



Riksrevisjonen

Riksrevisjonens undersøkelse av
ressursutnyttelse og kvalitet i
helsetjenesten etter innføringen av
samhandlingsreformen

Dokument 3:5 (2015–2016)



1816–2016

23 257 -3 918 240 1 255 712 474 320 120 3 924 23 751 320

Denne publikasjonen finnes på Internett:
www.riksrevisjonen.no

Offentlige institusjoner kan bestille publikasjonen fra
Departementenes servicesenter
Telefon: 22 24 20 00
E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no
www.publikasjoner.dep.no

Andre kan bestille fra
Bestillinger offentlige publikasjoner
Telefon: 55 38 66 00
Telefaks: 55 38 66 01
E-post: offpub@fagbokforlaget.no

Fagbokforlaget AS
Postboks 6050 Postterminalen
5892 Bergen
www.fagbokforlaget.no/offpub

ISBN 978-82-8229-346-4

Forsideillustrasjon: 07 Oslo basert på maleri/collage av Heidi Helland-Hansen.
Høyesterettsadvokat Jonas Anton Hielm var statsrevisor i perioden 1816–1821.

Riksrevisjonens undersøkelse av
ressursutnyttelse og kvalitet i
helsetjenesten etter innføringen
av samhandlingsreformen

Dokument 3:5 (2015–2016)

Til Stortinget

Riksrevisjonen legger med dette fram Dokument 3:5 (2015–2016) *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen.*

Riksrevisjonen, 12. januar 2016

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Innhold

1	Hovedfunn	8
2	Riksrevisjonens merknader	8
3	Riksrevisjonens anbefalinger	12
4	Departementets oppfølging	13
5	Riksrevisjonens sluttmerknad	14
Vedlegg 1: Riksrevisjonens brev til statsråden		17
Vedlegg 2: Statsrådets svar		21
Vedlegg 3: Rapport		29
1	Innledning	34
2	Metodisk tilnærming og gjennomføring	37
3	Revisjonskriterier	41
4	Styrking av pleie- og omsorgstjenesten i kommunen	47
5	Bruk av sykehus	52
6	Utvikling av kompetansen innenfor og samarbeidet om helse- og omsorgstjenester	63
7	Departementets og direktoratets styring og oppfølging	82
8	Vurderinger	89
9	Referanseliste	93

Utbrett: Bakgrunn og mål for undersøkelsen. Funns og anbefalinger.

Helse- og omsorgsdepartementet

Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen

Målet med undersøkelsen har vært å vurdere om samhandlingsreformen så langt bidrar til å nå overordnede helsepolitiske mål om bedre ressursutnyttelse og tjenester med bedre kvalitet. Undersøkelsen omfatter i hovedsak perioden fra 2012 til september 2015.

Samhandlingsreformen ble iverksatt 1. januar 2012 og har som mål å sikre en bærekraftig helsetjeneste med god kvalitet. Dette målet skal blant annet nås ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten slik at veksten i bruk av sykehus tjenester dempes. God kvalitet i tjenestene skal blant annet sikres gjennom å styrke ansattes kompetanse og å øke samarbeidet mellom helsenivåene. Ny helse- og omsorgstjenestelov ble vedtatt i 2011 som en del av samhandlingsreformen. Den skal blant annet sikre at pasienter og brukere får tidlig og god hjelp når de trenger det, nærmest mulig der de bor. Videre skal befolkningen sikres rett behandling til rett tid på rett sted, gjennom et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud. De statlige aktørene – Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Statens helse- tilsyn og fylkesmennene – har viktige oppgaver med å understøtte kommunenes arbeid for å nå målene med reformen.

Undersøkelsen har tatt utgangspunkt i følgende vedtak og forutsetninger fra Stortinget:

- *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 24. juni 2011* (helse- og omsorgstjenesteloven)
- *Lov om spesialisthelsetjenesten av 2. juli 1999* (spesialisthelsetjenesteloven)
- Innst. 424 L (2010–2011) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*, jf. Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Innst. O. nr. 65 (1998–99) *om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.*, jf. Ot.prp. nr. 10 (1998–99) *Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.*
- Innst. 11 S, jf. Prop. 1 S for Helse- og omsorgsdepartementet for budsjettårene 2012, 2013, 2014 og 2015
- Innst. 375 S (2014–2015) *om kommuneproposisjonen 2016*, jf. Prop. 121 S (2014–2015) *Kommuneproposisjonen 2016*

Rapporten ble forelagt Helse- og omsorgsdepartementet ved brev 18. september 2015. Departementet har i brev 16. oktober 2015 gitt kommentarer til rapporten. Kommentarene er i hovedsak innarbeidet i rapporten og i dette dokumentet.

1 Hovedfunn

- Kommunene har tatt over pasienter som tidligere lå ferdigbehandlet i sykehus.
- Det finnes lite kunnskap om kvaliteten på tjenestene til pasienter som skrives ut til kommunene.
- Kommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD) benyttes ikke på en måte og i et omfang som er i tråd med intensjonen.
- Samarbeidet om pasienter med behov for tjenester fra både primær- og spesialisthelsetjenesten er ikke godt nok.
- Innenfor rus- og psykiatriområdet er ikke tilbudet i kommunene styrket i takt med nedbyggingen av døgnplasser i spesialisthelsetjenesten.
- Kommunene har i liten grad økt kapasiteten og styrket kompetansen etter innføringen av samhandlingsreformen.

2 Riksrevisjonens merknader

2.1 Kommunene har tatt over pasienter som tidligere lå ferdigbehandlet i sykehus

Det har vært en sterk økning i antall pasienter som registreres som utskrivningsklare i hele perioden fra 2010 til 2014, fra om lag 24 000 pasienter i 2010, til drøyt 87 000 pasienter i 2014. Det er også færre pasienter som ligger ferdigbehandlet i sykehus i påvente av et kommunalt tilbud, og liggetiden for de som venter på et slikt tilbud har gått ned. Over 80 prosent av pasientene som ble registrert som utskrivningsklare i 2014 ble tatt imot av kommunen samme dag som utskrivningen ble varslet.

Innføringen av kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter har bidratt til at en større del av pasientforløpene er overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, noe som er i tråd med intensjonen med ordningen.

2.2 Det finnes lite kunnskap om kvaliteten på tjenestene til pasienter som skrives ut til kommunene

Etter innføringen av samhandlingsreformen, har det også vært en reduksjon i liggetiden på sykehus, spesielt for personer som skrives ut til videre oppfølging eller behandling i kommunen. Samtidig opplever 95 prosent av kommunene at pasientene typisk er sykere når de overføres til kommunehelsetjenesten sammenlignet med før reformen, og over 80 prosent av fastlegene mener at pasienter ofte blir skrevet ut for tidlig til kommunen. En like stor andel av fastlegene mener at reinnleggelser er en belastning for mange pasienter. Mange kommuner opplever at pasienter ofte skrives ut så tidlig at det er vanskelig for kommunen å tilby et godt tjenestetilbud. Både for tidlig utskrivning og mangler ved det kommunale tjenestetilbudet, er årsaker til at flere pasienter blir reinnlagt i sykehus innen 30 dager etter utskrivning til kommunen, ifølge helseforetak og kommuner.

Etter Riksrevisjonens vurdering er det grunn til å følge utviklingen nøye, både når det gjelder om pasienter overføres for raskt til kommunene, og om kommunene er i stand til å ta imot flere og sykere pasienter på en god måte. Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet har begrenset kunnskap om hvordan kvaliteten i kommunehelsetjenesten har utviklet seg etter reformen. Riksrevisjonen mener at gode kvalitetsindikatorer er viktig for at statlige myndigheter skal få nødvendig kunnskap om

kvaliteten i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Helsedirektoratets arbeid med å utvikle kvalitetsindikatorer bør derfor sikres nødvendig prioritet, blant annet med henblikk på å sikre muligheten for å iverksette korrigerende tiltak.

2.3 Kommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD) benyttes ikke på en måte og i et omfang som er i tråd med intensjonen

Kommunene har gjennom samhandlingsreformen fått et ansvar for å dempe økningen i antall innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Kommunal plikt til å tilby døgnoophold til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp (ØHD) er ett av virkemidlene som skal bidra til at flere pasienter behandles på det laveste effektive omsorgsnivået.

Kommunene er pålagt å ha et slikt tilbud i drift senest fra 1. januar 2016, men det er utbetalt tilskudd til etablering fra januar 2012. Halvparten av tilskuddene gis gjennom øremerket tilskudd fra Helsedirektoratet, og den andre halvparten gjennom overføringer fra de regionale helseforetakene. I perioden 2012–2014 har Helsedirektoratet utbetalt i overkant av 734 mill. kroner i tilskudd til ØHD, noe som betyr at det fra direktoratet og de regionale helseforetakene er overført nesten 1,5 mrd. kroner til kommuner som har opprettet tilbudet.

Per 31. august 2014 hadde 275 kommuner mottatt tilskudd for å etablere et ØHD-tilbud. Dette tilbudet hadde da en beregnet samlet årlig *kapasitet* på ca. 143 000 liggedøgn, når en forutsetning om en beleggsprosent på 85 legges til grunn. Fra januar 2012 til og med august 2014 ble det registrert totalt 49 334 liggedøgn. De kommunene som hadde hatt tilbudet i over ett år i 2014, mottok i gjennomsnitt 13 222 kroner i tilskudd per liggedøgn. Til sammenligning betalte kommunene 4 255 kroner per overliggedøgn for utskrivningsklare pasienter i spesialisthelsetjenesten i 2014. Riksrevisjonen har ikke undersøkt kommunenes kostnader til drift av tilbudet.

For at ØHD skal kunne avlaste sykehusene, må pasienter som legges inn ved tilbudet i hovedsak være pasienter som ellers ville blitt lagt inn for behandling på sykehus. Helse- og omsorgsdepartementet har informasjon om antall pasienter i ØHD-tilbudet, men har ikke informasjon om i hvilken grad innleggelsene i ØHD erstatter sykehusinnleggelse, eller i hvilken grad tilbudet brukes som en del av kommunenes pleie- og omsorgstilbud. Undersøkelsen viser at i mange kommuner brukes ikke ØHD-tilbudet på en måte som erstatter innleggelse i sykehus. I tillegg mener helseforetakene at mange pasienter som legges inn på sykehus, heller burde vært lagt inn på ØHD. I mange kommuner brukes ØHD-tilbudet også som en del av kommunens pleie- og omsorgstjeneste. Det betyr at det er et stort potensial for å yte øyeblikkelig medisinsk hjelp til langt flere pasienter i nærheten av hjemmet.

Det er flere årsaker til at ØHD-tilbudet i kommunene ikke benyttes på en måte og i et omfang som er i tråd med intensjonene. Blant fastlegene er det en utbredt usikkerhet om kvaliteten i tilbudet er god. Fastlegene har også manglende kjennskap til hvilke behandlinger som blir utført ved ØHD, og det er mange fastleger som mener at tilbudet ikke er tilpasset innbyggernes behov. Tidkrevende innleggelsesprosedyrer er også en sentral årsak til at ikke flere pasienter legges inn ved ØHD-tilbudet.

Selv om det ikke kan forventes at døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp vil ha sterk påvirkning på omfanget av innleggelse i sykehus samlet sett, er det Riksrevisjonens vurdering at ØHD-enhetene bør kunne avlaste sykehusene i større grad enn i dag.

2.4 Samarbeidet om pasienter med behov for tjenester fra både primær- og spesialisthelsetjenesten er ikke godt nok

For å sikre helhetlige og koordinerte tjenester for pasientene, er kommuner og sykehus gjennom lov pålagt å inngå samarbeidsavtaler. Et flertall av kommunene opplever at samarbeidsavtalene legger til rette for godt samarbeid og god arbeidsdeling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, og at de legger til rette for helhetlige pasientforløp. Rundt halvparten av kommunene synes imidlertid at det er utfordrende å etterleve kravene som stilles i avtalene i den praktiske utførelsen av arbeidet. En like stor andel mener at helsepersonell i egen kommune ikke har tilstrekkelig kjennskap til innholdet i avtalene, mens 61 prosent av kommunene opplever at ansatte i spesialisthelsetjenesten ikke har tilstrekkelig kjennskap til avtalene. Noen kommuner og helseforetak har oppgitt i intervju at både antallet avtaler og kravene til det detaljerte innholdet i disse er for omfattende. Helse- og omsorgsdepartementet mener at samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene er bedre nå enn før samhandlingsreformen, og at samarbeidsavtalene har bidratt til dette.

Behovet for å utveksle informasjon har økt etter innføringen av samhandlingsreformen, blant annet som følge av at flere og sykere pasienter skrives ut fra sykehusene til videre oppfølging i kommunene. Undersøkelsen viser at mange helseforetak får mangelfull informasjon om pasientens funksjonsnivå fra kommunene i forbindelse med at pasienter legges inn på sykehus. Medikamentlistene er også ofte ufullstendige. Flere enn halvparten av kommunene opplever at de ikke får tilstrekkelig informasjon om pasientenes forventede framtidige utvikling når de skrives ut fra sykehus til videre behandling og oppfølging i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Mange kommuner opplever at de heller ikke får tilstrekkelig informasjon om pasientenes samlede funksjonsnivå. 44 prosent av kommunene mener at informasjonen fra sykehuset ikke kommer tidnok til at kommunen blir i stand til å legge til rette for gode tjenester i kommunen. Når slik viktig informasjon om pasienten mangler eller kommer sent, er det utfordrende å legge til rette for riktig behandling, og i verste fall får pasienten utilstrekkelig eller feil behandling. Det er ressurskrevende for ansatte både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten å etterspørre informasjon om pasientene.

Halvparten av kommunene og helseforetakene mener at koordinator og individuell plan bare i begrenset grad bidrar til å sikre helhetlige pasientforløp for brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Individuell plan er et etablert, lovfestet virkemiddel og Riksrevisjonen mener i lys av dette at en kunne ha forventet at samarbeidet på tvers av forvaltningsnivåene var kommet lenger på dette området.

Når samarbeidsavtalene ikke etterleves, kvaliteten på informasjonen som utveksles om den enkelte pasient er for dårlig og koordinator og individuell plan bare i begrenset grad bidrar til å sikre koordinering mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, er det etter Riksrevisjonens vurdering risiko for at mange pasienter ikke får helhetlig oppfølging i tråd med Stortingets intensjoner for samhandlingsreformen.

2.5 Innenfor rus- og psykiatriområdet er ikke tilbudet i kommunene styrket i takt med nedbyggingen av døgnplasser i spesialisthelsetjenesten

Både kommunene og spesialisthelsetjenesten har ansvar for å tilby tjenester til personer med psykiske lidelser og/eller rusproblemer. Selv om pasientgruppen ikke er omfattet av betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter, gjelder intensjonene med reformen også for denne gruppen. Helse- og omsorgstjenesteloven presiserer også kommunens ansvar for alle pasient- og brukergrupper.

Antallet heldøgns plasser til rusbehandling og psykiatri i spesialisthelsetjenesten har blitt redusert med nesten 10 prosent fra 2010 til 2014. Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at det skyldes at det foregår en omstrukturering fra døgnbehandling ved sykehus til dagbehandling ved distriktpsikiatriske sentre (DPS). Omstruktureringen betyr at en del pasienter mottar noen tjenester fra spesialisthelsetjenesten samtidig som de mottar tjenester fra kommunen i hjemmet. Reduksjonen i antallet heldøgns plasser i spesialisthelsetjenesten har ikke blitt kompensert med en tilsvarende styrking av tilbudet i kommunene. Nesten 70 prosent av kommunene har bare i liten grad økt antall årsverk på rus- og psykiatriområdet, og bare hver sjettede kommune har i stor grad økt kompetansen på området.

Mens nær alle kommunene mener at samarbeidsavtalene klargjør oppgave- og ansvarsfordelingen for de utskrivningsklare *somatiske* pasientene, mener under halvparten av kommunene at avtalene klargjør oppgave- og ansvarsfordelingen for pasienter innen psykisk helse og rus. Når oppgave- og ansvarsfordelingen ikke er klargjort, er det en betydelig risiko for at pasientene ikke får helhetlig og koordinert behandling.

Dersom intensjonene med samhandlingsreformen skal oppfylles, skal flere pasienter, også under psykisk helsevern og rusomsorg, behandles i kommunene. Dette stiller store krav til kapasitet og kompetanse i kommunehelsetjenesten. Etter Riksrevisjonens vurdering er det alvorlig at tilbudet til en utsatt gruppe ikke er styrket fire år etter at reformen trådte i kraft.

2.6 Kommunenes kapasitet og kompetanse er i liten grad styrket etter innføringen av samhandlingsreformen

Ett av målene med samhandlingsreformen er at en større del av pasientforløpene skal utføres av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Selv om kommunene bruker noe mer penger på pleie og omsorg i 2014 sammenlignet med i 2010, har kapasiteten i kommunehelsetjenesten i liten grad blitt styrket. Få kommuner har for eksempel etablert forsterkede korttidsplasser til utskrivningsklare pasienter, rehabiliteringsplasser, omsorgsboliger eller langtidsplasser i sykehjem etter innføringen av samhandlingsreformen. Selv om det ved utgangen av august 2014 var etablert kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud i 275 kommuner, viser undersøkelsen at kommunene i liten grad har økt antallet årsverk i helse- og omsorgstjenestene. For eksempel har et flertall av kommunene ikke økt antallet årsverk i hjemmetjenesten eller sykehjem nevneverdig. Dette betyr at kapasitetsveksten i kommunens helse- og omsorgstjeneste har vært begrenset.

Antallet mottakere av hjemmetjenester og korttids institusjonsopphold har økt noe de siste årene. Samtidig viser undersøkelsen at det i mange kommuner har blitt vanskeligere å få plass ved sykehjem, og at dette gjelder både korttids- og langtidsplasser. Samhandlingsreformen vil for mange kommuner innebære at helse- og omsorgstjenesten må kunne utføre oppgaver den tidligere ikke hadde, og at antallet mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester vil øke. Den begrensede veksten i kapasiteten i tilbudet til brukere og pasienter som undersøkelsen viser, er så langt ikke i tråd med de forventningene som ble stilt til kommunehelsetjenesten i forbindelse med reformen.

Stortinget har i flere sammenhenger presisert at det er viktig at kommunene besitter nødvendig fagkompetanse, og at kompetanseutvikling i den kommunale helse- og omsorgssektoren er av vesentlig betydning for at samhandlingsreformen skal kunne lykkes.

Kommunene har etter innføringen av samhandlingsreformen mottatt nye og mer krevende pasient- og brukergrupper, samtidig som mange kommuner mangler kompetanse på flere områder. Undersøkelsen viser at det fra 2011 til 2014 ble knapt 490 flere legeårsverk i kommunene, mens det ble drøyt 1270 flere legeårsverk i spesialisthelsetjenesten. Den prosentvise veksten av legeårsverk var så godt som lik i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Så langt har det altså ikke vært en raskere vekst i antallet legeårsverk i primærhelsetjenesten enn i spesialisthelsetjenesten, slik Stortinget forutsatte i forbindelse med reformen. Til tross for at antallet sykepleierårsverk i kommunene har økt med 16 prosent i perioden 2010–2014, og selv om Norge ifølge Helse- og omsorgsdepartementet har svært høy sykepleierdekning sammenlignet med andre nordiske land, opplyser nær halvparten av kommunene at de ikke har nok sykepleiere. Til sammenligning er det bare hver femte kommune som mener at legedekningen ikke er god nok.

To av tre kommuner har bare i begrenset grad styrket kompetansen blant de ansatte ved sykehjemmene og i hjemmetjenesten i form av etter- eller videreutdanning. Helseforetakene har tilbudt kommunene en rekke ulike kompetansehevingstiltak, slik samarbeidsavtalene legger til rette for. Få kommuner har hittil benyttet seg av tiltak som ambulerende team, praksiskonsulent og hospitering på sykehus. Departementet opplyser at kompetansen i kommunene vil bli styrket ved innføringen av tiltakene som er beskrevet i Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Riksrevisjonen mener at det er en forutsetning at kommunenes kompetanse styrkes dersom målet om en mer bærekraftig helsetjeneste skal nås – særlig tatt i betraktning at kommunene nå behandler og følger opp sykere og mer krevende pasienter.

3 Riksrevisjonens anbefalinger

Når det gjelder tilbudet om øyeblikkelig hjelp døgnopphold, anbefaler Riksrevisjonen at Helse- og omsorgsdepartementet

- vurderer hvordan bruken kan bli mer i tråd med intensjonene, både med henblikk på belegg og målgruppe
- vurderer om det har økonomiske virkemidler som bidrar til at ØHD-tilbudet benyttes i tråd med intensjonene
- undersøker kvaliteten på tilbudet nærmere

Riksrevisjonen mener at Helse- og omsorgsdepartementet bør vurdere hvordan den kommunale helse- og omsorgstjenestens arbeid kan styrkes for å sikre at sykere og mer krevende pasienter kan få behandling i tråd med Stortingets intensjoner.

Riksrevisjonen anbefaler at departementet

- øker kunnskapen om kvaliteten i kommunenes helse- og omsorgstjeneste, blant annet ved hjelp av indikatorer for kvalitet
- vurderer tiltak som kan bedre samarbeidet mellom sykehusene og kommunene, blant annet når det gjelder kvaliteten på informasjonen som utveksles og bruken av individuell plan
- følger opp om planlagte tiltak i tilstrekkelig grad bidrar til å styrke kompetansen i kommunehelsetjenesten

Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet bidrar til å styrke kommunenes arbeid med pasienter under psykisk helsevern eller rusomsorg. Dette innebærer blant annet å

- vurdere tiltak som sikrer at denne pasientgruppen får et egnet tilbud fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten
- vurdere om oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er tilstrekkelig klargjort for denne pasientgruppen

4 Departementets oppfølging

Statsråden opplyser i sitt svar 20. november 2015 at utfordringene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten ble beskrevet i Meld. St. 26 (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* (primærhelsemeldingen). Ifølge statsråden er det blant annet behov for bedre samhandling og samordning på tvers av deltjenester, og regjeringen vil derfor stimulere til samlokalisering av tjenester. Økt og endret bruk av team ledet av en koordinator skal, ifølge statsråden, sikre bedre tjenester til brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Statsråden viser til at regjeringen vil legge til rette for slike team gjennom flere tiltak, bl.a. ved å videreføre læringsnettverk, kompetansetiltak og faglig veiledning.

Når det gjelder kompetanse og kvalitet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, viser statsråden til at Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet samarbeider om å utvikle et kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) som etter planen bygges opp trinnvis mot en endelig ferdigstilling i løpet av 2017.

Statsråden viser til at Helsedirektoratet gjennom lov om kommunale helse- og omsorgstjenester fikk ansvar for å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer. Det er utarbeidet en 3-årig handlingsplan for arbeidet med nasjonalt kvalitetsindikatorsystem.

Primærhelsemeldingen omtaler behovet for økt kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten for å kunne realisere samhandlingsreformens intensjoner. Regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten ble lansert i Kompetanseløft 2020. Gjennom kompetanseløftet vil kommunene, ifølge statsråden, oppfordres til å sette de samlede kompetanseutfordringene på dagsorden i den helhetlige kommunale planleggingen.

Statsråden viser til at Helsedirektoratet har fått i oppdrag å vurdere statlig virkemiddelbruk på IKT-feltet. Ifølge statsråden vil oppdraget, sammen med etablering av et eget direktorat for e-helse, være sentralt for å sikre raskere og mer helhetlig framdrift på tvers av nivåene i sektoren på IKT-området.

Opprettelse av øyeblikkelig hjelp døgnopphold er et av de sentrale virkemidlene i samhandlingsreformen. Statsråden opplyser at Helse- og omsorgsdepartementet arbeider for å sikre at tilbudet korresponderer med behovet og for å bedre kvaliteten på tilbudet, og mener at hovedutfordringen per i dag er den lave og variable beleggprosenten. Statsråden har blant annet fått tilbakemeldinger om at tilbudene som er etablert, brukes av de pasientgruppene de var ment for og på tiltenkt måte.

Statsråden har bedt Helsedirektoratet om å

- gi en oppdatering vedrørende status for etableringen av nye tilbud og beleggsprosenten ved eksisterende tilbud
- revidere/oppdatere veiledningsmaterialet som skal bistå kommuner og helseforetak i etablering og drift av nye døgntilbud
- vurdere særlige oppfølgingstiltak overfor enkeltkommuner som ikke ser ut til å innfri lovkravet om etablering innen 1. januar 2016.

Statsråden mener at det at kommunene ikke har økt sin personellinnsats innen psykisk helsearbeid de siste årene, ikke gir grunnlag for å slå fast at tilbudet i kommunene ikke er styrket. Ifølge statsråden har kommunene styrket kompetansen blant de ansatte i disse tjenestene siden opptrappingsplanen for psykisk helse avslutning.

Statsråden er likevel enig i at det er behov for å styrke det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet og opplyser at regjeringen har gjort følgende for å styrke dette området

- lagt fram en opptrappingsplan for rusfeltet, Prop. 15 S (2015-2015) Opptrappingsplan for rusfeltet (2016-2020), hvor hovedvekten av tiltakene i planen ifølge statsråden retter seg mot kommunale tjenester
- varslet i Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjenesten – nærhet og helhet en lovfesting av krav til psykologkompetanse i kommunen
- arbeider med å få på plass oppsøkende behandlingsteam med kompetanse fra både kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten
- varslet i Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjenesten – nærhet og helhet at den tar sikte på å innføre betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter med psykisk helse- og rusproblemer, tidligst fra 1. januar 2017.

5 Riksrevisjonens sluttmerknad

Riksrevisjonens undersøkelse viser at sentrale forutsetninger for å nå målene i samhandlingsreformen om bedre ressursutnyttelse og bedre kvalitet på helsetjenestene ikke er på plass. Blant annet er det viktig at planlagte tiltak for å heve kompetansen i kommunene virker som forutsatt. På grunnlag av hovedfunnene i undersøkelsen har Riksrevisjonen kommet med anbefalinger med sikte på nødvendige forbedringer. Etter Riksrevisjonens oppfatning burde statsråden tydeligere ha klargjort hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonenes merknader og anbefalinger.

Statsråden har blant annet ikke kommentert om departementet vil vurdere om det har økonomiske virkemidler som bidrar til at kommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud benyttes i tråd med intensjonene, eller hvordan kvaliteten på tilbudet vil bli undersøkt nærmere. Selv om kommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud fungerer godt i enkeltkommuner, viser Riksrevisjonens undersøkelse at bruken av tilbudet må endres for å bli i tråd med Stortingets intensjoner for ordningen.

Undersøkelsen viser at samarbeidet mellom sykehusene og kommunene bør bedres. Riksrevisjonen har anbefalt at departementet blant annet vurderer tiltak for å bedre kvaliteten på informasjonen som utveksles. Statsråden beskriver IKT-utfordringene i

helsesektoren generelt. Etter Riksrevisjonens vurdering bør departementet vurdere konkrete tiltak som kan bidra til at riktig og nødvendig informasjon utveksles mellom kommunehelsetjenesten, sykehusene og fastlegene.

