nasjonale funksjons- og kvalitetskrav til fastlegenes virksomhet. Helsedirektoratet har gjennomført en evaluering av effekten av forskriften. Konklusjonen er at forskriften har virket i for kort tid til å trekke sikre konklusjoner. Men det foreløpige bildet kan tyde på at både kommuner og fastleger fortsetter som før.

Rehabilitering

Det kommer fram i en orientering til eldrerådet 26.2.2013 at alle romsdalskommunene skal sende et felles skriv til helseforetaket om behovet som kommunene har for rehabilitering. Diskusjonen omkring rehabilitering blir nevnt i Årsmelding 2013, og i Årsmelding 2014 framgår det at det fortsatt er diskusjon omkring spesialistrehabilitering og kommunal rehabilitering. Økonomiplan 2015-2018 tar også opp at implementering av samhandlingsreformen i forhold til rehabilitering og ansvarsfordeling mellom kommune og helseforetak er en utfordring.

Det kommer fram i samtale at kommunen utfører mye av arbeidet når det gjelder rehabilitering, og at det ikke er lett for pasientene å få plass i spesialisthelsetjenesten.

Det kommer videre fram at det i kommunen har økt bevisstgjøring på hjemmerehabilitering (ergoterapeut, fysioterapeut, rehabiliteringssjukepleier), og at det er økt fokus på funksjon hos pasient/bruker. I samtale blir det også vist til at det pågår avklaringer mellom kommunen og helseforetak, og at det ikke er avklart hva kommunen må ta over.

Det blir blant annet sagt følgende om rehabilitering i Omsorgsplan 2020:

- Rehabilitering kan gjevast på ulike nivå; alt frå enklare rådgjeving frå ergoterapeut og fysioterapeut til forholdsvis krevjande tiltak i sjukeheim på det høgste trinnet i omsorgstrappa. Vestnes kommune har eit **rehabiliteringsteam** der fysioterapeut, ergoterapeut og sjukepleiar arbeidar tverrfagleg kring den enkelte brukar. Rehabiliteringsteamet samarbeider med sjukehusa, behandlingstilbud i fylket, og dei ulike einingane i kommunen. **Fysioterapitenesta** i Vestnes har både kommunalt tilsette og privatpraktiserande fysioterapeutar. Vestnes kommune har eigen **ergoterapeut**. Han/ho skal hjelpe menneske som på grunn av sjukdom, skade eller anna funksjonsnedsetjing har vanskar med fungere i kvardagen. Ergoterapi inneber mellom anna: trening av daglege gjeremål, kompensering for tapt funksjon med tekniske hjelpemiddel, tilrettelegging for aktiv fungering i heimen.

Det kommer fram i samtale at rehabiliteringssykepleier i hjemmetjenesten i mange år arbeidde som vanlig sykepleier, men nå fungerer som rehabiliteringssykepleier i 60 % stilling. Dette utgjør en styrking av rehabiliteringstjenesten. Rehabiliteringssykepleier bidrar både under korttidsopphold, planlegging av hjemreise og hjemme. Samtidig kommer det fram at fysioterapistillingene er redusert fra 2 til 1 ½ i budsjett for 2015. Det kommer fram i samtale at det er behov for å sikre internt samarbeid om bruken av fysioterapiressursen.

Data fra Kostra, se tabell 4 i vedlegg 3, viser blant annet at fysioterapitimer pr uke pr beboer i 2013 lå lavere enn kommunegruppe 11, Møre og Romsdal og Landet. Foreløpige tall for 2014 viser en nedgang fra 0,21 til 0,10. Årsverk ergoterapeuter per 10 000 innbygger er også lavere enn kommunegruppen, Møre og Romsdal og landet.

Kommunale akutte døgnplasser (KAD)/øyeblikkelig hjelp døgntilbud

Kommunal plikt til å tilby døgnopphold for pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp skal innføres gradvis fram til 2016. Det framgår av Omsorgsplan 2020 at dette er en av de store utfordringene innen samhandlingsreformen som gjenstår:

- Kommunalt ansvar for **ø-hjelp døgnopphald** frå 2016. I Helse- og omsorgslova § 3-5 heiter det: Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til. Kommunen må i løpet av 2014 avgjere korleis dette tilbodet skal organiserast og tilretteleggast. Det ser pr. i dag ut til at dei fleste kommunar går inn i eit interkommunalt samarbeid om dette. Ofte ser vi at denne tenesta er kopla mot legevakttenesta. Denne saka må behandlast av Vestnes kommunestyre som eiga sak.

I Meld.St.26 2014-2015 Fremtidens primærhelsetjeneste –framgår følgende:

Kommunenes nye plikt til å ha et øyeblikkelig hjelp døgnopphold skal tre i kraft i 2016, men er innen somatikk gradvis innfaset fra 2012. Plikten vil også omfatte brukere med psykiske helseproblemer og/eller rusproblemer, men først fra 2017 for å gi kommunene tid til å etablere nødvendige tilbud. Formålet med oppbyggingen av et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp er å unngå innleggelser i sykehus når dette ikke er ønskelig eller nødvendig ut i fra en medisinsk faglig vurdering.

I Økonomiplan 2015-2018 blir det også vist til at det er en utfordring at innføring av øyeblikkelig hjelp fra 2016 vil kreve større grad av interkommunalt samarbeid.

Det blir i samtale vist til at kommunale akutte døgnplasser (KAD) er vanskelig i Vestnes kommune pga. lang avstand til legevakt. Vestnes kommune har takka ja til å være med i et interkommunalt ØH-hjelp døgntilbud lagt til den interkommunale legevakta i Ålesund. Det kommer fram i samtale at tilbudet er forsinka og ventelig vil være i drift fra 1.9.2016.

Tjenestekontoret

Tjenestekontoret har ansvar for informasjon, kartlegging og saksbehandling av helse- og omsorgstjenester for alle over 18 år. Det er unntak for personer med utviklingshemming der ansvaret er lagt til Bu- og habiliteringstenesta. Ansvaret for de under 18 år er lagt til Barne- og ungdomstenesta.

Følgende utfordringer blir pekt på i Økonomiplan 2015-2018:

- Krava til saksbehandling og dokumentasjon er auka. All dokumentasjon skal føregå elektronisk. Dette krev vidare planlegging, opplæring og ressursar. Dette gjeld både generell saksbehandling, men også som ein del av Samhandlingsreforma (m.a. koordinering av meldingar frå sjukehuset).

Tjenestekontoret med to stillinger har en rådgivende rolle i saksbehandlingen. De har systemansvaret for saksbehandlingssystemet CosDoc. Tjenestekontoret har ansvar for å utrede søknader om tjenester. Saksbehandlingen skjer i et samarbeid med avdelingene.

Tjenestekontoret behandler søknader og mottar informasjon om utskrivningsklare pasienter. Tjenestekontoret drøfter med driftsledere når det blir meldt om utskrivningsklare pasienter. Driftslederne i institusjonstjenesten og hjemmetjenesten treffer vedtaket etter råd fra fagrådet/tjenestekontoret. Siden driftslederne har et helhetlig ansvar også for økonomien, er beslutningsmyndigheten lagt til driftslederne. Det kommer fram i samtale at Vestnes kommune legger vekt på at den som skal gjøre vedtak også har et budsjettansvar. Vedtak skal skje innenfor budsjetterte rammer, men slik at kommunen følger lov og gir minstestandard. Det kommer fram i samtale at dette ikke utgjør noe problem. Det er sjelden endringer. Sakene blir drøftet, og det er kommunikasjon i forkant. Det er fokus på hva en anser som forsvarlig. Det blir lagt vekt på retten pasient/bruker har, men bruker/pasient skal heller ikke få mer enn det som er nødvendig.

Det blir vist til at det blir diskutert om tjenestekontoret også kan ta ansvar for barn og unge. Dette kommer også fram i Årsmelding 2014:

- Saksbehandling bør skje i nær tilknytning til tildelingskontoret. Ein bør sjå på ei løysing der ein kan samordne ressursane slik ein sikrar likebehandling i høve saksbehandling og vurderingar uansett kva alder det er på søkjaren/ brukaren.
- Overgangen ved 18 år er ei stadig utfordring. Ved felles tildelingskontor for helse- og omsorgstenester ville ein ha større mulighet til å få denne overgangen forsvarleg.

Det kommer fram i samtale at det i så fall er viktig med koordinerende nettverk der fagressurser blir benyttet.

Det kommer fram i samtale at etableringen av tjenestekontoret har gitt bedre kvalitet på utforming av vedtakene. Kontoret har både helsefaglig og juridisk kompetanse. Tjenestekontor ligger i dag i stab under administrasjonssjefen, men blir lagt til kommunalsjef for helse og omsorg når denne funksjonen er på plass.

5.2.3 Kompetanse

Kompetanse er til en viss grad også omtalt tidligere i dette kapittelet.

I Årsmelding 2013 blir det tatt opp at rekruttering i fagstillinger har vært en utfordring generelt i tillegg til nok tilgang til vikarer. Det blir sagt følgende om kompetanse:

- Nokre avdelingar manglar kompetanse, spesielt høgskuleutdanna. Det er utfordringar i forhold til å kunne nytte kompetansen på tvers i kommunen. Det er krevande å ha kompetansedekning på alle avdelingar og på alle vakter. Dette gjeld spesielt i forhold til dekning av tilsette med høgskoleutdanning (sjukepleiar, vernepleiar). Alle sjukepleiarar/ helsepersonell med spesialutdanning er no direkte knytta opp mot ei avdeling og er ein del av grunnbemanninga. Dette gjer at vi ikkje får nytta desse ressursane på ei god nok måte. Vi har no så vidt starta arbeidet med å frigjere spesialutdanna sjukepleiarar slik at dei kan nyttast i heile kommunen. I tillegg ser vi at med andre arbeidstidsordningar får ein nytta kompetansen på ein mykje betre måte, og reduserer antall deltidsstillingar av høgskole/fagutdanna personell.

I Økonomiplan 2015-2018 blir også utfordringar knyttet til rekruttering tatt opp:

- Stadig større vanskar med å rekruttere til fagstillingar. Det er utfordringar i forhold til å kunne nytte kompetansen på tvers i kommunen. Dette må det arbeidast meir med. Leiging og tillitsvalte må finne løysingar saman.

Det kommer fram i Årsmelding 2014 at kommunen har oppnådd flere ting i forhold til kompetanseutvikling og opplæring blant annet:

- Kompetanseplan er politisk handsama. Kontinuerleg arbeid.
- Andre kursomgong/Demensomsorgens ABC slutført.
- Praksisplass for elevar og studentar innan helsefagarbeidar og sjukepleiarutdanning.
- Gjennomført fleire fagprøver (helsefagarbeidar) for arbeidstakarar frå ulike einingar.

Det kommer vidare fram følgende i Årsmelding 2014 om kompetanse og rekruttering:

- Strategisk kompetanseplan - viktig å sette standard for kva utdanningar kommunen vil ha, og kva kommunen gir støtte til.
- Kompetansebehov aukar, og dette gir bakvaksbehov då avdelingar manglar spesielt høgskuleutdanna.
- Bruke kompetanse rett – spesialkompetanse/høgskuleutdanna personell må nyttast på tvers, evt team for heile kommunen, samt interkommunalt samarbeid.
- Tenestene må vere opne for nye arbeidstidsordningar, og få nytta kompetansen på ein betre måte. Dette vil redusere talet på deltidsstillingar
- Eigne rekrutteringstiltak, eks løn, arbeidstidsordningar.
- I periodar nytte vikarbyrå for å sikre fagkompetanse og forsvarleg drift. Vestnes kommune har inngått rammeavtale i lag med fleire Sunnmørskommunar om bruk av vikarbyrå.

I Årsmelding 2013 og 2014 blir kravet til økt **IT-kompetanse** tatt opp som en konsekvens av vidare implementering av samhandlingsreformen. Dette blir også tatt opp i Økonomiplan 2015-2018:

- Vestnes kommune skal innan utgangen av 2014 vere på nasjonalt helsenett. Dvs kommunikasjon mellom legar, institusjon, sjukehus osv skal føregå via elektroniske meldingar. Dette vil krevje både tid og ressursar til oppgradering av system og opplæring av tilsette.

Det kommer fram i Årsmelding 2014 at kommunen har god dekning med legeårsverk, men noe lavere dekningsgrad med fysioterapeuter.

Administrasjonssjefen i Vestnes kommune skriver i brev datert 10.1.2015 om oppfølging av forvaltningsrevisjonsrapport om kvalitet i sykehjemstjenesten følgende om dimensjonering, organisering og samarbeid knyttet til fysioterapitjenesten:

- Fleire av dei som arbeider i institusjonstenesta meiner at fysioterapitenesta ikkje er tilstrekkeleg dimensjonert for pasientane i institusjon. Spesielt gjeld dette dei som er inne på langtidsopphald. Forventningane i høve tenesta er nok større enn kva fysioterapeutane meiner det er ressursar til. Prioritering og forventningar vil vere nøkkelord i det vidare arbeidet. Kommunen må ofte prioritere mellom førebyggjande og rehabiliterande behandling. Dette er vanskelege avvegingar. Administrasjonssjefen har no bede driftsleiarane innan Heimeteneste og institusjonsteneste vere med i ei overordna prioritering i samarbeid med fysioterapeutane. Statistisk er det klart at fysioterapiressurs pr institusjonsbebuar ligg svært lavt i Vestnes.

Data fra Kostra, se tabell 4 i vedlegg 3, viser blant annet at Vestnes kommune har høyere andel legeårsværk og lavere andel fysioterapiårsværk enn kommunegruppe 11, Møre og Romsdal og landet. Vestnes har lavere andel årsværk i brukerrettede tjenester med fagutdanning. Andelen økte fra 47 til 48 fra 2012 til 2013 for fagutdanning fra videregående skole, men det er ingen økning når det gjelder fagutdanning fra høyskole/universitet.

Kommunestyret behandla strategisk kompetanseplan for pleie og omsorg på møtet i april 2013. Konsekvensene av samhandlingsreformen blir omtalt:

- Sentralt vil elles vere å vidareutvikle god leiing og praksis for strategisk kompetansestyring innan pleie- og omsorg og då med eit særleg fokus på dei utfordringane som samhandlingsreforma stiller kommunen ovanfor når det gjeld kompetanse og kapasitet.
- Det vert forventa at *oppfølging av personar med kroniske lidingar* skal bli betre og ikkje minst skal kommunane i mykje større grad tenke *tidleg innsats og førebyggjande arbeid*. Innbyggjarane skal få tilbod om hjelp til å legge om levevanar. Hjelperrolla vert meir å forstå som *tilretteleggjar* av tenestetilbod slik at sjukdomsutvikling vert hindra eller utsatt og at *sjølvstendigjering* blir ei overordna målsetting.
- For å auke kvaliteten på tenestene er riktig kompetanse avgjerande. Samhandlingsreforma stiller krav til kommunen om meir behandlingskompetanse. Desse krava kan ikkje kommunen velje å sjå bort ifrå. Dei statlege overføringane til kommunane synest å gi lite rom for utbygging av tenestene. Derfor vil mykje av utfordringa kommunane står ovanfor, vere å dreie tenestene meir over til førebygging og kvardagsrehabilitering. Dette for å hindre meir omfattande bistandsbehov i framtida med auke i eldrebefolkninga.
- Med samhandlingsreforma ser vi at utskrivning frå sjukehus vert gjort tidlegare. Kommunen skal ha tilbod om meir og betre pasientbehandling på lokalt nivå. Frå 2016 skal kommunen ha på plass øyeblikkelig-hjelp funksjonar. Dette er tema kommunen må jobbe vidare med i lag med den øvrige helse- og sosialtenesta i kommunen, som legeteneste, NAV, barne- og ungdomsteneste og andre relevante samarbeidspartar internt i kommunen og i samarbeid med andre kommunar og andrelinetenesta. Vestnes kommune sine framtidige behov må kartleggast meir enn det som har vore mogleg i dette prosjektet.

Kompetanseplanen skulle ses i sammenheng med andre planer og være et redskap når enhetene velger retning for arbeidet med kompetanseheving og i utforminga av opplæringsplanene.

Omsorgsplan 2020 omtaler kompetanseplanen og kompetanse i framtidige omsorgstjenester:

- Kommunal sektor vil fram mot 2035 ha behov for så mange som 57.000 nye helsefagarbeidarar og 28.000 nye sjukepleiarar. Det kan bli ein “kamp” om personell mellom kommunar, og mellom kommunar og helseføretak.