Statsråden viser til at det i perioden 2010 til 2014 har skjedd en omstilling, ikke en nedbygging, innen psykisk helsevern for voksne. Statsråden viser videre til at kommunene har styrket kompetansen innen psykisk helsearbeid. Det at kommunene ikke har økt sin personellinnsats på området de siste årene gir, ifølge statsråden, ikke grunnlag for å slå fast at tilbudet i kommunene ikke er styrket. Riksrevisjonens undersøkelse viser at mange kommuner i liten grad har styrket kapasiteten og kompetansen for denne gruppen, og at mange kommuner opplever at samarbeidsavtalene ikke klargjør oppgave- og ansvarsfordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Når kommunene har fått et større ansvar for sykere pasienter på dette området, mener Riksrevisjonen fortsatt at departementet bør vurdere tiltak som kan sikre at rus- og psykiatrispasienter med behov for tjenester fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten, får et godt tilbud.

Saken sendes Stortinget.

Vedtatt i Riksrevisjonens møte 14. desember 2015

Per-Kristian Foss

Eirin Faldet

Beate Heieren Hundhammer

Gunn Karin Gjøl

Arve Lønnum

Björg Selås

Vedlegg 1

Riksrevisjonens brev til statsråden



Riksrevisjonen

Vår saksbehandler
Morten Nordberg 22241093
Vår dato Vår referanse
05.11.2015 2014/01553-52
Deres dato Deres referanse

Statsråd Bent Høie
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Utsatt offentlighet jf. rrevl. § 18(2)

Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen

Vedlagt oversendes utkast til Dokument 3:X *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen.*

Dokumentet er basert på en rapport som ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet ved vårt brev 18. september 2015 og på departementets svar 16. oktober 2015. Departementets kommentarer er i hovedsak innarbeidet i rapporten og dokumentet til Stortinget.

Statsråden bes redegjøre for hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens merknader og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen.

Departementets oppfølging vil bli sammenfattet i det endelige dokumentet til Stortinget. Statsrådens svar vil i sin helhet bli vedlagt dokumentet.

Svarfrist: 20. november 2015.

For riksrevisorkollegiet



Per-Kristian Foss
riksrevisor

Vedlegg

Vedlegg 2

Statsrådets svar

Riksrevisjonen
Postboks 8130 Dep
0032 OSLO

Unntatt offentlighet jf. Offl. § 5
andre ledd

Deres ref
2014/01553-52

Vår ref
14/39-

Dato
20 .11.2015

Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen

Jeg viser til Riksrevisjonens brev av 5. november 2015. Under følger min redegjørelse for hvordan Riksrevisjonens merknader og anbefalinger vil følges opp.

Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen vil levere sin sluttrapport ultimo 2015. Rapporten vil, sammen med den årlige samhandlingsstatistikk-rapporten fra Helsedirektoratet, følgeforskningen i regi av NFR og tilbakemeldinger fra Helsetilsynet, bidra til å danne grunnlag for videre utvikling av reformen og dens virkemiddelapparat.

I Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet ble utfordringene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten beskrevet. Utfordringene knytter seg særlig til fire bestemte områder: flere brukere med mer sammensatte behov skal følges opp i kommunen, bærekraft- og kompetanseutfordringer, ledelse, samt organisatorisk fragmentering. Meldingens svar på disse utfordringene er knyttet til mer teambaserte helse- og omsorgstjenester. Samlokalisering av tjenester er et første steg for bedre samhandling og samordning på tvers av deltjenester. Regjeringen vil derfor stimulere til samlokalisering. Regjeringen har i Prop. 1 S (2015-2016) lansert Kompetanseløft 2020. Kompetanseløft 2020 er regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Formålet med planen er å bidra til en faglig sterk tjeneste, og å bidra til å sikre at den kommunale helse- og omsorgstjenesten har tilstrekkelig og kompetent bemanning. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten trenger et lederløft. Det er behov for å styrke tjenesten på flere nivåer. Det er behov for flere ledere, men fremfor alt ledere med god lederkompetanse og tilgang på solid helse- og sosialfaglig kompetanse. I tillegg har meldingen særskilt omtale av enkelte utfordringsområder i den kommunale helse- og omsorgstjenesten: barn og unge, habilitering og rehabilitering, tjenester til personer med psykiske helse- og rusproblemer, tjenester til personer med kronisk sykdom og til brukere

med store og sammensatte behov, samt tjenestens arbeid for å bekjempe vold og seksuelle overgrep. Videre er det viet et eget kapittel til øyeblikkelig hjelp-tjenestene.

Kompetanse og kvalitet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Kommunalt pasient- og brukerregister

For å utøve god ledelse, styring, forvaltning og utvikling av de kommunale helse- og omsorgstjenestene på alle nivåer, er det en forutsetning at det er tilgjengelige data om tjenestenes innhold, aktivitet og resultater. I dag mangler i betydelig grad slike data for deler av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. For å legge til rette for en utvikling basert på kunnskap, arbeides det nå med å etablere et kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Helsedirektoratet, i samarbeid med Folkehelseinstituttet, har blitt tildelt oppdraget om å utvikle registeret. Data fra registeret vil kunne brukes av sentrale og kommunale myndigheter, som grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette er registerets hovedformål. Opplysningene i registeret skal også være en viktig datakilde for statistikk, helseanalyser, kvalitetsforbedringsarbeid, beredskap, forebyggende arbeid og forskning. KPR forutsetter endringer i kjernesystemene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, herunder elektronisk pasientjournal, og må derfor sees i sammenheng med utredningen av én journal. Med etableringen av et kommunalt pasient- og brukerregister og evt. andre registre, kan det utvikles indikatorer for forskning og innovasjon i og om den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring et lovforslag om å etablere KPR. Hvis lovforslaget vedtas av Stortinget, vil det bli utarbeidet en forskrift som vil bli sendt på egen høring. KPR skal etter planen bygges opp trinnvis. Det legges opp til at registeret skal ferdigstilles i løpet av 2017. Dette forutsetter en viss fleksibilitet.

Samarbeidet mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten

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 tjenesten blir mer samordnet, mer likeverdighet mellom partene og til utvikling av en samhandlingskultur. Samarbeidsavtalene pekes på av mange som et av de viktigste virkemidlene for å realisere målene i samhandlingsreformen. Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen mener at avtalene har vært svært betydningsfulle for å skape bedre samhandling, selv om de ikke har fungert optimalt. Nettverket foreslår å revidere og forenkle avtalene, men er tydelige på at avtalene bør videreføres. Departementet vil vurdere avtalebestemmelsene når Nettverkets vurdering og den endelige rapporten fra følgeforskningen foreligger.

Ett viktig tiltak for bedre koordinerte tjenester til pasienter med sammensatte behov er individuell plan (IP). Bruken av IP og koordinerende enhet er ikke så utbredt som man kunne ønske. Mange kommuner (og sykehus) finner det vanskelig å innfri den lovpålagte retten til individuell plan. Brukerne med de mest sammensatte behovene får i dag ikke gode nok tjenester. De får ofte for lite legetjenester og rehabilitering, og episoder med funksjonsfall oppdages ofte så sent at innleggelse ikke kan unngås. Etablering av team er viktig for å bedre dette. Mange slike team finnes allerede i dag. Dagens team er imidlertid ofte knyttet til

diagnoser. I den kommunale helse- og omsorgstjenesten, der brukerne har sammensatte behov og relativt få har samme diagnose, er diagnosetilknøyningen alene verken faglig riktig eller bærekraftig. Regjeringen ønsker en mer strukturert tilnærming til grupper av brukere, basert på funksjon og behov, uavhengig av diagnose. En strukturert tilnærming innebærer bl.a. en koordinator, bruk av kunnskapsbaserte prosedyrer og sjekklistor, en individuell plan utformet i samråd med brukeren og en systematisk oppfølging og evaluering for å nå målene fastsatt i planen. Koordinatoren leder et team som samarbeider med flere, gjerne på tvers av nivåene, og samordner tilbudet. Regjeringen vil legge til rette for slike team til brukere med store og sammensatte behov gjennom flere tiltak, bl.a. ved å videreføre læringsnettverk, kompetansetiltak og faglig veiledning.

Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem

Det har over tid blitt et skjerpet fokus på kvalitet i den norske helse- og omsorgstjenesten. Meld. St. 10 (2012-2013) God kvalitet – trygge tjenester er den første stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet som dekker hele helse- og omsorgstjenesten, tannhelse inkludert. I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 1. januar 2012, fikk Helsedirektoratet ansvar for å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer. Som et ledd i oppfølging av St. Meld.10 (2012-2013) God kvalitet – trygge tjenester, er det utarbeidet en 3-årig handlingsplan for arbeidet med nasjonalt kvalitetsindikatorsystem: 3-årig handlingsplan 2014 – 2017 Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem.

Kompetanseutfordringer

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten står overfor kompetanse- og personellmessige utfordringer som har betydning for kapasitet og kvalitet på tjenestetilbudet. For å realisere intensjonene i samhandlingsreformen kreves det systematiske tiltak for å møte denne utfordringen. Å styrke kompetansen fordrer systematiske tiltak som gjør det attraktivt å jobbe i kommunene, som utnytter og utvikler kompetansen til eksisterende. Helsedirektoratets årlige samhandlingsstatistikkrapport viser 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 sterkst 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 aktivitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er det imidlertid et tydelig skifte fra 2012 i retning av økt antall mottakere av korttidsopphold og hjemmetjenester. I Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, pekes det på behovet for økt kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten for å kunne realisere samhandlingsreformens intensjoner. Kompetanseløft 2020 er regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Gjennom planen vil kommunene oppfordres til å sette de samlede kompetanseutfordringene på dagsorden i den helhetlige kommunale planleggingen.

IKT-utfordringene

Samhandlingsreformen har som mål å gi mer koordinerte tjenester og helhetlig behandling av pasientene. Dette skaper behov for IKT-støtte på tvers av virksomhetsgrenser. Det arbeides med å legge til rette for løsninger og tiltak som understøtter både dagens og fremtidige behov for informasjonsdeling på tvers av tjenestenivå og virksomhetsgrenser innen helse- og omsorgssektoren, og med andre offentlige virksomheter. Meld. St. 9 (2012-2013) Én innbygger – én journal Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren, definerer målene og viser retningen for utvikling av helhetlige IKT-systemer for helse- og omsorgssektoren. Det betyr bl.a. at ansvar og myndighet må tydeliggjøres, og at bestillinger må samordnes på tvers av nivå og sektorer. Dette for å oppnå koordinert og lik utvikling i helse- og omsorgssektoren, særlig på nasjonale og prioriterte digitale satsingsområder. Dette er spesielt viktig for kommuner, fastleger og fysioterapeuter, som ikke har en sentral bestillerorganisasjon, men der bestillinger i dag ivaretas av den enkelte virksomhet. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å vurdere statlig virkemiddelbruk for styrket gjennomføringsevne på IKT-feltet. Oppdraget inkluderer vurdering av nye modeller for finansiering av IKT-utviklingen på tvers av aktørene i sektoren, herunder både forslag til nye statlige bevilgninger og delfinansiering fra kommuner og RHF. Det skal sees på muligheter for felles beslutningsprosesser for IKT-utvikling som omfatter hele sektoren, og om det er behov for nye eller endrede lov- og forskriftshjemler. Oppdraget vil, sammen med etablering av eget direktorat for e-helse, være sentralt for å sikre raskere og mer helhetlig fremdrift på tvers av nivåene i sektoren på IKT-området. Det vises for øvrig til Nasjonal handlingsplan for e-helse som inneholder en samlet fremstilling av pågående og planlagte e-helsetiltak av nasjonal betydning for perioden 2014-2016.

Kommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD)

Opprettelse av øyeblikkelig hjelp døgntilbud er et av de sentrale virkemidlene i samhandlingsreformen. Helse- og omsorgsdepartementet arbeider for å sikre at tilbudet korresponderer med behovet og for å bedre kvaliteten på tilbudet. Det legges til grunn et bredt datagrunnlag for å gjøre denne vurderingen, blant annet følgeforskningsprosjektene i regi av NFR, Helsedirektoratets årlige følge med-rapport, tilbakemelding og rapporter fra Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen og tilsynsfunn.

Resultater fra følgeforskningen indikerer at ØHD-tilbudet har bidratt til å redusere antall øyeblikkelig hjelp-innleggelser i sykehus med ca. 2-3 pst. i gjennomsnitt. Det er stor lokal variasjon i effektstørrelsen avhengig av omfanget og dekningsgraden ved tilbudene. I enkelte kommuner meldes det om reduksjon i antall øyeblikkelig hjelp-innleggelser i sykehus på opp mot 10 pst. En foreløpig vurdering av tilbudene som er igangsatt viser at de brukes av de pasientgruppene de var ment for, og på tiltenkt måte. Helsetilsynet har ikke registrert klage- eller tilsynssaker som avdekker uforsvarlighet. Det gis tilbakemelding om gode erfaringer fra kommuner som har etablert tilbud. Pasientene er fornøyde og effekten på sykehusforbruket er målbar.

Hovedutfordringen per i dag er den lave og variable beleggsprosenten. For at ordningen skal lykkes er det en forutsetning at beleggsprosenten øker, samtidig er det rimelig å forvente at

det vil ta noe tid før nye tilbud er i full drift. Beleggsprosenten har også økt flere steder etter hvert som tilbudet er blitt bedre kjent. Tungvinte innleggelsesrutiner og svak forankring hos fastlegene har blitt trukket frem som sentrale forklaringsfaktorer for hvorfor tilbudet ikke har blitt utnyttet i større grad. Samarbeidsutfordringer, interkommunalt og mellom kommuner og helseforetak, har forsinket etableringen av nye tilbud i enkelte kommuner. Kontinuerlig informasjon, klare kriterier, tillit til kompetansen og forenklete innleggelsesrutiner er suksesskriterier for økt bruk av plassene. En viktig forutsetning er bedre kompetanse blant de som jobber i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Kompetanseløft 2020 er regjeringens handlingsplan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. At fastlegen har tillit til at tilbudet de legger sine pasienter inn i er like bra eller bedre for pasientene er avgjørende for at man utnytter muligheten til å legge pasientene inn i kommunalt tilbud fremfor i sykehus.

Jeg har derfor bedt Helsedirektoratet om:

- å gi en oppdatering vedrørende status for etablering av nye tilbud og beleggsprosenten ved eksisterende tilbud
- å revidere/oppdatere veiledningsmaterialet som skal bistå kommuner og helseforetak i etablering og drift av nye døgntilbud
- å vurdere særlige oppfølgingstiltak overfor enkeltkommuner som ikke ser ut til å innfri lovkravet om etablering innen 1. januar 2016.

Rus- og psykiatriområdet

Nedbyggingen av døgnplasser i spesialisthelsetjenesten innebærer ikke en kapasitetsreduksjon i spesialisthelsetjenestens tjenestetilbud, men en tilpasning til moderne kunnskap om hva som er effektiv og god behandling av psykisk sykdom. Det er svært få pasienter som har behov for, eller nytte av, langtids døgnopphold på institusjon. Erfaringene fra oppsøkende behandlingsteam, som f.eks. ACT-team, hvor kommune og spesialisthelsetjeneste samarbeider om å gi alvorlig psykisk syke pasienter behandling og oppfølging, tilsier at en mer oppsøkende og pasienttilpasset behandling er riktig.

Ved nedtrapping av antall døgnplasser frigjøres et stort antall personale siden døgnbehandling er personalkrevende. Antall utførte årsverk er likevel omtrent uendret, jf. en svak vekst på 0,2 pst. fra 2010 til 2014 i psykisk helsevern for voksne. Det viser at det samlet sett i perioden 2010 til 2014 har skjedd en omstilling, ikke en nedbygging. I psykisk helsevern for barn og unge har det vært en vekst i antall årsverk på 5,6 pst. i samme tidsrom.

Pasienter med psykiske lidelser og/eller rusmiddelavhengighet er en høyt prioritert gruppe for regjeringen. Derfor ble prioriteringsregelen (den gylne regel) gjeninnført ved regjeringsskiftet 2013. Regelen innebærer at veksten innen disse to områdene skal være større enn veksten i somatisk sektor for spesialisthelsetjenestens vedkommende.

Det at kommunene ikke har økt sin personellinnsats innen psykisk helsearbeid de siste årene, gir ikke grunnlag for å slå fast at tilbudet i kommunene ikke er styrket. Siden

opptrappingsplanen for psykisk helse avslutning, har kommunene styrket kompetansen blant de ansatte i disse tjenestene, blant annet gjennom at flere har relevant etter- og videreutdanning og gjennom å ansette flere psykologer. Trolig er det særlig for pasienter som tidligere hadde lange opphold i døgninstitusjoner i psykisk helsevern at god kompetanse hos kommunalt personell er avgjørende for å skape gode tjenester.

Jeg er likevel enig i at det er behov for å styrke det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet. Derfor har regjeringen lagt frem en opptrappingsplan for rusfeltet, Prop. 15 S (2015-2016) Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020), hvor hovedvekten av tiltak retter seg mot kommunale tjenester. Det er også grunnen til at regjeringen i Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, signaliserer en lovfesting av krav til psykologkompetanse i kommunene, og at det vil arbeides videre med å få på plass oppsøkende behandlingsteam med kompetanse fra både kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. I meldingen varsler regjeringen også at den vil innføre betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter med psykisk helse- og rusproblemer. Regjeringen mener at det har vært en utfordring at de økonomiske virkemidlene ikke ble innført for disse pasientgruppene fordi det har ført til en oppfatning om at rus og psykiske helse er holdt utenfor samhandlingsreformen. Dette er uheldig ettersom formålet med en betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter også er å stimulere til bedre samhandling mellom tjenestenivåene, noe disse pasientgruppene er i særlig stort behov av. Et viktig argument for ikke å innføre ordningen har tidligere vært at datagrunnlaget har for lav kvalitet. Dette argumentet kan ikke være eviggyldig, og helseforetakene må i løpet av 2015 fremskaffe tilstrekkelig gode data til at ordningen kan innføres. I regjeringsplattformen går man bort fra å tenke om psykisk helse og rus som problemområder hvor ordninger må innføres sakte. Fritt behandlingsvalgreformen innføres i tråd med dette først for disse fagområdene.

Regjeringen tar derfor sikte på å innføre betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern og TSB, men tidligst fra 1. januar 2017.

Jeg vil også understreke betydningen av forebygging og av å komme tidlig til i sykdomsforløp. En klar overvekt av psykiske helseproblemer har sin debut i barne- og ungdomsår. Tilgjengelige og kompetente tjenester på barn og unges egne arenaer er viktig både for å bidra til mer helsefremmende miljø i skole og barnehage, men også for å tilby rask hjelp når barn og unge har behov og er motivert. Derfor har regjeringen samlet foreslått å styrke kommunerammen med 667 mill. 2016-kroner siden regjeringen tiltrådte, begrunnet med behovet for å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Dette er en satsning som vil gi effekter ikke bare for helsetjenesten, men hvor gevinstene over tid også kan høstes i for eksempel skole-, velferds- og justissektoren.

Med hilsen

Bent Høie

Vedlegg 3

**Rapport: Ressursutnyttelse og
kvalitet i helsetjenesten etter
innføringen av
samhandlingsreformen**

Revisjonen er gjennomført i samsvar med Riksrevisjonens lov og instruks, og med retningslinjer for forvaltningsrevisjon som er konsistente med og bygger på ISSAI 300, INTOSAI's internasjonale standarder for forvaltningsrevisjon.

Innhold

1	Innledning	34
1.1	Bakgrunn	34
1.2	Mål og problemstillinger	36
2	Metodisk tilnærming og gjennomføring	37
2.1	Statistikk og registerdata	37
2.2	Spørreundersøkelser	38
2.3	Intervjuer	39
2.4	Dokumenter	39
3	Revisjonskriterier	40
3.1	Helsepolitiske mål knyttet til samhandlingsreformen	40
3.2	Statens ansvar for samhandlingsreformen	40
3.2.1	Hesdirektoratets særlige ansvar	41
3.2.2	Fylkesmannens tilsyn	41
3.3	Krav til kommunenes arbeid med å sikre en bærekraftig helse- og omsorgssektor med god kvalitet	41
3.3.1	Kommunenes ansvar for å bidra til at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten	42
3.3.2	Kommunenes ansvar for å sikre et helhetlig og koordinert tilbud om helse- og omsorgstjenester	44
4	Styrking av pleie- og omsorgstjenesten i kommunen	47
4.1	Kommunenes utgifter til pleie og omsorg	47
4.2	Mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester	48
4.3	Kommunenes behandlingstilbud	50
4.4	Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD)	51
5	Bruk av sykehus	52
5.1	Akuttinnleggelser i sykehus og kommuner	52
5.2	Pasienter som tidligere lå ferdigbehandlet i sykehus	57
5.3	Reinnleggelser	60
6	Utvikling av kompetansen innenfor og samarbeidet om helse- og omsorgstjenester	63
6.1	Årsverk og kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten	63
6.2	Samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten	66
6.2.1	Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak	66
6.2.2	Informasjonsutveksling rundt innleggelse og utskrivning av pasienter	68
6.2.3	Samarbeid om gjensidig kunnskapsoverføring	72
6.2.4	Fastlegenes samarbeid med kommunene og sykehusene	75
6.2.5	Kommunenes bruk av koordinator og individuell plan	75
6.3	Psykisk helsevern og rusbehandling	77

7	Departementets og direktoratets styring og oppfølging	82
7.1	Informasjon om virkningene av samhandlingsreformen	84
7.1.1	Statistikk, årsrapporter og statusrapporter	84
7.1.2	Følgeevaluering og forskning	86
7.1.3	Tilsynsrapporter	87
7.2	Forvaltning av helse- og omsorgstjenesteloven	87
8	Vurderinger	89
9	Referanseliste	93

Tabelloversikt

Tabell 1	Antall liggedager og beleggsprosent i kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD) i 2014	54
Tabell 2	Beleggsprosent i ØHD etter hvor tilbudet er plassert, for 2014	55
Tabell 3	Døgnpris for utskrivningsklare pasienter, 2012–2015	60
Tabell 4	Utskrivninger og reinnleggelser i perioden 2010–2014	60

Figuroversikt

Figur 1	Andelen av kommunenes korrigerte brutto driftsutgifter som er brukt på pleie og omsorg, i 2010 og 2014	47
Figur 2	Antall mottakere av hjemmetjenester og antall institusjonsopphold, 2010–2014	48
Figur 3	I hvilken grad har kommunen økt antallet plasser i ulike kommunale tjenestetilbud etter innføringen av reformen?	49
Figur 4	I hvilken grad har kommunen økt antallet årsverk i ulike tjenester?	50
Figur 5	Andelen kommuner som utfører behandling som avlaster sykehusene	50
Figur 6	Antall planlagte og akutte sykehusinnleggelser per år, 2010–2014	52
Figur 7	Liggetid i sykehus per innleggelse, fordelt på alder, 2010–2014	53
Figur 8	Totalt antall akuttinnleggelser i spesialisthelsetjenesten og i kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD), 2010–2014	54
Figur 9	Antall opphold for utskrivningsklare pasienter etter liggetid som utskrivningsklar, 2010–2014	58
Figur 10	Liggedager for utskrivningsklare pasienter før og etter at pasienten er meldt utskrivningsklar, 2010–2014	59
Figur 11	Hvor enig er fastlegene i påstanden "Utskrivningsklare pasienter blir ofte skrevet ut for tidlig til kommunen"?	61
Figur 12	Andelen fastleger som er enig eller uenig i påstanden "Reinnleggelser er en belastning for mange pasienter"	62
Figur 13	Årsverk i kommunehelsetjenesten blant sykepleiere og vernepleiere, 2010–2014	63
Figur 14	Om kommunene opplever at de har tilstrekkelig med leger og sykepleiere?	64
Figur 15	I hvilken grad har kommunene styrket kompetansen blant de ansatte i ulike deler av kommunehelsetjenesten?	64
Figur 16	Om kommunene mener at informasjonen fra helseforetaket er god nok til at de kan vite hvilket behandlingsbehov pasienten har, etter hvilket helseforetak kommunen er tilknyttet.	70

Figur 17	Andelen av fastlegene som er enig eller uenig i påstanden "Fastlegen(e) i kommunen får nødvendig informasjon fra sykehuset om utskrivningsklare pasienter"	71
Figur 18	I hvilken grad har helseforetakene tilbudt og kommunene benyttet seg av kompetansehevingstiltak i regi av spesialisthelsetjenesten?	74
Figur 19	Utviklingen i antall døgnplasser i spesialisthelsetjenesten for psykisk helsevern og rusbehandling	78
Figur 20	I hvilken grad har kommunene økt antallet årsverk og kompetansen på rus- og psykiatriområdet etter innføringen av samhandlingsreformen?	78
Figur 21	I hvilken grad er kommunene enig i at samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket klargjør oppgave- og ansvarsfordelingen for utskrivningsklare pasienter og pasienter innen psykisk helsevern og rusbehandling?	79

Faktaboksoversikt

Faktaboks 1	Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak	67
Faktaboks 2	Eksempler på samarbeidstiltak som kan fremme gjensidig kunnskapsoverføring	73
Faktaboks 3	Erfaringer med ambulerende team	74
Faktaboks 4	Eksempler på tiltak som både helseforetak og kommuner mener har bidratt til mer helhetlige og koordinerte tjenester for utskrivningsklare pasientene	77
Faktaboks 5	Psykisk helsearbeid og rusarbeid	77
Faktaboks 6	Erfaringer med rusbehandling og psykisk helsevern i kommunen	80
Faktaboks 7	Intensjonsavtalen om samarbeid i forbindelse med gjennomføringen av samhandlingsreformen	82
Faktaboks 8	Følgeevalueringer EVASAM	86

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Målet med samhandlingsreformen er å sikre en bærekraftig helsetjeneste med god kvalitet. Dette målet skal nås blant annet gjennom at veksten i bruken av sykehus-tjenester skal dempes ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten. God kvalitet i tjenestene skal blant annet sikres gjennom å styrke ansattes kompetanse og øke samarbeidet mellom helsenivåene.

Samhandlingsreformen trådte i kraft 1. januar 2012 og bygger på to nye lover.¹ Disse lovene skal blant annet sikre at pasienter og brukere får tidlig og god hjelp når de trenger det, nærmest mulig der de bor. Videre skal befolkningen sikres rett behandling til rett tid på rett sted, gjennom et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud.²

Reformen blir flere steder³ beskrevet som en retningsreform, som er begynnelsen på en langsiktig omstilling i helsetjenesten. Reformen innføres ved at det gradvis bygges opp nye helsetilbud i kommunene. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal styrkes og videreutvikles, mens spesialisthelsetjenesten skal omstilles. Tjenestene skal desentraliseres der det er mulig, og sentraliseres der det er nødvendig.

At en større del av pasientbehandlingen skal overføres til kommunehelsetjenesten, og at det rettes større oppmerksomhet mot samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, har sin bakgrunn i en rekke utfordringer som har vært kjent i flere år. Utfordringene som ligger til grunn for samhandlingsreformen, er beskrevet i St.meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid* og kan oppsummeres slik:

- Behandlingsetterspørselen øker.
- Andelen eldre i befolkningen øker.
- Utgiftene øker.
- Samhandlingsutfordringene øker.

Behandlingsetterspørselen øker

Den medisinske utviklingen har ført til at det har blitt etablert en rekke behandlingstilbud som tidligere ikke var tilgjengelige. Blant annet gir utviklingen av ny teknologi og nye metoder sykehusene mulighet til å behandle sykdommer og lidelser som de tidligere ikke var i stand til å behandle. Når det finnes en mulig behandling, vil det også oppstå et krav om å ta den i bruk. Denne økningen i behandlingsetterspørsel fører til at det er en utfordring å rekruttere og beholde tilstrekkelig med personell innenfor helsesektoren.