- Den demografiske utviklinga gir fleire eldre samstundes som mange av dagens dyktige medarbeidarar går av med pensjon. Den kommunale helse- og omsorgssektoren står framfor store endringar, m.a. som følgje av samhandlingsreforma, teknologisk utvikling og nye aktørar i velferdsområdet. Dette gir spennande rom for fagleg utvikling og tverrfagleg samarbeid, men også utfordringar.
- For å møte desse utfordringane vil det vere behov for nytenking både i korleis en utfører tenestene, rett bruk av kompetanse, tverrfaglig samarbeid i kommunen og med spesialisthelsetenesta, med brukarar og pårørande, samt frivillige organisasjonar.
- Vestnes kommunestyre godkjente “Strategisk kompetanseplan for pleie- og omsorg” i april 2013. Planen er lagt ut på våre heimesider og har 5 strategiske kvalitetsmål:
 - 1) *Innbyggjarane skal kunne bu lengst muleg i eigen heim*
 - 2) *Effektivisere og kvalitetssikre tenestene med betre bruk av IKT*
 - 3) *Styrke leiarkompetansen*
 - 4) *Styrke samhandling internt og mellom tenestenivå*
 - 5) *Styrke nærværet gjennom systematisk arbeid med IA & HMS*

I Omsorgsplan 2020 er det fokus på rett kompetanse til rett tid, alternative turnusordningar i tillegg til følgende:

- Satsing på utdanning av egne tilsette. Det blir satset på grunnutdanning av tilsette utan formell utdanning og vidareutdanning av høgskuleutdanna og meir interne kurs som etterutdanning. Og vidare: «I framtida blir det nok endå viktigare for arbeidsgjevar å kunne styre kva utdanning det vert gitt støtte til. Vi må sikre oss grunnleggande kompetanse på område der vi er sårbare, og der nye reformer stiller nye krav til kommunane.» Kommunen har blant annet sett behov for etter/vidareutdanning innan IKT. Dette for å møte krava til elektronisk samhandling.
- Interkommunalt samarbeid «Føringane for framtidig kommunestruktur er enno uklart i 2014. samhandlingsreforma har gitt kommunane utvida ansvar for helse- og omsorgstenester. Dette har sett nye krav til kompetanse. Kompetansekravet kan løysast ved interkommunalt samarbeid om dei mest kompetansekreivjande oppgåvene. Pr i dag ser ein dette innan rus og psykiatri, innan spesialutdanningar for å bistå med forsvarleg helsehjelp ved livsstilssjukdommar, rehabilitering, kreft. Det ligg føringar frå ny regjering om at tenesteomfanget og kompetansekrav knytta til dette må innebere robuste kommunar. I regjeringa sin terminologi vil robuste kommunar innebere større kommunar. Kva dette inneber for Vestnes kommune vil kanskje den neste fireårsperioden seie noko om.»

Helse- og omsorgsutvalget påpeker i planen behovet for grunnutdanning og IKT-kompetanse.

Det kommer fram i samtale at det er en utfordring med kompetanse innenfor hjemmetjenesten. Kommunen har mista mange sjukepleiere siste åra. (7-8 sjukepleiere er borte de tre-fire siste årene) Det er ingen oppdatert plan med fokus på hva en trenger av kompetanse. Dette er noe en vil se på. En vil også se på hvordan kompetansen skal benyttes i kommunen. Det er blant annet et spørsmål om alle sjukepleiere skal kunne jobbe over alt. Det er et spørsmål om det i så fall blir tilstrekkelig kvalitet. Turnusprosjektet er avslutta. Det viste seg vanskelig å gjennomføre langvakter. Det betyr at en vil trenge flere på helg framover.

Det blir vist til at det trengs mer ressurser (tilstrekkelig kapasitet/kompetanse) når kommunen skal behandle flere og sjukere pasienter enn før blant annet som del av samhandlingsreforma. Det har vært 52 brukere i heimetjenesten, men det er nå 75. Behovet øker, men ressursene er de samme. På planen kan en ha tilstrekkelig kompetanse, men i praksis klarer en ikke å leie inn kvalifiserte ved fravær. Hjemmetjenesten har hatt merforbruk i forhold til budsjett i flere år. Det er en utfordring å klare tilpasning til budsjetttrammene.

Det er særlig mangel på sjukepleier på natt. Tjenesten opplever reduserte ressurser på kveld og natt. Det tvinger seg fram at en må leie inn ekstra pga. kravet til faglighet. Innenfor

hjemmesjukesleien har en leid inn ekstra hele vinteren. Det kommer fram i samtale at en i liten grad bruker avviksskjema når det ikke er samsvar mellom ressurser og behov, men at dette er noe en vil prioritere.

Det kommer samtidig fram at behovet svinger, slik at det ikke bare er å øke opp. Det har i det siste vært en langvarig topp. Det er liten tid til å planlegge framover i forhold til forventa behov som følge av befolkningsendring m.m. Det kommer fram at det særlig innenfor demens er utfordringer innenfor hjemmetjenesten.

Administrasjonssjefen i Vestnes kommune viser i brev datert 10.1.2015 om oppfølging av forvaltningsrevisjonsrapport om kvalitet i sykehjemstjenesten til at omfanget av vikarbruk i noe grad skyldes at "korttidsavdelinga/rehabiliteringsavdelinga" ikke har vært fullt i drift og at personellressursen derfor har vært ustabil. Det kommer videre fram at det tidligere har vært utarbeidet en kompetanseplan innen helse og omsorg og at denne må revideres. Og videre: «Fokus på bruken av deltid er også svært viktig, og noko som ytterlegare må prioriterast. Dette må skje i samarbeid på tvers av einingar for å kunne nytte ressursane på ein god måte både fagleg og økonomisk måte.»

Innenfor **barn- og ungdomstjenestene** er det gjennomført oppstart av skolering i fellestema i team: Handlingsplan mot vald i nære relasjoner. Det er utarbeidet kompetanseutviklingsplaner på flere av fagområda. Kompetanseutviklingsplanen for PPT er politisk behandla.

Hospitering og veiledning

Det er egen delavtale (se vedlegg) som omfatter retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglig nettverk og hospitering. Det blir i avtalen vist til veiledningsplikten.

Det kommer fram i samtale at det er hospitering knyttet til enkeltpasienter ved sjukehuset. (sammensatte ting, multifunksjonshemma etc.). Det er eksempel på opplæring ved sjukehuset i forbindelse med heimedialyse. Det kommer fram i samtale at tilbud om opplæring i sjukehus fungerer.

Det kommer videre fram at sjukehuset ikke er så mye ute i kommunen. Det har vært tilfelle der kommunen har bedt sjukehuset komme ut til kommunen, men kommunen har måtte reise til sjukehuset for å få opplæring. Det skjer sjelden at ansatte fra sjukehuset følger med ut til kommunene for veiledning etc. Det kommer fram i samtale at kommunen kjenner til sjukehusets veiledningsansvar.

Innenfor fagområdene barn- og ungdomspsykiatri, habilitering, demens og palliasjon kan sjukehuset være ute. Dette var også tilfelle før samhandlingsreformen.

5.3 Kommunerevisjonens vurderinger og anbefalinger

Vestnes kommune har gjort noen tilpasninger og utviklet tilbudet for å kunne iverksette samhandlingsreformen. Dette er blant annet gjort gjennom bedre tilrettelegging for korttidsopphold i sjukeheim. Kommunen behandler sykere pasienter enn tidligere, også i heimen.

Kommunen har gjennom prosjektmidler etablert nye tiltak i samarbeid med andre kommuner og helseforetaket og gjennom dette styrket kompetansen.

Kommunen har i planer påpekt behov for videre utvikling av tjenestene. Knappe økonomiske ressurser gir begrensninger.

Det blir blant annet innenfor rehabilitering og psykiatri og rus pekt på behov for utvikling av tilbudet og økt kompetanse. Utfordringer knyttet til arbeidsfordeling med helseforetaket er over flere år tatt opp i ulike sammenhenger.

Revisjonens gjennomgang viser at Vestnes kommune har fokus på samhandlingsreformen i ulike planer. Kommunen har lagt bedre til rette for systematisk og langsiktig arbeid blant annet gjennom opprettelse av stilling som kommunalsjef innenfor helse og omsorg, og arbeidet knyttet til oppfølging av Omsorgsplan 2020.

Det framstår som kommunen har kompetanse til de oppgaver kommunen skal løse og legger til rette for hospitering i sjukehus ved behov. Ved fravær er det knapphet på kompetanse, og det er også utfordringer knyttet til rekruttering og at stillingsressurser blir holdt vakant eller redusert. Dette skjer også innenfor områder der kommunen allerede har knapp kapasitet som innenfor fysioterapitjenesten.

Kommunen påpeker behovet for å revidere kompetanseplan innen helse og omsorg. Revisjonens gjennomgang viser at det er behov for kompetanseplan inklusiv stillingsplan innenfor helse og omsorg. Revisjonen mener det er behov for å prioritere dette arbeidet. Kommunens samarbeidsavtale med helseforetaket bør også sees i denne sammenhengen.

Det kan videre være behov for å legge til rette for dokumentasjon og bruk av avvikssystemet når det ikke er samsvar mellom behov og kompetanse/kapasitet. Dette gjelder også innenfor områder som helsesøstervirksomheten.

Anbefaling

- Vestnes kommune bør prioritere arbeidet med kompetanseplan inklusiv stillingsplan.

6 Koordinerte og helhetlige tjenester

6.1 Problemstilling og revisjonskriterier

Problemstilling

- Hva blir gjort for å sikre at pasient/bruker får koordinerte og helhetlige tjenester?

Problemstillingen omfatter i første rekke tilbudet internt i kommunen, men også samarbeidet med helseforetaket som vil bli beskrevet i et eget avsnitt.

Vi viser også til kapittel 5 der samarbeid mellom ulike aktører blir berørt, blant annet samarbeidet med fastlegene.

Revisjonskriterier

- Kommunen har etablert koordinerende enhet.
- Kommunen legger til rette for individuell plan og koordinator.
- Kommunen har iverksatt tiltak for å sikre koordinerte og helhetlige tilbud.

Revisjonskriterier bygger på samarbeidsavtalen og helse- og omsorgstjenesteloven. Samarbeidsavtalen skal bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. Samarbeidsavtalens vedlegg 2 omhandler samarbeid for å sikre helhetlig og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester.

Bestemmelsen om koordinerende enheter i kommunene og i spesialisthelsetjenesten, som før var hjemlet i forskrift, er nå hjemlet i lov. Samtidig tydeliggjøres at enhetene skal ha «overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator». Styrkingen av lovgivningen på dette området er et sentralt virkemiddel i å sikre bedre koordinerte tjenester til de som trenger det.

Retten til individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, ble innført i 2001 og videreført i helse- og omsorgstjenesteloven fra 2012. Loven åpner også for at pasient og bruker kan få en koordinator, uavhengig av individuell plan. (Se nærmere omtale i vedlegg 2)

I samsvar med samarbeidsavtalen skal Helse Møre og Romsdal melde fra om en ser behov for individuell plan eller kommunal koordinator, ta initiativ til samarbeidsmøte og delta i nødvendige tverrfaglig samarbeid i ansvarsgrupper. Dette gjelder også etter at pasientene er utskrevet, når det er faglig behov for det. Kommunen skal i følge samarbeidsavtalen sørge for individuell plan, koordinator og ansvarsgrupper der det er behov. Kommunen skal videre delta i nødvendig informasjonsutveksling og samarbeidsmøter under opphold, for planlegging av nødvendige tiltak etter utskriving.

I Meld.St.26 2014-2015 Fremtidens primærhelsetjeneste - framgår følgende:

Det har vært påpekt at reformen har ført til mer oppstykkede pasientforløp, noe som er særlig uheldig for eldre, skrøpelige pasienter (Grimsmo 2013). Pasientene som skrives ut til kommunale tjenester oppfattes som sykere, og det er en viss økning i antallet reinnleggelser. Dette kan skyldes at noen pasienter skrives ut for tidlig, at den helsefaglige kompetansen i kommunene ikke er tilstrekkelig og/eller at oppfølgingen ved utskriving ikke er god nok. Samarbeidet mellom kommuner og sykehus om helhetlige og gode behandlingsforløp og kompetanseutveksling er en vesentlig faktor for å lykkes med samhandlingsreformen. I tillegg til de obligatoriske samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket, er spesialisthelsetjenestens lovpålagte veiledningsplikt overfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene et viktig virkemiddel. Fokus i samhandlingsreformen har i stor grad handlet om samhandling mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester, og i mindre grad om manglende helhet og tverrfaglighet innad i de kommunale helse- og omsorgstjenestene (De Maeseneer m.fl. 2008). Som følge av reformen skal flere behandles nær der de bor. Dette krever økt kompetanse og kvalitet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Økte utfordringer knytter seg særlig til brukere med sammensatte behov og tjenester innen psykisk helse, rus og rehabilitering.

6.2 Fakta og beskrivelse

6.2.1 Koordinerende enhet, individuell plan, koordinator

Tjenestekontoret har funksjonen som koordinerende enhet for voksne i Vestnes kommune. Bo- og rehabiliteringstjenestene har denne funksjonen for brukere innenfor denne tjenesten. For barn og unge under 18 år er ansvaret lagt til barne- og ungdomstjenestene.

Det framgår av kommunens hjemmeside at tjenestekontoret er koordinerende enhet i kommunen for personer over 18 år, med unntak av personer med utviklingshemming, og skal ha overordna ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og rettleiing av koordinator.

Det framgår også på hjemmesiden oversikt over aktuelle tjenester, herunder individuell plan. Retten til koordinator er ikke nevnt.

Vestnes kommune bruker SAMPRO som er et nettbaserte samarbeids- og koordineringsverktøy. Barn- og ungdomstjenesten har ansvaret for opplæringa av SAMPRO.

Tjenestekontoret må få meldt inn behov for individuell plan, og saksbehandler etter søknad eller henvendelse på telefon. Tjenestekontoret informerer ikke aktivt om individuell plan og koordinator. Hvem som skal være koordinator, bestemmes i de enhetene som har ansvaret for bruker/pasient. Den som har mest med bruker å gjøre, er koordinator. Det kommer fram i samtale at det må være behov for å samordne ulike tjenester, og at dette er aktuelt særlig innen psykisk helse, for kronikere og yngre funksjonshemma. Det kommer fram at NAV og psykisk helse er flinke til å komme med søknad. Ved behov blir det etablert ansvarsgrupper med koordinator.

Følgende framgår av Årsmelding 2014 under barne- og ungdomstjenestene:

- Koordinerende eining er lagt til tenestekontoret. Kontoret har dermed overordna ansvar for arbeid med individuell plan og for oppnemning, opplæring og rettleiing av koordinatorar. Kan ein løyse utfordringane rundt overgangen til vaksenlivet gjennom eit felles tenestekontor som har ansvar saksbehandling til alle søkjarar/ brukarar uavhengig av alder?

Det kommer fram i samtale at koordinerende enhet (tjenestekontoret) ikke har veileda så mange koordinatorer, og at kommunen mangler strukturert system for oppfølging av koordinator.

Det kommer fram i samtale at det i hjemmetjenesten ikke er mye bruk av individuell plan eller koordinator. Det har vært et par brukere der tjenesten har deltatt i ansvarsgruppemøte.

Det kommer videre fram i samtale at barne- og ungdomstjenesten har god erfaring med individuell plan. Dette gjelder særlig tjenestene etter helse- og omsorgsloven. Det kommer fram at saksansvarlig/koordinator også kan komme fra Pedagogisk Psykologisk Tjeneste (PPT). Barne- og ungdomstjenesten har en fagansvarlig for helse- og omsorgslovgivningen. Det kommer fram noe usikkerhet knyttet til barne- og ungdomstjenestens rolle som koordinerende enhet. Det kommer videre fram noe usikkerhet knyttet til koordinatorrollen og kravene i henhold til lovverket. Det blir påpekt at det kan være behov for å se nærmere på dette.

Det går fram av KOSTRA at 16,2 % av brukere i Vestnes kommune har individuell plan i 2014. Vestnes kommune ligger godt over gjennomsnittet for kommunegruppe 11, Møre og Romsdal og landet, jf. tabellen nedenfor.

Tabell 6.1 Andel brukere (eksklusiv langtidsbeboere på institusjon) med individuell plan

KOSTRA funksjon	Kommune		Kommune- gruppe 11		Møre og Romsdal		Landet	
	Vestnes							
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Prosent	16,0	16,2	10,4	10,2	9,9	9,8	11,1	11,2

KOSTRA – 2013: reviderte tall 27.6.2014, 2014: foreløpige tall.

Det kommer fram i samtale at det er mest bruk av individuell plan og koordinator innenfor habilitering og for barn.

Det er ikke opplyst om at noen har koordinator i henhold til lovverket uten at de har individuell plan.

6.2.2 Samarbeidet med helseforetaket/sjukehusa

Det kommer fram i samtale at det ikke er stor diskusjon rundt arbeidsdelingen med helseforetaket/sjukehuset knyttet til utskrivning. Det blir vist til eksempler der det har vært diskusjoner.

Kommunikasjon knyttet til utskrivningsklare pasienter skjer via e-meldinger. Dette har gitt bedre dialog. Det var mye telefoner i starten. Alle har blitt flinkere til å skrive meldinger. Det blir pekt på at pasientjournalssystemet CosDoc, der Vestnes er ressurskommune, og meldingsutveksling er svært tidsbesparende. Når kommunen får meldinger fra sjukehuset, kan en lett etterspørre mer dokumentasjon. Dialogen blir dokumentert.

Det kommer fram i samtale at det gir faglige utfordringer når kommunen må ta over pasienter som før ble behandlet på sjukehuset. Pasientene trenger mer, og sjukehuset forventer mer blant annet intravenøs behandling. Det blir samtidig pekt på at det er dialog knyttet til den enkelte pasient.

Det kommer fram i samtale at det er utfordrende å ta over når oppgavene blir svært krevende både faglig og ressursmessig. Samtidig er det mer spennende med nye oppgaver.

Det kommer videre fram at det har blitt flere **reinnleggelser** enn før. Kommunen registrerer ikke reinnleggelser. Det framgår av tabell 2 i vedlegg 3 at det fra 2012 til 2013 samlet sett har vært en liten økning i andel reinnleggelser totalt innen 30 dager ved Helse Møre og Romsdal.

Det kommer fram i samtale at det ikke har vært situasjoner der kommunen ikke har kompetanse, men kommunen har mangla kapasitet eller tilgjengelig kompetanse.

Sjukehuset tar hensyn til kommunens kompetanse og kapasitet når de avgjør når en pasient er utskrivningsklar. Kommunen strekker seg langt for at pasienten skal få behandling i kommunen. Det blir lagt vekt på pasientens ønske. Det blir pekt på at det generelt er viktig hva pasientene vil.

Kommunen kan i noen tilfeller påvirke når pasienten er «ferdigbehandla». Kommunen etterspør eller stiller krav til tilstrekkelig dokumentasjon m.m. Mangler dette, kan ikke pasienten sendes hjem.

Det kommer fram i samtale at sjukehuset presser på for å få pasienten ut. Det kommer videre fram at dialogen med sjukehuset jevnt over er god. Det er sjelden negativ dialog.

Sjukehuset har blitt flinkere til å vurdere funksjon hos pasienten. Sjukehuset understreker at dette er egen vurdering, og sjukehuset legger vekt på pasientens ønske. Sjukehuset har forståelse for at det er kommunen som skal fatte vedtak. Lokal kunnskap og kjennskap til pasienten/bruker, gjør det lettere å fatte vedtak. Det blir samtidig pekt på at når en får inn ukjente med alvorlig diagnose, blir dette en større utfordring.

Tidligere reiste Vestnes kommunen til sjukehuset og fikk en vurdering knyttet til den enkelte pasient. Dette ble for tidkrevende. Kommunen har ikke lengre faste møte med sjukehuset. Vestnes kommune er avhengig av gode meldinger. Det at en kjenner hverandre på tvers av nivå er en fordel. I nettverket i regi av ROR der kommunene møter helseforetaket, kan en ta opp ulike problemstillinger knyttet til utskrivning.

Det kommer fram i samtale at Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP)/helseforetaket stiller krav om at kommunen må gjøre mer før henvisning. Det blir vist til at det er god dialog med helseforetaket. Kommunen er godt vant med at oppfølging normalt skal skje i kommunen. Hver 3. onsdag kommer ansatte fra BUP til kommunen. Det er morgenmøte og konsultasjon om enkeltsaker. Og det er felles faglig tema. Det kommer fram i samtale at det alltid har vært godt samarbeid med BUP, og at dette har blitt enda bedre. Det er også gode erfaringer med barnehabiliteringen i helseforetaket. Det er kommet fram at det er gode forløp i forhold til helseforetaket.

Det kommer fram i samtale at kommunen kan få pasienter som trenger mye oppfølging og behandling innenfor psykisk helse. Det er eksempel på at kommunen har protestert på at kommunen skal ha ansvaret, men at dette ikke har hjulpet.

Vi viser ellers til samarbeidsstrukturen mellom kommunene og helseforetaket slik det framgår av samarbeidsavtalen.

Prosjekt

Årsmelding 2014 for Vestnes kommune gir oversikt over ulike prosjekt både interkommunale prosjekt og samarbeidsprosjekt med helseforetaket, se vedlegg 4. Det er blant annet etablert en samarbeidsavtale mellom Helse Møre og Romsdal HF og kommunene i Romsdal samt kommunene Eide og Gjemnes i forbindelse med etablering ACT-team (tverrfaglige og tverrsektorielle aktivt oppsøkende behandlingsteam) som prosjekt. Det er helsedirektoratet som er initiativtaker og finansierer deler av prosjektet. (*Psykisk helsearbeid*)

Pasientforløp

I reforhandlet avtale per 2015 (vedtatt i overordna samhandlingsutvalg, men enda ikke vedtatt i kommunene) skal det inngå at partene forplikter seg til å avklare «gråsoner» for pasientbehandling mellom kommunene og helseforetaket. Dette gjøres for å sikre helheten i pasientforløpet.

På dialognøte (8.9.2014) mellom kommunene og helseforetaket var tema blant annet hvordan kommunene og helseforetaket skal utvikle og forbedre pasientforløp og sikre kompetanseoverføring. Det kom videre fram at en må ta tak i gråsona for hvem som gjør hva i primær- og spesialisthelsetjenesten spesielt innenfor områdene innen rehabilitering, barn og unge, rus, psykiatri og kronikerne. Det kom videre fram at helseforetaket har jobbet mye med forløp, men vet for lite om hva som skjer før og etter sjukehusoppholdet. Det kom fram at det er behov for samstemte pasientforløp for de som har sammensatte og kompliserte behov, og at helseforetaket må jobbe sammen med kommunene. Det kom fram behov for å prioritere tiltak.

6.2.3 Andre tiltak for å sikre helhetlige tilbud og koordinerte tjenester

Behovet for helhetlige tjenester og koordinering blir tatt opp i ulike planer, blant annet:

- Kommunestyret behandla strategisk kompetanseplan for pleie og omsorg på møtet i april 2013. Ett av 5 kvalitetsmål er at samhandlinga internt og mellom tjenestenivå må bedres.
- I Omsorgsplan 2020 blir behovet for samarbeid innenfor rus og psykiatri og for de unge understreket. Det blir pekt på at en er helt avhengig av samarbeid på tvers av alle enhetene i kommunen. Det blir vist til nye brukergrupper der det er behov for økt samarbeid og bedre plan rundt brukergruppa.

Følgende framgår av Årsmelding 2014:

- Barne- og ungdomstenestene yter tverrfagleg konsultasjon til personalet i barnehage og skule i tillegg til samordna tenester til foreldra og familiar. Dei tverrfaglege teama har kompetanse på prioriterte tema og er ein ressurs i høve implementeringsarbeid.
- Utvida samarbeid på tvers er høgt prioritert som vidareutvikling av dei tverrfaglege teama i Barne- og ungdomstenestene. Ein har inngått forpliktande samarbeid mellom nav, heimetenestene v/ psykiatriske sjukepleiarar, bu- og habiliteringstenestene og BUP med tanke på faste rutinar for utvida samarbeid på tvers av driftseiningane.
- Utfordringar ved overgang til vaksenlivet er òg tema i samarbeidsgruppa nemnd i punktet ovanfor. Det er store utfordringar i høve overgangen når det gjeld tenester med heimel i Helse- og omsorgstenestelova.

Det kommer fram i samtale at barne- og ungdomstjenesten arbeider aktivt for å bli bedre på tverrfaglig samarbeid og for å sikre bedre ressursutnyttelse. Helhetlig tenking blir vektlagt. Det er dialog med habilitering, NAV og hjemmetjenesten. De snakker sammen regelmessig for å lage rutiner. Det er også samarbeid mellom barne- og ungdomspsykiatrien (helseforetaket) og fastlegene. Fastlegene skal tettere på pasientforløpet. Det var barne- og ungdomstjenesten som tok initiativet til å utarbeide rutiner sammen med helseforetaket inspirert av samhandlingsreformen. Det framgår følgende av Årsmelding 2014:

- Prosedyreark for henvisning til BUP signert av 3 partar i juni 2014 etter prosessjobbing gjennom 2014-2015: Kommuneoverlege, Barne- og ungdomstenestene og HelseMidt v/ BUP Nordmøre og Romsdal

Kommunen har helsestasjon for ungdom. Det er stor etterspørsel etter tjenesten. Dette tilbudet er tverrfaglig med lege, helsesøster og psykolog.

I hjemmesjukepleien er det pleieplan og primær- og sekundærkontakt. I tillegg har fagkoordinator et ansvar sammen med primærkontakten. Kreftsjukepleier har også en koordinatorfunksjon. Dette gjelder også for rehabiliteringssjukepleier som koordinerer mye i samarbeid med ergoterapeut og fysioterapeut. Det kommer fram at det er sårbart med primærkontakt, selv om det også er sekundærkontakt. Når noe må jobbes med en dag, er de ikke alltid på vakt.

Tverrfaglige møter og råd

Vestnes kommune har etablert Fagråd på tvers av einingane/Tverrfagleg råd for helse – og omsorgstenester. Aktuelle enheter: Barne- og ungdomstenesta, Heimetenesta, Bu- og Habiliteringstenesta, NAV-kommune, Bustadkontoret. Rådet har følgende mandat:

- Tenestekontoret mottok søknad /henvendelse som må drøftast i fleire einingar.
- Saksbehandlar ved tenestekontoret kallar inn til første møte for å starte prosessen.
- Avklare arbeids- og ansvarsfordeling einingane imellom.
- Saksbehandlar kan saman med person frå ei av einingane gjennomføre kartlegginga.
- Tenestekontoret gjer saksbehandlinga.

- Den enkelte sak vil vere avgjerande for kven som vert innkalla og kor ofte ein møter.

Der det treffes vedtak om flere ytelser koordinerer tjenestekontoret vedtakene. Vedtakene treffes av den enkelte involverte enhet. Driftsleder som har budsjettansvaret, beslutter.

Det kommer fram i samtale at tverrfaglig råd ikke har mange saker. Rådet behandler enkeltsaker, og det er få slike saker som det er behov for tas opp i rådet.

Det er videre etablert faste **fagråd** i forbindelse med tildeling av tjenester i regi av Tjenestekontoret:

- Internt fagråd for hjemmetjenesten – møter en gong per uke – ansatt ved tjenestekontoret, fysioterapeut, ergoterapeut. Kreftsjukepleier og rehabiliteringssjukepleier kan også delta.
- Internt fagråd for institusjonstjenestene der møter alle driftsledere i tillegg til leder for hjemmetjenesten. Det blir arbeidet tverrfaglig på inntaksmøte der driftslederne møter.

Det kommer fram i samtale at når det gjelder rutiner og prosedyrer, er det et forbedringsområde. Her er ikke alt på plass etter ny organisering.

Det er innenfor hjemmetjenesten internt fagråd hver tirsdag der fysioterapeut, ergoterapeut, kreftsjukepleier, fagkoordinator, rehabiliteringssjukepleier møter. Dette omfatter koordinering av daglige tjenester. Det er ingen faste møte med legene innenfor hjemmetjenesten. Det kommer fram i samtale at det er behov for eller ønske om dette.

Det er driftsledermøter innenfor pleie og omsorg som er fora for dialog. Administrasjonssjefen leder disse møtene nå. Kommunalsjef helse og omsorg vil ta over. Administrasjonssjefen har også fellesmøte med alle ledere.

6.3 Kommunerevisjonens vurderinger og anbefalinger

Kommunen har etablert koordinerende enhet fordelt på tre enheter. Ansvarsfordelingen framstår noe uklar. Revisjonen mener kommunen med fordel kan klargjøre samarbeid og oppgavefordeling mellom disse enhetene.

En av oppgavene til koordinerende enhet er å veilede ansatte som blir valgt som koordinatorene for bruker/pasient. Det kommer fram at det skjer lite veiledning av koordinator. Det blir vist til at kommunen også bruker andre virkemidler for å sikre koordinerte og helhetlige tilbud til brukere. Det framstår noe usikkert i hvilken grad kommunen legger tilstrekkelig til rette for koordinator også for de som ikke trenger/ønsker individuell plan.

Kommunen har iverksatt ulike tiltak for å sikre koordinerte og helhetlige tilbud. Dette gjelder blant annet samarbeidsprosjekt med helseforetaket. Det framstår som det er noen utfordringer knyttet til overgangen mellom helseforetak og kommunen, men at det er en positiv utvikling med dialog og utvikling av rutiner for eksempel innenfor barne- og ungdomspsykiatrien. Kommunen kan med fordel bruke samarbeidsavtalen mer aktivt. Samarbeidsavtalen vektlegger helhetlige tilbud til brukerne.

Revisjonens gjennomgang viser eksempel på tiltak på ulike nivå. Dette er både samarbeid rundt den enkelte pasient/bruker og på fag- og ledernivå.

Det er etablert samarbeid rundt tildelingskontoret og arbeidet med enkeltvedtak. Dette kan bidra til å sikre god kvalitet på vedtak.

Det kommer fram blant annet i ulike planer at det er behov for å videreutvikle det tverrfaglige samarbeidet.

Anbefaling

- Vestnes kommune bør videreutvikle arbeidet med å sikre helhetlige og koordinerte tjenester, herunder legge til rette for koordinator og tverrfaglig samarbeid.

7 Samarbeidsavtalene

7.1 Problemstillinger og revisjonskriterier

Problemstilling

- Hvordan sikrer kommunen iverksetting av samarbeidsavtalene med Helse Møre og Romsdal?

Oppfølging av avtalene vil til en viss grad også være berørt i de andre kapitlene. Vi vil her ha fokus på om kommunen har system for å sikre iverksetting.

Revisjonskriterier

- Vestnes kommune sikrer medvirkning, forankring og ansvar for oppfølging av avtalene.

Revisjonskriteriene tar utgangspunkt i samarbeidsavtalen og helse- og omsorgstjenesteloven. Det går fram av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 6-1, at det er en plikt for kommunene ved kommunestyret å inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket/helseforetaket. Samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. Pasient- og brukererfaringer skal inngå i vurderingsgrunnlaget ved utarbeidelsen av avtalen.

Det framgår av samarbeidsavtalen mellom Vestnes kommune og Helse Møre og Romsdal HF at partene forplikter seg til å forankre avtalen, involvere og informere. Vi viser til nærmere omtale i vedlegg 2.

Pasient- og brukerorganisasjoner skal medvirke i forbindelse med utarbeidelse, praktisering, oppfølging og endring av avtalen. Brukermedvirkning skal som et minimum oppfylles ved at synspunkter og tilbakemeldinger som kommer frem gjennom brukerundersøkelser, eldrerådet og rådet for funksjonshemmede i kommunen skal tillegges vekt.

Eldrerådet er oppretta etter Lov om kommunale og fylkeskommunale eldreråd. Eldrerådet er et rådgivende organ som skal ha til behandling alle saker som gjelder levekåra for eldre. Eldrerådet kan sjøl ta opp saker som angår eldre i kommunen. Alle saksdokumenter skal legges fram for rådet i god tid før kommunestyret behandler sakene. Protokollen fra rådsmøtet skal følge saksdokumenta til de kommunale organ som tar endelig beslutning i saka. Noe tilsvarende gjelder for Rådet for funksjonshemma som er oppretta etter Lov om råd eller anna representasjonsordning i kommuner og fylkeskommuner for menneske med nedsett funksjonsevne m.m.

I Meld.St.26 2014-2015 Fremtidens primærhelsetjeneste –framgår følgende:

For å sikre helhetlige og koordinerte tjenester er kommuner og sykehus gjennom lov pålagt å inngå samarbeidsavtaler. Samarbeidsavtalene er et sentralt verktøy for å bidra til at tjenestene blir mer samordnet, mer likeverdighet mellom partene og til utvikling av en samhandlingskultur. Avtalene skal konkretisere oppgave- og ansvars plasseringen mellom avtalepartene, etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder som f.eks. innleggelse og utskrivning, beredskap og prehospitale akuttmedisinske tjenester. Samarbeidsavtalene pekes på av mange som et av de viktigste virkemidlene for å realisere målene i samhandlingsreformen. Et viktig suksesskriterie er at avtalene ikke oppleves for omfattende og detaljerte, men likevel tilstrekkelig konkrete. Samarbeidsavtalene kom på plass innen gitte tidsfrister og stort sett gjennom gode prosesser, men det er fortsatt et betydelig arbeid som gjenstår før avtalene er implementert helt ned på det utøvende nivået i virksomhetene.

7.2 Fakta og beskrivelse

7.2.1 Samarbeidsavtalene

Samarbeidsavtalene mellom Vestnes kommune og Helse Møre og Romsdal HF ble første gang godkjent av kommunestyret i møte 2.2.2012, sak 4/12.

Høsten 2013 reforhandlet kommunene i Møre og Romsdal og helseforetaket samarbeidsavtalen med vedlegg. Samarbeidsavtalen ble reforhandlet av et partssammensatt utvalg og behandlet i Overordnet samarbeidsutvalg i Møre og Romsdal 15.1.2014.

Kommunestyret i Vestnes vedtok i møte 22.05. 2014 reforhandlet avtale. Det går fram av saksframlegget hvilke hovedendringer som er gjort. Det er utarbeidet prosedyrer for avvikshåndtering, og det er gjort noen presiseringer knyttet til innleggelse/utskrivning. Avtalen er utvidet med to vedlegg om samarbeidsstrukturen og praksiskonsulentordninga.

Det har blitt arbeidet videre med blant annet samarbeidsstrukturen og integrering av samarbeidsavtale innenfor rus. Ny reforhandlet avtale ble behandlet i Overordna samhandlingsutvalg i møte 16.4.2015.

Forhandlingsutvalget som ble utnevnt til å gjennomføre arbeidet, stiller seg bak det framlagte forslaget til endringer i avtalen med ett unntak. Følgende ble vedtatt:

1. Overordna samhandlingsutval i Møre og Romsdal (OSU) stiller seg bak forhandlingsutvalets vurderingar og anbefalingar med følgjande presiseringar:
 - Usemje knytt til forståing av delavtale 5A) formuleringar om tidsfrist ved rapportering av opplysningar frå sjukehuset til kommunane ved klargjering til utskrivning søkas løyst i samsvar med samarbeidsavtala §8 «Ueinigheit – Tvisteløysing om avtala sitt innhald.
 - Saka om usemje vert lagt fram for lokal tvisteløysingsorgan. Dersom det ikkje vert semje i lokal tvisteløysningsprogram vert saka sendt til Nasjonal tvisteorgan som eiga sak.
 - Lokalt tvisteløysningsorgan får slike representantar. 2 representant frå helseforetaket, (Britt Valderhaug Tyrholm og Robert Giske). 2 representant frå kommunane som skal utnemnas innan 04.05.15. 1 representant frå Brukarutvalet som vert utnemnt 04.05.15.
 - OSU handsamar delavtale 5A som eiga sak når avklaring i lokalt evt. Nasjonalt tvisteorgan ligg føre.
 - OSU handsamar delavtale 5A som eiga sak når avklaring i Nasjonal tvisteløysingsorgan føreligg.
2. Overordna utval gjer oppnemning av fagutval/arbeidsutval slik det går fram av delavtalene 9, 11 og 12 når kommunane har gitt si tilslutning til avtala.
3. OSU ber partane om at det vert avsett tid og ressursar til å gjer innhaldet avtala kjent blant sine tilsette
4. Samhandlingsavtalen gjeld frå 01.01.16 med avtaleperiode 2 år.