Andelen eldre og kronisk syke i befolkningen øker

Eldre utgjør en stadig større andel av befolkningen, og mange eldre har flere diagnoser og sammensatte lidelser.⁴ Ifølge befolkningsframskrivningen til Statistisk sentralbyrå vil gruppen eldre (70 år eller eldre) i løpet av de neste 30 årene øke til det

1 Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).
2 Helsedirektoratet [u.å.] Samhandlingsreformen <<https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen>> [Hentdato: 19.juni 2015]
3 Blant annet Helse- og omsorgsdepartementet [u.å.] *Nasjonal veileder. Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak.*
4 St.meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid.*

dobbelte.⁵ Ifølge St.meld. nr. 47 (2008–2009) vil også antallet pasienter med kroniske lidelser øke. Pasientgrupper som bruker helsetjenester over tid, vil typisk ha behov for mer omfattende tjenester og mer oppfølging, noe som stiller krav til mer spesialiserte helse- og omsorgstjenester der folk bor.

Utgiftene øker

I St.meld. nr. 47 (2008–2009) kommer det fram at selv om dagens standard og dekningsgrad på tjenester videreføres, vil de offentlige utgiftene komme til å øke fra dagens 44 prosent av fastlands-BNP til rundt 55 prosent i 2060. Samhandlingsreformen innfører blant annet økonomiske insentiver for å redusere veksten i utgiftene og etablere en mer kostnadseffektiv behandling.

Reformen har også som mål å styrke tilbudet til personer som ønsker hjelp til å legge om levevaner som kan føre til sykdom. Ifølge St.meld. nr. 47 (2008–2009) kan "[e]n tilrettelegging av tjenestetilbudet (...) i mange tilfeller medføre at sykdomsutviklingen hindres tidlig i forløpet og dermed gi både befolkningen en helsegevinst og en samfunnsøkonomisk gevinst ved redusert behov for mer kostbar sykehusbehandling senere i forløpet".

Samhandlingsutfordringene øker

Helse- og omsorgsdepartementet skriver i St.meld. nr. 47 (2008–2009) at helse-tjenestene ikke henger godt nok sammen. Samhandlingen mellom tjenester fra sykehus og kommune, innen kommunen, mellom kommuner, mellom sykehusavdelinger og mellom personellgrupper oppleves ikke som god nok. Det er ifølge stortingsmeldingen mange eksempler på at pasienter verken får tilfredsstillende oppfølging eller får tilgang til helsetjenester på grunn av manglende samhandling mellom ulike tjenesteprodusenter.

I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) presenteres viktige virkemidler for å nå samhandlingsreformens mål. Staten har et nasjonalt ansvar for å følge utviklingen av slike nasjonale virkemidler. Sentrale myndigheter har også et ansvar for å bistå kommunene i deres arbeid. Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Statens helsetilsyn og Fylkesmannen skal, gjennom sin virksomhet og sine virkemidler, støtte opp under og legge til rette for at virkemidlene i reformen fører til best mulig resultat.

Utfordringene som samhandlingsreformen skal bidra til å løse, er av vesentlig betydning både for samfunnet og for enkeltmennesket. Det er imidlertid en risiko for at virkemidlene som har blitt iverksatt, ikke i tilstrekkelig grad har bidratt til å løse disse utfordringene. Videre kan det være vanskelig for statlige myndigheter å få oversikt over hvordan reformen har virket så langt. Derfor kan det bli problematisk å støtte aktørene på en god måte og iverksette korrigerende tiltak ved behov.

5 Statistisk Sentralbyrå (2014) *Befolkningsframskrivning 2014–2100*. <<https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkfram/aar/2014-06-17>>. [Hentdato 10. juni 2015]

1.2 Mål og problemstillinger

Målet med revisjonen er å undersøke om samhandlingsreformen så langt bidrar til å nå overordnede helsepolitiske mål om bedre ressursutnyttelse og tjenester med bedre kvalitet.

Problemstillinger:

- 1 I hvilken grad har det blitt etablert et nytt tjenestetilbud i kommunene i forbindelse med samhandlingsreformen?
- 2 I hvilken grad har reformen så langt bidratt til å nå målet om bedre ressursutnyttelse?
- 3 Hvordan har kvaliteten på helse- og omsorgstjenester utviklet seg for personer som har behov for tjenester fra både sykehus og kommune?
- 4 I hvilken grad har departementet og direktoratet en god styring og oppfølging av samhandlingsreformen?

2 Metodisk tilnærming og gjennomføring

Problemstillingene i undersøkelsen er i hovedsak belyst ved hjelp av statistikk, intervjuer og spørreundersøkelser til alle kommuner, alle helseforetak og et utvalg fastleger. I tillegg er blant annet budsjettproposisjoner, styringsdokumenter, evalueringer og tilsynsrapporter gjennomgått. Datainnsamlingen ble gjennomført fra november 2014 til juni 2015.

En referansegruppe har fulgt undersøkelsen. Gruppen har bestått av representanter for

- Helse- og omsorgsdepartementet
- Helsedirektoratet
- Sarpsborg kommune
- Nes kommune i Akershus
- Ahus

Referansegruppen har hatt to møter der temaene har vært undersøkelsens metoder og innretning, foreløpige analyser og vurderinger. Synspunkter fra referansegruppen er ikke en del av revisjonens datagrunnlag, men det er tatt hensyn til innspill og kommentarer fra gruppen i arbeidet med revisjonen.

I denne revisjonen er bedre ressursutnyttelse belyst ved å undersøke hvorvidt behandling i kommunene har bidratt til å redusere antallet innleggelser i sykehus, og om kommunene tar imot pasienter som meldes utskrivningsklare. Kvalitet er belyst blant annet ved å undersøke kompetanse, samarbeid og informasjonsutveksling og bruk av koordinator og individuell plan.

2.1 Statistikk og registerdata

For å undersøke utviklingen i kommunenes utgifter til pleie- og omsorgstjenester og antall årsverk av ulike faggrupper i den kommunale helsetjenesten samt demografiske data for kommunene er det benyttet offentlig tilgjengelig statistikk fra Statistisk sentralbyrå (SSB) / KOSTRA. Fra SSB er det også innhentet registerdata om aktivitet, årsverk og utgifter i spesialisthelsetjenesten for perioden 2010–2014.

For å belyse kommunenes bruk av somatiske sykehus og mottakere av kommunale pleie- og omsorgstjenester i perioden 2010–2014 og bruken av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD) i perioden 2012–2014, er det innhentet registerdata fra Helsedirektoratet. Videre er registerdata benyttet for å beskrive utviklingen i helseutgifter i kommunene og for å beskrive i hvilken grad kommunene tar i mot utskrivningsklare pasienter.

2.2 Spørreundersøkelser

Det er gjennomført tre spørreundersøkelser – én til alle kommuner, én til alle helseforetak og én til et utvalg fastleger.

Spørreundersøkelsen til kommunene

For å kartlegge hvilke endringer kommunene har gjort i sitt helse- og omsorgstilbud etter innføringen av samhandlingsreformen, og for å få kommunenes vurderinger av reformens virkemidler, er det gjennomført en elektronisk spørreundersøkelse til alle kommunene. Kommunene ble også bedt om å svare på spørsmål om kompetanse og ressurser. I forkant av spørreundersøkelsen ble kommunene kontaktet per brev der det ble gitt informasjon om undersøkelsen. Kommunene ble bedt om å involvere personer med ansvar for den kommunale helsetjenesten (kommunaldirektøren for helse- og omsorg, lederen for de kommunale helse- og omsorgstjenestene, etc.) i besvarelsen av skjemaet. Det var også ønskelig at andre personer med førstehåndskjennskap til hvordan reformen oppleves, slik som lederen for bestillerkontoret, lederen for sykehjemstjenesten og lederen for hjemmetjenesten, ble konsultert i forbindelse med besvarelsen.

Spørreundersøkelsen ble gjennomført i perioden 22. april–26. mai 2015. Spørreskjemaet ble utviklet med bistand fra referansegruppen og enkeltkommuner. Videre ble undersøkelsen kvalitetssikret i en pilotundersøkelse i to kommuner. Totalt ble hele eller deler av spørreundersøkelsen besvart av 335 kommuner, noe som utgjør en svarprosent på 78. I en frafallsanalyse er det undersøkt om det har vært en sammenheng mellom manglende svar og ulike geografiske og demografiske faktorer, for eksempel kommunestørrelse. Frafallsanalysen viser at det ikke er noen systematiske forskjeller mellom de kommunene som svarte på spørreskjemaet, og de som ikke svarte på det.

Spørreundersøkelsen til helseforetakene

For å kartlegge hvorvidt helseforetakene opplever at virkemidlene som er knyttet til reformen, virker etter hensikten, og for å få helseforetakenes vurderinger av kommunenes tilbud på enkelte områder ble det sendt en egen spørreundersøkelse til alle helseforetakene i landet. Helseforetakene ble i e-posten som fulgte spørreundersøkelsen, bedt om å involvere personer med ansvar for samhandling med kommunene og personer med førstehåndskjennskap til hvordan reformen oppleves.

Spørreundersøkelsen ble gjennomført i perioden 8. mai–8. juni 2015. Innspill til spørreskjemaet ble gitt av flere helseforetak og av referansegruppen for undersøkelsen. Videre ble skjemaet kvalitetssikret i en pilotundersøkelse i to helseforetak. Spørreundersøkelsen ble besvart av alle helseforetakene, med unntak av Helse Møre og Romsdal HF og Sørlandet sykehus HF, noe som gir en svarprosent på 89.

Spørreundersøkelsen til et utvalg fastleger

Det er gjennomført en spørreundersøkelse blant et utvalg fastleger. Hensikten med spørreundersøkelsen var å kartlegge i hvilken grad fastlegene har vært involvert i arbeidet med reformen, særlig knyttet til planlegging og etablering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD). Videre var hensikten å få fastlegenes syn på samarbeid og informasjonsutveksling, tilbudet i kommunene og bruken av ØHD-tilbudet.

Spørreundersøkelsen ble gjennomført i perioden 29. mai–11. juni 2015. Spørreskjemaet ble kvalitetssikret i en pilotundersøkelse med én kommuneoverlege og én fastlege. Kommunene ble i sin spørreundersøkelse bedt om å oppgi en e-postadresse til en fastlege i kommunen, gjerne en som hadde vært involvert i kommunens arbeid med samhandlingsreformen. Undersøkelsen ble sendt til 247 fastleger, og den ble besvart av 134 av dem, noe som gir en svarprosent på 54. I en frafallsanalyse er det undersøkt om det har vært en sammenheng mellom manglende svar og ulike geografiske og demografiske faktorer ved kommunen fastlegen er tilknyttet. I analysen er det ikke funnet slike systematiske forskjeller.

2.3 Intervjuer

For å beskrive kommunenes erfaringer knyttet til virkemidlene i samhandlingsreformen er det gjennomført intervjuer med representanter for kommunens helse- og omsorgstjeneste i fem kommuner. Ved valg av kommuner er det lagt vekt på at de fleste kommunene skulle ha etablert et kommunalt tilbud om øyeblikkelig hjelp døgn-tilbud (ØHD). Følgende kommuner er besøkt: Nes (Akershus), Sarpsborg (Østfold), Lillehammer (Oppland), Sørum (Akershus) og Tromsø (Troms).

Intervjuene med et utvalg helseforetak skulle belyse disse foretakenes erfaringer med samhandlingsreformen. Følgende helseforetak er besøkt: Sykehuset Østfold, Sykehuset Innlandet, Ahus og Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN).

Videre er det gjennomført intervjuer med representanter for Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet.

Alle referater fra intervjuene er verifisert.

2.4 Dokumenter

I forbindelse med utarbeidelsen av revisjonskriteriene og i datainnsamlingen er blant annet følgende dokumenter gjennomgått:

- lover, budsjettproposisjoner og andre stortingsdokumenter
- avtaler mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten
- forskningsrapporter, evalueringer og faglitteratur
- tilsynsrapporter
- styringsdokumenter

3 Revisjonskriterier

3.1 Helsepolitiske mål knyttet til samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen skal sikre en bærekraftig utvikling av helse- og omsorgssektoren og bidra til en mer effektiv ressursbruk, jf. Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Dette har blant annet bakgrunn i antakelsen om at mange pasienter blir behandlet på feil nivå, det vil si i sykehus, der tilbudet i stedet kunne vært gitt på en bedre og mer kostnadseffektiv måte i kommunene.⁶

Målene med reformen slik de er beskrevet i Prop. 91 L (2010–2011), er blant annet å oppnå

- dempet vekst i bruk av sykehus tjenester ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten – forutsatt like god eller bedre kvalitet, samt kostnadseffektivitet
- mer helhetlige og koordinerte tjenester til pasienter og brukere gjennom forpliktende samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp

Videre bygger samhandlingsreformen på en overordnet målsetting om å redusere sosiale helseforskjeller og at alle skal ha et likeverdig tilbud om helsetjenester. Det betyr blant annet at befolkningen skal sikres lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester uavhengig av diagnose, behov, alder, kjønn, personlig økonomi og bosted.⁷

Et viktig statlig virkemiddel for å nå målene med samhandlingsreformen er ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Ved behandlingen av lovforslaget, understreket helse- og omsorgskomiteen at det overordnede målet med lovforslaget er å legge til rette for bedre samhandling, større tverrfaglig samarbeid og helhetlige løsninger i kommunene. Det betyr blant annet at tjenestemottakerne skal møte en samordnet helse- og omsorgstjeneste preget av helhetlige tiltakskjeder. Komiteen la også vekt på betydningen av at pasienter får sin behandling på rett nivå, jf. Innst. 424 L (2010–2011).

Helse- og omsorgskomiteen viser til at det er viktig å sikre et lokalpolitisk handlingsrom for å tilpasse tjenestetilbudet til ulike behov og prioriteringer. Ifølge komiteen kan dette ivaretas gjennom frihet til å utforme tjenestene på ulike måter, uten at kravene til kvalitet og den enkelte brukers rettigheter svekkes, jf. Innst. 424 L (2010–2011).

3.2 Statens ansvar for samhandlingsreformen

De mest sentrale statlige virkemidlene som skal bidra til at målene med samhandlingsreformen nås, er regulert i helse- og omsorgstjenesteloven. Blant de viktigste virkemidlene er kommunalt betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter, lovpålagt samarbeidsavtale mellom kommuner og regionale helseforetak, lovfestet kommunal plikt fra 2016 til å tilby døgnopphold til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp og kommunal medfinansiering (denne ordningen ble avvirket fra 1. januar 2015).

6 St.meld. nr. 47 (2008–2009, s. 23) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.*

7 Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).*

Departementet har et overordnet ansvar for å sikre at nasjonale mål nås. I Innst. 270 S (2011–2012) til Meld. St. 12 (2011–2012) *Stat og kommune – styring og samspel* legger Stortinget til grunn at mål- og resultatstyring er et etablert prinsipp i den statlige styringen av kommunesektoren. Generelt innebærer det at staten spesifiserer nasjonale mål og forventede resultater, mens kommunene skal finne fram til virkemidler lokalt som vil føre til best mulig realisering av målene. *Reglement for økonomistyring i staten og bestemmelser om økonomistyring i staten* skal blant annet sikre at statlige midler brukes effektivt.

Driftskostnadene til kommunenes etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD) finansieres delvis gjennom øremerkede tilskudd basert på søknad, jf. kommuneproposisjonen for 2012.

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 12-2 skal Helse- og omsorgsdepartementet hvert år fastsette en samlet ramme for antall nye legestillinger som kan opprettes i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og antall nye avtalehjemler for privat allmennlegevirksomhet. Under behandlingen av statsbudsjettet for 2012 understreket helse- og omsorgskomiteen at samhandlingsreformen forutsetter en raskere vekst i legeårsverkene i primærhelsetjenesten enn i spesialisthelsetjenesten, jf. Innst. 11 S (2011–2012).

Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar for å følge opp Meld. St. 16 (2010–2011) *Nasjonale helse- og omsorgsplan (2011–2015)*.

3.2.1 Helsedirektoratets særlige ansvar

Helsedirektoratet skal ifølge helse- og omsorgstjenesteloven § 12-5 utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som understøtter de mål som er satt for helse- og omsorgstjenesten. Retningslinjer og veiledere skal baseres på kunnskap om god praksis og skal bidra til kontinuerlig forbedring av virksomhet og tjenester. De faglige virkemidlene skal ifølge Meld. St. 16 (2010–2011) *Nasjonale helse- og omsorgsplan (2011–2015)* bidra til å endre praksis i tjenesten, i tråd med samhandlingsreformens intensjoner.

Helsedirektoratet skal også utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer som hjelpemiddel for ledelse og kvalitetsforbedring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og som grunnlag for at pasienter og brukere kan ivareta sine rettigheter. Kvalitetsindikatorerne skal gjøres offentlig tilgjengelig, jf. § 12-5 i loven.

3.2.2 Fylkesmannens tilsyn

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 skal Fylkesmannen føre tilsyn med lovligheten av kommunenes oppfyllelse av plikter for blant annet samarbeid og individuell plan.

3.3 Krav til kommunenes arbeid med å sikre en bærekraftig helse- og omsorgssektor med god kvalitet

Formålet med helse- og omsorgstjenesteloven er blant annet å sikre at kommunene har et likeverdig helse- og omsorgstjenestetilbud, og at tjenestene har god kvalitet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1.

Kommunene skal ifølge § 3-1 i loven sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar

omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne, jf. § 3-1. Helse- og omsorgskomiteen viste under behandlingen av helse- og omsorgstjenesteloven til at kommunene er ansvarlig for at tjenestene ytes, men at den kan velge mellom selv å utføre tjenestene eller å inngå avtaler med private, andre kommuner eller helseforetak, jf. Innst. 424 L (2010–2011). Det framgår av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 at kommunens ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester innebærer en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.

Kommunene mottar årlig rammetilskudd fra staten til delvis dekning av kommunens utgifter, jf. § 11-5 i helse- og omsorgstjenesteloven. Tilskuddene fordeles gjennom inntektssystemet for kommunene. Etter § 11-1 skal kommunen sørge for bevilgninger som er nødvendige for å yte tjenester kommunen har ansvaret for etter helse- og omsorgstjenesteloven.

3.3.1 Kommunenes ansvar for å bidra til at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten

Samhandlingsreformen innebærer at en større del av pasientforløpene skal overføres fra spesialisthelsetjenesten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)* (Meld. St. 16 (2010–2011)) går det for eksempel fram at utredning og behandling av hyppig forekommende sykdommer og tilstander skal desentraliseres når det er mulig. Normalt vil en pasient spare både tid og krefter på å motta helsehjelpen fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten framfor fra spesialisthelsetjenesten på grunn av kortere ventetid og kortere reise. For samfunnet vil det normalt påløpe lavere kostnader når helsehjelpen kan ytes av kommunehelsetjenesten, jf. Prop. 91 L (2010–2011). Konsekvensen av dette er at kommunene i større grad enn før vil måtte foreta reelle avveininger av om pasienten skal henvises til kommunale tilbud eller til spesialisthelsetjenesten, jf. Prop. 91 L (2010–2011). Kommunalt betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter, kommunal plikt til å tilby døgnopphold til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp og kommunal medfinansiering var tre virkemidler som skulle bidra til at en større del av pasientforløpene ble overført til den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Kommunalt betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter

For å stimulere kommunene til å bygge opp gode lokale tilbud og slik legge til rette for at større deler av pasientbehandlingen kan finne sted lokalt, skal kommunen betale for utskrivningsklare pasienter som er innlagt i sykehus i påvente av et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 11-4. Kommunene har betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter i sykehusene fra første dag. Dette er kommunene kompensert for gjennom økning i frie inntekter, jf. Innst. 11 S (2011–2012). Betalingsplikten gjelder for somatiske pasienter, ikke for rus- og psykiatrispasienter.

Ifølge § 9 i *forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter* er en pasient 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. Blant forholdene som skal være vurdert og dokumentert i pasientjournalen, er diagnose, pasientens samlede funksjonsnivå og forventet framtidig utvikling, jf. § 9 i forskriften.

Når en pasient er definert som utskrivningsklar, skal sykehuset straks varsle kommunen, jf. § 10 i forskriften. Kommunen har ifølge forskriften to valg når den

mottar et slikt varsel fra sykehuset: enten gi beskjed om at kommunen kan ta imot pasienten, eller gi beskjed om *når* de kan ta imot pasienten dersom de ikke kan gjøre det med en gang. Denne beskjeden skal etter § 11 i forskriften gis *straks*. I merknader til forskriften framgår det at *straks* skal forstås som "så snart det lar seg gjøre for kommunen å avgi et svar". Dette innebærer imidlertid ikke at kommunen kan vente med å gi svar fordi varselet har kommet etter ordinær arbeidstid, eller fordi kommunen ikke er bemannet slik at det er mulig å avgi svar straks. Videre presiseres det at plikten til å avgi svar straks i utgangspunktet gjelder hele døgnet. Av merkningene til forskriften framgår det at betalingsplikten i praksis inntreer fra det tidspunktet spesialisthelsetjenesten varsler kommunen om at en pasient er utskrivningsklar. Det er i tillegg et krav om at de prosessuelle vilkårene i §§ 8–10 i forskriften er oppfylt. Disse vilkårene handler om sykehusets plikt til å varsle om innlagt pasient, vilkårene for at en pasient er utskrivningsklar, og sykehusets plikt til å varsle om at en pasient er definert som utskrivningsklar. Betalingsplikten inntreer selv om kommunen ikke *straks* gir beskjed om når den kan ta imot pasienten.

Når en pasient skrives ut fra sykehuset, skal epikrise (det vil si en sammenfatning av pasientens journalopplysninger) eller tilsvarende informasjon sendes til det helsepersonell i kommunehelsetjenesten som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging, jf. § 12 i forskriften. I tillegg skal pasientens faste lege motta epikrisen, jf. § 9 i *forskrift om pasientjournal*.

Kommunal plikt til å tilby døgnopphold til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp

For at kommunene skal kunne tilby gode alternativer til sykehusinnleggelse for pasienter og brukere som har behov for døgnopphold for observasjon, undersøkelse eller behandling, vil det være av stor betydning at kommunene etablerer tilbud om døgnopphold. For kommunene innebærer dette en oppgaveoverføring fra helseforetakene. Fra 2012 ble det anledning til å etablere døgntilbud til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp med tilskudd fra Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene. Fra 1. januar 2016 blir alle kommuner pålagt å ha et slikt tilbud, jf. Prop. 121 S (2014–2015) *Kommuneproposisjonen 2016*.

Helse- og omsorgskomiteen uttalte under behandlingen av lovforslaget at kommunens plikt begrenses til de pasientgruppene som kommunen selv har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til, og at det er behov for å etablere systemer som sikrer rask avklaring av om pasienten kan få et tilbud i kommunen, eller om spesialisthelsetjenesten må oppsøkes, jf. Innst. 424 L (2010–2011). Komiteen understreker betydningen av at det må dokumenteres at kommunen besitter nødvendig fagkompetanse og kapasitet til å håndtere døgntilbud for øyeblikkelig hjelp på en god måte.

Under behandlingen av budsjettproposisjonene for Helse- og omsorgsdepartementet for årene 2013 og 2014 understreket helse- og omsorgskomiteen at helseforetakene ikke kan redusere sin mottakskapasitet før forutsatt oppbygging av døgnplasser i kommunene er et faktum, jf. Innst. 11 S (2012–2013) og Innst. 11 S (2013–2014). Komiteen understreker viktigheten av at ordningen fullfinansieres, jf. Innst. 424 L (2010–2011).

For øyeblikkelig hjelp døgntilbud er det flyttet midler fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, det vil si fra kapittel 732 "Regionale helseforetak" til eget tilskudd til kommunene (kapittel 762, post 62) i 2012, 2013, 2014 og 2015, jf. Prop. 1 S for Helse- og omsorgsdepartementet. I tillegg er det stilt krav om at de regionale helseforetakene skal bidra med om lag tilsvarende beløp fra sine basisbevilgninger til kommunene i form av samarbeidsprosjekter.⁸ Beregningsgrunnlaget er basert på

8 Prop. 1 S (2011–2012) for Helse- og omsorgsdepartementet.

pasienter med somatisk sykdom, og finansieringsordningen er knyttet til denne pasientgruppen. Selv om tilskuddsordningen kun gjelder for somatikk, utelukker det ikke at kommuner i avtale med helseforetak kan etablere tilbud som også omfatter psykisk helse og rus.⁹

Kommunal medfinansiering

I St.meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen* vises det til at et sentralt element i samhandlingsreformen er å etablere økonomiske insentiver som understøtter riktig oppgaveløsning og som gir grunnlag for gode pasienttilbud og kostnadseffektive løsninger. Kommunal medfinansiering var ment å gi et insentiv for kommunene til å vurdere hvordan egen innsats kunne påvirke forbruket av spesialisthelsetjenester, og motivere kommuner og helseforetak til å samarbeide, jf. Prop. 91 L (2010–2011).

Ifølge § 3 i *forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter* innebar kommunal medfinansiering at kommunen skulle medfinansiere behandlingen av kommunens pasienter i spesialisthelsetjenesten etter systemet for diagnoserelaterte grupper (DRG-systemet). Kommunenes medfinansieringsandel var, ifølge § 4 i forskriften, 20 prosent av prisen for ett DRG-poeng. Kommunal medfinansiering var knyttet til behandling av somatiske pasienter i sykehus. Kommunal medfinansiering gjaldt blant annet ikke for pasienter under psykisk helsevern eller rusbehandling, jf. Prop. 91 L (2010–2011).

Kommunal medfinansiering ble avviklet fra og med 1. januar 2015, jf. Prop. 1 S (2014–2015) og Innst. 11 S (2014–2015).

3.3.2 Kommunenes ansvar for å sikre et helhetlig og koordinert tilbud om helse- og omsorgstjenester

Helse- og omsorgstjenesteloven skal bidra til å sikre bedre samhandling innad i kommunene og mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Blant de som har behov for helse- og omsorgstjenester, vil det være mange som har behov for et sammensatt tilbud av deltjenester. De trenger for eksempel først undersøkelse og behandling på sykehus, deretter opptrening og hjelp i hjemmet. Det vil si at de trenger et behandlingsforløp med deltjenester fra flere tjenesteytere. I en slik situasjon er det ofte ikke tilstrekkelig at tjenesteyterne yter gode helse- og omsorgstjenester innenfor hvert sitt fagområde. Skal pasienten få oppfylt sitt behov på en forsvarlig og tilfredsstillende måte, kan det bli nødvendig å koordinere deltjenestene gjennom samhandling mellom tjenesteyterne.¹⁰

Det er en forutsetning for samhandlingsreformen at tjenestenivåene samarbeider godt, slik at brukerne får et helhetlig og tverrfaglig tilbud tilpasset den enkelte bruker, jf. Prop. 91 L (2010–2011). Formålet med helse- og omsorgstjenesteloven er blant annet å sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, og sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov, jf. § 1-1 i loven.

Helse- og omsorgstjenestene som tilbys eller ytes i kommunene, skal være forsvarlige. Det framgår av helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 hva det innebærer at tjenestene er forsvarlige. For eksempel skal kommunene tilrettelegge tjenestene slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud.