I reforhandlet avtale inngår punkt om avviksregistrering og læring. Det skal rapporteres årlig til overordnet samhandlingsutvalg. Helseforetaket skal samordne innspillene og lage en årlig rapport. Reforhandlet avtale går til videre behandling og godkjenning i kommunene.

Medvirkning

Det kommer fram i samtale at Romsdals Regionråd (ROR) har vært sentral i forhandlingene om avtalene. Nettverket i regi av ROR har arbeidet med dette i tillegg til at kommunene er representert i forhandlingsutvalget. Flere i Vestnes kommune har vært med på møte i ROR der avtalen har vært tema. Driftsleder for sjukeheimen har hatt ansvaret i forhold til de siste forhandlinger av avtalen. Tjenestekontoret er med på dialogen via driftsleder for sjukeheimen og har blitt bedt om å komme med innspill. Hjemmetjenesten har gått gjennom avtalen sammen med driftsleder og tjenestekontoret. Det har vært en intern høring i kommunen.

Det kommer ikke fram i saksdokumenter/protokoller at Eldrerådet og Rådet for funksjonshemma har behandlet samarbeidsavtalene. Leder for Eldrerådet og Rådet for funksjonshemma bekrefter at samarbeidsavtalen så langt ikke har vært tema på møtene.

Administrasjonssjefen har orientert leder i Rådet for funksjonshemma om at reforhandlet samarbeidsavtalen skal opp til behandling i kommunestyret og var aktuell sak på møte i rådet 7. mai. Rådet, som har få aktive medlemmer og få møter, har følt det vanskelig å få gjennomslag for sine saker og valgte ikke å holde noe møte. Rådet opplever at kommunen ikke legger godt nok til rette for saker i rådet. Det blir for mye opp til rådet å ta initiativ.

På møte i Eldrerådet i mai 2015 vil tema være erfaring med samhandlingsreformen. Driftsleder for sjukeheimen skal ha en gjennomgang av status. Leder for Eldrerådet trekker fram behovet for opplæring for at Eldrerådet skal kunne gjøre en god jobb. Det blir vist til at dette vil bli fulgt opp etter valget. Det blir videre påpekt at flere saker bør komme fra kommunen. Tidligere har mye ansvar blitt lagt til leder for Eldrerådet, men dette har forbedret seg. Det kommer fram at Eldrerådet har gode dialog med administrasjonssjefen, og blir tatt på alvor.

Samhandlingsreformen er tatt opp i ulike møte i Eldrerådet:

- Det ble i møte 13.11.2012 orientert om situasjonen i pleie og omsorg i Vestnes ¾ år med samhandlingsreforma. Flere av rådsmedlemmene hadde fått bekymringsmeldinger fra ulike deler av kommunen om enkelttilfelle som ikke var slik som ønskelig.
- Eldrerådet tar i møte 15.1.2013 opp eldre sin situasjon og hvordan samhandlingsreformen gir seg utslag i kommunen. Eldrerådet ønsker mer informasjon i et senere møte. Eldrerådet er kjent med at kommunen har fått statlige midler til samhandlingsreforma.
- Eldrerådet får i møte 26.2.2013 orientering om samhandlingsreformen.
- Eldrerådet får i møte 16.4.2013 orientering om den økonomiske situasjonen når det gjelder samhandlingsreformen og overføringene kommunen har fått.

Det kommer fram i Årsmelding for 2012 for Eldrerådet at de fleste sakene rådet har behandlet er tatt opp på eget initiativ. Noen av sakene har blitt tatt opp i flere møter, blant annet samhandlingsreformen og ulike problemstillinger knyttet til denne. (Protokoll 17.9.2013)

Noe tilsvarende kommer også fram i Årsmelding 2013 til Rådet for funksjonshemma. Rådet har for det meste sjøl initiert saker å arbeide med, men har også fått innspill fra offentlig hold,

organisasjoner og enkeltpersoner. Rådet ønsker seg flere kommunale plansaker og prinsipielle saker til behandling for rådgiving i en tidlig fase.

Både Eldrerådet og Rådet for funksjonshemma har fått til behandling og har gitt uttalelse til sentrale planer. Omsorgsplan 2020 skulle i følge mandatet ha hovedfokus på utfordringene Samhandlingsreformen stiller kommunen overfor. Aktuelle råd og organisasjoner skulle inviteres til dialog med Helse- og omsorgsutvalet. (Protokoll 6.5.2014)

I forbindelse med Omsorgsplan 2020 stilte rådet for funksjonshemma i sitt vedtak spørsmål ved hvorfor ikke brukerorganisasjonene ble invitert til å delta i planarbeidet. (protokoll 28.4.2014) Det kommer fram i saksframlegg til kommunestyret at Helse- og omsorgsutvalet har drøfta innspilla. Utvalget viser til at brukerorganisasjonene var med på oppstartskonferansen og kom med innspill da. I det videre arbeidet har utvalget vurdert det slik at det kunne bli for mange involvert i arbeidet. Utvalget ønska ikke at brukerorganisasjonene ble «gisler», men heller kom med frie og uavhengige innspill i høringsprosessen.

Forankring og involvering

Alle driftsledere ble informert og fikk ansvaret for å informere videre etter at avtalen ble vedtatt i 2012. Det kommer videre fram at det var opplæring i kommunen tidligere.

Det kommer fram i administrasjonssjefens saksframlegg til kommunestyret 22.5.2014 at forhandlingsutvalget har vært opptatt av hvordan samarbeidsavtalen kunne bli kjent blant ansatte både innenfor kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Utvalget tilrår at en bruker regionråda for å få informasjon ut i kommunene.

ROR i samarbeid med Orkidé, Sunnmøre Regionråd og Helse Møre og Romsdal skal utarbeide opplegg for presentasjon av avtalen som ledd i opplæringa. Dette vil være et opplæringsopplegg som kommunene får. Det blir i samtale vist til at dette opplegget vil bidra til opplæring i kommunen. Opplæringsbehov om samhandlingsavtalen i regi av ROR nettverksgruppe og helseforetaket blir tatt opp i årsmelding 2014.

Dette blir også tatt opp i saksframlegg til møte i overordna samhandlingsutvalg 16.4.2015:

- Parallelt med avtalarbeidet vart det nedsett ei eiga arbeidsgruppe mellom partane for å utvikle ei plattform for læringstiltak. Det er påpeika både nasjonalt (Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen - statusrapport pr nov. 2014) og lokalt at innhaldet i samhandlingsavtalane mellom partane er lite kjent. Intensjonen med læringsplattforma er både å gjere innhaldet i avtala meir kjent og stimulere til auka bruk av samhandlingsavtalen.

Det kommer fram i samtale at det er mange ulike parter/aktører; overordna politisk, personalet etc., og at det å sikre at hver og en kjenner til avtalen ikke er lett.

Det kommer fram i samtale at avtalen så langt ikke er tatt opp internt i hjemmetjenesten. Hjemmetjenesten har ikke forholdt seg aktivt til avtalen. Det kommer fram at dette blant annet har sammenheng med at det er mye arbeid for å løse saker som haster, og mye nytt å forholde seg for ny driftsleder.

Det kommer vidare fram i samtale at samhandlingsreformen har vært oppe i internt lederforum i barne- og ungdomstjenesten. En har sett samarbeidsavtalen, men tjenesten er ikke god nok på å bruke avtalen. Avtalen er ikke i aktiv bruk.

Ansvar for oppfølging

Det kommer fram i samtale at driftsleder for sjukeheimen har en sentral rolle i forhold til ansvar for oppfølging av avtalen. Det kommer også fram at det er ledernes ansvar å følge opp avtalen.

Det kommer videre fram at en bruker forskjellige deler av avtalen. Inn- og utskrivning av sjukehuset er tjenestekontoret sitt ansvar. (Delavtale 3 og 5 somatikk) Det er hovedfokus på denne delen av avtalen og utskrivningsklare pasienter. Kommunen har på plass en ansvarsfordeling der. Tjenestekontoret fikk ansvar for meldingene fra sjukehuset fra 2014. Det kommer fram i samtale at det tar lang tid å få avtalen på plass.

Det er nettverksmøte med helseforetaket som ROR tar initiativet til to ganger i året. Nettverksmøte er sentral i forhold til samarbeidsavtalen. Driftsleder for sjukeheimen tar med seg andre fra kommunen. Det blir i samtaler vist til at dette samarbeidet har ført til at ulike sider har blitt belyst mer, og at en har fått økt forståelse for hverandre. En lærer av erfaringer og tar med seg dette tilbake til kommunen. Dialogtreffa med helseforetaket blir opplevd som positive.

Avvik

Det kommer fram i samtale at kommunen har meldt avvik på samarbeidsavtalen. Kommunen har hatt noen klager på vedtak om utskrivningsklare pasienter. Kommunen har fått medhold på alle. Når det gjelder avvik på avtalen, blir dette fulgt opp av tjenestekontoret.

Avviksskjema i forhold til samarbeidsavtalen er tilgjengelig på [foretakets hjemmeside](#). Dette må tas ut og sendes inn per post pga. mulig taushetsbelagte opplysninger.

7.3 Kommunerevisjonens vurderinger og anbefalinger

Vestnes kommune har noen system for å sikre iverksetting av samarbeidsavtalene med Helse Møre og Romsdal. Dette gjelder for delavtalene knyttet til utskrivning og innleggelse av pasienter i sjukehus der tildelingskontoret har et særlig ansvar, og det overordnede ansvaret som er lagt til driftsleder for sjukeheimen. Ansvarsfordelingen ellers framstår noe uklar.

Vestnes kommune har i noen grad lagt til rette for medvirkning og forankring. Vestnes kommune samarbeider med andre kommuner om tiltak for å sikre opplæring.

Pasient- og brukerorganisasjoner skal medvirke i forbindelse med utarbeidelse, praktisering, oppfølging og endring av avtalen. Vestnes kommune har ikke lagt til rette for brukermedvirkning knyttet til samarbeidsavtalene.

Revisjonen ser noen forbedringspunkter knyttet til medvirkning, forankring og ansvarsfordeling for oppfølging av samarbeidsavtalene med Helse Møre og Romsdal. Brukermedvirkning bør blant annet sikres gjennom involvering av Eldrerådet og Rådet for funksjonshemma. Ansvarsfordelingen for oppfølging av samarbeidsavtalen med Helse Møre og Romsdal bør klargjøres.

Anbefaling

- Vestnes kommune bør sikre medvirkning, forankring og vurdere ansvarsfordelingen for oppfølging av samarbeidsavtalen mellom kommunen og Helse Møre og Romsdal.

8 Økonomi

Problemstilling

Hva er de økonomiske virkemidlene og de økonomiske kostnadene for kommunen?

I dette kapitlet vil det være en beskrivelse av økonomiske virkemidler og økonomiske kostnader. Revisjonen gir ingen fullstendig oversikt over alle virkemidler og kostnader, men har fokus på de mest sentrale knyttet til kommunens medfinansiering (betaling for pasienter i sjukehus) og utskrivningsklare pasienter.

8.1 Fakta og beskrivelse

Vestnes kommune er den kommunen i fylket som har lavest frie inntekter pr innbygger. Det er vedtatt sparetiltak på 13,8 mill. kr i 2015 og 13,5 mill. kroner i 2016. (Økonomiplan 2015-2018)

Kommunen har slik fordeling av kommunens driftsutgifter i 2014 (Årsmelding 2014):

Rammefordeling 2014tall i 1000 kr	Regnskap	Prosent
Politisk verksemd	6 297	1,4
Sentraladm/servicektr/fellesutg	23 976	5,2
Grunnskule	71 083	15,3
Barnehage	38 112	8,2
Kulturskolen, almen kultur og fritid	12 010	2,6
Barne- og ungdomstenestene	27 396	5,9
Helse, omsorg og velferd	139 659	30,0
Bu- og habiliteringstenestene	108 754	23,4
Teknisk sektor	12 552	2,7
Eigedomsdrift	25 606	5,5
Sum driftsutgifter	465 445	100,0

Finansieringen av samhandlingsreformen omtales blant annet i Kommuneprp 2015:

- «Ved innføringen av kommunal medfinansiering i 2012 fikk kommunene overført om lag 5 mrd. kroner som kompensasjon for den nye oppgaven. Kommunene er over tid tilført midler til medfinansiering også utover dette. I 2010 fikk kommunene økte frie inntekter begrunnet med samhandlingsreformen. I 2012 ble deler av veksten i frie inntekter fordelt til kommuner som fikk mindre gjennom fordeling etter kostnadsnøkkelen enn deres anslåtte utgifter til kommunal medfinansiering og betaling for utskrivningsklare pasienter. Videre har utgifter til medfinansiering inngått i merkostnadene av befolkningsutviklingen som har blitt hensyntatt gjennom den årlige veksten i frie inntekter.»

Kommunenes økte frie inntekter begrunnet med samhandlingsreformen i 2010:

- «Kommuneopplegget i statsbudsjettet 2010: «Samhandlingsreformen ... 230 mill. kr av veksten i frie inntekter er begrunnet i arbeidet med å bidra til bedre helse i befolkningen, forebygge sykdom og sykdomsutvikling, begrense unødvendige innleggelses i sykehus, redusere behandlingsbehov og bidra til at eldre er funksjonsfriske lengst mulig.»

For Vestnes kommune innebar dette en vekst i de frie inntekter på anslagsvis 300 000 kroner fra 2010.

Det framgår av Årsmelding 2012 for Vestnes kommune at kommunen i rammeoverføringene i 2012 fikk 8,7 mill. kr til å dekke kostnadene i samband med samhandlingsreformen.

Det går fram av Årsmelding 2013 og 2014 for kommune at 8,7 mill. kroner er justert til vel 9,0 mill. kr i 2013 og 9,3 mill. kroner i 2014. Det kommer fram i samtale at dette er anslag.

Vestnes kommune var en av kommunene som fikk mindre gjennom fordeling etter kostnadsnøkkelen enn deres anslåtte utgifter til kommunal medfinansiering og betaling for utskrivningsklare pasienter. Det ble innført en treårig kompensasjonsordning (2012-2014). Ordningen gav de kommunene som var underfinansiert, et tilskudd etter særskilt fordeling. Disse midlene inngår i rammen som det er vist til i avsnittet over.

Vestnes kommune fikk følgende kompensasjon (Kilde: Statsbudsjettet/KS-modell for skatte- og rammeoverføring):

2012:	847 000 kroner
2013:	875 000 kroner
2014:	901 000 kroner

Tabellen nedenfor viser kommunens anslag for tildelte midler i 2012, 2013 og 2014 og kommunens utgifter/betaling til helseforetaket.

Tabell 8.1 Anslag overføring samhandlingsreformen til Vestnes kommune – regnskap/utgifter til helseforetaket. (1000 kr)

	2012		2013		2014	
	Overføring	Utgifter	Overføring	Utgifter	Overføring	Utgifter
Medfinansiering		8 227		8 113		7 745
Utskrivningsklare pasienter		652		168		141
Kompensasjon	847		875		901	
Sum	8 700	8 879	9 000	8 281	9 300	7 886

Tall for utgifter er hentet fra Årsmelding 2013 og regnskap 2014.

Ser en *isolert* på disse overføringene og utgiftene til helseforetaket/sjukehuset (direkte utgifter), har Vestnes kommune hatt merutgifter i 2012 og merinntekter i 2013 og 2014. Direkte utgifter er redusert med ca. 0,6 mill. kr fra 2012 til 2013 og med ca. 0,4 mill. kr fra 2013 til 2014.

Tabellen nedenfor viser kommunens utgifter i forhold til Vestnes kommunes budsjett.

Tabell 8.2 Regnskap og Budsjett Vestnes kommune - tusen kroner

Medfinansieringsordningen			Utskrivningsklare pasienter		
År	Regnskap	Budsjett	År	Regnskap	Budsjett
2012	8 227	8 000	2012	652	
2013	8 113	8 000	2013	168	500
2014	7 745	8 900	2014	141	500

Driftsleder for sjukeheimen attesterer og kommunalsjef økonomi tilviser regninger for utskrivningsklare pasienter. Det kommer fram i samtale at kommunen betaler regningene for medfinansiering og ikke har hatt noe grunnlag for å kunne kontrollere disse.

Ordningen med medfinansiering ble avvirket fra 2015. Uttrekket fra kommuneramma er basert på beste anslag for faktiske KMF-utgifter i 2015, dvs. utgiftsnivået kommunene ville hatt til oppgaven ved uendra ansvar. Det ble foreslått at kommuneramma blir redusert med 5509,4 mill. kroner i 2015. (Statsbudsjettet 2015)

Ut fra beregningsteknisk dokumentasjon til Prop. 1 S (2014-2015) er det vanskelig å si hvor stort trekket blir for den enkelte kommune. KS har beregnet at reversert kommunal medfinansiering gir et trekk i rammene for 2015 på 7,882 mill. kroner for Vestnes kommune. (Kilde: KS-modell for skatte- og rammeoverføring)

Dette blir omtalt slik i Økonomiplan 2015-2018 for Vestnes kommune:

- Kommunane skal frå 2015 ikkje lenger være med å finansiere spesialisttenestene på sjukehusa. Rammeoverføring vert redusert, tilsvarande vert utgiftene på helse/omsorg og velferd redusert med 8,0 mill. kr.

Midler til ØH-plasser blir trukket fra rammetilskuddet til kommunene. Dette innebærer at alle kommunene får sin andel av trekket uavhengig av om de har etablert eget tilbud. For Vestnes kommune innebar dette trekk i rammen hvert år i perioden 2012-2015. I 2014 var trekket kr 124 000. (Kilde: KS-modell for skatte- og rammeoverføring)

I tabellen nedenfor gis en oversikt over økonomien knyttet til samhandlingsreformen i 2015 når det gjelder medfinansiering og utskrivningsklare pasienter.

Tabell 8.3 Anslag overføring av midler og uttrekk knyttet til medfinansiering og utskrivningsklare pasienter.

Samhandlingsreformen 2015 (tusen kroner)	Uttrekk	
Uttrekk medfinansiering	7 882 000	
Uttrekk tilleggskompensasjon	901 000	
Uttrekk i alt	8 783 000	
Rammeoverføring 2014 samhandlingsreformen (anslag)		9 300 000
Stipulert 2015, justert 2014 med deflator (anslag)		9 579 000
Rest som kommunen sitter igjen med – anslagsvis		796 000

Oppbygging og drift av **døgntilbud om øyeblikkelig hjelp (ØH-hjelp)** i kommunene blir fullfinansiert gjennom overføring fra Helse- og omsorgsdepartementets budsjett og direkte bidrag fra de regionale helseforetakene. Helse Møre og Romsdal får dermed et trekk i sine rammer. (18,5 mill. kr i 2015) Vestnes kommune har takka ja til å være med i et interkommunalt ØH-hjelp tilbud lagt til den interkommunale legevakta i Ålesund. Det kommer fram i samtale at tilbudet er forsinka og ventelig vil være i drift fra 1.9.2016.

Utskrivningsklare pasienter – liggetid i sjukehus

Tabellen nedenfor viser økt antall meldinger om utskrivningsklare pasienter og redusert antall døgn kommunen må betale for. Det kommer fram i samtale at økningen i antall meldinger kan skyldes endring av registreringspraksis.

Tabell 8.4 Utskrivningsklare pasienter

	Antall 24 t meldinger	Antall personer liggende etter meldt utskrivningsklar	Antall døgn kommune må betale for	Gjennomsnitt dager per person
2012	169	34	163	
2013	225	18	ca. 50	
2014	290	7	33	

Kommunen viser til at det har vært en nedgang i liggetid ved sjukehusene, og at dette får konsekvenser for kommunen.

Trenden har over lang tid vært en nedgang i liggetiden ved sjukehusa. Gjennomsnitt liggetid i Helse Møre og Romsdal lå i 2012 noe over landsgjennomsnittet, men var på samme nivå i 2013. (se tabell 2 vedlegg 2)

Tabellen nedenfor viser liggetid for pasienter fra Vestnes kommune for noen utvalgte klinikker.

Tabell 8.5 Liggetid for pasienter fra Vestnes kommune ved ulike klinikker i Helse Møre og Romsdal 2014

	Psykisk helsevern	Kirurgi Molde	Kvinne-klinikken	Medisin	Rehabilitering
Liggedager	18,64	3,85	2,96	4,99	7,35

Tendensen er en nedgang i liggetid fra 2010 til 2014 med noen variasjoner fra år til år jf. tabell 1 vedlegg 3.

I langtidsplan/langtidsplan 2015-2020 for Helse Møre og Romsdal blir det konkludert med en målsetting om at alle liggetider skal reduseres til et nivå som tilsvarer korteste liggetid for samme diagnose i sammenlignbare helseforetak. (Møre og Romsdal har en liggetid på 4,1 dager, Sykehuset Østfold har 3,5 dager) I forbindelse med behandling av budsjett 2015 vedtok styret for Helse Møre og Romsdal en reduksjon på 44 senger.

Andre inntekter og utgifter

Det går fram av følgende av Årsmelding 2012:

- Det er ein auke i utgiftene frå 2011 til 2012 på 19,4 mill. kr tilsvarande 17,4 %. Mykje av dette skuldast samhandlingsreforma som kom i 2012. Det er heimetenestene som har stort meirforbruk, det kan ha samanheng med samhandlingsreforma.

Det blir vist til at institusjonene og ikke minst heimetjenestene har hatt ekstrakostnader ved at pasienter blir utskrevne tidlige, krever mer oppfølging og spesialisert stell enn før reformen.

Dette blir også tatt opp i Årsmelding 2013 og 2014. Det blir der påpekt at det er vanskelig å si sikkert om ekstra overføringer fra staten dekker alle kostnadene.

Kommunen fikk blant annet sammen med andre kommuner i Romsdals Regionråd (ROR) midler til prosjektleder i ROR. Vestnes kommune har også fått andre prosjektmidler jf. vedlagte oversikt hentet fra Årsmelding 2014. På den andre siden har kommunen fått ekstrakostnader som nevnt ovenfor.

I statsbudsjettet for 2014 ble 180 mill. kroner av veksten i kommunesektorens frie inntekter grunnlagt med behovet for styrking av **helsestasjons- og skolehelsetjenesten**. Det var også en styrking i statsbudsjettet 2015 av helsestasjonstjenesten, inkludert skolehelsetjenesten og jordmortjenesten. Vestnes kommune fikk kr 223 000 i 2014 og kr 482 000 i 2015.

Det kommer fram i samtale med kommunen at på grunn av signal fra regjeringen om å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten ble det ikke her gjort reduksjoner i budsjettet for 2015. En økning av tilbudet fra tidligere år fant en ikke rom for. Det blir vist til at bevilgningen ligger i rammeoverføringene og er frie midler slik at kommunestyret står fritt til å disponere disse.

Når det gjelder psykisk helse og rus, ble kommunen styrket med anslagsvis 250 000 kroner. Kommunen har styrket NAV med 80 % stilling som gjeldsrådgiver. Kommunen viser til at dette innebærer en styrking av tilbudet innenfor rus og psykisk helse.

Økt kapasitet og kvalitet innenfor omsorgstjenesten ble i statsbudsjettet styrket med 568 mill. kroner samlet for kommunene i 2015.

Vestnes kommune har ikke redusert budsjettet for hjemmetjenesten for 2015, mens Vestnes sjukeheim har fått redusert sitt budsjett.

Det kommer fram i samtale om det er usikkerhet i forhold til om en klarer å holde budsjettet. Det blir blant annet vist til at pasienter blir skrevet ut tidligere fra sjukehuset, og at kommunen må gi mer avansert behandling enn tidligere.

8.2 Oppsummering

I 2012, da samhandlingsreformen trådte i kraft, fikk Vestnes kommune et tilskudd på 8,7 mill. kroner. Kommunens utgifter til sjukehusa var i 2012 høyere enn overføringene, mens de i årene 2013 og 2014 var noe lavere. Ser en isolert på overføringene av midler knyttet til medfinansiering og utskrivningsklare pasienter og kommunens utgifter til helseforetaket/sjukehuset, har kommunen hatt anslagsvis merutgifter på ca. 200 000 kr i 2012, merinntekter på ca. 700 000 kr i 2013 og ca. 1,4 mill. kr i 2014.

Utgifter til både utskrivningsklare pasienter og medfinansiering har gått ned i perioden.

Kommunen har fått kompensasjonsmidler i tre år og siden medfinansieringsordningen avvikles, får kommunen et trekk i rammene fra 2015. Kommunen sitter igjen med anslagsvis 800 000 kroner knyttet til overføring av midler for utskrivningsklare pasienter.

Kommunene kunne tilby døgnopphold for øyeblikkelig hjelp fra 2012. Dette er lovpålagt fra 2016. Vestnes kommune vil først få på plass ØH-hjelp døgntilbud når dette er etablert tilknyttet Ålesund legevakt fra 1.9.2016. Midler til ØH-plasser blir trukket fra rammetilskuddet til kommunene. Dette innebærer et trekk i rammen for Vestnes kommune på kr 124 000 i 2014.

Kommunerevisjonen har ikke utarbeidet noen fullstendig oversikt over alle kommunens kostnader til samhandlingsreformen, og den oversikten som er gitt, bygger på anslag.

Kommunen har tatt i mot og behandlet sykere pasienter enn tidligere. Det kommer fram at kommunen særlig har hatt ekstra utgifter knyttet til at kommunen tar imot utskrivningsklare pasienter tidligere enn før. Korttidsavdelingen ved Vestenes sjukeheim ble etablert for å kunne ta imot utskrivningsklare pasienter. Ressurser til dette tilbudet er senere blitt redusert. Heimetjenesten har fått ansvar for flere brukere/pasienter enn tidligere. Det skjer mer behandling og spesialisert stell i heimen. Dette er i tråd med ønsket utvikling i kommunen.

Data viser også at liggetiden ved sjukehusa går ned, og at helseforetaket planlegger ytterligere nedgang i liggetiden. Dette vil kunne få konsekvenser for kommunen, også økonomiske. Kommunerevisjonen viser til samarbeidsavtalen mellom kommunen og helseforetaket. Kommunen kan med fordel diskutere disse problemstillingene med helseforetaket med utgangspunkt i denne.

Nye tilbud og styrking av tilbudet har i første rekke skjedd gjennom prosjektmidler. Kommunen har også fått tilskudd til stilling som folkehelsekoordinator gjennom partnerskapsavtale med fylkeskommunen. Tildelingen stiller krav til kommunal medfinansiering. Dette har Vestnes kommune ikke prioritert i 2015 pga. en vanskelig økonomisk situasjon. Den økonomiske situasjonen har også hatt som konsekvens at økte midler over statsbudsjettet (frie midler) ikke har ført til økt satsing på for eksempel helsestasjonsvirksomhet.

9 Referanser og kilder

RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon, [Norges Kommunerevisorforbunds hjemmeside](#).
Folkehelseloven
Helse- og omsorgstjenesteloven
[Prop. 91 L \(2010-11\) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.](#)
Plan- og bygningsloven (PBL)
[Helse- og omsorgsdepartementet](#) – kommunal medfinansiering (1)
[Helse- og omsorgsdepartementet](#) – kommunal medfinansiering (2)
[Regjeringen](#) – pressemelding
Statsbudsjettet 2012 – [inntekter kommunene](#)
Helsedirektoratet [Økonomiske virkemidler i samhandlingsreformen](#)
[Til barns beste NOU 2012: 1 - Kommuneplanprosessen – veileder](#)
Statsbudsjettet 2012 [Helse og omsorgsdepartementet](#)
[Helse og omsorgsdepartementet](#) – om samhandlingsreformen
[Fastlegeforskrift § 20](#)
[Helsedirektoratet](#) styringsdata for kommuner.
[Veileder](#) - Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold
[Veileder](#) for samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner
[Sykehusenes veiledningsplikt – rundskriv](#)

[Samdata 2012](#) [Samdata 2013](#) [Spesialisthelsetjenesten Helsedirektoratet](#)
Helse Møre og Romsdal, foretaksmøte 13. februar 2014/ [Styringskrav og rammer 2014 – og 2015](#)
[Langtidsplan/langtidsbudsjett](#) og budsjett 2015 for Helse Møre og Romsdal
[Samarbeidsavtale](#) mellom Vestnes kommune og Helse Møre og Romsdal.

Årsrapport 2013 og 2014 for Vestnes kommune
Årsrapport og protokoller for Eldrerådet og Rådet for funksjonshemma.
Budsjett 2013/økonomiplan 2013-2016
Budsjett 2014/økonomiplan 2014-2017
Budsjett 2015/økonomiplan 2015-2018
[Kommunal planstrategi for Vestnes kommune 2012-2015](#).
[Planprogram for ny kommuneplan \(2014-2025\)](#)
Omsorgsplan 2020 [Saksframlegg](#) møte i kommunestyret juni 2014, [omsorgsplan vedlagt](#)
Kommuneplanen sin samfunnsdel 2015-2025 Vestnes kommune
Kommuneplanens arealdel
Temaplan for folkehelsearbeidet, Vestnes kommune
Kommunebilde Vestnes kommune Fylkesmannen i Møre og Romsdal 15.5.2014
Statusrapport God Helse 2013, Møre og Romsdal fylkeskommune

[KSS Nøkkeltalsrapport 2014](#) innenfor pleie og omsorg, Møre og Romsdal
[Samhandlingsreformen KS](#)
[ROR – samhandling - sluttrapport](#)

Vedlegg 1: Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformens innhold og veivalg er beskrevet blant annet i St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid, Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, Meld. St. 34 (2012–2013) Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar, Meld. St. 16 (2010–2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) og Meld. St. 10 (2012–2013) God kvalitet – trygge tjenester.

Målet med samhandlingsreformen er å få et bedre og mer helhetlig helsetilbud. (Helse og omsorgsdepartementet.) Målet med samhandlingsreformen er bedre folkehelse og bedre helse- og omsorgstjenester på en bærekraftig måte. Strategiene er å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Pasienter og brukere skal få tidlig og god hjelp nærmest mulig der de bor. (Hesledirektoratet)

Det framgår følgende i Statsbudsjettet 2015:

- Målet i samhandlingsreformen er at alle innbyggere skal ha et helhetlig og sammenhengende helsetilbud på rett nivå, av høy kvalitet som er tilpasset den enkeltes behov. Alle de regionale helseforetakene er i prosess for å utarbeide planer for desentralisering av spesialisthelsetjenester. Kommuner og helseforetak samarbeider om etableringen av øyeblikkelig hjelp døgnopphold som et alternativ til sykehusinnleggelse. Det pågår et kontinuerlig arbeid rundt opprettelsen av nye øyeblikkelig hjelp tilbud i kommunene. I Finnmark inngår dette i sykestuene, og det er ikke etablert nye plasser i fylket. Det er et pågående arbeid i alle helseforetakene for å vurdere om desentraliserte spesialisthelsetjenester bør samlokaliseres med det nye kommunale tilbudet. (side 85)

Samhandlingsreformen ble innført 1. januar 2012. Reformen har sin hovedforankring i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og lov om folkehelsearbeid, og er beskrevet i ulike stortingsmeldinger jf. kap. 11.1. Reformen skal innføres gradvis i løpet av fire år. (Helse og omsorgsdepartementet.)

Med utgangspunkt i dagens og fremtidens utfordringer er et av hovedgrepene i Samhandlingsreformen å utvikle kommunerollen, slik at kommunene i større grad enn i dag kan oppfylle ambisjonene om forebygging og innsats tidlig i sykdomsforløpet. Samhandlingsreformen legger til grunn at den forventede behovsveksten i en samlet helse- og omsorgstjeneste fremover i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene. Kommunene gis insitammenter til å fremme god helse, øke den enkeltes mestringsevne, forhindre sykdomsutvikling og begrense innleggelse i sjukehus. Samhandlingsreformen er en retningsreform og reformens målsetninger skal gradvis nås gjennom et sett av virkemidler.

De viktigste økonomiske virkemidlene er kommunal medfinansiering for bruk av spesialisthelsetjenester, overføring av midler fra regionale helseforetak til kommunene knyttet til utskrivningsklare pasienter og innføring av plikt for kommunene til å etablere tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp. I forbindelse med overføring av oppgaver som i dag ivaretas av spesialisthelsetjenesten, skal det også skje en overføring av budsjettmidler fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Regionale helseforetak skal bidra til å etablere lokale tilbud i kommunene der dette er kostnadseffektivt. I tillegg skal en større del av veksten i helsebudsjettene komme i kommunene. (Prop. 91 L (2010–2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester)

Det kommer fram i Statsbudsjettet 2012 at kommunene fikk over 5,6 milliarder kroner i 2012 i forbindelse med innføring av samhandlingsreformen. Dette skulle gi kommunene handlingsrom til å løse de nye oppgavene som følger av reformen. Det blir vist til at disse midlene blir overført i tillegg til inntektsveksten for kommunene året etter. Kompensasjonsordningen med ekstra midler i tre år til noen kommuner ble innført, fordi enkelte kommuner kunne ha høyere kostnader ved innføringstidspunktet enn det som fordeling etter kostnadsnøkler fanger opp.

Medfinansiering innebærer at kommunene skal betale en del av regningen når innbyggerne legges inn på sjukehus. Når kommunene er med på å betale for innleggelsene, vil det føre til at de blir mer bevisst på viktigheten av å fremme helse, forebygge sykdom og bygge opp lokale tilbud. Målet er å få kommunene til å ta større ansvar for innbyggernes helse. (Helse- og omsorgsdepartementet.) Ordningen gjelder ikke for psykiske helsevern, kirurgi, fødsler m.m.

Kommunen skal medfinansiere behandlingen av kommunens pasienter i spesialisthelsetjenesten etter systemet for diagnoserelaterte grupper (DRG-systemet). Medfinansieringsandelen er 20 prosent av prisen for ett DRG-poeng. Medfinansieringsandelen skal likevel ikke overstige mer enn 20 prosent av inntil fire DRG-poeng for ett

enkeltopphold. (Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter § 3 og 4)

Helsedirektoratet har fått et ansvar knyttet til oppgjørsordninger m.m. (Økonomiske virkemidler i samhandlingsreformen) Oppjøret for medfinansiering foregår ved at kommunene betaler sin andel til det regionale helseforetaket (RHF) i sin region. Kommunene betaler a konto hver måned. A konto-beløpene er fastsatt av Helsedirektoratet. Hvert tertial foretas en avregning mot faktisk forbruk. (Kommunerevisoren nr I-2013)

Regjeringen har besluttet å avvikle ordningen med medfinansiering fra 2015. Det foreslås derfor at kommunerammen reduseres med 5 674,7 mill. kroner i 2015. (Kommuneopplegget i statsbudsjettet) Regjeringen foreslår å øke bevilgningene til helsetjenesten med 400 millioner kroner i kommuneproposisjon. Pengene skal brukes til å styrke områdene rus, psykisk helse og helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Betalingsplikten for **utskrivningsklare pasienter** er innført fra første dag pasienten er registrert som utskrivningsklar, for å sikre at kommunene gis et økonomisk insentiv til å etablere tilbud til antatt lavere kostnad. Dette finansieres ved at de regionale helseforetakene får trekk i sine rammer, basert på historiske tall for utskrivningsklare pasienter sammenholdt med betalingssatsen. Midlene fordeles mellom kommunene etter objektive kriterier i inntektssystemet for kommunene. (Prop. 91 L (2010–2011))

Kommunene fikk finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter på bakgrunn av at for mange utskrivningsklare pasienter ble liggende på sykehus og vente, fordi kommunen ikke har et tilbud til dem. Det ble pekt på at dette ikke er bra for pasientene, og at det er kostbart for fellesskapet. Kommunene fikk overført rundt 560 millioner kroner fra sykehusene til å etablere tilbud for disse pasientene. Tilbudene kan blant annet være korttidsopphold på kommunal institusjon eller forsterket oppfølging i hjemmet. Det ble videre pekt på at det for noen kommuner vil det ta tid å etablere tilbud for utskrivningsklare pasienter.