Det framgår av § 3-4 at kommunene har en plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er

9 *Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Veiledningsmaterieill*. Oslo: Helsedirektoratet.

10 Prop. 91 L (2010–2011).

nødvendig for å tilby tjenester omfattet av loven. De regionale helseforetakene har på sin side plikt til å legge til rette for nødvendig samarbeid med blant andre kommunene, jf. *lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (spesialisthelsetjenesteloven) § 2-1e. Under behandlingen av proposisjonen understreket helse- og omsorgskomiteen at det å legge bedre til rette for bedre samhandling, større tverrfaglig samarbeid og helhetlige løsninger i kommunene er et overordnet mål med helse- og omsorgstjenesteloven, jf. Innst. 424 L (2010–2011, s. 22).

Etter § 6-1 i helse- og omsorgstjenesteloven skal kommunen inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helseregionen eller med helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer. I Prop. 1 S (2013–2014) understrekes det at de lovpålagte avtalene mellom kommuner og helseforetak skal legge til rette for helhetlige pasientforløp, samarbeid og arbeidsdeling mellom helseforetak og kommuner. Det blir også presisert at god samhandling særlig er av betydning for personer med langvarige og sammensatte lidelser, og at samarbeidsavtalene skal brukes som et aktivt virkemiddel til å styrke samhandlingen innenfor rus og psykisk helse. § 6-2 i loven lister minimumskrav til avtalens innhold.

Kommunene har ansvar for å tilrettelegge for samarbeid mellom kommunen og fastlegene og mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten, jf. § 8 i *Forskrift om fastlegeordning i kommunen* (fastlegeforskriften).

Krav om individuell plan for personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester

Kommunen har plikt til å utarbeide individuell plan for personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester, jf. § 7-1 i helse- og omsorgstjenesteloven. Det er presisert at dersom en pasient eller bruker har behov for tilbud både etter denne loven og etter spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven, skal kommunen sørge for at det blir utarbeidet en individuell plan, og at planarbeidet koordineres. Helseforetaket skal på sin side varsle kommunen så snart som mulig når det ser at det er behov for en individuell plan som omfatter tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og kommunen, jf. § 2-5 i spesialisthelsetjenesteloven.

Kommunene skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet som har overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatorene, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3.

Krav om koordinator for personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester

Etter § 7-2 i loven skal kommunen tilby koordinator for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker samt sikre samordning av tjenestetilbudet og framdrift i arbeidet med individuell plan. Helseforetaket skal etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-5a oppnevne koordinator for den samme gruppen pasienter som kommunen skal tilby koordinator til. Sykehusets koordinator skal blant annet sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient og sikre samordning av tjenestetilbudet overfor andre tjenesteytere samt sikre framdrift i arbeidet med individuell plan.

Kommunenes ansvar for å sikre tilstrekkelig kompetanse

Kommunene har ansvar for å tilrettelegge sine tjenester slik at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene. Etter § 8-2 i helse- og omsorgstjenesteloven skal kommunen for eksempel sørge for at egne ansatte får påkrevd videre- og etterutdanning. Under behandlingen av Prop. 91 L (2010–2011) understreket helse- og omsorgskomiteen at

utdanning og kompetanseutvikling er av vesentlig betydning for at samhandlingsreformen skal kunne lykkes. Komiteen mener videre at gode praksisplasser med god veiledning er en vesentlig forutsetning for å kunne rekruttere tilstrekkelig fagkompetanse til den kommunale helse- og omsorgssektoren, jf. Innst. 424 L (2010–2011).

Også i innstillingene til budsjettene for 2012 og 2014 viser helse- og omsorgskomiteen til at de kommunale helse- og omsorgstjenestene de kommende årene må ha høyeste prioritet, og at det er behov for et betydelig kompetanseløft i denne sektoren. Komiteen mener at blant de viktigste faktorene for å nå målet i samhandlingsreformen om en bærekraftig helsetjeneste med god kvalitet er satsing på god ledelse og kompetanseutvikling, jf. Innst. 11 S (2011–2012) og Innst. 11 S (2013–2014).

Spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 gir helsepersonell som er ansatt i statlige helseinstitusjoner, veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Veiledningsplikten omfatter råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevd for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.

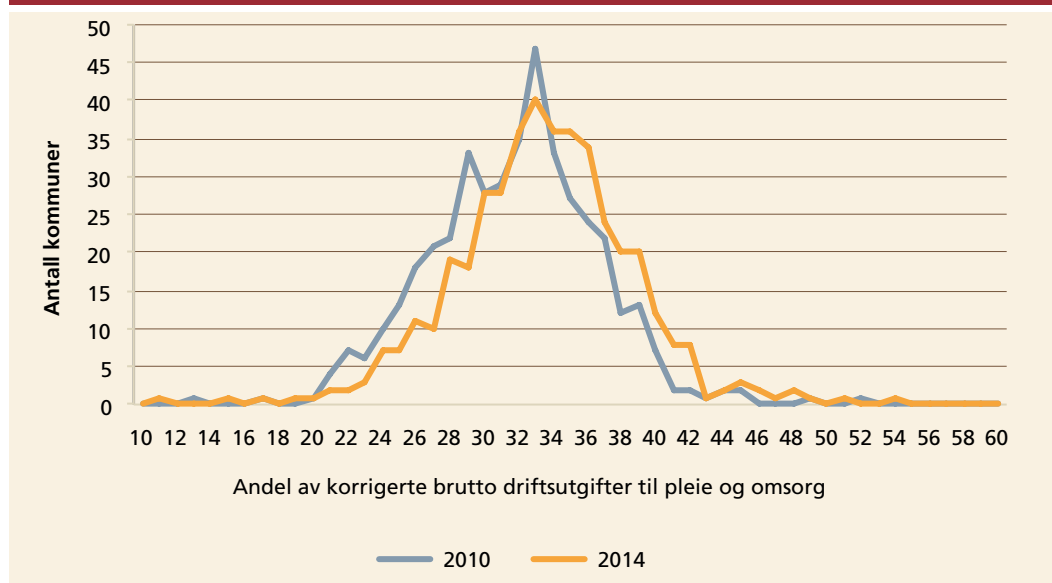
4 Styrking av pleie- og omsorgstjenesten i kommunen

4.1 Kommunenes utgifter til pleie og omsorg

Kommunenes utgifter (korrigerede brutto driftsutgifter) til pleie og omsorg økte fra omtrent 70 mrd. kroner i 2010 til omtrent 90 mrd. kroner i 2014. Det er en økning på nesten 29 prosent. I den samme perioden økte kommunenes samlede utgifter med 23,5 prosent. Til sammenligning steg konsumprisindeksen med 6,3 prosent fra 2010 til 2014. Kommunenes investeringer på pleie- og omsorgsområdet økte fra 3 mrd. kroner i 2010 til 5,1 mrd. i 2014. I den samme perioden økte kommunenes samlede investeringer fra 43 mrd. kroner til 53,7 mrd. Dette betyr at både utgiftene og investeringene til pleie og omsorg har økt mer enn andre kommunale utgifter og investeringer samlet sett.

Andelen av kommunesektorens utgifter som er brukt på pleie og omsorg, økte fra 30,2 prosent i 2010 til 31,5 prosent i 2014, og andelen varierer mellom kommunene.

Figur 1 Andelen av kommunenes korrigerede brutto driftsutgifter som er brukt på pleie og omsorg, i 2010 og 2014



Kilde: KOSTRA (SSB)

Figur 1 viser hvordan andelen av utgiftene som brukes til pleie og omsorg, varierer mellom kommunene i 2010 og i 2014. Når fordelingen flytter seg til høyre i figuren fra 2010 til 2014, betyr dette at flere kommuner bruker en høyere andel av utgiftene til pleie- og omsorgstjenester. Videre analyse viser at tre av fire kommuner økte andelen av utgiftene som brukes til pleie og omsorg, og at medianandelen økte fra 32,1 prosent i 2010 til 33,3 prosent i 2014.

4.2 Mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester

Figur 2 Antall mottakere av hjemmetjenester og antall institusjonsopphold, 2010–2014

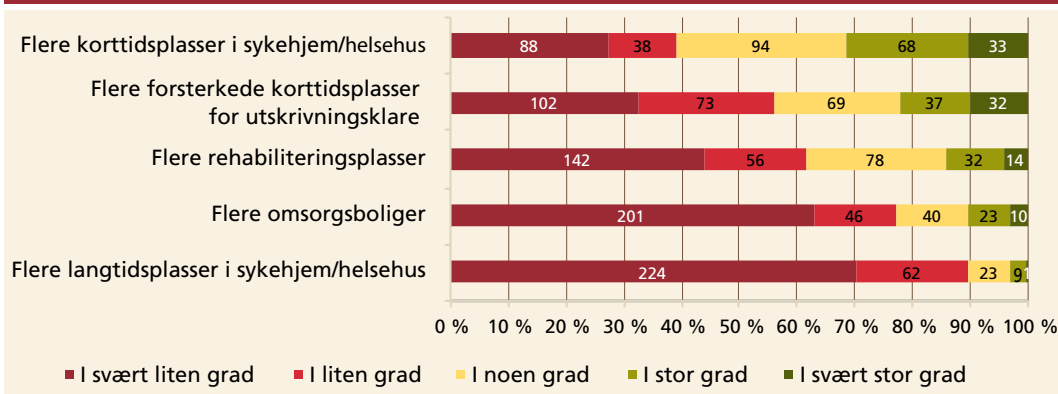


Kilde: Helsedirektoratet

Figur 2 viser at det har vært en økning i antallet mottakere av hjemmetjenester og korttids institusjonsopphold i kommunene fra 2010 til 2014. Antallet mottakere av hjemmetjenester økte fra 194 000 til 212 000, mens antallet korttids institusjonsopphold økte fra 49 000 til 62 000 i denne perioden. I den samme perioden falt antallet langtids institusjonsopphold fra drøyt 49 000 i 2010 til 46 500 i 2014. Både for hjemmetjenester og for korttids institusjonsopphold økte antallet mest ved innføringen av samhandlingsreformen, det vil si fra 2011 til 2012. Videre undersøkelser viser at det spesielt var antallet pasienter som ble lagt inn til behandling og utredning, som bidro til økningen i antallet korttidsopphold i kommunal institusjon.

Tall fra KOSTRA viser at antall sykehjemsplasser har økt fra om lag 39 700 i 2010, til 40 200 i 2014. I samme periode økte antall korttids plasser i sykehjemmene fra om lag 6000 til 7700. Antall korttids plasser i sykehjemmene har altså økt mer enn antall sykehjemsplasser totalt, noe som betyr at det fra 2010 til 2014 har vært en nedgang på om lag 1200 sykehjemsplasser som ikke er avsatt til korttidsopphold.

Figur 3 I hvilken grad har kommunen økt antallet plasser i ulike kommunale tjenestetilbud etter innføringen av reformen?



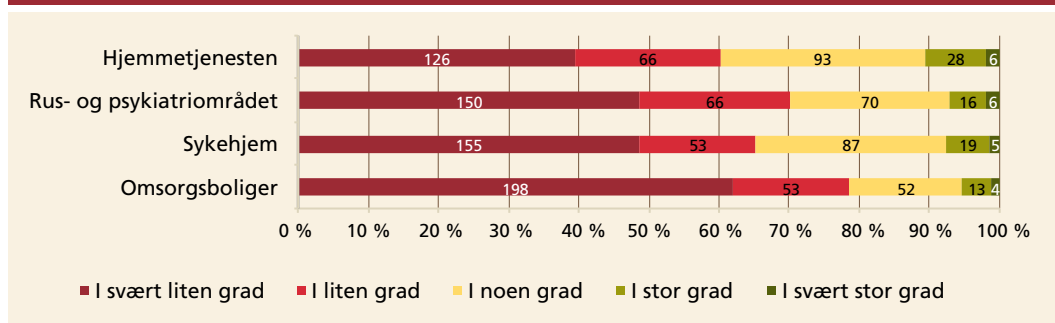
Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til kommunene

Figur 3 viser at ca. 60 prosent av kommunene opplyser at de i noen, i stor eller i svært stor grad har etablert flere korttidsplasser etter innføringen av samhandlingsreformen. Dette støttes av tall fra KOSTRA, som viser at om lag 60 prosent av kommunene har økt antall korttidsplasser i sykehjemmene etter innføringen av samhandlingsreformen. Figur 3 viser videre at et flertall av kommunene i liten eller svært liten grad har etablert flere forsterkede korttidsplasser, rehabiliteringsplasser eller omsorgsboliger. Tall fra KOSTRA viser at ca. 30 prosent av kommunene har redusert antall rehabiliteringsplasser fra 2011 til 2014, mens 30 prosent av kommunene har like mange plasser avsatt til rehabilitering i 2014 som før innføringen av samhandlingsreformen. Figur 3 viser at ca. 90 prosent av kommunene opplyser at de i liten eller svært liten grad har opprettet flere langtidsplasser i sykehjem etter innføringen av reformen.

Kommunene oppgir i spørreundersøkelsen at det har blitt vanskeligere for innbyggerne å få tilgang til sykehjemsplasser etter innføringen av samhandlingsreformen. 38 prosent av kommunene oppgir at det har blitt vanskeligere å få tilgang til langtidsplass, mens 35 prosent av kommunene oppgir det samme for korttidsplasser. Det er først og fremst i store kommuner at det har blitt vanskeligere for innbyggerne å få sykehjemsplass. Til sammenligning oppgir kun 11 prosent av kommunene at det har blitt vanskeligere å få tilgang til hjemmetjenester i den samme perioden. Flere helseforetak gir i intervju uttrykk for at mange kommuner har behov for å styrke tilbudet til pasienter som er for syke til å være hjemme, men for friske til å være innlagt på sykehus (forsterket korttidsplass / intermediær avdeling), blant annet for å forebygge reinnleggelse. En undersøkelse fra 2014 hevder at både det å få hjemmetjenester og det å få plass på sykehjem har blitt vanskeligere. Hjemmetjenesten er i ferd med å endre karakter, ved at den omfatter mer medisinsk behandling enn tidligere.¹¹

11 IRIS (2014).

Figur 4 I hvilken grad har kommunen økt antallet årsverk i ulike tjenester?



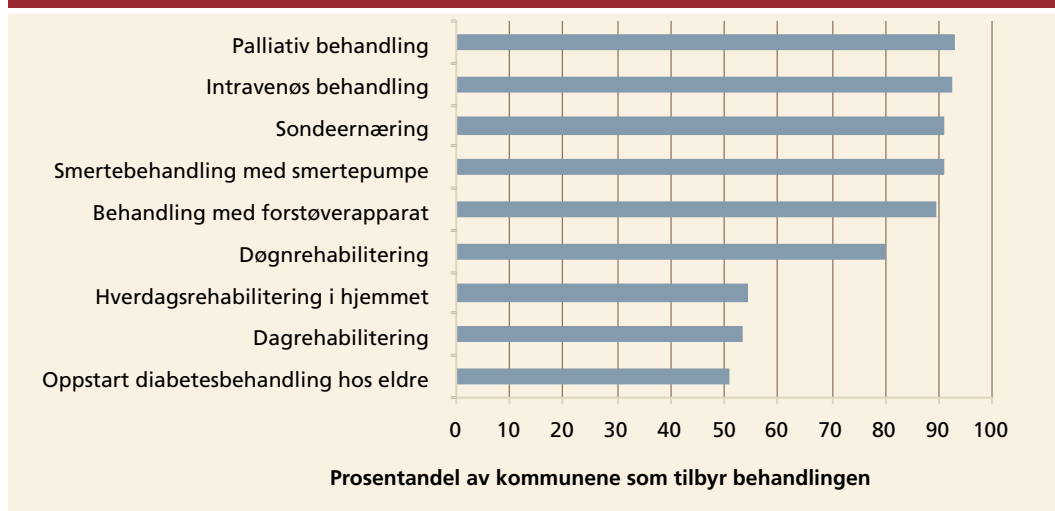
Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til kommunene

Figur 4 viser at kommunene i liten grad har styrket tjenestene ved å øke antallet årsverk på de ulike tjenesteområdene. Flest kommuner har økt antallet årsverk i hjemmetjenesten, men bare drøyt 10 prosent oppgir at de har gjort dette i stor eller svært stor grad.

4.3 Kommunenes behandlingstilbud

For at kommunene skal kunne utføre en større del av pasientbehandlingen enn de har gjort før, må de også kunne tilby behandling som de tidligere ikke har utført. Figur 5 viser hvor stor andel av kommunene som kan utføre behandlinger som helseforetakene oppgir i spørreskjema at kommunene må kunne utføre for reelt å avlaste spesialisthelsetjenesten.

Figur 5 Andelen kommuner som utfører behandling som avlaste sykehusene. N = 338



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til kommunene

Figur 5 viser at de aller fleste kommunene tilbyr palliativ og intravenøs behandling, sondeernæring, smertebehandling med smertepumpe og behandling med forstøverapparat. Det er bare om lag halvparten av kommunene som oppgir at de tilbyr hverdagsrehabilitering i hjemmet, dagrehabilitering eller oppstart av diabetesbehandling hos eldre. En større andel av kommunene oppgir at de tilbyr døgnrehabilitering. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at det har vært en økning fra 2000 til 3050 kommunale institusjonsplasser avsatt til rehabilitering fra 2010 til 2014.

Ny infrastruktur, inkludert kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD), helsehus og samling av korttidsplasser under ett tak, betyr økte krav til helhetlig og langsiktig planlegging for kommunene. I spørreundersøkelsen til kommunene svarer omtrent 40 prosent at de er delvis enig i at kommunen er godt forberedt til å utføre flere oppgaver som i dag utføres av spesialisthelsetjenesten. En tilsvarende andel mener kommunene er godt forberedt på å kunne håndtere en økning i antallet eldre i framtiden. 40 prosent av kommunene er helt enig i at de har konkrete planer for hvordan helse- og omsorgstjenestene skal styrkes i framtiden.



Kommunene tilbyr ulike typer behandling.

Foto: Colourbox

Omtrent halvparten av helseforetakene opplever at kommunene i liten grad har bygd opp helsetjenester som har bidratt til å avlaste dem i perioden etter innføringen av reformen.

4.4 Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD)

Etableringen av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD) skal bidra til å redusere antallet øyeblikkelig hjelp-innleggelser i spesialisthelsetjenesten ved at mer av ansvaret for pasienter som tidligere ville blitt lagt inn på sykehus, overføres til kommunene. Alle kommuner må etablere et tilbud om ØHD innen 1. januar 2016.

Statistikk fra Helsedirektoratet viser at per 31. august 2014 har 275 kommuner etablert ØHD. Av disse samarbeider 207 med én eller flere andre kommuner om tilbudet. Spørreundersøkelsen viser at nesten 30 prosent av kommunene ikke hadde etablert ØHD per 1. mai 2015.

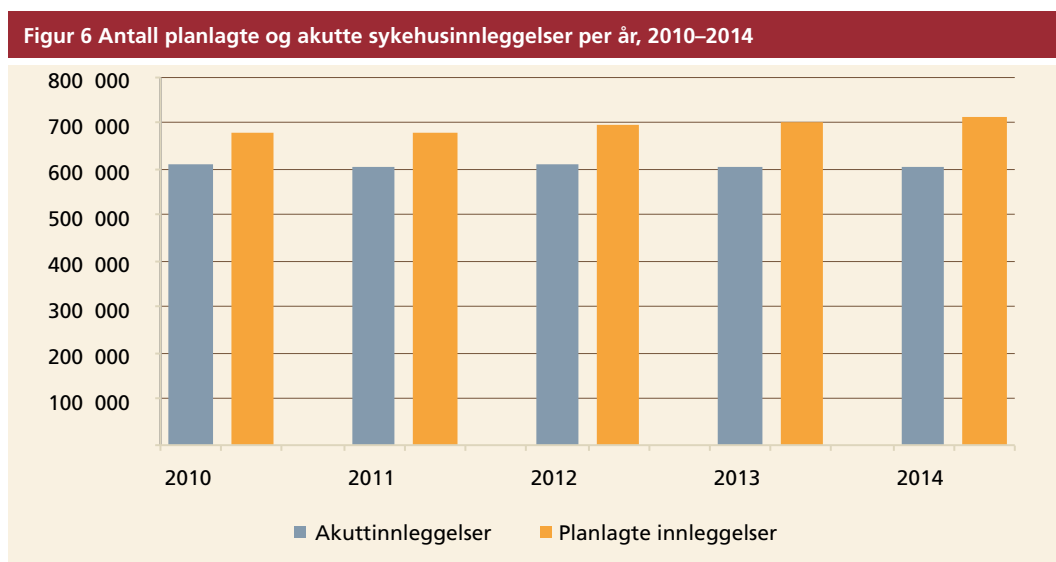
Av de 275 kommunene som hadde åpnet ØHD-tilbud per 31. august 2014, har 113 kommuner etablert tilbudet ved sykehjemmet, mens 73 kommuner har etablert det ved helsehus, lokalmedisinsk senter eller lignende. Videre har 35 kommuner etablert tilbudet ved legevakten, mens 37 kommuner har etablert det ved sykehuset. Tre av fire kommuner som har etablert ØHD-tilbudet på egen hånd, har lagt det til sykehjemmet, mens de fleste kommunene som samarbeider med andre kommuner om tilbudet, har lagt det til helsehus, lokalmedisinsk senter, sykehus eller legevakt.

Spørreundersøkelsen til kommunene viser at nesten alle kommunene som har etablert ØHD, kan behandle lidelser som KOLS, astma og infeksjoner i lunger og urinveier. Drøyt halvparten av kommunene kan behandle hjernerystelse, mens en femdel kan tilby psykisk helse- og rusbehandling.

5 Bruk av sykehus

Det nasjonale nettverket for implementering av samhandlingsreformen beskriver reformen som en "nullsumsreform" der effektivisering ved hjelp av omfordeling av ressurser fra spesialisthelsetjenesten til kommunene er en av hovedintensjonene. Øremerket tilskudd til etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud, kommunal medfinansiering og betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter er økonomiske virkemidler som skal bidra til bedre ressursutnyttelse. I denne revisjonen belyses bedre ressursutnyttelse ved å undersøke hvorvidt behandling i kommunene har bidratt til å redusere antallet innleggelser i sykehus, og om ferdigbehandlede pasienter blir sendt til kommunen når de meldes utskrivningsklare.

5.1 Akuttinnleggelser i sykehus og kommuner



Kilde: Helsedirektoratet

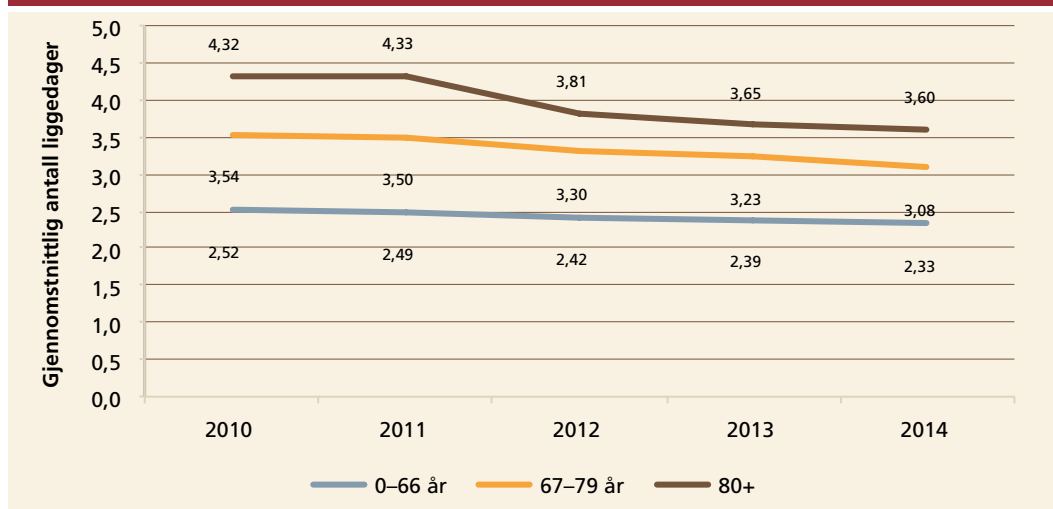
Figur 6 viser at det har vært en økning i antallet planlagte sykehusinnleggelser fra 2010 til 2014, mens antallet akuttinnleggelser har vært stabilt gjennom perioden. Økningen i antallet planlagte sykehusinnleggelser har fulgt økningen i innbyggertallet, noe som innebærer at antallet planlagte innleggelser per innbygger har vært det samme hvert år, mens antallet akuttinnleggelser per innbygger har gått ned. Antallet innleggelser totalt stiger med 2,3 prosent i perioden, mens antallet innleggelser per innbygger faller med 2,5 prosent.

Personer over 80 år blir oftere innlagt på sykehus enn andre. Totalt var det 193 innleggelser per 1000 personer under 66 år i 2014, mens det var 861 innleggelser per 1000 personer over 80 år. Videre var 60 prosent av sykehusinnleggelsene for personer over 80 år akuttinnleggelser, mens tilsvarende andel for personer under 66 år var 45 prosent. For alle aldersgrupper er det så godt som ingen endring i perioden.

Det er store forskjeller mellom kommunene når det gjelder antallet innleggelser per innbygger. Analyser viser at mellomstore kommuner (5 000–19 999 innbyggere) har høyest innleggelsesrate i sykehus, og at kommuner som er vertskommune for et

sykehus, har flere innleggelser per innbygger enn kommuner som ikke er vertskommune.

Figur 7 Liggetid i sykehus per innleggelse, fordelt på alder, 2010–2014



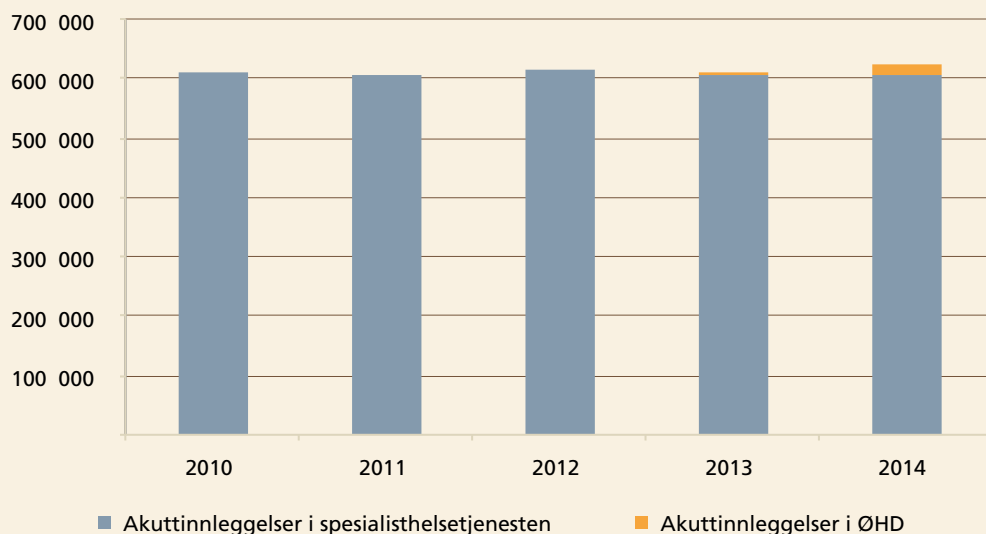
Kilde: Helsedirektoratet

Figur 7 viser at liggetiden per sykehusinnleggelse har gått ned i perioden 2010–2014. Det gjelder spesielt for personer i aldersgruppen over 80 år. Disse pasientene har hatt en nedgang i gjennomsnittlig liggetid på 0,73 dager, noe som tilsvarer en nedgang på 17 prosent. Den største delen av denne nedgangen kom fra 2011 til 2012, da gjennomsnittlig liggetid falt med nær 12 prosent.