Blant annet følgende framgår av forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter:

- Sykehuset skal vurdere om en pasient som legges inn på sykehus, har behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskrivning fra sykehuset.
- Sykehuset skal i så fall varsle kommunen om dette innen 24 timer etter innleggelsen.
- Varselet skal omfatte pasientens status, antatt forløp og forventet utskrivningstidspunkt.
- En pasient er utskrivningsklar når lege på sykehus vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten. Vurderingen skal være basert på en individuell helsefaglig vurdering, og ulike punkter skal være vurdert og dokumentert i pasientjournalen.
- Kommunen skal etter å ha mottatt varsel straks gi beskjed om kommunen kan ta imot pasienten. Dersom kommunen ikke kan ta imot pasienten, skal sykehuset varsles om når et kommunalt tilbud antas å være klart.
- Ved utskrivning fra sykehuset skal epikrise eller tilsvarende informasjon sendes det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging.
- Kommunen skal betale for utskrivningsklare pasienter som er innlagt i sykehus i påvente av et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud.

Tilbudet om øyeblikkelig hjelp døgnopphold fullfinansieres ved at midler overføres fra de regionale helseforetakenes driftsrammer til kommunene. Det er lagt opp til at tilbudet fases inn over en fireårsperiode, 2012-2015. I denne perioden gis halvpartene av midlene gjennom en egen tilskuddsordning forvaltet av Helsedirektoratet, og den andre halvparten finansieres direkte fra regionale helseforetak/helseforetak. (Helsedirektoratet.) Helse Møre og Romsdal har i budsjett 2015 forutsett at 8. mill. kroner kommer i 2015 og ytterligere 6,5 mill. kroner i 2016 og har lagt dette inn som trekk i sine rammer.

Ved beregningen av uttrekket fra kommunerammen i tilknytning til avvikling av KMF (kommunal medfinansiering) er anslått aktivitet knyttet til nye døgntilbud i kommunene holdt utenom, og det foreslås derfor at kommunerammen reduseres med 89 mill. kroner i forbindelse med oppbyggingen av tilbudet om øyeblikkelig hjelp.» (Kommuneopplegget i statsbudsjettet)

Reformen følges nøye opp bl.a. gjennom bredt anlagt følgeforskning i regi av Norges forskningsråd og et forvaltningsmessig følge-med opplegg i regi av Helsedirektoratet. (Prop. I S (2013–2014)) Blant annet følgende problemstillinger tas opp:

- Innhold i og effekt av samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak.

- Endringer i de kommunale helse- og omsorgstilbudene, blant annet i fastlegenes rolle.
- Endringer i organisering, tjenestetilbud og ressursbruk i spesialisthelsetjenesten.
- Effekten av de økonomiske virkemidlene.
- Om tjenestene framstår som mer helhetlige og koordinerte for pasientene.

Forskningsrådet plikter å gjøre oppmerksom på forhold som kan bidra til å justere og korrigere mål og virkemidler underveis i prosessen.

I Meld.St.26 2014-2015 Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet – framgår følgende om følgeforskning:

Departementet har i regi av Norges forskningsråd igangsatt en forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen som dekker første del av implementeringsfasen for reformen (2012–2015). Tre større tverrfaglige evalueringprosjekter ble startet opp i 2012, og ytterligere tre prosjekter ble igangsatt i 2013. Evalueringen omfatter prosjekter om pasientforløp og samarbeidet mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og helseforetakene, styringsvirkemidler og kommunale innovasjoner, effekter på helse, helsetjenester og samfunnsøkonomi, konsekvenser for eldre og deres pårørende, kommunenes arbeid med helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid, samt informasjonsutveksling og IKT-løsninger. De første endelige resultatene av prosjektene vil foreligge våren 2015. Det skal arrangeres en konferanse i september 2015 der de endelige resultatene fremlegges. Det skal utarbeides en samlet evalueringsrapport etter at alle prosjektene er ferdigstilt ved utgangen av 2015 (Norges forskningsråd 2014).

Det er undertegnet samarbeidsavtale mellom KS (Kommunesektorens organisasjon) og sentrale helsemyndigheter om gjennomføring av reformen. (Samhandlingsreformen KS) KS trekker fram tilgangen på tilstrekkelige ressurser og kompetanse som bekymringsområder. Statsråd Bent Høie i Helse- og omsorgsdepartementet har understreket at reformen ligger fast og at regjeringen ønsker å utvikle den videre i samarbeid med KS og kommunesektoren. (Nasjonal helsekonferanse om samhandlingsreformen 2014)

Det framgår følgende av Statsbudsjettet 2015:

- Samhandlingsreforma videreføres gjennom et bredt virkemiddelapparat, herunder betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter, lovpålagte samarbeidsavtaler mellom helseforetakene og kommunene, innføring av øyeblikkelig hjelp døgnopphold og et forvaltningsmessig følge-med opplegg i regi av Helsedirektoratet og følgeforskningsprosjekt i regi av Norges forskningsråd. Helsedirektoratet utgir hvert år en rapport på samhandlingsstatistikk. De første endelige resultatene i følgeforskningsprosjektene vil foreligge våren 2015. (Kommunal medfinansiering avvikles fra 1. januar 2015.)

I oppdragsdokument/styringskrav og rammer til Helse Midt-Norge og Helse Møre og Romsdal blir det sagt følgende om samhandlingsreformen m.m. (Styringskrav og rammer 2015 for Helse Møre og Romsdal HF 12. februar 2015 fra Helse Midt-Norge):

- Samhandlingsreforma utgjør eit overordna rammeverk og gjev føringar for den vidare utviklinga av den samla helse- og omsorgstenesta. Gode pasientforløp og fleire tenester nær der pasienten bur, er sentrale mål. Helse Møre og Romsdal HF skal bidra til å desentralisere spesialisthelsetenester der dette er tenleg, og til å utvikle og styrkje den kommunale helse- og omsorgstenesta. Viktige verkemiddel er samarbeidsavtalane og rettleingsplikta spesialisthelsetenesta har overfor dei kommunale helse- og omsorgstenestene. Omstilling av tenester innanfor somatikk, psykisk helsevern, tverrfagleg spesialisert rusbehandling og rehabilitering som vedkjem kommunane, skal vere synkroniserte slik at dei ikkje blir gjennomførte før kommunane er i stand til å handtere dei nye oppgåvene. Det er ein føresetnad at omstillingane gjev brukarane eit kontinuerleg og minst like godt tenestetilbod som tidlegare. Det føreset eit nært samarbeid mellom regionale helseforetak / helseforetak og kommunane, og også med brukarane og organisasjonane deira. (*som i 2014*)
- Eit av dei viktigaste verkemidla for å gjennomføre forbetringar i helsetenesta ligg i å utvikle og ta i bruk teknologiske løysingar, både når det gjeld pasientbehandling og informasjonsdeling med pasientar og andre samarbeidspartnarar. Informasjonsdelinga vil omfatte heile pasientforløpet, inkludert primærhelsetenesta. Utvikling av ny elektronisk pasientjournal og pasientadministrativt system vil starta i 2015. Helse Midt-Noreg RHF vil arbeide for at anskaffinga skjer i samarbeid med eit utval kommunar og at den vil oppfylle dei målbileter og eventuelle konseptval som følgjer Helsedirektoratet sin utreiing av Stortingsmelding nr. 9 (2012–2013) *Én innbygger – én journal*.

- Kreftbehandlinga skal styrkast. Diagnosesenter er etablerte i 2014 og vil bli utvikla vidare i 2015. Pakkeforløp for kreft blir innførte i 2015 og vil bli monitorerte, jf. styringsparametrane i tabell 11. Leiarar i sjukehusa får ansvar for å identifisere eventuelle flaskehalsar i behandlingsforløpet. Som ledd i innføringa av pakkeforløp for kreft skal ein styrkje samarbeidet mellom sjukehus og fastlegar.
- Det skal setjast i gang ei forsøksordning der driftsansvaret for distriktpsikiatriske senter blir overført til nokre forsøkskommunar som har tilstrekkeleg kapasitet og kompetanse. Helse Midt-Noreg RHF vil kome tilbake til dette.

Ei helseteneste for pasienten (utdrag)

Langsiktige mål: Gode og effektive pasientforløp. Mål for 2015:

- Prosentdelen kreftpasientar som blir registrerte i eit definert pakkeforløp, skal vere minst 70 prosent.
- Etablere og implementere fleire standardiserte pasientforløp i høve til nasjonale retningslinjer og ein felles regional metodikk.

Kvalitet og pasienttryggleik (utdrag)

Langsiktige mål: Helseføretaka skal støtte opp under den kommunale helse- og omsorgstenesta, i tråd med intensjonen i samhandlingsreforma. Mål for 2015:

- Betre vurdering av innleggingar og betre oppfølging etter innlegging/behandling innanfor psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling.
- Psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling skal i større grad innrette tenestane sine slik at personellet jobbar meir ambulant og samarbeider nærare med kommunar, skular, barnevernet og fengsla. Dette gjeld både for barn, unge og vaksne. Legespesialistar og psykologar er del av det ambulante arbeidet ved distriktpsikiatriske senter.
- Etablere rutinar som sikrar at pasientar innanfor psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling får behandling for somatiske lidningar og tilsvarande, og at pasientar som blir behandla for somatiske lidningar også får tilbod om behandling for psykiske lidningar og/eller rusproblem. Dette kan skje innanfor spesialisthelsetenesta eller i eit samarbeid med fastlege.
- Overta ansvaret for tilbod til barn, unge og vaksne som er utsette for seksuelle overgrep frå 1. januar 2016. Overtakinga skal førebust i 2015. (mellom anna overtaking av kommunale overgrepsmottaka)
- Sikre at kompetanse er tilgjengeleg for kommunane slik at dei kan gje tilbod til innbyggjarane som alternativ til behandling i spesialisthelsetenesta.

Personell, utdanning og kompetanse (utdrag)

Langsiktige mål: Sikre felles kompetanseutvikling og leggje aktivt til rette for kompetansedeling i samarbeid med utdanningssektoren og kommunane. Den lovpålagde rettleiingsplikta overfor kommunane bidreg til å auke kompetansen i kommunane i tråd med intensjonen i samhandlingsreforma. Mål for 2015:

- Utvikla strategi for kompetansedeling og kompetanseutveksling med kommunale helse- og omsorgstenester i regionen.

Forskning og innovasjon (utdrag)

Langsiktige mål: Auke omfang og implementering av klinisk pasientretta forskning, helsetenesteforskning, global helseforskning og innovasjonar som bidreg til auka kvalitet, pasienttryggleik, kostnadseffektivitet og meir heilskaplege pasientforløp, gjennom nasjonalt og internasjonalt samarbeid og aktiv medverknad frå brukarar.

Andre styringskrav for 2015 (utdrag)

Regjeringa vil skape ei helseteneste for pasienten og flytte makt slik at pasienten blir ein aktiv og likeverdig partnar. Kvaliteten i helsetenesta varierer for mykje, og for mange opplever unødvendig venting. Erfaringar frå arbeidet med standardiserte pakkeforløp på kreftområdet har synleggjort krava til heilskapleg leiing med evne til å samordne og integrere arbeidsprosessar og faggrupper. Dette er viktig for å kunne møte pasientar med behov for samansette tenester på tvers av fagområde og einingar.

Litt økonomi: **Avtale om naudsynt omstillingsprosess i foretaket i perioden 2015-2021:** Fram til nytt sykehus for Nordmøre og Romsdal er planlagt ferdigstilt (perioden 2015-2021), vil Helse Møre og Romsdal HF ha behov for en årlig gjennomsnittlig effektiviseringsforbedring på 1,8 prosent (tilsvarende 80-90 mill. NOK/år) i tillegg til andre merverdikrav begrunnet i endringer i finansieringssystem, statlig effektiviseringskrav, bortfall av særfinansiering, endring av ISF etc. **Protokoll foretaksrådet 12. februar 2015 Helse Møre og Romsdal.**

Vedlegg 2: Revisjonskriterier og bakgrunnsinformasjon

Folkehelse – helsefremmende og forebyggende arbeid

Lov om folkehelse i kommunene, trådte i kraft 1. januar 2012. Formålet er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse.

Kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Oversikten skal blant annet baseres på:

- opplysninger som statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen gjør tilgjengelig etter §§ 20 og 25,
- kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 og
- kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse

Oversikten skal være skriftlig og identifisere folkehelseutfordringene i kommunen, herunder vurdere konsekvenser og årsaksforhold. Kommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller. Departementet kan gi nærmere forskrifter om krav til kommunens oversikt. (Folkehelseloven § 5 Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommunen.)

§ 3-3. Helsefremmende og forebyggende arbeid: Kommunen skal ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning. Helse- og omsorgstjenestene skal bidra i kommunens folkehelsearbeid, herunder til oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter folkehelseloven § 5. Helse- og omsorgstjenesten skal arbeide for at det blir satt i verk velferds- og aktivitetstiltak for barn, eldre og funksjonshemmede og andre som har behov for det. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Oversikten etter § 5 annet ledd i folkehelseloven skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi. En drøfting av kommunens folkehelseutfordringer bør inngå i strategien, jf. plan- og bygningsloven § 10-1. Kommunen skal i sitt arbeid med kommuneplaner etter plan- og bygningsloven kapittel 11 fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet til å møte de utfordringer kommunen står overfor med utgangspunkt i oversikten etter § 5 annet ledd. I samsvar med § 7. Folkehelseiltak skal kommunen iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer, jf. § 5. Dette kan blant annet omfatte tiltak knyttet til oppvekst- og levekårsforhold som bolig, utdanning, arbeid og inntekt, fysiske og sosiale miljøer, fysisk aktivitet, ernæring, skader og ulykker, tobakksbruk og alkohol- og annen rusmiddelbruk. Kommunen skal gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom. (Folkehelseloven § 6. Mål og planlegging)

I folkehelseloven er planlegging vektlagt som et sentralt virkemiddel i folkehelsearbeidet, og folkehelseloven er tett koblet til plan- og bygningsloven. Plan- og bygningsloven har som formål å fremme bærekraftig utvikling til beste for den enkelte, samfunnet og fremtidige generasjoner. Plan- og bygningsloven skal samtidig fremme helhet ved at sektorer, oppgaver og interesser ses i sammenheng. Planer skal i henhold til plan- og bygningsloven § 3-1 første ledd bokstav f «fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller, samt bidra til å forebygge kriminalitet». Plan- og bygningsmyndighetene skal etter § 1-4 samarbeide med andre offentlige myndigheter som har interesse i saker etter plan- og bygningsloven. Plan og bygningsloven Folkehelse i planlegging (Kommuneplanprosessen – veileder)

Det går fram av Meld. St. 34 (2012-2013) Folkehelsemeldingen, kap.1: En stor del av innsatsen for å bedre helsen i befolkningen kan skje innenfor eksisterende økonomiske rammer og administrative systemer. Det viktigste grepet for å få dette til er å legge til rette for å ivareta hensynet til befolkningens helse i politikktutvikling på tvers av sektorer. Effektiv oppfølging av folkehelseloven i kommunene vil imidlertid kreve at folkehelsearbeidet styrkes.

Samarbeidsavtalen mellom Vestnes kommune og Helse Møre og Romsdal, vedlegg 10 omhandler samarbeid om forebygging. Samarbeidsavtalen viser til Prp. 91L/2011 der det blir skilt mellom tre nivåer for forebygging: primærforebyggende, sekundærforebyggende og tertiærforebyggende. Formålet er:

- Fremme helse og forebygge sykdom i befolkningen gjennom samarbeid om forebyggende tiltak. Ha oversikt over befolkningens helsetilstand og påvirkningsfaktorer.

Følgende er et felles ansvar:

- Samarbeide om forebygging av livsstilssykdommer. Videreutvikle lærings- og mestringstiltak med sikte på å føre tiltakene nærmere kommunen. Samarbeid om tiltak for tidlig intervensjon for å forebygge psykiske lidelser hos barn og unge.

Det går fram av samarbeidsavtalen at kommunen skal ha oversikt over helsetilstanden og identifisere faktorer som påvirker helse. Helse Møre og Romsdal skal bidra med nødvendig data for overvåking av helsetilstanden i kommunen. Kommunen skal videre etablere tverrfaglig samarbeid mellom alle kommunale sektorer for å fremme helse og forebygge sykdom. Helseforetaket skal bidra med nødvendig data for overvåking av helsetilstanden i kommunen, og bistå kommunen i utvikling av lærings- og mestringstjenester/frisklivsentraler.

Forskrift om fastlegeordning i kommunene – utdrag

§ 8. Kommunens ansvar for å tilrettelegge for samarbeid.

Kommunen skal legge til rette for samarbeid mellom kommunen og fastlegene. Kommunen skal legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og andre tjenesteytere og sikre en hensiktsmessig og god integrering av fastlegeordningen i kommunens øvrige helse- og omsorgstjenestetilbud. Kommunen skal legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten.