Mens antallet innleggelser i svært liten grad har blitt redusert etter innføringen av samhandlingsreformen, har derimot liggetiden blitt redusert, særlig blant eldre. Samlet har antallet liggedager i sykehus blitt redusert med 308 000 fra 2010 til 2014, noe som utgjør en reduksjon på 7 prosent etter innføringen av samhandlingsreformen. Nær halvparten av denne reduksjonen har kommet for personer over 80 år.

To sentrale virkemidler for å redusere antallet innleggelser i spesialisthelsetjenesten har vært kommunal plikt til å opprette øyeblikkelig hjelp døgntilbud og kommunal medfinansiering. Den sistnevnte ordningen ble avviklet 1. januar 2015.

Figur 8 Totalt antall akuttinnleggelser i spesialisthelsetjenesten og i kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD), 2010–2014



Kilde: Helsedirektoratet

Figur 8 viser at akuttinnleggelser i ØHD utgjør en svært liten del av det totale antallet akuttinnleggelser i 2014. Mens det årlig var omtrent 600 000 akuttinnleggelser i sykehus i perioden, var det i 2013 og 2014 henholdsvis knapt 4200 og 14 600 innleggelser i ØHD. Gjennomsnittlig liggetid i ØHD var 2,6 døgn i perioden 1. september 2013–31. august 2014. Hver fjerde innleggelse varte i fire døgn eller mer.

Fordi det typisk vil ta noe tid fra tilbudet opprettes til det vil være rimelig å forvente at det er kjent og blir benyttet i tråd med intensjonene, inkluderer den videre analysen kun ØHD som har vært i drift i minst ett år, det vil si ØHD for 103 kommuner.

Tabell 1 Antall liggedager og beleggsprosent i kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD) i 2014. N = 103

	N	Liggedager	Beleggsprosent*
Ikke samarbeid	31	11 181	28,3 %
Samarbeid	72	13 786	33,6 %
Ikke vertskommune	47	2 908	25,1 %
Vertskommune	25	10 878	36,9 %
Totalt	103	24 966	31,0 %

Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til kommunene (samarbeid) og Helsedirektoratet (pasientdata)

* Helsedirektoratet mottar kun rapportering om antallet plasser opprettet ved den enkelte enhet for kommunalt øyeblikkelig hjelp. For kommuner som samarbeider, er antallet plasser fordelt hver enkelt kommune beregnet ved å se på antallet døgnplasser kommunene som samarbeider om tilbudet har fått tilskudd til å etablere, opp mot antallet etablerte plasser ved enheten. Deretter er det beregnet hvor stor andel av de faktisk opprettede plassene den enkelte kommune skal ha tilgang til.

Tabell 1 viser at den gjennomsnittlige beleggsprosenten i ØHD var 31 for disse tilbudene i 2014. Ved første rapporteringsår, 2012/13, var det registrert 11 269 liggedager og en beleggsprosent på 16,1. Beleggsprosenten varierte mellom 3,3 og 111,9. Bare 15 prosent av kommunene hadde en beleggsprosent på over 50.

Kommunenes utgifter til etablering og drift av ØHD er beregnet til 1048 mill. kroner årlig fra 2016 (2012–kroner). Helse- og omsorgsdepartementet og KS ble enige om at

drift og investeringer skulle fullfinansieres, og at tilskuddet skulle baseres på et måltall om 120 000 liggedøgn til sammen for årene 2012 og 2013.¹² Utgiftene finansieres gjennom omdisponering av midler fra de regionale helseforetakenes basisbevilgninger. I innfasingsperioden har kommunene fått overført midler etter hvert som tilbudene ble etablert. Kommunene som har fått tilskudd til opprettelsen av et ØHD-tilbud har fått utbetalt tilskuddet basert på et estimat for antall liggedøgn multiplisert med en anslått liggedøgnskostnad. Beløpet er deretter fordelt mellom kommunene etter objektive kriterier. Det er registrert 49 334 liggedøgn fordelt på 18 842 innleggelser fra januar 2012 til og med august 2014. Helsedirektoratet utbetalte i tilskudd til ØHD 123,4 mill. kroner i 2012, 257,4 mill. kroner i 2013 og 353,3 mill. kroner i 2014. Tilsvarende beløp er forutsatt overført til kommunene fra de regionale helseforetakene (RHF).

I 2014 ble det utbetalt 165 mill. kroner i tilskudd til de 103 kommunene som hadde hatt et ØHD-tilbud i over ett år i 2014. I tillegg kommer et tilsvarende beløp i overføringer fra RHFene. Dette resulterte i 24 966 liggedøgn. Tilskuddene fra staten og overføringene fra RHFene utgjør 13 222 kroner per liggedøgn.

Tabell 1 viser videre at kommuner som er vertskommune for et interkommunalt samarbeid, eller som har etablert tilbud om kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud på egen hånd, har høyere beleggsprosent enn kommuner som har etablert tilbudet utenfor egen kommune. I samarbeidende kommuner som ikke er vertskommuner, ble bare hver fjerde plass benyttet, selv om tilbudet hadde vært i drift i over ett år.

Tabell 2 Beleggsprosent i ØHD etter hvor tilbudet er plassert, for 2014. N = 103

	N	Liggedager	Beleggsprosent
Helsehus, lokalmedisinsk senter e.l.	41	9150	39,3 %
Legevakt	5	547	11,2 %
Sykehjem	44	8973	28,6 %
Sykehus eller annet	13	6297	30,0 %
Totalt	103	24 966	31,0 %

Kilde: Helsedirektoratet

Tabell 2 viser at de fleste kommunene har etablert tilbud om ØHD ved helsehus eller sykehjem. Beleggsprosenten for kommuner som har etablert tilbudet ved helsehus, lokalmedisinsk senter eller lignende, er imidlertid elleve prosentpoeng høyere enn for kommuner som har etablert tilbudet ved sykehjem. Kommuner som har etablert tilbudet ved legevakten, har lavest beleggsprosent. Det var imidlertid bare fem av kommunene som hadde etablert tilbudet før september 2013, som hadde lagt tilbudet til legevakten.

Per 31. august 2014 hadde tilbudet en kapasitet til å ta imot 462 pasienter i døgnet. Dette tilsvarer ca. 143 000 liggedøgn i året gitt en beleggsprosent på 85. Et flertall av helseforetakene opplever at ØHD-tilbudet så langt ikke har bidratt til å redusere antallet akuttinnleggelser i sykehusene. Ingen av helseforetakene har redusert kapasiteten i sine akuttinntak nevneverdig etter hvert som kommunene har bygd opp ØHD-tilbud. Helseforetakene mener imidlertid at kapasiteten i ØHD er stor nok til å kunne avlaste sykehusene.

¹² Referat fra konsultasjonsmøtet mellom blant andre Helse- og omsorgsdepartementet og KS 29. april 2011, vedlegg e.

Blant fastlegene er det 40 prosent som mener at ØHD i stor eller svært stor grad er et reelt alternativ til sykehusinnleggelse. Hver femte fastlege opplever imidlertid at ØHD i liten eller svært liten grad er et reelt alternativ til sykehusinnleggelse.

For at ØHD skal kunne avlaste sykehusene, må pasientene som legges inn her, primært være pasienter som ellers ville blitt lagt inn for behandling i sykehus. Omtrent 60 prosent av kommunene som etablerte tilbudet i 2012 eller 2013, har undersøkt om innleggelsene i ØHD erstatter innleggelse i sykehus. Hver tredje kommune opplyser at flertallet av innleggelsene i ØHD ikke erstatter innleggelse i sykehus. 25 prosent av kommunene mener at alle de undersøkte innleggelsene erstattet sykehusinnleggelse.

Et flertall av helseforetakene mener at mange pasienter som legges inn i sykehus, heller burde vært lagt inn i ØHD. Videre opplyser en firedel av kommunene at ØHD-tilbudet i stor grad brukes som en del av kommunens pleie- og omsorgstjeneste, mens omtrent halvparten opplyser at dette skjer i liten grad.

I rapporten *Samhandlingsstatistikk 2013–2014* finner Helsedirektoratet at innleggelsene i ØHD svarer til tre prosent av innleggelsene i spesialisthelsetjenesten. Det er en liten nedgang i akutte sykehusinnleggelser per innbygger over 80 år i de kommunene som har et ØHD-tilbud. Rapporten konkluderer med at det "ikke kan forventes at døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp vil ha sterk påvirkning på omfanget av innleggelser i sykehus samlet sett". Videre mener direktoratet at det trolig er andre forhold enn tilgang på døgntilbud som best forklarer variasjoner i nivå av sykehusbruk blant eldre.

Av Meld. St. 26 (2014–2015) *Framtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* (primærhelsetjenestemeldingen) framgår det at "[e]n hovedutfordring er den lave og variable beleggsprosenten i tilbudene, og at fastlegene i relativt liten grad har tatt i bruk øyeblikkelig hjelp døgntilbudet, til tross for at de vet at det finnes". Videre framgår det av meldingen at "[d]en relativt lave beleggsprosenten reiser også spørsmålet om disse tilbudene avlaste sykehusene etter intensjonen. Svaret på det er i dag nei, slik at det er viktig med tiltak som øker beleggsprosenten".

Helse- og omsorgsdepartementet hevder i intervju at et velfungerende ØHD vil avlaste sykehusene for akuttinnleggelser, men at det største potensialet for å avlaste sykehusene er knyttet til en generell bedring av de samlede kommunale helse- og omsorgstjenestene, og særlig oppfølgingen av pasienter med kroniske sykdommer. Det har ifølge departementet ikke blitt tallfestet et mål for reduksjon i akuttinnleggelser i sykehusene som følge av at ØHD er opprettet.

Fastlegene og legevaktslegene er premissleverandører for at ØHD skal fungere. 36 prosent av kommunene som har etablert ØHD, mener at pasienter som tilfredsstillte kriteriene for innleggelse i tilbudet, henvises dit i stor grad, mens 16 prosent mener dette skjer i liten grad. Drøyt 40 prosent av fastlegene mener at manglende kjennskap til hvilke behandlinger som blir utført, er en årsak til at de ikke henviser til tilbudet. Omtrent like mange mener tilbudet ikke er tilpasset innbyggernes behov. At tilbudet er lokalisert for langt unna pasientens bosted, er, ifølge respondentene, ikke en årsak til at pasientene ikke blir henvist dit.

For at tilbudet skal bli benyttet på en måte og i et omfang som er i tråd med intensjonene, må fastlegene og legevaktslegene ha tillit til at pasienter som blir innlagt i ØHD, får et like godt tilbud der som i sykehus. Omtrent halvparten av fastlegene er i noen eller stor grad usikre på om kvaliteten i tilbudet er god nok. Samtidig mener 70

prosent av helseforetakene at det er stor variasjon i kvaliteten på det kommunale ØHD-tilbudet i deres opptaksområde.

Oppsummert viser fritekstsvarene fra fastlegene tre hovedforklaringer på lav bruk av ØHD-plassene:

- 1 Mange pasienter har uavklart lidelse, og må derfor sendes på sykehus for diagnostikk og avklaring.
- 2 Innleggingsprosedyrene for ØHD er mer krevende og tungvinte enn for sykehusinnleggelse.
- 3 Tilbudet er overdimensjonert. Få pasienter egner seg for ØHD-innleggelse.

Statusrapporten for samhandlingsreformen fra Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen peker blant annet på at tjenestetilbudet er nytt mange steder, og at prosedyrene for innleggelse er arbeidskrevende. Videre viser rapporten til at allmennlegetjenesten i kommunene (fastlegene) fortsatt oppleves som en uavhengig, ikke integrert tjeneste på siden av kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.¹³

Når det gjelder kommunal medfinansiering, var målet med ordningen å få kommunene til å ta større ansvar for innbyggernes helse. Kommunene måtte betale en femdel av regningen når innbyggerne ble lagt inn på sykehus, noe som skulle føre til at de ble mer bevisst på betydningen av å fremme helse, forebygge sykdom og bygge opp lokale tilbud. Kommunene brukte årlig drøyt 5 mrd. kroner på denne ordningen i perioden 2012–2014, noe som tilsvarer beløpet som tidligere var omdisponert fra helseforetakene til kommunene. Bare én av fem kommuner mener at kommunal medfinansiering, slik ordningen var utformet, bidro til å redusere bruken av spesialisthelsetjenester. Videre mener to av tre kommuner at det var riktig å avvikle ordningen. Et flertall av helseforetakene mener imidlertid at utviklingen av kommunal medfinansiering kan føre til at kommunene får svakere insentiver til å styrke egen helsetjeneste. Helse- og omsorgsdepartementet opplyser i intervju at ulike sentrale aktører har uttrykt bekymring over at kommunenes insentiv for å hindre sykehusinnleggelser forsvant da ordningen med kommunal medfinansiering opphørte.

5.2 Pasienter som tidligere lå ferdigbehandlet i sykehus

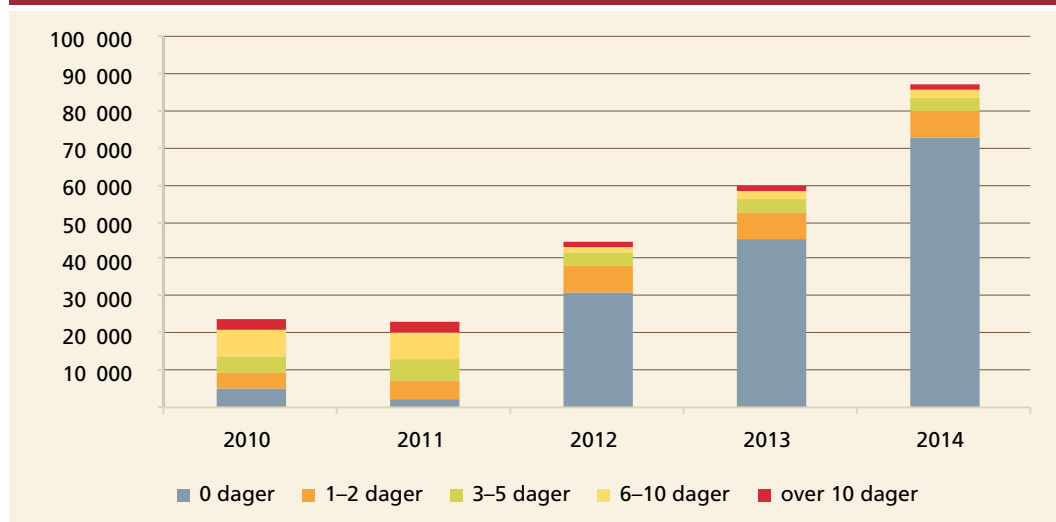
I 2014 fikk 1,87 mill. personer behandling ved norske sykehus. De fleste av dem som får sykehusbehandling, sendes rett hjem etter endt behandling, uten videre oppfølging fra kommunehelsetjenesten. I 2014 utgjorde denne gruppen pasienter 97,4 prosent av alle pasienter som får sykehusbehandling. Den gruppen som kalles *utskrivningsklare pasienter*, består av pasienter som har behov for videre behandling og oppfølging fra kommunehelsetjenesten etter at de er ferdigbehandlet i sykehuset. Det heter da at personene skrives ut til kommunen. Denne gruppen utgjorde 48 825 personer i 2014. Mange av de utskrivningsklare pasientene har imidlertid flere sykehusopphold i løpet av året. Derfor står de utskrivningsklare pasientene for 6,6 prosent av alle innleggelser i sykehus, selv om kun 2,6 prosent av pasientene ved norske sykehus blir definert som utskrivningsklare.

Når en pasient er utskrivningsklar, melder sykehuset fra til kommunen om at pasienten vil bli skrevet ut til kommunen. For å stimulere til en bedre ressursutnyttelse i helsesektoren ved at pasienter behandles på laveste effektive omsorgsnivå, skal kommunen fra 1. januar 2012 dekke utgifter for pasienter som er utskrivningsklare, men som ikke kan tas imot av kommunen, fra første dag. Før 1. januar 2012 kunne

¹³ Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen (2014).

helseforetak kreve betaling fra kommunen for utskrivningsklare pasienter, men ikke før det hadde gått ti dager fra kommunen skriftlig hadde fått varsel om at pasienten var utskrivningsklar. Helseforetak og kommune kunne tidligere også inngå egne avtaler som innebar at betalingsordningen falt bort.¹⁴

Figur 9 Antall opphold for utskrivningsklare pasienter etter liggetid som utskrivningsklar, 2010–2014*



Kilde: Helsedirektoratets grunnlagsdata for kommunenes bruk av somatiske sykehus

* Fordelingen av antall dager som utskrivningsklar for pasienter med overliggerdøgn er beregnet med utgangspunkt i fordelingen i Helsedirektoratets estimat i Samhandlingsstatistikk 2013–2014.

Figur 9 viser at det har vært en betydelig økning i antallet pasienter som ble definert som utskrivningsklare, i perioden 2010–2014, fra om lag 24 000 pasienter i 2010 til drøyt 87 000 pasienter i 2014. Over 80 prosent av disse pasientene ble i 2014 tatt imot av kommunen samme dag som de ble skrevet ut, mens dette kun gjaldt for 10 prosent av pasientene i 2011.

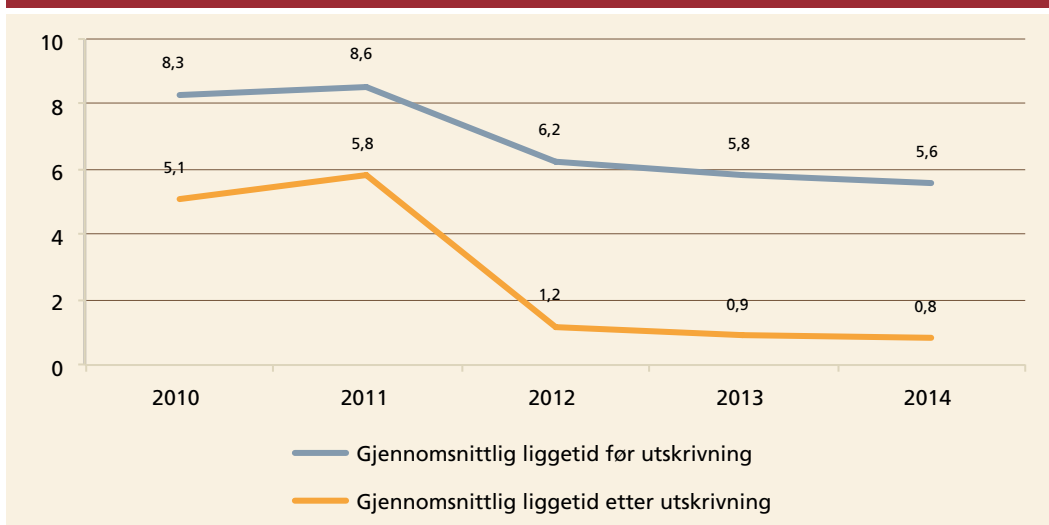
Helsedirektoratet forklarer den sterke veksten i antallet utskrivningsklare pasienter med at sykehusene endret registreringspraksisen for disse pasientene da betalingsplikten ble endret til første dag, ved innføringen av reformen. Tidligere var ikke sykehusene pålagt å registrere utskrivningsklare pasienter. Direktoratet viser til at enkelte av helseforetakene også før 2012 hadde rutiner for å registrere de utskrivningsklare pasientene, og i disse helseforetakene er ikke endringen så stor som i de helseforetakene som ikke hadde denne praksisen.

Pasienter som blir værende på sykehus etter at de er ferdigbehandlet, slik at betalingsplikten trer i kraft, registreres som pasienter med overliggerdøgn. Figur 9 viser videre at antallet utskrivningsklare pasienter som blir registrert med overliggerdøgn, faller fra 2011 til 2012. Mens det var 19 300 pasienter som ble registrert med overliggerdøgn i 2011, var det tilsvarende antallet 12 100 i 2012. Det har særlig vært en reduksjon i antallet utskrivningsklare pasienter som ligger seks dager eller mer på sykehus etter utskrivning.

Over halvparten av de utskrivningsklare pasientene i 2014 var over 80 år, og hver fjerde pasient over 80 år hadde behov for videre oppfølging i kommunen.

¹⁴ Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mm.*

Figur 10 Liggedager for utskrivningsklare pasienter før og etter at pasienten er meldt utskrivningsklar, 2010–2014



Kilde: Helsedirektoratet

Figur 10 viser at gjennomsnittlig liggetid *før* utskrivning faller fra 8,6 til 6,2 døgn fra 2011 til 2012. Videre viser figuren at gjennomsnittlig liggetid *etter* at pasienten er ferdigbehandlet og meldt utskrivningsklar til kommunen, går ned fra 5,8 til 1,2 liggedøgn fra 2011 til 2012. I perioden 2010–2014 har samlet gjennomsnittlig liggetid for utskrivningsklare pasienter gått ned med 52 prosent.

Noe av nedgangen i gjennomsnittlig liggetid for utskrivningsklare pasienter skyldes at det etter 2012 har vært en betydelig økning i antallet pasienter som tas imot av kommunene samme dag som de blir vurdert som utskrivningsklare. Hvis analysen kun inkluderer pasienter med minst ett overliggerdøgn, har gjennomsnittlig liggetid for denne gruppen gått ned fra 6,5 til 4,6 overliggerdøgn fra 2011 til 2014.

Kommuner som i spørreundersøkelsen oppgir at de kan tilby døgnrehabilitering, avansert sårbehandling og innlegg av sentralt venekateter, har færre overliggerdøgn per innleggelse av utskrivningsklare pasienter og tar imot en større andel av de utskrivningsklare pasientene samme dag som de meldes utskrivningsklare til kommunen, enn andre kommuner. Særlig gjelder dette for kommuner som kan tilby både døgnrehabilitering og avansert sårbehandling. Om lag to av tre kommuner som har besvart spørreundersøkelsen, kan tilby begge disse behandlingene. Analysen viser også at kommuner med få innbyggere har færre overliggerdøgn per innleggelse og en lavere andel pasienter med overliggerdøgn enn kommuner med flere innbyggere. Analysen viser imidlertid ingen sammenheng mellom kommunens kapasitet på korttids institusjonsplasser eller tilgang til helsepersonell og antallet liggedager for utskrivningsklare pasienter eller andelen utskrivningsklare pasienter med overliggerdøgn.

Hvordan har kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter virket?

Betalingen for utskrivningsklare pasienter skal gi kommunene et økonomisk insentiv til å etablere tilbud med lavere kostnad enn i spesialisthelsetjenesten.¹⁵ I forbindelse med innføringen av kommunalt betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter er det flyttet midler fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Kommunen betaler en gitt pris per liggedøgn for en utskrivningsklar pasient, og døgnprisen fastsettes årlig i statsbudsjettet.

15 Prop. 91 L (2010–2011).

Tabell 3 Døgnpris for utskrivningsklare pasienter, 2012–2015

År	Døgnpris
2012	4000 kroner
2013	4125 kroner
2014	4255 kroner
2015	4387 kroner

Kilde: Statsbudsjettet for budsjettårene 2012 til 2015

Spørreundersøkelsen til kommunene viser for eksempel at 96 prosent av kommunene opplever at pasientene blir skrevet ut fra sykehuset tidligere nå enn før innføringen av samhandlingsreformen, mens 95 prosent av kommunene mener at pasientene nå typisk er sykere når de overføres til kommunehelsetjenesten. Et klart flertall av helseforetakene er enig med kommunene i dette. Videre svarer 64 prosent av kommunene i spørreundersøkelsen at pasienter ofte skrives ut så tidlig at det er vanskelig for kommunen å tilby et godt tjenestetilbud.

Helse- og omsorgsdepartementet mener at samhandlingsreformens virkemidler knyttet til utskrivningsklare pasienter har hatt stor effekt. Kommunene tar imot utskrivningsklare pasienter tidligere enn før, og kommunene har i stor grad vært i stand til å ta imot disse pasientene. Forventningen var at utskrivningsklare pasienter i vesentlig mindre grad skulle bli liggende på sykehus. Ifølge departementet må det da forventes at pasientene er sykere når de blir skrevet ut, enn det som var vanlig tidligere. Det hevdes fra flere hold at sykehusene har endret definisjonen for når de anser en pasient som utskrivningsklar. Departementet har ikke på en systematisk måte undersøkt om dette stemmer. Departementet mener at dersom kommunene opplever at sykehusene har endret utskrivningspraksisen på en måte som oppleves som uheldig eller uforsvarlig, må kommunene gå i lokale, faglige dialoger med sykehusene og eventuelt involvere Fylkesmannen dersom de ikke blir enig med sykehuset om dette.

Blant kommunene er 44 prosent helt eller delvis uenig i at kommunal betalingsplikt har bidratt til at kommunen har styrket sitt tjenestetilbud, mens 34 prosent er helt eller delvis enig i dette.

5.3 Reinnleggelser

Tabell 4 Utskrivninger og reinnleggelser i perioden 2010–2014

	Totalt antall utskrivninger til kommunene	Andel reinnleggelser per innleggelse
2010	22 532	33,9 %
2011	21 695	35,7 %
2012	43 054	41,0 %
2013	57 972	42,9 %
2014	87 387	44,6 %

Kilde: Helsedirektoratet

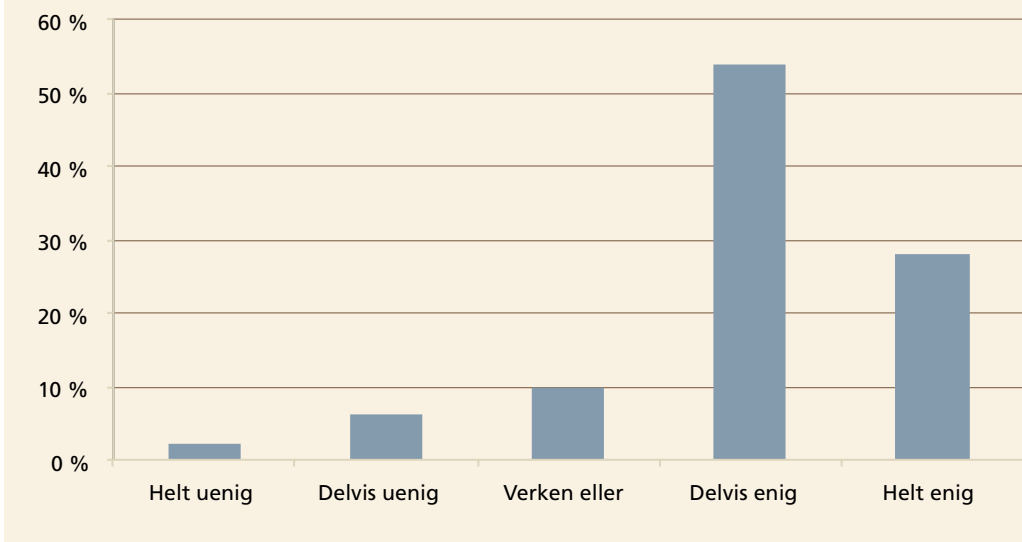
Tabell 4 viser at andelen av de utskrivningsklare pasientene som har blitt reinnlagt på sykehus, har økt etter innføringen av samhandlingsreformen. I 2014 førte 44 prosent av innleggelsene av utskrivningsklare pasienter til reinnleggelse, noe som tilsvarer en økning på nær 9 prosentpoeng fra 2011. Analysen viser imidlertid at andelen

reinnleggelser ikke har sammenheng med liggetid før utskrivning eller antall overliggedøgn. Det er heller ikke noen forskjell mellom store og små kommuner når det gjelder andelen reinnleggelser.

Helsedirektoratet understreker at dataene for utskrivningsklare pasienter er svake fram til innføringen av samhandlingsreformen, og at økningen i antallet reinnleggelser i statistikken ikke behøver å skyldes en reell økning i antallet reinnleggelser.

Både kommuner og helseforetak trekker fram tidligere utskrivning fra sykehus for utskrivningsklare pasienter som en mulig forklaring på hvorfor andelen reinnleggelser øker. Pasienter som tidligere ble syke på nytt før de ble skrevet ut fra sykehuset, rekker nå å bli skrevet ut, og de blir derfor syke mens de får behandling i kommunen, før de deretter må legges inn igjen på sykehuset.

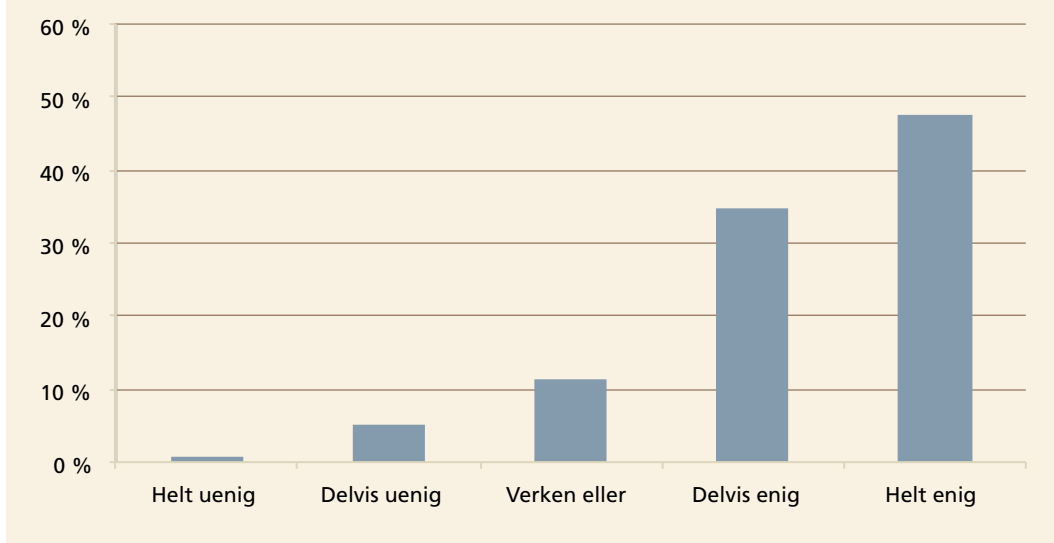
Figur 11 Hvor enig er fastlegene i påstanden "Utskrivningsklare pasienter blir ofte skrevet ut for tidlig til kommunen" ?



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til fastlegene

Figur 11 viser at et overveiende flertall av fastlegene mener at utskrivningsklare pasienter ofte blir skrevet ut for tidlig til kommunen. Når pasienten skrives ut tidligere fra sykehuset, blir det mer utfordrende for kommunen å gi et godt nok tilbud til pasienten, og det hender også at informasjonen fra sykehuset om pasientens behandlingsbehov ikke er god nok til at kommunen kan legge til rette for god behandling og oppfølging.

Figur 12 Andelen fastleger som er enig eller uenig i påstanden "Reinnleggelser er en belastning for mange pasienter"



Kilde: Spørreundersøkelse til fastlegene

Figur 12 viser at over 80 prosent av fastlegene er enig i at reinnleggelser er en belastning for mange pasienter. Flere kommuner trekker i intervju fram at reinnleggelser samme dag eller dagen etter utskrivning er spesielt uheldig. Både kommuner og helseforetak trekker fram at det å etablere midlertidige plasser i kommunene for mottak av utskrivningsklare pasienter vil kunne bedre tilbudet utskrivningsklare pasienter får etter utskrivning, og dermed minske risikoen for reinnleggelse.

65 prosent av helseforetakene og 44 prosent av kommunene mener oppgavefordelingen mellom kommunene og foretakene har blitt mer hensiktsmessig etter innføringen av reformen. En studie fra 2013 viser at samhandlingsreformen har ført til mer oppstykkede pasientforløp for en del pasienter.¹⁶

To eksempler på tiltak som både helseforetak og kommuner opplever at bidrar til gode overganger mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, er sykehuskoordinatorer og forsterkede korttidsplasser for utskrivningsklare pasienter. De største kommunene i ett av fylkene har ansatt sykehuskoordinatorer som tilrettelegger for overgangen fra sykehus til kommune. Koordinatorene møter pasientene i sykehuset og kartlegger hvilke behov den enkelte pasient vil ha etter utskrivning til kommunen. I spørreundersøkelsen svarer 22 prosent av kommunene at de i stor eller svært stor grad har opprettet flere forsterkede korttidsplasser/mottaksplasser for utskrivningsklare pasienter.

16 Grimsmo (2013).

6 Utvikling av kompetansen innenfor og samarbeidet om helse- og omsorgstjenester

Med samhandlingsreformen skal oppgaver fra spesialisthelsetjenesten overføres til kommunene, og et sentralt mål med reformen er at kommunene skal levere tjenester med like god eller bedre kvalitet som spesialisthelsetjenesten. For å sikre god kvalitet på tjenestene, må den faglige kompetansen i kommunene styrkes, og kommunene, spesialisthelsetjenesten og fastlegene må samarbeide bedre om pasientene.

6.1 Årsverk og kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Kommunene har ansvar for å sikre tilstrekkelig fagkompetanse i de ulike delene av kommunehelsetjenesten. Kommunene må dekke behovet for kompetanse blant annet i sykehjem/helsehus, ved omsorgsboligene og i hjemmetjenesten. Kompetansen i kommunen kan styrkes både gjennom å øke antallet årsverk og gjennom å heve kompetansen hos de ansatte.

Tall fra KOSTRA viser at det samlede antallet årsverk i kommunehelsetjenesten har økt fra 126 000 i 2010 til 134 000 i 2014. Det er flest årsverk av helsefagarbeidere (46 200 årsverk), etterfulgt av pleieassistenter (30 300 årsverk). Disse yrkesgruppene har samlet ligget stabilt på rundt 75 000 årsverk i perioden 2010–2014. Det har imidlertid vært en svak økning i andelen pleieassistenter med videreutdanning.

Figur 13 Årsverk i kommunehelsetjenesten blant sykepleiere og vernepleiere, 2010–2014



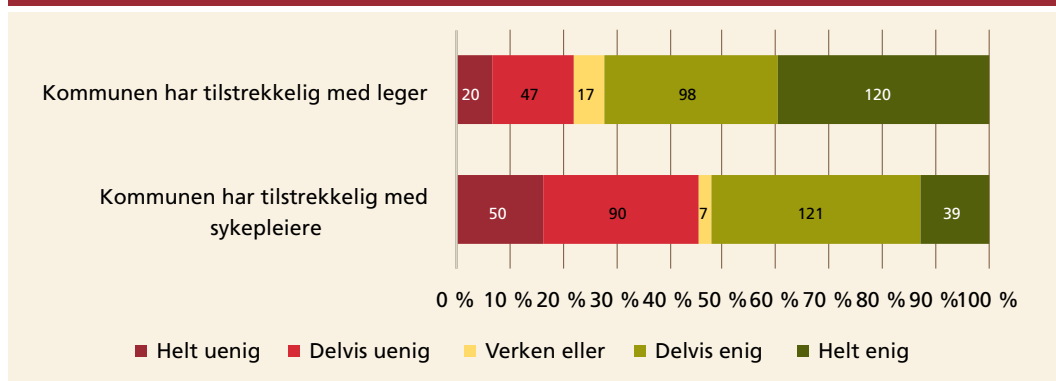
Kilde: SSB

Figur 13 viser at økningen i antallet kommunale helseårsverk i all hovedsak kommer av at antallet sykepleiere og vernepleiere har økt i perioden fra 2010 til 2014. Antallet sykepleierårsverk har økt med 4000 fra 2010 til 2014, det vil si med 16 prosent. Antallet vernepleiere i kommunehelsetjenesten har økt med 1300 årsverk fra 2010 til 2014, det vil si med 22 prosent.

Fra 2011 til 2014 økte antallet legeårsverk med 488 i kommunene, mens det økte med 1273 i spesialisthelsetjenesten. Både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten har antallet legeårsverk økt med omtrent 10 prosent etter innføringen av samhandlingsreformen.

Av de 488 nye legeårsverkene i kommunen var 253 fastlegeårsverk og 108 årsverk ved kommunal institusjon.

Figur 14 Om kommunene opplever at de har tilstrekkelig med leger og sykepleiere? N = 302, 307

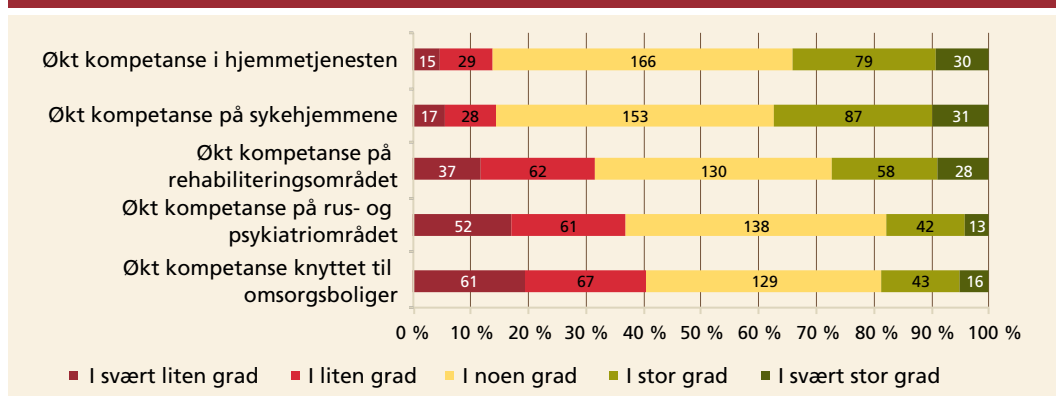


Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til kommunene

Til tross for en økning i antall sykepleierårsverk i kommunene på 16 prosent i perioden 2010–2014, viser figur 14 at nær halvparten av kommunene er helt eller delvis uenig i at de har tilstrekkelig med sykepleiere, mens drøyt 20 prosent av kommunene sier det samme om legedekningen i kommunen. Det betyr at det først og fremst er flere sykepleiere kommunene opplever at de har behov for.

38 prosent av kommunene har helsepersonell som i stor grad har tatt etter- eller videreutdanning, mens dette er tilfellet i noen grad i 51 prosent av kommunene. 10 prosent av kommunene opplyser at helsepersonellet i deres kommune i liten grad eller ikke i det hele tatt har tatt slik utdanning. Majoriteten av kommunene, 83 prosent, oppgir at helsepersonell i kommunen har benyttet seg av kurs og veiledning i kommunal regi.

Figur 15 I hvilken grad har kommunene styrket kompetansen blant de ansatte i ulike deler av kommunehelsetjenesten? N = (306-319)



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til kommunene

Figur 15 viser at flest kommuner har styrket kompetansen til ansatte i hjemmetjenesten og ved sykehjemmene, mens færre kommuner har styrket kompetansen til ansatte innenfor rus- og psykiatriområdet og for ansatte tilknyttet omsorgsboliger.

Spørreundersøkelsen viser at de viktigste hindringene i arbeidet med å heve kompetansen til de ansatte i kommunene er at etter- og videreutdanning er for kostbart for



Mange kommuner har behov for flere sykepleiere.

Foto: Colourbox

kommunen, at det er få søkere på stillinger som krever høyere utdanning, og at kommunen ikke har anledning til å ta helsearbeidere ut av ordinær tjeneste til etter- og videreutdanning. Nesten halvparten av kommunene oppgir at det i noen grad er til hinder at ansatte ikke ønsker etter- og videreutdanning. Mange kommuner mener at manglende interesse for slik utdanning blant de ansatte skyldes økonomiske forhold, som at ansatte ikke lønnes under videreutdanning, og lang reisevei til utdanningsstedet. Videre peker flere kommuner på at det koster mye å leie inn vikarer, og at det er utfordrende å finne vikarer med riktig kompetanse.

Flere kommuner trekker i intervju fram at samhandlingsreformen har gitt kommunene mer utfordrende oppgaver, noe som har gjort det mer attraktivt for helsepersonell å jobbe i kommunen. En undersøkelse blant kommunalt ansatte sykepleiere viser at 71 prosent av sykepleierne oppgir at de bruker mer tid på avanserte prosedyrer etter innføringen av samhandlingsreformen. Videre oppgir 77 prosent at de har fått mer varierte og faglig utfordrende oppgaver.¹⁷ En studie fra 2014 viser at det i flere kommuner har skjedd et løft i det faglige nivået i pleie- og omsorgstjenestene. Arbeidet beskrives som mer interessant og mer utfordrende enn tidligere, og dette gjelder særlig arbeidet med pasienter på korttidsopphold, som i hovedsak er utskrivningsklare pasienter. Samtidig understrekes det i rapporten at det er usikkert om det faglige nivået er styrket *nok* til å håndtere variasjonen i behov blant disse pasientene.¹⁸

Helsedirektoratet viser til at årsverksstatistikken over utdanningsbakgrunn dokumenterer en vekst i antallet årsverk med styrket kompetanse, noe som særlig gjelder sykepleiere og sykepleiere med videreutdanning. Dette temaet rapporteres det om i et eget kapittel i den årlige samhandlingsstatistikk-rapporten. Ifølge Helsedirektoratet er det

17 Haukelien, Vike og Vardheim (2015).

18 IRIS (2014, s. 6 og 67).

imidlertid fortsatt behov for styrket sykepleiekompetanse i mange av landets kommuner, og direktoratet viser til at departementet i juni 2015 etablerte en ny tilskuddsordning til mastergradsutdanning i avansert klinisk sykepleie. Ordningen forvaltes av direktoratet og har som formål å styrke behandlings- og omsorgstilbudet til innbyggere med sammensatte og kompliserte sykdomstilstander. I 2014 utarbeidet direktoratet for første gang et nasjonalt personellbilde som viser personell- og kompetansesituasjonen i helse- og omsorgssektoren.¹⁹

Helse- og omsorgsdepartementet erfarer at det er variasjon i kompetanse mellom kommunene. Små kommuner har generelt større frie inntekter enn store kommuner og har derfor større mulighet til å ansette kvalifisert personell enn store kommuner. Samtidig er det ofte lettere for store kommuner å rekruttere kvalifisert personell. Ifølge departementet er kompetansen i kommunene styrket som følge av samhandlingsreformen, og kompetansen vil bli ytterligere styrket ved innføringen av tiltakene som er beskrevet i stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten. Meldingen beskriver tiltak på kompetanseområdet knyttet til blant annet grunn- og videreutdanning.

6.2 Samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten

For å nå målene for samhandlingsreformen må tjenestenivåene samarbeide godt, slik at brukerne får et helhetlig og tverrfaglig tilbud tilpasset den enkeltes behov. Pasientene og brukerne skal oppleve at tjenestene er samordnet og av god kvalitet, og at det alltid er klart hvem som skal yte de aktuelle tjenestene.²⁰

Blant kommunene er 73 prosent helt eller delvis enig i at samhandlingsreformen har bidratt til at samarbeidet mellom kommunen og sykehuset fungerer bedre. 60 prosent av kommunene er helt eller delvis enig i at innbyggerne alt i alt får helhetlige og koordinerte tjenester fra spesialist- og kommunehelsetjenesten, mens 15 prosent er helt eller delvis uenig i dette.

6.2.1 Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak

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, til mer likeverdighet mellom partene og til utvikling av en samhandlingskultur.²¹ Samarbeidsavtalene skal fremme samhandling ved å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommuner og sykehus og ved å etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder, for eksempel retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse og utskrivning og retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling.

Den nasjonale veilederen for samarbeidsavtalene presiserer at avtalene gjelder for alle fagområdene, det vil si for både somatikk, psykisk helse og rus. Veilederen anbefaler at det utarbeides en generell del og spesifikke deler som ivaretar de temaene loven krever skal inngå. Det er vanlig å referere til tre nivåer av avtaler når avtalestrukturen omtales:

- overordnet avtale
- del-/tjenesteavtale
- særavtale (tilleggsavtaler)²²

19 Helsedirektoratet (2014c).

20 Helse- og omsorgsdepartementet [u.å.] *Samhandlingsreformen – lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. Nasjonal veileder.*

21 Meld. St. 26 (2014–2015) *Framtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.*

22 Deloitte (2014).

Faktaboks 1 Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak

I helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 forpliktes partene til å inngå avtaler som minimum skal inneholde:

1. enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre,
2. retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester,
3. retningslinjer for innleggelse i sykehus,
4. beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp etter § 3-5 tredje ledd,
5. retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon,
6. retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering,
7. samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid,
8. samarbeid om jordmortjenester,
9. samarbeid om IKT-løsninger lokalt,
10. samarbeid om forebygging og
11. omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden.

Forskning viser at standardavtaler og nasjonale veiledere som ble publisert før samarbeidsavtalene, synes å ha virket normerende ved inngåelsen av de individuelle tjenesteavtalene.²³ Det departementsoppnevnte Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen konkluderte i sin rapport med at avtalelighet har blitt prioritert framfor lokale tilpasninger ved inngåelsen av de overordnede samarbeidsavtalene. I en undersøkelse svarte mer enn 70 prosent av kommunene at det i svært liten grad eller bare til en viss grad ble gjort lokale tilpasninger i avtalene.²⁴ Kommuner og helseforetak bekrefter i intervju med Riksrevisjonen at de har brukt samme mal for samarbeidsavtalene.

Selv om avtalelighet har blitt prioritert, viser spørreundersøkelsen Riksrevisjonen har gjennomført, at et klart flertall av kommunene (67 prosent) opplevde at de hadde tilstrekkelig innflytelse på innholdet i avtalene. Flere kommuner som er intervjuet, framhever at en suksessfaktor for en god prosess rundt utviklingen av avtalene har vært at kommunene har etablert forhandlingsutvalg som har forhandlet med helseforetaket på vegne av kommunen. Også flere av helseforetakene trekker fram at dette har bidratt til å skape en bedre prosess.

Mer enn 30 prosent av kommunene i opptaksområdet til både Finnmarkssykehuset, UNN og Helse Bergen mener at samarbeidsavtalene i liten grad har lagt til rette for godt samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Til sammenligning er det ingen kommuner i opptaksområdet til verken St. Olavs Hospital, Helse Stavanger eller Sørlandet Sykehus som mener det samme.

Et flertall av kommunene opplever at samarbeidsavtalene legger til rette for godt samarbeid og god arbeidsdeling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, og at de legger til rette for helhetlige pasientforløp. Noen kommuner trekker imidlertid fram i intervju at en for rigid rolleinndeling mellom helseforetaket og kommunen i samarbeidsavtalene fører til at aktørene vegrer seg for å påta seg ansvar utover det

23 Kirchoff, Grimsmo og Brekk (2015).

24 Ljunggren, Haugset og Solbakk (2014).

som er direkte beskrevet i avtalen. Dette fører ifølge disse kommunene til dårligere samarbeid og mindre helhetlige pasientforløp, siden noen pasienter da vil havne i en situasjon der verken sykehuset eller kommunen opplever at de har et ansvar for behandlingen.

Rundt halvparten av kommunene opplyser at de opplever det som utfordrende å etterleve kravene som stilles i avtalene. En like stor andel mener at helsepersonell i egen kommune ikke har tilstrekkelig kjennskap til innholdet i avtalene, mens 61 prosent av kommunene opplever at ansatte i spesialisthelsetjenesten ikke har tilstrekkelig kjennskap til avtalene.

Noen kommuner og helseforetak har oppgitt i intervju at både antallet avtaler og de detaljerte kravene i disse er for omfattende. Det fører til at avtalene blir vanskeligere å følge opp både fra kommunens og fra helseforetakets side. En undersøkelse fra 2014 peker på at antallet avtaler og detaljeringsgrad utfordrer implementeringen og etterlevelsen av avtalene og fører til høy ressursbruk både hos kommuner og helseforetak.²⁵

Bare hver tredje kommune oppgir i spørreundersøkelsen at de har revidert alle avtalene, mens én av fem kommuner oppgir at de ikke har revidert noen av avtalene i perioden mellom 2012 og mai 2015. Mange og detaljerte avtaler har ført til at både kommuner og helseforetak opplever det som krevende å revidere avtalene. I intervju blir det blant annet trukket fram at en del kommuner har som krav at avtalene skal vedtas i kommunestyret ved revisjon, noe som gjør prosessen med å revidere avtalene omfattende.

Helsedirektoratet har ikke nasjonale data om hvordan samarbeidsavtalene fungerer i praksis, men har fått enkelte muntlige tilbakemeldinger som antyder at avtalene ennå ikke er godt nok implementert i kommunene og helseforetakene. Basert på referater fra nasjonal tvisteløsningsnemnd for helse- og omsorgssektoren, behandlet nemnda rundt ti saker i 2013. Nemnda har behandlet langt færre saker både i 2014 og så langt i 2015 sammenlignet med 2013.²⁶

Helse- og omsorgsdepartementet mener at samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene er bedre nå enn før samhandlingsreformen ble innført, og at samarbeidsavtalene har bidratt her. Departementet viser til at samarbeidsavtalene av flere framholdes som det viktigste gjenværende virkemiddelet i reformen. De regionale helseforetakene og Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen skal følge med på hvordan samarbeidsavtalene fungerer, og gi tilbakemeldinger til departementet. Departementet har ikke fått tilbakemelding om at det er enkeltområder hvor avtalene ikke fungerer godt.

6.2.2 Informasjonsutveksling rundt innleggelse og utskrivning av pasienter

Primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har behov for å utveksle informasjon i forbindelse med innleggelse av pasienter i sykehus og utskrivning av pasienter til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Meldingsutveksling er en viktig elektronisk kommunikasjonsform mellom aktørene i helse- og omsorgssektoren. Tilnærmet alle aktørene i helse- og omsorgstjenesten er nå koblet til helsenettet. Standardiserte elektroniske meldinger som skal brukes i kommunikasjonen mellom omsorgstjenesten, fastleger og helseforetak (HF), ble ferdig utviklet i 2011 og er ifølge Helsedirektoratets *Samhandlingsstatistikk 2013–2014* i hovedsak tatt i bruk. Det er for eksempel utviklet standardiserte elektroniske meldinger som dekker ulike

²⁵ Deloitte (2014).

²⁶ Helsedirektoratet (2015) *Tvisteløsningsnemnda*. <<https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen/tvistelosningsnemnda>> [Hentdato: 23. oktober 2015]

informasjonsbehov i forbindelse med innleggelse av pasienter i sykehus og utskriving av pasienter til kommunehelsetjenesten. Ifølge Norsk Helsenett (2014) kunne 99 prosent av kommunene utveksle meldinger elektronisk innen utgangen av 2014 (422 av 428 kommuner). Dette er en økning på 85 prosent siden 2012.²⁷

Nesten alle helseforetakene oppgir i spørreundersøkelsen at samhandlingsreformen har medført økt behov for å utveksle informasjon mellom helseforetaket og kommunen. Blant annet har behovet for å utveksle informasjon økt for utskrivningsklare pasienter, som har blitt flere og typisk sykere i perioden. Helseforetakene gir i spørreundersøkelsen uttrykk for at informasjonsutvekslingen med kommunene om denne gruppen er effektiv, og at de enkelt kan sende nødvendig pasientinformasjon til kommunene. Blant kommunene er det 74 prosent som opplever at informasjonsutvekslingen med helseforetaket fungerer godt for utskrivningsklare pasienter. Flere av kommunene og helseforetakene som har blitt intervjuet, mener imidlertid at det er et forbedringspotensial i de elektroniske systemene, blant annet når det gjelder informasjonsutveksling på tvers av forvaltningsnivåene.



Behov for informasjonsutveksling har økt med samhandlingsreformen.

Foto: Colourbox

Både Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet mener at elektronisk meldingsutveksling er en forutsetning for godt samarbeid mellom sykehus og primærhelsetjenesten. Helsedirektoratet understreker at det gjenstår en del utfordringer knyttet til elektronisk informasjonsutveksling, og viser til behovet for systemer som "snakker sammen", og muligheten for å sende informasjon direkte til mottakers system. Direktoratet viser ellers til Dokument 3:6 (2013–2014) *Riksrevisjonens undersøkelse om elektronisk meldingsutveksling i helse- og omsorgssektoren*, som beskriver mange av utfordringene på dette feltet. Direktoratet viser videre til at Norsk Helsenett har utarbeidet et verktøy, meldingstilleren, for å måle den elektroniske samhandlingen i sektoren basert på standardiserte meldinger sendt over helsenettet. Her vil antallet meldinger som er sendt, framkomme. Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at departementet i

27 Norsk Helsenett (2014).

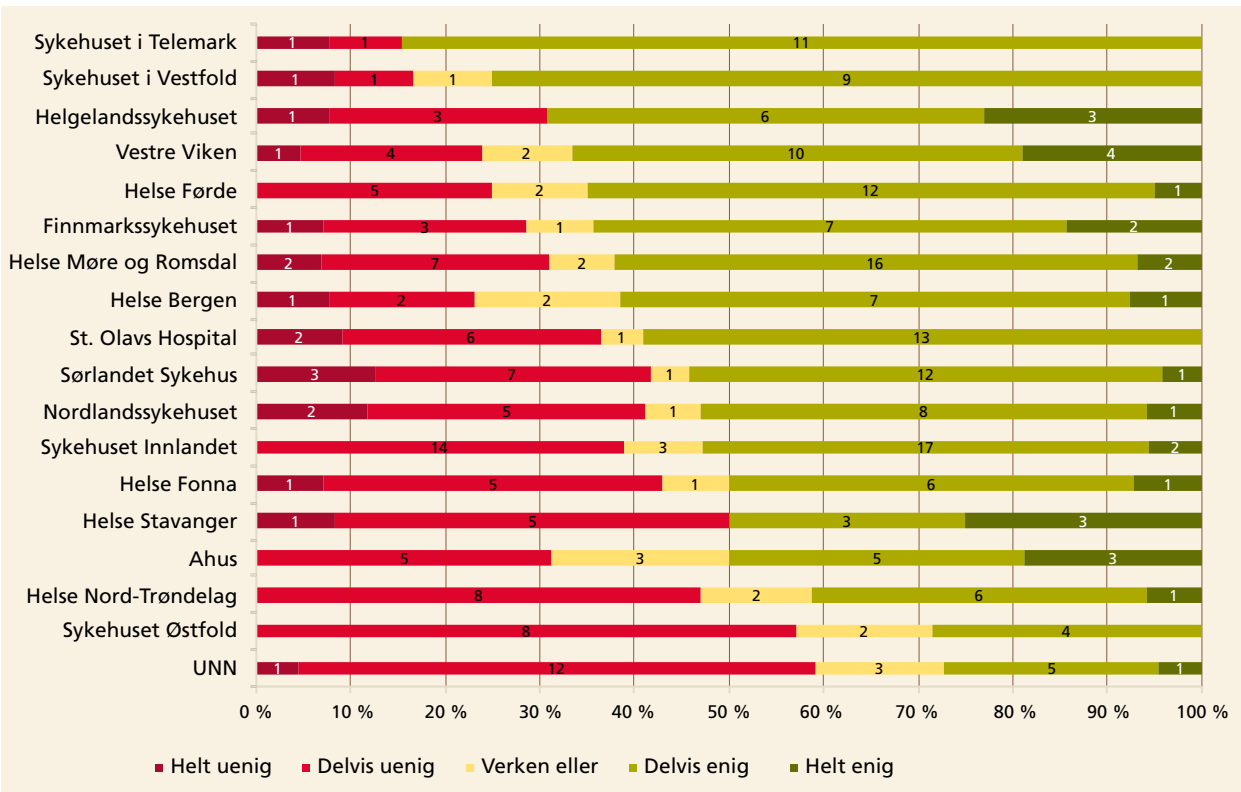
særlig grad har oppmerksomheten rettet mot ikt, og viser til opprettelsen av et eget direktorat for e-helse for å styrke ikt-arbeidet ytterligere.