§ 19. Medisinskfaglig koordinering og samarbeid

Fastlegen skal ivareta en medisinskfaglig koordineringsrolle og samarbeide med andre relevante tjenesteytere om egne listeinnbyggere. Dersom en innbygger på listen har behov for langvarige og koordinerte tjenester, plikter fastlegen å informere om, og medvirke til utarbeidelse av, individuell plan og koordinator i kommunen, jf. forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.

Merknader: Til § 19 Medisinskfaglig koordinering og samarbeid, blant annet: Fastlegens koordineringsansvar etter denne bestemmelsen er ikke sammenfallende med koordinators oppgaver etter forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Fastlegen har ansvar for koordinering av de medisinskfaglige tjenester. Rehabiliteringsfasen er inkludert i forløpet. - Andre ledd sier at dersom en innbygger på listen har behov for langvarige og koordinerte tjenester, plikter fastlegen å informere om rettigheter knyttet til individuell plan og koordinator i kommunen. Fastlegen skal medvirke ved utarbeidelse og annen oppfølging av individuell plan for innbyggere på sin liste. Det er kommunen som er ansvarlig for å utpeke en koordinator for den enkelte pasient/bruker. I de fleste tilfeller vil det uansett være behov for dialog og samarbeid mellom fastlegen og koordinatoren.

Koordinerende enhet

Gjennom tidligere forskrift om habilitering og rehabilitering har kommunene og spesialisthelsetjenesten vært pålagt å ha en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering, siden 2001. I lovgiving i forbindelse med samhandlingsreformen, er dette pålegget løftet fra forskrift til lov, jfr. Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-5b. Her tydeliggjøres at enhetene på begge nivåer skal ha «..overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.» (Helse og omsorgstjenesteloven)

Det framgår av Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator at det skal finnes en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3. Den koordinerende enheten skal bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering. Koordinerende enhet skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Overordnet ansvar for individuell plan innebærer at enheten blant annet skal:

- a) motta meldinger om behov for individuell plan jf. § 23
- b) sørge for at det blir utarbeidet rutiner og prosedyrer for arbeide med individuell plan.

De kommunale enhetenes ansvar og oppgaver utdypes slik i Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015 (St. meld. nr16, 2010 -2011):

- «Den koordinerende enheten i kommunen skal sørge for at tjenestene sees i sammenheng og at det er kontinuitet i tiltakene, over tid, uavhengig av hvem som har ansvaret. Enheten skal bidra til at de forskjellige tjenesteyterne samarbeider om planlegging og organisering av habiliterings- og rehabiliteringstilbudene og tilrettelegger for brukermedvirkning»

Individuell plan og koordinator

Retten til individuell plan etter helselovgivningen ble innført i 2001. Dette er videreført i ny lovgivning fra 2012. Bestemmelsene er utdypet i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Helsedirektoratet utarbeider ny veileder. Individuell plan er også hjemlet i lov om arbeids- og velferdsforvaltningen, lov om sosiale tjenester i arbeids og velferdsforvaltningen samt i barnevernloven. Formålet med individuell plan er å sikre et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Tjenester fra ulike fagområder og sektorer skal samordnes, og det skal arbeides i samsvar med tjenestemottakerens mål.

Pasient og bruker har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan, og det skal legges til rette for dette. Pårørende skal trekkes inn i arbeidet i den utstrekning pasienten og brukeren og pårørende ønsker det.

Vurderingen av hvem som faller inn under kriteriene *langvarig og koordinerte tjenester* beror til en viss grad på skjønn. (*Veileder*) Individuell plan er innført som et virkemiddel for å bidra til et helhetlig, koordinert og *individuelt tilpasset* tjenestetilbud til pasienter og brukere. Kravet om at plikten skal gjelde ved behov for "langvarige" tjenester innebærer ikke at behovet skal være varig, men at det skal strekke seg over et visst tidsrom. Departementet legger til grunn at dette vilkåret i praksis ikke har vært tolket restriktivt, og at det fortsatt bør tolkes slik at det fanger opp de som har et reelt behov for individuell plan og en koordinator. (Prop.91 L (2010-2011))

Helsetjenesten er pålagt en plikt til å utarbeide individuell plan for den enkelte, uavhengig av om det er satt fram krav om dette. (Prinsippet om samtykke fra pasienten eller brukeren gjelder.) Helsepersonelloven pålegger helsepersonell en plikt til å delta i arbeidet med individuell plan.

Selv om det lovfestes en plikt for det enkelte personell til å delta i arbeidet, må ansvaret for å utarbeide individuell plan være forankret i virksomhetsledelsen på det aktuelle offentlige tjenestenivået. Ansvaret for om planarbeidet lykkes eller ikke kan ikke forskyves til det enkelte personell. (Prop. 91 L (2010-11) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.)

Helsepersonell skal snarest mulig gi melding om pasienters og brukeres behov for individuell plan og koordinator, jf. helsepersonelloven § 38a. Det samme gjelder annet personell som yter helse- og omsorgstjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1.

Helsedirektoratet utga i 2008 et tipshefte om individuell plan, jf. IS-1544 *Gjør det så enkelt som mulig*. Her er det gitt eksempler på hvordan utvikling av individuell plan kan medvirke til økt mestring av livet og gi nødvendig bistand fra ulike deler av tjenesteapparatet.

Bestemmelsen om koordinator er tydeliggjort i revidert lovgivning fra 2012. Fram til dette har denne funksjonen vært utledet av forskrift om individuell plan, omtalt som «..en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren». Ny lovgivning åpner også for at pasient og bruker kan få en koordinator, uavhengig av individuell plan, jfr. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 7-2 og lov om spesialisthelsetjenester § 2-5a. I spesialisthelsetjenesten erstattes koordinator bestemmelsen om pasientansvarlig lege. Oppstart av individuell plan og oppnevning av koordinator krever samtykke fra tjenestemottakeren. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av pasient, eller bruker, sikre samordningen av tjenestetilbudet og framdrift i arbeidet med individuell plan. (Helsedirektoratet – samhandlingsstatistikk 2012-2013)

I Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) (*samhandlingsreformen*) blir det påpekt at det dreier seg om at det vil være en person som gjennom sin ordinære stilling får et særlig ansvar for å være kontaktpunkt for pasienten. I Innstilling til Stortinget (Innst.212 S, 2009-2010) støtter komiteen stortingsmeldingens påpekning av at koordinator kan fylles av flere faggrupper, eksempelvis fastlege, sykepleier, sosionom, fysioterapeut, ergoterapeut eller annet.

Departementet uttaler følgende om koordinator i Prop. 91 L (2010-11) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven):

- Hvis en bestemt person i kommunen utpekes som koordinator, vil pasienten eller brukeren slippe å forholde seg til mange forskjellige personer. På den annen side kan det å overlate koordineringsansvaret til en enkeltperson føre til økt sårbarhet ved fravær mv. En egen enhet eller et team med koordineringsansvar kan være en mer robust måte å ivareta ansvaret på.

- Etter departementets vurdering, og i tråd med høringsinstansenes uttalelser, bør dagens regler om at en bestemt person skal ha et hovedansvar for koordinering og oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, videreføres. I praksis vil dette innebære at vedkommende skal ha en rolle som koordinator, men ikke at vedkommende skal ha et eneansvar for å koordinere tjenestetilbudet. Ansvaret for å utarbeide individuell plan må være forankret hos ledelsen av virksomheten, og ledelsen må sørge for rammebetingelser som gjør det mulig å fylle en koordinatorrolle. I enkelte tilfeller kan det være nødvendig å utpeke en stedfortreder.
- Koordinatorrollen skal som i dag innebære at koordinator skal være kontaktperson og ha hovedansvar for å følge opp innspill fra pasient og bruker og pårørende. Koordinator har en viktig rolle i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten, og skal bidra til at pasienten eller brukeren får et "sømløst" tilbud. Det bør ved behov etableres kontakt mellom koordinatorene på de to nivåene. Når koordinator ikke er fastlege, bør det etableres kontakt med fastlegen. I tillegg skal vedkommende ha et hovedansvar for å ta initiativ til og påse at pasienten eller brukeren får et koordinert tjenestetilbud. Dersom ansvarsforholdene for de forskjellige tjenestetilbudene er uklare, må vedkommende ta initiativ for å få nødvendige avklaringer slik at pasienten eller brukeren ikke blir kasteball i systemet.

Skole har ansvar for individuell opplæringsplan. Individuell plan og individuell opplæringsplan er forankra i ulike lovverk. Lovverket er ikke samkjørt, men skoleverket og helsetjenesten skal samarbeide. (Til barns beste NOU 2012: 1)

Samarbeidsavtale mellom kommune og helseforetak

Det går fram av helse- og omsorgstjenesteloven at kommunene og helseforetaket har plikt til å inngå samarbeidsavtale (§ 6-1). Det framgår av § 6-2 hva avtalen som et minimum skal omfatte. Det er også utarbeidet Veileder samhandlingsavtalene

Det framgår blant annet følgende av samarbeidsavtalene mellom Vestnes kommune og Helse Møre og Romsdal:

- Forankre avtalen i toppledelsen både i kommunen og Helse Møre og Romsdal HF.
- Forankre og involvere på fag- og avdelingsnivå, ved at alle mellomlederne kjenner avtalen og ser til at den blir praktisert i det daglige arbeidet.
- Partene forplikter seg til å gjøre avtalen kjent for egne ansatte og brukere. Partene skal også sette av nok ressurser knyttet til medvirkning i de avtalte former for samarbeid, blant annet vedtatte utvalg og koordinerende enhet.
- Partene forplikter seg til å opprette en klar adressat i egen virksomhet som har overordnet ansvar for å veilede og hjelpe ved samhandlingsbehov mellom tjenesteyterne.
- Pasient- og brukerorganisasjoner skal medvirke i forbindelse med utarbeidelse, praktisering, oppfølging og endring av avtalen.
- Partene er enige om at kravet til brukermedvirkning som et minimum skal oppfylles ved at synspunkter og tilbakemeldinger som kommer frem gjennom brukerundersøkelser, brukerutvalget ved Helse Møre og Romsdal HF, eldrerådet og rådet for funksjonshemmede i kommunen skal tillegges vekt.

Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering (vedlegg 6 til Samarbeidsavtalen):

Formål: Dette vedlegget har som formål å bidra til gode helsetjenester i et helhetlig pasientforløp gjennom gjensidig kompetanseutvikling og kunnskapsoverføring mellom Helse Møre og Romsdal og kommunene. «En av de viktigste forventningene til spesialisthelsetjenesten er å bidra til kompetanseutvikling og kompetanseoppbygging i en forsterket kommunehelsetjeneste. Dette berører en rekke områder, bl.a. forebygging, tidlig intervensjon, behandling av eldre og pasienter med kronisk sykdom, herunder psykisk helsevern og rusbehandling, samt lærings- og mestringsstrategier.» St.meld.nr.47 (2008-2009) S.112, kap.10.2.1)

Virkeområde: Dette vedlegget skal regulere samhandlingen mellom partene vedrørende kunnskapsoverføring, informasjonsutveksling, faglig nettverk, felles møteplasser og hospitering. Samhandlingen skal være preget av gjensidighet. Informasjonsutveksling når det gjelder inn- og utskrivning av pasienter er ivaretatt i vedlegg 3a og b, og 5a og b til samarbeidsavtalen. Informasjon om endring i tilbud og gjensidige forpliktelser rundt dette omtales i vedlegg 1 til samarbeidsavtalen. Faglige nettverk og felles møteplasser kan opprettes blant annet via samhandlingsutvalgene etter innmeldte behov fra fagmiljøene.

Felles: Helseforetaket og kommunen skal sørge for at faglig, organisatorisk og mellommenneskelig kunnskap som formidles dem imellom, implementeres i egen organisasjon. Begge parter skal informere koordinerende enhet i helseforetaket om felles møteplasser og faglige nettverk.

Helse Møre og Romsdal (plikter og ansvar): Spesialisthelsetjenesten har veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten og pasient/pårørende. Viser til rundskriv Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Plikten er både generell og klinisk rettet mot enkeltpasientforløp, jfr. § 6-3 i spesialisthelsetjenesteloven. Form og innhold på veiledningen avtales mellom partene.

- Gi opplæring og veiledning til pasienter og pårørende som er knyttet til spesialiserte pasientforløp (lærings- og mestringsansvar)
- Legge praktisk og økonomisk til rette for gjensidig hospitering
- Medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helse- og omsorgspersonell
- Ha tilgjengelige praksisplasser, herunder stillinger for leger under spesialisering i allmenntilleggsmedisin
- Opprette og delta i faglige nettverk
- Koordinerende enhet holder oversikt over og informerer om felles møteplasser og faglige nettverk mellom kommunene og helseforetaket
- Samarbeide med kommunen om nødvendig kunnskapsoverføring som sikrer forsvarlighet ved overføring av oppgaver
- Skal sørge for at egne ansatte får påkrevd videre- og etterutdanning

Kommunen (plikter og ansvar)

- Sørge for at egne ansatte får påkrevd videre- og etterutdanning. Gi opplæring og veiledning til pasienter/brukere og pårørende (lærings- og mestringsansvar)
- Legge praktisk og økonomisk til rette for gjensidig hospitering
- Medvirke til undervisning og opplæring av helse- og omsorgspersonell
- Ha tilgjengelige praksisplasser
- Opprette og delta i faglige nettverk

Vedlegg 3: Data

Tabell 1 Opphold og liggetid Helse Møre og Romsdal fordelt klinikker og kommunene Molde, Fræna, Rauma, Vestnes (Kilde: Helse Møre og Romsdal)

Klinikk for psykisk helsevern

	2010		2011		2012		2013		2014	
	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid
Fræna	28	27,36	47	36,62	44	24,39	53	19,83	52	19,96
Molde	278	21,02	302	25,11	306	24,60	352	19,97	378	19,40
Rauma	51	17,41	73	34,42	54	35,69	36	29,25	25	18,60
Vestnes	31	12,58	44	30,95	54	28,44	49	21,82	44	18,64

Gjennomsnitt liggetid var forholdsvis lav i 2010. Det har vært en nedgang fra 2011 til 2014.

Klinikk for kirurgi Molde

	2010		2011		2012		2013		2014	
	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid
Fræna	327	4,30	337	4,15	302	3,54	348	3,54	304	3,72
Molde	983	4,73	931	4,81	906	4,69	946	4,26	857	4,24
Rauma	303	4,44	305	4,40	266	4,14	269	4,00	268	4,23
Vestnes	198	4,85	192	5,11	182	4,21	194	4,33	203	3,85

Liggetid har variert noe. Liggetiden i 2014 er lavere enn de andre årene.

Kvinneklubben

	2010		2011		2012		2013		2014	
	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid
Fræna	240	3,58	244	3,59	268	3,56	242	3,33	289	3,03
Molde	704	3,89	717	3,34	699	3,76	706	3,59	699	3,34
Rauma	213	3,70	238	3,12	176	3,29	176	3,31	165	3,22
Vestnes	154	3,47	132	3,23	176	3,11	137	2,75	134	2,96

Tendensen er nedgang i liggetid. Det er en liten økning fra 2013 til 2014.

Klinikk for medisin

	2010		2011		2012		2013		2014	
	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid
Fræna	483	6,04	475	4,96	553	4,34	583	4,50	549	4,35
Molde	1192	5,60	1334	5,07	1340	5,55	1381	4,76	1338	4,64
Rauma	443	5,39	419	5,48	458	4,75	343	5,17	341	4,40
Vestnes	310	5,84	307	5,50	354	5,69	386	5,04	343	4,99

Liggetid har variert noe. Liggetiden i 2014 er lavere enn de andre årene. Det er nedgang fra 2012 til 2014.

Klinikk for rehabilitering

	2010		2011		2012		2013		2014	
	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid	Opphold	Liggetid
Fræna	178	7,04	186	8,56	194	6,70	196	6,21	159	6,34
Molde	495	8,14	505	8,19	483	6,47	545	6,62	504	6,04
Rauma	147	7,84	157	8,73	163	5,75	123	5,91	128	7,49
Vestnes	116	10,63	103	9,98	128	7,67	96	6,96	93	7,35

Det var nedgang i liggetid fra 2010-2013, og økning fra 2013 til 2014.