Kvaliteten på informasjonsutvekslingen

I spørreundersøkelsene til helseforetakene, kommunene og fastlegene ble de spurt om kvaliteten på meldingene. Flere sykehus opplyser i intervju at for å kunne gi pasientene best mulig behandling når de blir lagt inn på sykehus, har sykehuset behov for informasjon om pasientenes funksjonsnivå og medikamentliste. I spørreundersøkelsen er 65 prosent av helseforetakene helt eller delvis enig i at informasjonen om pasientens funksjonsnivå ofte er mangelfull, mens 71 prosent er helt eller delvis enig i at medikamentlisten ofte er ufullstendig. Alle helseforetakene som er intervjuet, mener at de får for dårlig informasjon fra primærhelsetjenesten om hvilke legemidler pasientene bruker. For eksempel mener ett helseforetak at det er feil i omtrent 80 prosent av de medisinalistene de mottar, og at det ofte er flere medisinalister i omløp for én pasient. Å få klarhet i hvilke medisiner pasienten bruker, medfører ekstra arbeid for sykehuset. Flere helseforetak håper at innføringen av elektronisk pasientjournal vil gjøre kvalitetssikring av medisinalistene enklere.

Ved utskrivning fra sykehus skal epikrise (sammenfatning av journalopplysninger) eller tilsvarende informasjon sendes til helsepersonell i primærhelsetjenesten så raskt som mulig for at disse skal kunne vite hvilket behandlingsbehov pasienten har, og på den måten kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging. Et flertall av kommunene opplever at informasjonen de mottar fra sykehuset, er god nok til at de kan vite hvilket behandlingsbehov pasienten har. Drøyt en tredel av kommunene opplever imidlertid at denne informasjonen ikke er god nok.

Figur 16 Om kommunene mener at informasjonen fra helseforetaket er god nok til at de kan vite hvilket behandlingsbehov pasienten har, etter hvilket helseforetak kommunen er tilknyttet. N = 330



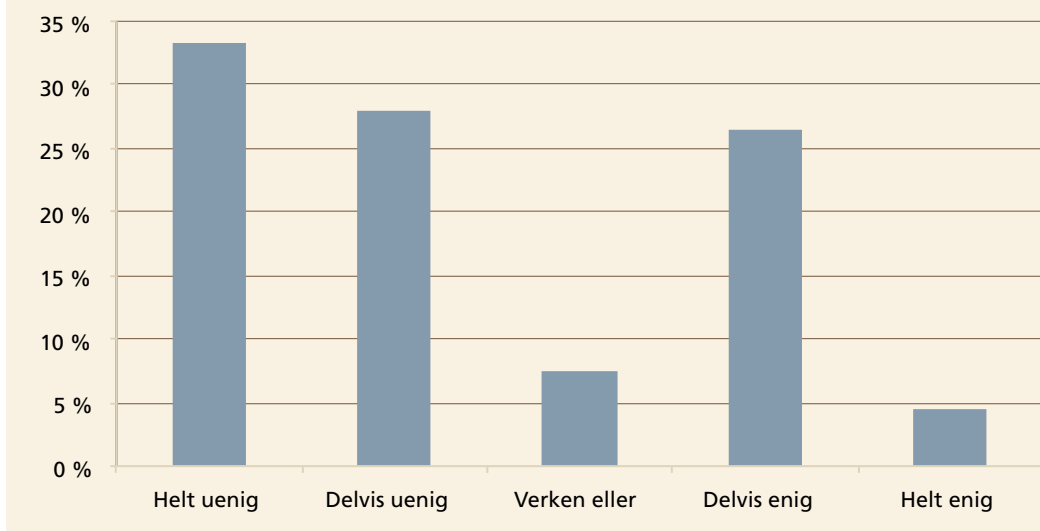
Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til kommunene

Figur 16 viser at det varierer hvor fornøyde kommunene er med informasjonen de mottar, etter hvilket helseforetak de tilhører. I foretaksområdet til UNN er det nesten 60 prosent som er helt eller delvis uenig i at informasjonen fra helseforetaket er god nok til at kommunen kan vite hvilket behandlingsbehov pasienten har, mens tilsvarende tall fra foretaksområdet til Sykehuset i Telemark er 15 prosent.

Videre opplever 40 prosent av kommunene at de ikke får tilstrekkelig informasjon om pasientens samlede funksjonsnivå, mens 56 prosent mener at de ikke får tilstrekkelig informasjon om forventet framtidig utvikling ved utskrivning.

I tillegg til kommunehelsetjenesten har også fastlegene behov for å få informasjon fra sykehuset om sine pasienter etter innleggelse for å kunne gi dem best mulig oppfølging.

Figur 17 Andelen av fastlegene som er enig eller uenig i påstanden "Fastlegen(e) i kommunen får nødvendig informasjon fra sykehuset om utskrivningsklare pasienter"



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til fastlegene

Figur 17 viser at drøyt 60 prosent av fastlegene ikke opplever at de får nødvendig informasjon fra sykehuset om utskrivningsklare pasienter. Kun ca. 5 prosent er helt enig i at de får nødvendig informasjon.

Helsetilsynet gjennomfører i 2015 et landsomfattende tilsyn med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. Per september 2015 var det publisert 39 tilsynsrapporter basert på tilsyn i regi av Fylkesmannen. 27 av tilsynene var gjennomført i kommuner, mens 12 var gjennomført i helseforetak/sykehus.²⁸ Ved to tredeler av tilsynene i kommunene og halvparten av tilsynene i helseforetakene ble det rapportert om ett eller flere avvik. Informasjonsutveksling og kommunikasjon rundt utskrivningsklare pasienter, informasjon om pasienters bruk av legemidler og kontroll med om utskrivningsklare pasienter får forsvarlig helsehjelp, er noen av avvikene som nevnes. Helsetilsynets rapport fra det nasjonale tilsynet er ventet i 2016.

For kommunene er det også viktig at pasientopplysningene kommer tidsnok til at kommunehelsetjenesten blir i stand til å legge til rette for gode tjenester for pasienten. 44 prosent av kommunene mener imidlertid at informasjonen fra sykehuset ikke

28 <<https://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsrapporter/?landsomfattende=2015> Samhandling ved utskrivning av pasienter>

kommer tidsnok til at de greier å gjøre det. Nesten like mange kommuner opplever at informasjonen stort sett kommer i tide. Når epikrisen kommer sent, må kommunehelsetjenesten starte planleggingen av behandlingen av pasienten uten at de har mottatt viktig informasjon fra sykehuset. Flere kommuner understreker at når slik viktig informasjon om pasienten mangler eller kommer sent, er det utfordrende for kommunen å legge til rette for riktig behandling på en god måte, og i verste fall får pasienten feil behandling. En konsekvens av mangelfull eller sen informasjon er at ansatte i kommunehelsetjenesten må bruke mye tid på å etterspørre informasjon i spesialisthelsetjenesten – tid som kunne vært brukt til behandling og oppfølging av pasienten. Heller ikke fastlegene opplever at informasjonen fra sykehuset om utskrivningsklare pasienter kommer raskt nok. Mens 54 prosent av fastlegene mener at informasjonen ikke kommer raskt nok, mener ca. en tredel at informasjonen kommer når den skal.

For helseforetakene er det blant annet viktig å få rask tilbakemelding om når kommunene kan ta imot utskrivningsklare pasienter. Spørreundersøkelsen til kommunene viser at det varierer hvor raskt kommunene svarer, avhengig av når på døgnet varselet kommer. Dersom varselet kommer onsdag klokken 16.30, kan én av fire kommuner svare sykehuset innen to timer. 40 prosent av kommunene svarer imidlertid at det da tar mellom 12 timer og 1 døgn å gi sykehuset beskjed om hvorvidt de kan ta imot en utskrivningsklar pasient. Når varselet fra sykehuset kommer fredag klokken 20, svarer knapt én av fem kommuner innen to timer, mens nesten én av tre kommuner typisk gir beskjed når det har gått mellom to og tre døgn. Dersom varselet derimot kommer klokken 10 på en hverdag, kan tre av fire kommuner svare sykehuset innen to timer.

En undersøkelse fra 2014 viser til at det ofte er dårlig kvalitet på den informasjonen som følger med pasienten ut av sykehuset, og at mangelfull overføring av vesentlig pasientinformasjon nå er potensielt mer alvorlig enn før på grunn av at pasientene nå ofte skrives ut fra sykehus tidligere i sykdomsforløpet. Rapporten gir ikke et entydig svar på om samhandlingen mellom kommuner og sykehus har blitt bedre, men viser tvert imot til at økt tempo i utskrivningen og sykehusenes rett til å avgjøre når en pasient er utskrivningsklar, fører til dårligere samhandling.²⁹

Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen konkluderer i *Statusrapport for samhandlingsreformen per november 2014* (2014) med at det har skjedd en revolusjon når det gjelder mulighetene for elektronisk kommunikasjon mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, og viser til eksempler som meldingsløftet, e-resept og forsøk med kjernejournal. Nettverket understreker at nye elektroniske løsninger har bidratt til at det nå er en bedre dialog mellom aktørene enn det var tidligere, men at potensialet for forbedring fortsatt er stort.

Utskrivning mellom behandlinger

70 prosent av kommunene mener at pasienter som har annen behandling i spesialisthelsetjenesten kort tid etter utskrivningstidspunktet, ofte blir skrevet ut til kommunen mellom behandlingene. Flere kommuner har erfart at dette fører til at en del pasienter ender opp med å bli henvist mange ganger mellom kommunen og sykehuset. Kommunene mener dette er uheldig med tanke på å få til et helhetlig pasientforløp for denne gruppen.

6.2.3 Samarbeid om gjensidig kunnskapsoverføring

Samarbeidsavtalene skal inneholde retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og kommunikasjon mellom kommune og helseforetak.

29 IRIS (2014).

Faktaboks 2 Eksempler på samarbeidstiltak som kan fremme gjensidig kunnskapsoverføring

Veiledning: Veiledningsplikten er lovpålagt og omfattes av spesialisthelsetjenesteloven § 6-3. Hovedpunkter for veiledningsplikten gjelder råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold. Plikten er begrenset til påkrevet veiledning m.m. Plikten omfatter fortrinnsvis veiledning knyttet til oppfølging av enkeltpasienter, men kan også omfatte generell veiledning.

Ambulerende team er helsepersonell som forflytter seg ut fra arbeidsplassen som de til daglig er tilknyttet. Ambulerende sykepleieteam reiser for eksempel ut til sykehjem og hjem til pasienten sammen med hjemmesykepleien for å bistå i sykepleiefaglige prosedyrer. Målet er å øke samarbeidet og kompetanseoverføringen mellom helseforetaket og kommunene/bydelene i opptaksområdet. Eksempler på prosedyrer sykehuset kan gi kommunen undervisning/opplæring i: CVK, VAP, PICC-Line, PEG, tracheostomi, suprapubisk kateter.

Hospitering: Hospitering defineres som et tidsavgrenset opphold på en annen arbeidsplass og der hovedhensikten er at den som hospiterer, skal oppdatere sin fagkompetanse eller lære seg noe nytt om arbeidsmåter, teknologi o.l. Hospitering er ikke lovpålagt.

Praksiskonsulentordning (PKO): PKO består av at allmennleger arbeider i deltidsstillinger på sykehus / i helseforetak, og gjennom sin kjennskap til både første- og andrelinjetjenesten prøver å identifisere områder der samarbeidet ikke fungerer optimalt mellom de to delene av helsevesenet. PKO er ikke lovpålagt.

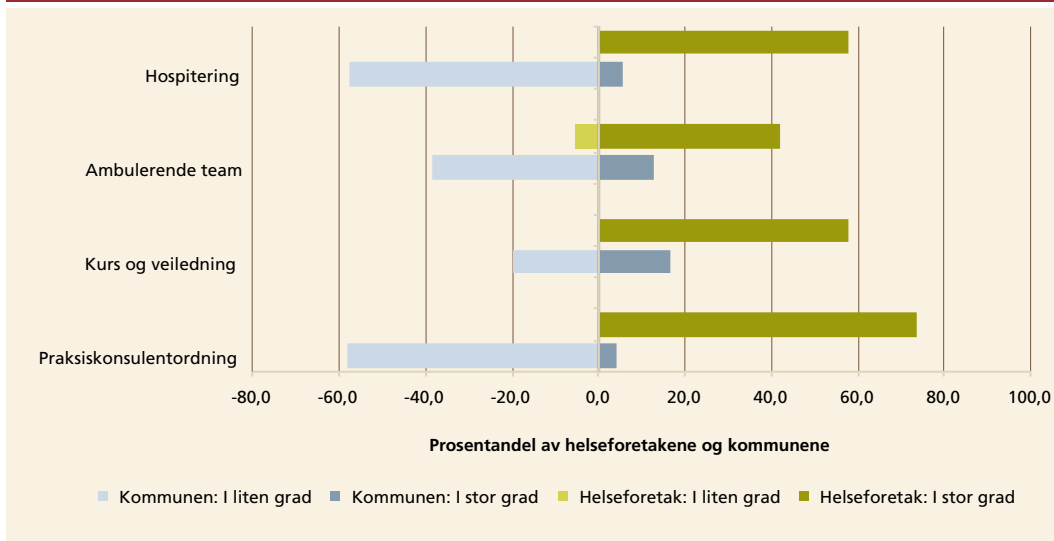
Møtearenaer (f.eks. faglige nettverk): Mellom kommuner og helseforetak eksisterer det både formelle og uformelle møtearenaer der fag og administrasjon møtes regelmessig/uregelmessig. De formelle møtearenaene er ofte beskrevet i avtalene. Disse ordningene er ikke lovpålagt og initieres, styres og evalueres av partene i fellesskap.

Webportaler, telemedisinske løsninger og e-læringsløsninger: I forbindelse med undervisning, medisinske konsultasjoner, veiledning o.l. bruker kommuner/helseforetak ofte ulike teknologiske løsninger for å fremme gjensidig kunnskapsoverføring. Disse ordningene er ikke lovpålagt.

Kilde: Kirchhoff, Grimsmo og Brekk (2015), Ahus (2014).

Helseforetakene ble i spørreundersøkelsen spurt om i hvilken grad de har *tilbudt* kommunene ulike kompetansehevings- eller samarbeidstiltak. Videre ble kommunene spurt om i hvilken grad de har benyttet seg av slike tiltak.

Figur 18 I hvilken grad har helseforetakene tilbudt og kommunene benyttet seg av kompetansehevingstiltak i regi av spesialisthelsetjenesten?



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelser til helseforetakene og kommunene

Figur 18 viser at et flertall av helseforetakene har tilbudt kommunene kompetansehevingstiltak i spesialisthelsetjenestens regi, for eksempel hospitering på sykehus, ambulerende team fra spesialisthelsetjenesten, samt kurs og veiledning i regi av spesialisthelsetjenesten. Figuren viser at en betydelig andel av kommunene i liten grad har benyttet seg av tilbudene. Kommunene benytter seg minst av praksiskonsulentordningen og hospitering på sykehus. Også tilbudet om kurs/veiledning og ambulerende team ser ut til å være lite brukt blant kommunene. Tilbudet ser ut til å være større enn etterspørselen. Forskjellen mellom hva helseforetakene har tilbudt, og kommunene har benyttet seg av, er størst når det gjelder praksiskonsulentordning. Nesten 75 prosent av helseforetakene har i stor grad tilbudt en slik ordning. Derimot er det nesten 60 prosent av kommunene som i liten grad eller ikke i det hele tatt har benyttet seg av ordningen. Kommunene har i liten grad benyttet seg av kompetansehevingstiltak, og en undersøkelse viser at 32 prosent av sykepleierne føler seg utrygge på noen av oppgavene de skal utføre.³⁰

Faktaboks 3 Erfaringer med ambulerende team

Et helseforetak (Ahus) som har gode erfaringer med ambulerende team, viser i intervju til at det har lagt ned slike team som følge av at kommunene har opparbeidet seg tilstrekkelig kompetanse på et område. Helseforetaket ser at ambulerende team har påvirket antallet innleggelses knyttet til visse pasientgrupper, og peker på at bruken av ambulerende team har positiv effekt både på samarbeidet mellom sykehus og kommune og på kommunens evne til å ivareta nye oppgaver de får i forbindelse med samhandlingsreformen.

Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten har en lovpålagt plikt til å veilede ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet har utarbeidet et rundskriv som gir både en nærmere avklaring av innholdet i veiledningsplikten og eksempler på hvordan veiledningsplikten kan oppfylles (I-3/2013). En undersøkelse fra 2014³¹ antyder at rundskrivet ikke er godt nok kjent i kommunene, og at forholdet mellom rundskrivet og innholdet i avtalene ikke er tilstrekkelig revidert.

³⁰ Haukelien, Vike og Vardheim (2015).

³¹ Deloitte (2014).

6.2.4 Fastlegenes samarbeid med kommunene og sykehusene

I spørreundersøkelsen til fastlegene svarte 70 prosent at de i liten grad eller ikke i det hele tatt var involvert i arbeidet med samarbeidsavtalene. Spørreundersøkelsen til kommunene viser at 40 prosent av kommunene opplever at fastlegene i liten grad har vært involvert i arbeidet med samarbeidsavtalene mellom kommunene og helseforetakene. En tredel av kommunene opplever at fastlegene i stor eller svært stor grad følger opp samarbeidsavtalene, mens drøyt 45 prosent oppgir at dette skjer i noen grad. I spørreundersøkelsen til kommunene svarer 45 prosent at fastlegene var involvert i stor eller svært stor grad i planleggingen av øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD).

Kommunene skal ifølge fastlegeforskriften legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og kommunen og fastlegene og spesialisthelsetjenesten. 60 prosent av fastlegene mener at samarbeidet mellom fastlegene og kommunen i stor eller svært stor grad fungerer godt etter innføring av reformen. Til sammenligning er tilsvarende tall for samarbeidet mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten 25 prosent.

I spørreundersøkelsen ble kommuner som opplever at de har løst oppgavene knyttet til det å overholde fastlegeforskriften på en vellykket måte, bedt om å komme med eksempler og beskrive framgangsmåten. 108 kommuner valgte å komme med slike eksempler. Regelmessige møter i samarbeidsutvalget og allmennlegeutvalget er det flest kommuner nevner. Videre har 31 kommuner oppgitt andre regelmessige møter mellom fastleger og helse- og omsorgstjenestene. Eksempler som nevnes, er nettverksmøter, ukentlige visitt dager og fastlegeforum. Hyppigheten på disse møtene varierer fra to ganger i året til ukentlig. Flere kommuner opplyser at fastlegene møter til lengre møter (hel/halv dag) en gang i halvåret. Videre nevner noen kommuner faste møter mellom leger og psykiatritjenester. Svarene fra kommunene viser stor variasjon i møtefrekvens, fra ukentlig til én gang i året. I tillegg opplyser ti kommuner om rutiner og kvalitetssystemer de har innført, som bidrar til bedre samarbeid. Elleve kommuner melder om godt samarbeid der legene er kommunalt ansatt i hel- eller deltidsstilling.

6.2.5 Kommunenes bruk av koordinator og individuell plan

Koordinator og individuell plan er etablerte, lovfestede virkemidler som skal bidra til helhetlige pasientforløp på tvers av forvaltningsnivåer og andre organisatoriske skiller. For å sikre kontinuitet for den enkelte pasient skal hver pasient få oppnevnt en koordinator, det vil si en person som kjenner pasientens situasjon, og som på en samlet måte kan koordinere tjenestene det er behov for. En koordinator kan for eksempel være sykepleier, sosionom, fysioterapeut, ergoterapeut eller annet. Koordinatoren vil kunne veilede pasienten om behandling og øvrig oppfølging som tjenestene legger opp til, slik at pasienten får bedre kunnskap om helheten i helse- og omsorgstjenestens oppfølging (St.meld. nr. 47 (2008–2009)).

I spørreundersøkelsen til kommunene svarer 60 prosent at brukere/pasienter som har behov for individuell plan, i stor eller svært stor grad får det. 36 prosent opplyser at de i noen grad får det. Videre sier 25 prosent av kommunene at individuell plan i stor eller svært stor grad bidrar til at brukere/pasienter får en helhetlig og koordinert oppfølging i overgangen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Hele 55 prosent mener at individuell plan bare i noen grad bidrar til at pasienter får en helhetlig og koordinert oppfølging i denne overgangen. På spørsmålet om hvorvidt individuell plan er viktig for at brukere/pasienter skal få en helhetlig og koordinert oppfølging mellom aktører internt i kommunen, mener 51 prosent av kommunene at den i stor eller svært stor grad er det. 41 prosent svarer i noen grad på dette spørsmålet. I tillegg ble det i spørreundersøkelsen spurt om i hvilken grad kommunene

opplever at helseforetaket varsler raskt når en pasient har behov for individuell plan som omfatter tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen. Kun 18 prosent opplever at foretakene gjør det i stor eller svært stor grad. 40 prosent mener at de i noen grad varsler raskt, mens 33 prosent opplever at dette skjer i liten eller svært liten grad.

Kommuner og foretak som har blitt intervjuet, er positive til intensjonene som ligger bak individuell plan og koordinator, men flere kommuner opplyser at individuell plan i liten grad fører til bedre samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Som forklaring på at individuell plan ikke bidrar til samhandling mellom sykehus og kommune, peker flere foretak på at denne planen ikke er tilpasset den måten arbeidet i sykehusene er organisert på. En konsernrevisjon i et regionalt helseforetak viste at svært få ansatte ved sykehusene kjente til brukernes rett til å få utarbeidet individuell plan.

I spørreundersøkelsen ble foretakene bedt om å vurdere i hvilken grad individuell plan bidrar til at brukere/pasienter får en helhetlig og koordinert oppfølging i overgangen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. 12 av de 14 foretakene som besvarte spørsmålet, mente at en slik plan bidrar i liten grad eller bare i noen grad. 4 av helseforetakene mente at individuell plan bidrar til at brukere/pasienter får en helhetlig og koordinert oppfølging mellom aktører internt i helseforetaket. Videre mente 9 av foretakene at de bare i noen grad varsler kommunen raskt når de oppdager at en pasient som skal motta tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og fra kommunen, har behov for en slik plan.

71 prosent av kommunene mener at brukerne som har behov for koordinator, får det. Likevel mener ca. halvparten av kommunene at det er behov for flere koordinatører i kommunen. I tillegg sier 63 prosent av kommunene at koordinator bidrar til at brukere/pasienter får en helhetlig oppfølging fra kommunehelsetjenesten. Litt færre kommuner (54 prosent) svarer at koordinator bidrar til å sikre et helhetlig pasientforløp innad i kommunen. Imidlertid opplever kun 34 prosent av kommunene at koordinator bidrar til å sikre helhetlige pasientforløp mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Blant foretakene viser svarene at omtrent to tredeler mener at koordinatører ikke har en viktig funksjon når det gjelder å sikre helhetlige pasientforløp mellom nivåene og innad i spesialisthelsetjenesten.

Flere kommuner og helseforetak opplever at forventningen til hva individuell plan og koordinator kan bidra til, er betydelig overdrevet, noe som kan føre til at både brukere og pårørende tror de skal få mer omfattende og bedre tjenester enn det de reelt sett kan forvente. Selv en av kommunene som har lagt til rette for bruk av individuell plan med rutiner og prosedyrer som understøtter bruk av planen, erfarer at planen ikke fungerer spesielt godt som virkemiddel for å bedre samordningen mellom aktørene.

Meld. St. 26 (2014–2015) *Framtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* (primærhelsetjenestemeldingen) beskriver individuell plan og koordinator som viktige virkemidler framover for å bedre samhandlingen mellom tjenester for brukerne på de ulike nivåene og på tvers av nivåene. Departementet ønsker en "strukturert tilnærming til grupper av brukere, basert på funksjon og behov, uavhengig av diagnose" hvor individuell plan og koordinator innehar sentrale roller. Departementet foreslår blant annet at en koordinator bør være leder av et team som skal samordne tjenestene for brukerne i henhold til den individuelle planen. Meldingen konkluderer med at "[k]valiteten på koordineringen kan i for stor grad bli personavhengig". Meldingen viser også at "[m]ange kommuner (og sykehus) strever med å innfri den lovpålagte retten til individuell plan (IP)". Brukere som kom med innspill til meldingen, formidlet at

individuell plan og koordinator "fungerer ikke som de skal". Konsekvensen er at tjenestene ikke er koordinerte nok for brukerne, noe som gjør det vanskeligere å få til helhetlige pasientforløp.

Faktaboks 4 Eksempler på tiltak som både helseforetak og kommuner mener har bidratt til mer helhetlige og koordinerte tjenester for utskrivningsklare pasientene

En kommune har ansatt egne sykehuskoordinatorene som skal tilrettelegge overgangen fra sykehus til kommune. Disse koordinatorene møter pasientene i sykehuset og kartlegger hvilke behov de vil ha etter at de har blitt skrevet ut til kommunen. Koordinatorene har fullmakt til å bestemme hvilket tilbud pasientene skal motta i kommunen, noe som letter overgangen når kommunen skal ta imot utskrivningsklare pasienter.

En annen kommune har opprettet en egen vurderingsenhet ved sykehjemmet, der to senger er satt av utelukkende for å være en mottaksenhet for utskrivningsklare pasienter. Alle utskrivningsklare pasienter legges inn i denne enheten til observasjon i maksimalt to døgn, slik at pasientenes behov kan kartlegges. Kommunen får på den måten tid til å vurdere hvilket tilbud og hva slags oppfølging pasienten trenger videre. Ordningen gjør at kommunen ikke må fatte et vedtak om plass i kommunal helse-tjeneste før pasientene skrives ut fra sykehus. Kommunen mener at enheten har bidratt til at sykehuset i større grad nå er trygg på at pasientene møter et tilbud med tilstrekkelig kapasitet og kompetanse etter at de har blitt skrevet ut til kommunen, og at de får et trygt og forutsigbart tilbud. Kommunens erfaring er at vurderingsenheten har vært avgjørende i arbeidet med å redusere antallet overliggedøgn for utskrivningsklare pasienter.