Tabell 2 SAMDATA 2012 – SAMDATA 2013 – Helsedirektoratet

	Møre og Romsdal		Helse Midt-Norge		Landet	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Antall pasienter per 1000 innbyggere	405		368		353	
Antall pasienter per 1000 innbyggere 67-79 år	616		563		537	
Antall pasienter per 1000 innbyggere 80 år+	732		665		648	
Antall pasienter per 1000 innbyggere – innlagte pasienter	121		122		122	
Antall pasienter per 1000 innbyggere – polikliniske pasienter	377		333		318	
Planlagt opphold i kirurgisk DRG per 1000 innbygger	28		25		25	
Øyeblikkelig hjelp ikke-kirurgisk DRG per 1000 innbygger	108		105		109	
Gjennomsnitt liggetid døgnopphold	4,36	4,1	4,28	4,2	4,13	4,1
Snitt liggetid øyeblikkelig medisinsk hjelp 67-79 år	4,9		4,9		4,7	
Snitt liggetid øyeblikkelig medisinsk hjelp 80 år +	5,2		5,2		4,9	
Andel reinnleggelser totalt innen 30 dager	10,1	10,3	10,1	10,4	10,3	10,4
Andel reinnleggelser totalt innen 7 dager	4,0		4,4		4,6	
Andel reinnleggelser etter medisinsk behandling	10,6		11,2		11,6	
Andel reinnleggelser etter kirurgisk behandling	5,8		7,0		6,9	
Andel reinnleggelser etter medisinsk behandling 67-79 år	13,5		14,2		15,3	
Andel reinnleggelser etter medisinsk behandling 80 år +	14,2		14,9		16,2	
Psykisk helsevern						
Pasienter per 10 000 innbygger 0-17 år /barn og unge	474	498	492	510	513	509
Pasienter per 10 000 innbygger 18 år +/voksne	416	418	422	425	428	426
Årsverk per 10 000 innbygger 0-17 år	28,4	29,1	31,0	30,8	32,0	33,1
Årsverk per 10 000 innbygger 18 år +	37,1	35,8	40,4	39,6	42,4	40,3
Døgnplasser per 10 000 innbygger 0-17 år	2,1	2,3	2,5	2,5	2,7	2,7
Døgnplasser per 10 000 innbygger 18 år +	9,8	9,0	9,7	9,2	10,2	9,7
Årsverk ved somatiske sykehus per 1000 innbygger	14,9	14,6	13,9	14,0	13,6	13,7

Utviklingstrekk:

- Stor grad av stabilitet i bruk og tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester (veksten i antall pasienter i spesialisthelsetjenesten har i hovedsak fulgt veksten i befolkningen)
- Målt per innbygger, viser det generelle bildet av utviklingen i bruk av somatiske spesialisthelsetjenester de siste ti år en reduksjon i døgnvirksomheten og en økning i poliklinisk virksomhet.
- Økning i poliklinikk i perioden 2008-2012: psykisk helsevern 11 prosent, TSB 67 prosent, somatikk 7 prosent.
- Tydelig nedgang i liggetid/oppholdsdøgn i både somatisk spesialisthelsetjeneste og psykisk helsevern. 2008-2012: 17 prosent i psykisk helsevern, 14 prosent innen somatikk og 4 prosent innen TSB/ tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer.
- Det har vært en betydelig nedgang i liggetid ved døgnbehandlingen, og andelen døgnopphold for øyeblikkelig hjelp har økt fra 68 til 71 prosent fra 2009-2013.
- Gjennom de siste 15 år har antall døgnplasser i det psykiske helsevernet for voksne blitt redusert med 36 prosent. Korrigert for veksten i befolkningen var nedgangen på 45 prosent.

Tabell 3 Pleie og omsorgstjenesten

KOMSTRA funksjon	Kommune			Kommunegruppe (10/10/11)			Møre og Romsdal			Landet/Landet uten Oslo		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Andel innbyggere 80 år og over som bor i institusjon	18,9	18,1	20,0	13,3	12,7	13,0	15,2	14,8	14,4	14,2/ 13,8	13,8/ 13,5	13,6/ 13,3
Andel plasser avsatt til tidsbegrenset opphold	11,0	21,2	21,2	15,6	17,7	17,8	18,3	18,7	17,9	16,1/ 16,6	18,1/ 18,7	18,2/ 19,0
Andel plasser til skjermet enhet for demens	20,0	16,2	16,2	20,9	25,1	29,2	21,1	21,2	21,7	22,8/ 23,4	23,4/ 23,9	23,9/ 24,5
Andel plasser satt av til rehabilitering/habilitering	5,0	10,1	10,1	7,3	8,4	8,9	5,6	8,7	5,6	5,4/ 5,8	7,4/ 7,9	7,3/ 7,6
Andel plasser i enerom i pleie og omsorgsinstitusjoner	100,0	100,0	100,0	94,5	94,0	96,3	93,9	92,7	92,9	93,5/ 93,8	93,9/ 93,8	95,0/ 94,9
Mottakere av hjemmetjenester pr 1000 innbygger 0-66 år	23	23	21	23	24	25	20	20	21	19/ 20	19/ 20	19/ 20
Mottakere av hjemmetjenester pr 1000 innbygger 67-79 år	94	83	85	85	82	79	78	72	70	74/ 74	71/ 72	69/ 69
Mottakere av hjemmetjenester pr 1000 innbygger 80 år og over	320	304	278	386	384	363	349	347	344	338/ 340	336/ 339	331/ 333

KOSTRA – 2013: reviderte tall 27.06.2014, 2014: ureviderte tall per 13.4.15

Tall fra Kostra, tabell 6 viser følgende trekk ved tilbudet i Vestnes kommune (2014):

- Andel innbyggere 80 år+ som bor i institusjon ligger over gjennomsnittet for kommunegruppe 11, Møre og Romsdal og landet.
- Andel plasser satt av til tidsbegrensa opphold ligger over kommunegruppe 11, Møre og Romsdal og landet.
- Andel plasser til skjermet enhet for demens ligger under Møre og Romsdal og landet, og under kommunegruppe 11.
- Andel plasser til rehabilitering/habilitering ligger over landet, Møre og Romsdal og kommunegruppe 11.
- Mottakere av hjemmetjenester pr 1000 innbygger 67-79 år ligger over kommunegruppe 11, Møre og Romsdal og landet.
- Mottakere av hjemmetjenester pr 1000 innbygger 80 år + ligger under kommunegruppe 11, Møre og Romsdal og landet.

Tabell 4 Personell

KOMSTRA funksjon	Kommune-gruppe			Kommunegruppe 10,10,11			Møre og Romsdal			Landet/Landet uten Oslo		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/fagutdanning	67	68	79	74	75	77	75	76	76	74/ 74	74/ 75	75/ 76
Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/ fagutdanning fra videregående skole	47	48			44		42	42		41	41	
Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/ fagutdanning fra høyskole/universitet	20	20			31		32	33		33	34	
Legeårsverk per 10 000 innbygger*	11,7	12,3	12,1		10,6	11,2	10,5	10,7	10,7	9,9/ 10,0	10,2/ 10,2	10,2/ 10,3
Fysioterapiårsverk per 10 000 innbygger*	7,5	7,6	7,5		8,6	9,3	8,4	8,3	8,6	8,8/ 8,8	8,9/ 8,9	8,8/ 8,9
Legetimer pr uke pr beboer i sykehjem	0,30	0,34	0,32	0,35	0,39	0,43	0,38	0,41	0,38	0,43/ 0,43	0,46/ 0,47	0,50/ 0,51
Fysioterapitimer pr uke pr beboer i sykehjem	0,19	0,21	0,10	0,34	0,32	0,35	0,25	0,25	0,26	0,36/ 0,33	0,38/ 0,37	0,39/ 0,37
Årsverk ergoterapeuter pr 10 000 innbygger**		1,5			2,7		2,6	2,6		3,2	3,4	
Årsverk psykiatrisk sykepleier pr 10 000 innbygger**		4,5			4,7		5,1	5,2		4,1	4,2	
Årsverk jordmødre pr 10 000 fødte		55,6			62,8		72,1	64,2		46,3	47,9	

KOSTRA 2013: reviderte tall per 27.06.2014 * kommunehelsetjensten, ** (khelse og plo), 2014: ureviderte tall per 13.4.15

Kostra-tall sammenligner kommunen med andre kommuner, kommunegruppen og gjennomsnittstall for landet. Disse sammenligningene må brukes med varsomhet, fordi det kan være ulike og spesielle forhold i de enkelte kommunene. Det kan også være ulik rapportering i kommunene.

Vedlegg 4: Fra Årsmelding 2014 for Vestnes kommune

Tiltak for å fremme folkehelse – Årsmelding 2014 for Vestnes kommune

Barnehagene

- Fokus på god ballanse mellom aktivitet og kvile for barna
- Tannpuss etter frukost. Status om barn si tannhelse frå tannpleiaren ein gong pr. år
- Fokus på stell og hygiene. Kroppen som gjennomgåande tema.
- Fokus på sunt kosthald i tråd med retningslinene for mat og måltid utgitt av Sosial- og helsedirektoratet. Inkludert sunne alternativ til bursdagsfeiring.
- Uteleik og turar i naturen til alle årstider.
- Aktivitetar i idrettshall/gymsal. Musikk, rørsle, dans, drama og leik.
- Tilpassa opplæring og spesialpedagogikk.
- Førstehjelpskurs for personalet. Ergonomikurs for personalet.
- Helland og Gardstunet barnehage er med i prosjektet: —Klare sjøll. Målet med prosjektet er at dei vaksne skal lære å unngå/reducere uheldige belastningar og barna skal ein auka oppleving av meistring i kvardagen. Prosjektet samkøyrer ergonomi og pedagogikk, altså vaksne og barn sin kvardag i barnehagen.

Grunnskulane og SFO

- Det helsefremmande arbeidet er forankra i skulen sine planar. t.d. aktivitets- og trivselsplanar
- Haldningsskapande klasse miljøprogram: *Det er mitt val*, Trivselsleiarordninga, MOT
- Fagleg kompetanseheving av lærarane
- Samarbeid heim – skule
- Samarbeid med andre instansar som t.d. PPT, barnevern og skulehelsetenesta
- Sjå resultat over tid, arbeide systematisk og langsiktig
- Tema: gi elevane kunnskap og rettleiing på korleis god ernæring og dagleg fysisk aktivitet fremmar god helse, gjennom faga kroppsøving og mat og helse i skulen
- Tema på foreldremøte, rådsorgana og personalmøte
- Sunn mat og uteaktivitet på SFO

Barne- og ungdomstenestene

- Kompetanseheving og utvikling av rutinar innanfor temaet Vald i nære relasjonar/ arbeid med Handlingsplan mot vald i nære relasjonar
- Bruke refleksjonsmodellen fast i møte med barn, ungdomar og foreldre/ familiar
- Forebyggjande arbeid i familiar gjennom familierettleiing
- Hjelp skular og barnehagar med å utvikle eit godt fysisk og psykososialt miljø som fremjar helse, trivsel og læring
- Oppretta tilbod om aktivitetsgruppe, matkurs og helsesamtalar (med tiltakspermar) i regi av overvektsprosjektet Vestnes-Rauma
- Tilsette: Arbeidsmiljøtema i kvart felles personalmøte, Medarbeidarsamtalar, Velferdskomité med ulike tiltak m.a. hemmeleg venn, bursdagshelsing, velferdstur

Kultur og fritid

Kultur i sentraladministrasjonen

- Innan arbeidet med kultur, idrett og friluftsliv i sentraladministrasjonen vil ein særleg nemne eit breitt bygdesamarbeid om promotering og tilrettelegging for friluftsliv.

Kulturskulen

- Det er naturleg å trekke fram dei fysiske tilboda som særskilt helsefremmande. For kulturskulen er dette dans og aktivitetar i bassenget.
- Ved å samanlikne opplysningar om deltaking i kulturelle aktivitetar med helseopplysningar, viser forskning at alle som konsumerer kultur i ei eller anna form opplever betre helse, er meir tilfreds med livet sitt, og er mindre plaga av angst og depresjon, samanlikna med folk som ikkje er så opptatt av kultur. Med dette som utgangspunkt må ein kunne sei at all aktivitet som kulturskulen driv med, er helsefremmande.

- Vi har sangstund i fleire eldreinstitusjonar kvar veke.
- Vi sel dirigent-tenester til lokale lag og organisasjonar, som igjen driv viktige helsefremmande aktivitetar (Korps-spelemannslag)

Helse, omsorg og velferd

Felles / Vestnes sjukeheim, Tresfjord Trygdeheim, Sentralkjøkken, Hellandtunet og Heimetenestene:

- Kommunen har utvikle dagsentertilbod . Dette skaper meningsfulle opplevingar og ein aktiv kvardag
- Fokus på ernæring og aktivitet
- Risikovurderingar
- Opplysning/ informasjon via frivillige lag og organisasjonar / brukarorganisasjonar
- Frisklivstilbod / delaktør i ulike kurs og anna tiltak

Vestnes legesenter

- Personalet ved legesenteret har i alt sitt arbeid, ein høg fokus på helsefremmande tiltak. Gjennom:
 - å informere om helsefremmande tiltak retta mot den enkelte. F.eks kosthald og fysisk aktivitet.
 - vaksinasjon mot influensa, lungebetennelse.
 - reisevaksinasjon.

Bu- og habiliteringstenestene

I Helse- og omsorgstenestelova §3-3 står det at ein skal arbeide for at det vert sett i verk velferds- aktivitetstiltak for funksjonshemma personar. Bu- og habiliteringstenestene legg vekt på at ein skal ivareta både den fysiske, psykiske, sosiale og åndelege dimensjonen hjå tenestemottakarane.

Eit mål er at alle tenestemottakarane som har føresetnad for å gå til eit arbeid, får eit tilrettelagt tilbod.

Tenestemottakarane har tilbod om å delta på ulike fritidsaktivitetar som spenningskurs, ungdomsgruppa, «Klem i veg», aktivitetsdag, julefest, møter, gudstenester, sittedans, treningsstudio, «Sprek og glad», rettleiingssamtalar, hyggekveldar, «Danse fylket rundt» m.m.

For dei tilsette fokuserer ein på det psykososiale arbeidsmiljøet ved ulike tilstellingar. Framhevar «blåturen» som nokre bueingar gjennomfører. Dei tilsette gjev tilbakemeldingar på at denne aktiviteten har stor betydning for trivselen og samarbeidet i personalgruppene.

Sjølv om ein prøver å ha ulike tilstellingar, er det viktigaste tiltaket at kvar enkelt tilsett vert sett og verdsatt i kvardagen av kollegane og leiinga. Leiinga har fokus på at alle som tek kontakt, skal verte godt mottekne. Alle skal ha eit samarbeid som er bygd på respekt og likeverd.

Ein jobbar systematisk og målretta med oppfølging av sjukmeldte. Totalt ligg Bu – og habiliteringstenestene på 12,5 %, men ein har bueingar med sjukefråværsprosent på 2,2. Hausten 2014 planla ein prosjekt i samarbeid med BHT, der ein ønskjer å setje inn tiltak i bueingane som har det største sjukefråveret.

Tekniske tenester

Både innanfor planlegging/prosjektering og utbygging skal folkehelseperspektivet vere framme. Dette kan til dømes vere tilrettelegging av parkeringsplassar ved utfartsområde, tilgang til badeplassar og andre friluftsområde og etablere toalettlysingar til desse. Arbeide for bygging av gang-/sykkelvegar som motiverer til aktivitet. Syte for gate-/vegbelysning slik at aktiviteten kan oppretthaldast også i den mørke årstida. m.m. Elles vil naturlegvis det generelle vegvedlikehaldet med snøbrøyting og sandstrøing vere ein vesentleg faktor.

Eining for eigedomsdrift

- Samarbeid med teknisk avdeling om turvegen Kråkvika – Mistfjord. Arbeidet blir ferdig i 2015.
- Vedlikehald og utbetring av uteområde på skular og barnehagar.
- Etablering av hageområdet rundt Frivilligsentralen - Hagen som møteplass, skal legge til rette for at fleire kjem seg ut. Det er også leikestativ i hagen.

Årsmelding 2014 Vestnes kommune – utvalgte prosjekt

Psykolog i dei kommunale helse- og omsorgs- tenestene	Midlar frå Helseidrettoratet. Psykologstilling lagt til helsestasjon	Vestnes kommune	BUT v/helsestasjon	Oppstart haust 2014 Inntil 6 år
Rusførebygging Vaksne	Midlar frå Helseidrettoratet. Stillingsressurs NAV-kommune	Vestnes kommune	Kommunen v/NAV Samarbeidsforum BUT og politiet	Oppstart 2010/2011 3 år
Interkommunalt gjeldsprosjekt	Midlar frå Arbeids- og velferdsdirektoratet. Utvikle metode for å førebygge og forhindre utvikling av gjeldsproblematikk	Vestnes kommune	Tenesteområde 3 i NAV Aukra, Fræna, Eide, Rauma, Molde, Midsund	Oppstart 2012 Inntil 3 år
Samarbeid om ny behandlingmodell innen psykisk helsevern (ACT –team)	Midlar frå Helseidrettoratet + midlar frå HFet og kommunar. Aktiv oppsøkande behandlingsteam for personar med psykiske lidingar/rus	HNR Samarbeids-avtale mellom HF og kommunar	HNR Molde, Vestnes, Eide, Fræna, Rauma, Midsund, Nesset, Aukra	3-5 år 1 gang frå januar 2012
Interkommunalt samarbeid om Samhandlings-reform (ROR prosjekt)	Midlar frå Helseidrettoratet Arbeid med felles utfordringar knytt til innføring av Samhandlingsreform	ROT v/prosjekt-koordinator	HNR Aukra, Fræna, Molde, Midsund, Nesset, Vestnes, Rauma, (Eide , Gjemnes)	Som prosjekt mai 2011 til mai 2013. Videreført som nettverksgruppe
Sammen for lindring Kompetanse-heving, «plan for lindring», samarbeid om palliasjon	Statstilskot / Helseidrettoratet	Interkomm. samarb.prosjekt	ROR kommunane Sjukhuset i Molde	2014 - 2016
Barnefattigdom-prosjekt	Fylkesmannen	Vestnes kommune/NAV	Kommunalt	2014 - 2015
Læringsnettverk i velferdsteknologi	Fylkesmannen Det midtnorske velferdsteknologinettverket og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetenester	Innovaasjon / arb.prosess Bruk av velferdsteknologi	Interkommunalt	2014- 2016
DU-kurs (Depresjons-meistringskurs for ungdom)	Midlar frå Fylkesmannen	Frisklivssentral/ skulehelse-tenesta	Interkommunalt tiltak	2014 - 2015
DU-kurs (Depresjons-meistringskurs for ungdom)	Midlar frå Fylkesmannen	Frisklivssentral/ skulehelse-tenesta	Interkommunalt tiltak	2014 - 2015
Oppfølging av personar med diabetes type 2, samt forebyggande tiltak til barn og unge med overvekt og deira foreldre	Midlar frå Helseidrettoratet	Folkehelse-koordinatorar Vestnes/Rauma	Menneske med diabetes type 2 Foreldre og barn i 3. klasse der barnet har overvekt	2014 - 2015