6.3 Psykisk helsevern og rusbehandling

Kommunene og spesialisthelsetjenesten har ansvar for å tilby tjenester til personer med psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer. Helse- og omsorgstjenesteloven presiserer kommunenes ansvar for alle pasient- og brukergrupper.

I Dokument 3:2 (2011–2012) *Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper 2010*, under *Sak 4: Satsingen på psykisk helsevern*, viste Riksrevisjonen til at det var en klar forutsetning at innsatsen innenfor psykisk helsevern skulle opprettholdes også etter at opptrappingsplanen for psykisk helse ble fullført ved utgangen av 2008. Videre ble det uttalt: "Etter Riksrevisjonens vurdering er det avgjørende at Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene fortsatt følger utviklingen på området tett, for å forsikre seg om at psykisk helsevern ikke nedprioriteres i årene som kommer."

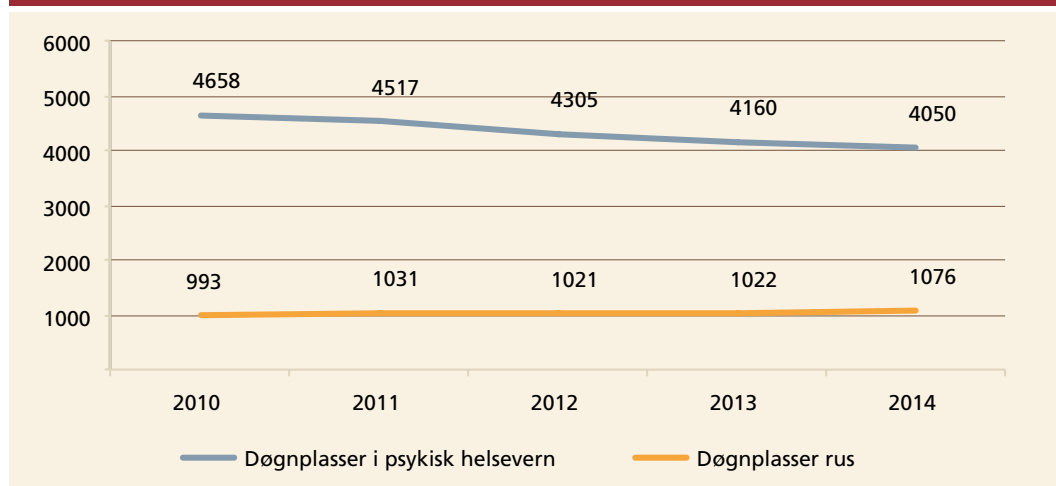
Faktaboks 5 Psykisk helsearbeid og rusarbeid

"Lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid innbefatter kommunenes, de distriktpsikiatriske sentrenes (DPS) og den tverrfaglige spesialiserte rusbehandlingens (TSB) innsats på feltet. Det kommunale arbeidet omfatter forebygging, kartlegging og utredning, behandling, rehabilitering, oppfølging og skadereduksjon. Psykisk helsearbeid og rusarbeid utføres i helse- og omsorgstjenesten og i andre sektorer og tjenester i kommunen. Det lokalbaserte psykiske helsearbeidet for voksne i spesialisthelsetjenesten utføres først og fremst ved, og ut fra, de distriktpsikiatriske sentrene (DPS). Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) tilbys i ruspoliklinikker og ulike døgnenheter."

Kilde: Helsedirektoratets (2014) Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten.

Flertallet av helseforetakene mener at kommunenes ansvar for rus- og psykiatri-pasienter ikke ble endret etter innføringen av samhandlingsreformen. En firedel av helseforetakene mener at kommunene har fått et større ansvar for behandlingen av slike pasienter.

Figur 19 Utviklingen i antall døgnplasser i spesialisthelsetjenesten for psykisk helsevern og rusbehandling

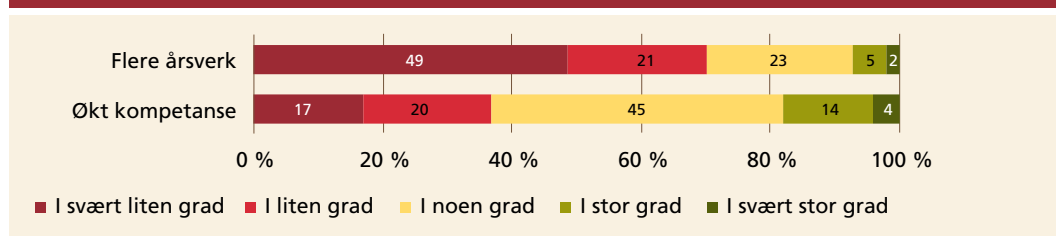


Kilde: Statres (SSB)

Figur 19 viser at antallet døgnplasser for psykisk helsevern falt med 608 plasser fra 2010 til 2014. I den samme perioden økte antallet døgnplasser på rusområdet med 83. Antallet årsverk som spesialisthelsetjenesten bruker til arbeid med psykisk helse økte med 1900 årsverk fra 2010 til 2014, noe som utgjør en økning på 11 prosent. Totalt utgjorde årsverk til psykisk helsevern og rusbehandling 17,5 prosent av alle årsverk i spesialisthelsetjenesten i 2014.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at antallet døgnplasser innen rusbehandling og psykiatri er redusert i spesialisthelsetjenesten, og at det foregår en omstrukturering av tjenester fra sykehus til distriktpsikiatriske sentre (DPS). I sum betyr omstruktureringen at en del pasienter mottar noen tjenester fra spesialisthelsetjenesten samtidig som de mottar kommunale tjenester der de bor.

Figur 20 I hvilken grad har kommunene økt antallet årsverk og kompetansen på rus- og psykiatriområdet etter innføringen av samhandlingsreformen?



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til kommunene

Figur 20 viser at nær 70 prosent av kommunene opplyser at de i liten eller svært liten grad har økt antallet årsverk på rus- og psykiatriområdet. Til sammenligning er det kun 7 prosent av kommunene som har gjort dette i stor eller svært stor grad. Videre viser figuren at 35 prosent av kommunene i liten eller svært liten grad har økt kompetansen på rus- og psykiatriområdet, mens 17 prosent har gjort dette i stor eller svært

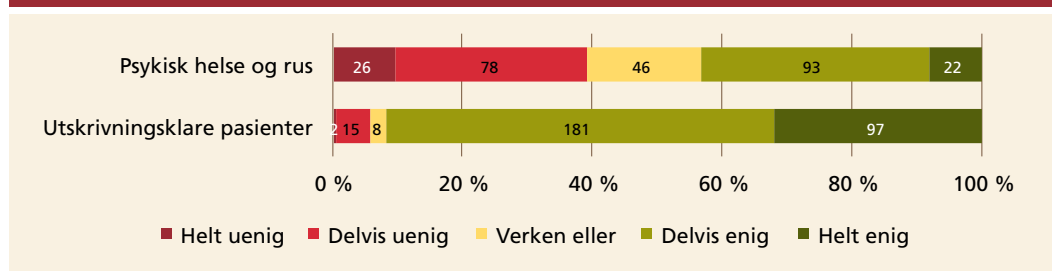
stor grad. En større andel av kommunene med under 5000 innbyggere enn av kommunene med over 5000 innbyggere oppgir at de i liten eller svært liten grad har økt antallet årsverk og kompetansen på rus- og psykiatriområdet.

Flere helseforetak og kommuner peker i intervju på at det har foregått en nedbygging av tjenester innen rusbehandling og psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten som ikke har blitt møtt av en tilsvarende styrking av de kommunale tjenestene. Videre sier alle foretakene og flere av kommunene som har blitt intervjuet, at kommunene har utfordringer med å gi et godt tilbud til denne gruppen. De fleste foretakene og kommunene som har blitt intervjuet, mener at psykisk helsevern og rusbehandling er områder som i liten grad omfattes av samhandlingsreformen i praksis.

Helse- og omsorgsdepartementet viser til at regjeringen gjennom primærhelsetjenestemeldingen tar sikte på å lovfeste krav om psykologkompetanse i kommunene fra 2020. Tilskuddsmidler til psykolog i kommunene har eksistert siden 2009, og et nytt øremerket tilskudd vil bli gitt til kommuner som rekrutterer psykologer.

Samarbeidsavtalene mellom kommunene og helseforetakene skal omhandle alle pasienter som skrives ut fra sykehus, og som har behov for kommunale tjenester, inkludert rus- og psykiatripasienter.

Figur 21 | I hvilken grad er kommunene enig i at samarbeidsavtalene mellom kommunen og helseforetaket klargjør oppgave- og ansvarsfordelingen for utskrivningsklare pasienter og pasienter innen psykisk helsevern og rusbehandling? N = 303



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til kommunene

Figur 21 viser at over 90 prosent av kommunene er helt eller delvis enig i at samarbeidsavtalene klargjør oppgavefordelingen for utskrivningsklare pasienter. Når det gjelder pasienter innen psykisk helsevern og rusbehandling, er det bare drøyt 40 prosent av kommunene som er helt eller delvis *enig* i dette. Her viser figuren også at nesten 40 prosent av kommunene er helt eller delvis *uenig* i at samarbeidsavtalene klargjør oppgave- og ansvarsfordelingen for pasienter med rusproblemer og psykiske lidelser.

Flere av kommunene og foretakene opplyser i intervju at avtalene, slik de er utformet per i dag, ikke er tilpasset pasienter innen rusbehandling og psykisk helsevern, og at de derfor ikke er et godt verktøy for å sikre gode pasientforløp for denne gruppen. Én av årsakene som trekkes fram, er at samarbeidsavtalene ikke passer til de faktiske pasientforløpene for pasienter innen rusbehandling og psykisk helsevern, fordi det er helt andre momenter som må vurderes i forbindelse med utskrivning av disse pasientene. For eksempel vil tilgang til et egnet botilbud være en del av beslutningsgrunnlaget for om disse pasientene kan skrives ut. Slike vurderinger krever mer dialog mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten enn det som det er lagt opp til i avtalene.

I *Statusrapport for samhandlingsreformen per november 2014* skriver Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen at samarbeidsavtalene er uklare og rundt formulert på rus- og psykiatriområdet, og konkluderer med at det kan skape risiko for svikt i pasientoppfølgingen.

Helse- og omsorgsdepartementet viser til at samarbeidsavtalene i prinsippet skal være like gode for dette området som for somatikken. Rus- og psykiatrispasienter vil ofte ha behov for tjenester fra begge nivåene over tid, og samarbeidet om disse pasientene må reguleres i samarbeidsavtalene, med utgangspunkt i kriterier det er enighet om. Departementet mener at det blir viktig å legge inn tilstrekkelig gode prosesskrav og kriterier knyttet til utskrivning av pasienter med psykiske lidelser eller rusproblemer for å få utskrivningen til å fungere for disse pasientene.

Faktaboks 6 Erfaringer med rusbehandling og psykisk helsevern i kommunen

Én kommune har erfart at pasienter som har mottatt behandling under tvang i spesialisthelsetjenesten, i dag skrives ut til kommunen selv om pasienten fremdeles må behandles med tvang. Kommunen menes at hvis den skal behandle så krevende pasienter, må lovverket endres. Konsekvensen av lovverket slik det er i dag, er at kommunen må ty til nødverge oftere enn tidligere, noe kommunen mener ikke forsvarlig. Kommunen er videre opptatt av at prosedyrer og ansvarsforhold på rus- og psykiatriområdet burde ha vært presisert i avtaleverket mellom helseforetaket og kommunen.

Helsedirektoratet viser i *Statusrapport. Tjenester og brukere innenfor psykisk helse- og rusfeltet* (2014b) til at kun 13 prosent av kartlagte personer med rusmiddelproblemer, som var brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester, ble registrert med individuell plan. 29 prosent hadde tiltaksplan eller annet planverk enn individuell plan, og 12 prosent hadde koordinator uten individuell plan. Totalt sett hadde 46 prosent av disse personene verken plan eller koordinator. Resultater fra den nasjonale pasienterfaringsundersøkelsen i 2013 gjennomført i TSB-døgninstitusjoner viser at 49 prosent av pasientene oppga at de hadde individuell plan. Blant pasientene med legemiddellassistert rehabilitering (LAR) oppga 36 prosent at de hadde en slik plan.³²

Når det gjelder psykisk helsevern for voksne, skriver Helsedirektoratet i samme statusrapport at tallgrunnlaget er for mangelfullt til å dokumentere hvor stor andel av pasientene som har individuell plan. I rapporten konkluderer direktoratet med at individuell plan fungerer godt for brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, men at den benyttes i for liten grad.

Intervjuer med et utvalg helseforetak og kommuner viser at erfaringene med individuell plan og koordinator for pasienter med rusproblemer eller psykiske lidelser varierer. Mens noen opplever at det er en utfordring å få individuell plan til å fungere bra for denne pasientgruppen, erfarer andre at det særlig er for pasienter innen rus- og psykiatriområdet at individuell plan fungerer som samhandlingsverktøy. Én kommune viser til at for at en individuell plan skal være et godt virkemiddel, må kommunen vite hvilket behandlingsbehov pasienten har, og dette må samsvare med det tilbudet kommunen kan gi. Hvis ett av disse kriteriene ikke fullt ut er oppfylt, vil ikke individuell plan nødvendigvis sikre brukeren de tjenestene vedkommende trenger.

Når det gjelder hvorvidt samhandling og kontinuitet i tjenestene innen rusbehandling og psykisk helsevern har blitt forbedret som følge av innføringen av samhandlingsreformen, viser Helsedirektoratet i *Statusrapport. Tjenester og brukere*

32 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2014).

innenfor psykisk helse- og rusfeltet (2014b) at bildet alt i alt ikke er entydig. Flere nye tjenester som forutsetter samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten, har blitt etablert og er under utprøving. På den annen side framheves det i rapporten at "begrenset bruk av ansvarsgrupper og lite bruk av Individuell plan, vitner om mangelfull koordinering og samlet tjenesteutøvelse, samt at brukerinnflytelse står i fare for ikke å bli ivaretatt når sentrale virkemidler for brukerinnflytelse i begrenset grad brukes".

Helse- og omsorgsdepartementet understreker at pasienter med rusproblemer eller psykiske lidelser er en del av reformen på alle måter, selv om disse gruppene ikke har vært omfattet av de økonomiske virkemidlene i reformen. Departementet viser til at rusbehandling og psykiatri etter planen skal inkluderes i øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD), og det skal innføres en betalingsordning for utskrivningsklare rus- og psykiatripasienter, tidligst fra 2017. Departementet opplyser at kriteriene for utskrivning vil bli noe annerledes for disse pasientene enn for somatiske pasienter. Departementet mener at rus- og psykiatriområdet vil bli vesentlig styrket i framtiden, og viser i den forbindelse til lovfestet krav om psykolog i kommunen fra 2020 og at det høsten 2015 kommer en opptrappingsplan på rusfeltet.

7 Departementets og direktoratets styring og oppfølging

Helse- og omsorgsdepartementet har et overordnet ansvar for å sikre at målene i samhandlingsreformen nås. De viktigste virkemidlene i reformen er hjemlet i lov om helse- og omsorgstjenester i kommunene og spesialisthelsetjenesteloven, og departementet må derfor følge med på hvordan lovene etterleveres. I tillegg kommer virkemidler knyttet til folkehelse i folkehelseloven. Denne delen av reformen er ikke en del av denne revisjonen, men er behandlet i *Dokument 3:11 (2014–2015) Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid*. I arbeidet med å gjennomføre og følge opp reformen er Helsedirektoratet, Statens helsetilsyn og Fylkesmannen organisatoriske virkemidler for departementet.

Departementet og KS inngikk 8. april 2011 en intensjonsavtale om samarbeid i forbindelse med gjennomføringen av samhandlingsreformen med varighet fra 1. juli 2011 til 31. desember 2015. Avtalen er forankret i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og kommunesektoren, representert ved KS. Målet med avtalen er at samhandlingsreformen skal kunne gjennomføres i et nært samarbeid mellom stat og kommunesektor som likeverdige parter, slik at målene med reformen oppnås, i henhold til Stortingets vedtak. Det går fram av avtalen at partene er enige om at det blir viktig å benytte nettverksarbeid som metode i implementeringen av reformen.

Faktaboks 7 Intensjonsavtalen om samarbeid i forbindelse med gjennomføringen av samhandlingsreformen

Gjennom avtalen etableres det et gjennomføringsprosjekt hvis mandat er å gi informasjon, råd og veiledning om gjennomføringen av reformen til kommunesektor og spesialisthelsetjeneste, bidra til en koordinering av implementeringsarbeidet og ha en følge med-rolle mht. hva som skjer i kommunene, i helseforetakene og i utdanningsinstitusjonene.

Det oppnevnes en koordineringsgruppe for gjennomføringsprosjektet, ledet av Helse- og omsorgsdepartementet. Departementet oppnevner 10 medlemmer av koordineringsgruppen, som representerer Helsedirektoratet, fylkesmennene, de regionale helseforetakene, samt andre berørte departementer og involverte fagavdelinger i HOD. KS oppnevner 6 representanter fra KS og kommunesektoren.

Det etableres et nasjonalt nettverk som gis det operative ansvaret for å sikre dialog, tilbakemelding og bidra til koordinering av ulike selvstendige aktørers oppgaver og tiltak på nasjonalt nivå. Nettverket rapporterer til koordineringsgruppen. HOD utpeker leder av det nasjonale nettverket. HOD utpeker også 8 representanter til nettverket fra henholdsvis hvert av de fire regionale helseforetakene og fra ett fylkesmannsembete i hver helseregion. Videre oppnevner Helsedirektoratet og Kunnskapsdepartementet hver sin representant i det nasjonale nettverket. KS utpeker 8 medlemmer i det nasjonale nettverket som representanter fra KS/kommunesektoren.

Kilde: HOD og KS (2011) *Intensjonsavtale. Samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og KS vedr. gjennomføring av samhandlingsreformen (2011)* <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kmd/komm/6_intensjonsavtale_hod.pdf> [Hentdato 25. mai 2015]

Helse- og omsorgsdepartementet er etatsstyrer for Helsedirektoratet og sender hvert år tildelingsbrev med tildeling av bevilgning og mål- og resultatkrav etter virksomhetsområde og tverrgående områder, for eksempel kommunale helse- og omsorgstjenester, spesialisthelsetjenester, samhandling og elektronisk samhandling. En gjennomgang av tildelingsbrevene for 2012, 2013 og 2014 viser at direktoratet har som langsiktig mål å "sikre at samhandlingsreformens mål og intensjoner følges opp innenfor direkto-

ratets sentrale områder, blant annet gjennom deltakelse i nasjonale samhandlingsstrukturer og ved å støtte gjennomføringen av samhandlingsreformen i kommunene og helseforetakene gjennom informasjons- og veiledningsarbeid".

Helsedirektoratet viser i intervju til at direktoratets viktigste oppgaver knyttet til samhandlingsreformen er

- å utarbeide *Samhandlingsstatistikk*, en sammenstilling av tall og analyser som viser utviklingstrekk for en rekke områder i samhandlingsreformen
- å drive et "forvaltningsmessig følge med-opplegg" for gjennomføringen av samhandlingsreformen, og i den forbindelse utarbeide en årlig statusrapport om reformen; statusrapporten utfyller samhandlingsstatistikken og baserer seg i stor grad på data fra denne, men også rapporter fra fylkesmennene og Statens helsetilsyn
- å dele ut tilskudd til kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbud og å utarbeide og revidere en veileder som har som formål å bistå kommuner og helseforetak i etablering og drift av øyeblikkelig hjelp døgntilbud

I tildelingsbrevet for 2012 ble direktoratet bedt om å vurdere effekten av nye lover og tiltak/virkemidler. Direktoratet opplyser i intervju at den årlige utgivelsen av samhandlingsstatistikken og statusrapporten er direktoratets svar på dette oppdraget. I tillegg har direktoratet vurdert effekten av fastlegeforskriften og oversendt vurderingen til departementet. Direktoratet understreker imidlertid at det er svært utfordrende å måle effekt av lover og tiltak knyttet til samhandlingsreformen, og at dette først og fremst gjøres gjennom forskningen som utføres av ulike forskningsmiljøer (EVASAM).

I tildelingsbrevet for 2013 ble direktoratet bedt om å utvikle kvalitetsindikatorer for omsorgstjenesten. Indikatorene skal fungere som et hjelpemiddel for ledelse og kvalitetsforbedring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet opplyser i intervju at det i 2014 ble vedtatt en ny plan for dette arbeidet. Det er blant annet opprettet flere referansegrupper i sektoren som skal komme med innspill til nye indikatorer.

Helse- og omsorgsdepartementet viser i intervju til at Helsedirektoratet har et kontinuerlig utviklingsarbeid knyttet til det å måle kvaliteten i helsetjenestene. Det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet er én av flere aktiviteter på området som direktoratet er involvert i. De fleste kvalitetsindikatorene som er utviklet så langt, er knyttet til spesialisthelsetjenesten, og det finnes langt færre nasjonale indikatorer som måler kvaliteten i kommunale helse- og omsorgstjenester. Departementet opplever at det er utfordrende å måle kvaliteten på de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og at det dermed er vanskelig å vurdere hvordan kvaliteten på dette området har utviklet seg etter innføringen av reformen. Departementet har sett et behov for å få mer informasjon om kvaliteten i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og Helsedirektoratet er derfor i ferd med å utvikle kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). KPR vil ifølge departementet bidra med informasjon om de kommunale tjenestene, og vil dermed supplere eksisterende datakilder som IPLOS, NPR og KOSTRA.

Helse- og omsorgsdepartementet sender i samarbeid med en rekke andre departementer og virksomheter hvert år embetsoppdrag til fylkesmannsembetene. Fylkesmannen har siden samhandlingsreformens oppstart fått i oppdrag å bidra til å nå regjeringens mål med reformen. En gjennomgang av embetsoppdrag som gjelder oppgaver under Helse- og omsorgsdepartementet i perioden 2011–2015, viser at fylkesmennene blant annet har fått oppdrag knyttet til samarbeidsavtalene og opplæring i disse.

Helsedirektoratet opplyser i intervju at det har vært noe usikkerhet blant fylkesmennene om hvorvidt embetene har oppgaver knyttet til samhandlingsreformen. Direktoratet peker på at Helse- og omsorgsdepartementet ved innføringen av reformen sendte brev til alle landets fylkesmenn der det ble presisert at Fylkesmannen skal bistå kommunene ved behov. Direktoratet ser at det er store forskjeller mellom kommunene når det gjelder i hvilken grad Fylkesmannen har vært en ressurs for kommunene i forbindelse med reformen. Det er også store variasjoner når det gjelder hvordan Fylkesmannen blir brukt i kommunene.

Helsedirektoratet sender årlig ut et rundskriv, *Nasjonale mål og hovedprioriteringer*, til kommunene, fylkeskommunene, de regionale helseforetakene og fylkesmennene. Rundskrivet er basert på satsingene i Prop. 1 S (statsbudsjettet) og departementets og direktoratets planer for det enkelte år. Rundskrivet gir informasjon om de viktigste nasjonale målene og prioriteringene, og flere temaer knyttet til samhandlingsreformen er omtalt i perioden 2012–2015. En gjennomgang av rundskrivene for denne perioden viser at med unntak av det første året for reformen (2012) har oppmerksomheten vært rettet mot samarbeidsavtalene mellom kommunene og helseforetakene, og direktoratet har gitt kommunene oppdrag knyttet til avtalene. I rundskrivet for 2012 beskrev direktoratet virkemidlene og målene for reformen, og det ble gitt informasjon til kommunene om hvilke lover og forskrifter som skulle følges i arbeidet med reformen.

Blant kommunene er det 64 prosent som opplever at de i stor eller svært stor grad har fått tilstrekkelig informasjon fra Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet om hva samhandlingsreformen innebærer for kommunen. Kun 5 prosent opplever at de i liten eller svært liten grad har fått tilstrekkelig informasjon om reformen. Nesten halvparten av kommunene opplever at de i stor eller svært stor grad har fått tilstrekkelig informasjon fra Fylkesmannen, mens 16 prosent svarer i liten eller svært liten grad.

7.1 Informasjon om virkningene av samhandlingsreformen

7.1.1 Statistikk, årsrapporter og statusrapporter

Samhandlingsstatistikk

Helse- og omsorgsdepartementet får informasjon om virkninger av reformen fra flere kilder. Helsedirektoratet utarbeider årlig *Samhandlingsstatistikk*, som er én viktig kilde til informasjon om reformen. Rapporten er et element i Helsedirektoratets ansvar for å følge utviklingen i helse- og omsorgssektoren både generelt og når det gjelder samhandlingsreformen spesielt.³³ Formålet med samhandlingsstatistikken er å utvikle en samlet og oversiktlig statistikk over kostnader, tjenester og pasientgrupper, slik at helsesektoren får nødvendig styringsinformasjon i det videre reformarbeidet, og offentlige helsemyndigheter og befolkningen får et innblikk i hvordan det går med reformen.³⁴

Forvaltningsmessig følge med-rapport

Helse- og omsorgsdepartementet har i samråd med KS gitt Helsedirektoratet i oppdrag å drive et "forvaltningsmessig følge med-opplegg" for gjennomføringen av samhandlingsreformen. Direktoratet utarbeider årlig en følge med-rapport som utfyller samhandlingsstatistikken, og som i stor grad baserer seg på data fra denne. For følge med-rapporten som utkom i juni 2014, er det ikke utarbeidet særskilte data. I rapporten framkommer status på sentrale områder i reformen, som utskrivningsklare

³³ Helsedirektoratet (2014d) *Samhandlingsstatistikk 2013–2014*.

³⁴ Helsedirektoratet (2015) *Samhandlingsstatistikk*. <<https://helsedirektoratet.no/Sider/Samhandlingsstatistikk-publikasjon.aspx>> [Hentdato 20. januar 2015]

pasienter, øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene, samarbeidsavtaler, elektroniske løsninger for samhandling, pasientforløp og personell og kompetanse. I innledningen til rapporten som utkom i 2014, understrekes det fra Helsedirektoratets side at det er en gjennomgående utfordring at det, med unntak av data i samhandlingsstatistikken, foreligger et relativt begrenset utvalg av data som kan bidra til å beskrive utviklingen i helse- og omsorgstjenesten ut fra målene i samhandlingsreformen, og at grunnlaget for å analysere utviklingen derfor på enkelte felt er svakere enn ønsket. Dette gjelder spesielt for kommunene.³⁵

Direktoratets årsrapport

En gjennomgang av Helsedirektoratets årsrapporter for 2012, 2013 og 2014 viser at departementet i liten grad fikk informasjon om virkninger av sentrale virkemidler gjennom årsrapportene de første to årene. I årsrapporten for 2014 rapporterer direktoratet på styringsparameterne "antallet reinnleggelser" og "antallet innleggelser/liggedøgn øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene". Ifølge direktoratet økte omfanget av reinnleggelser med nesten 2 prosentpoeng fra 2012 til 2014, fra 17,7 prosent til 19,5 prosent. Når det gjelder antallet innleggelser i øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene, viser direktoratet til at det ble registrert drøyt 15 400 innleggelser i perioden 1. september 2013–31. august 2014. Antallet liggedøgn er totalt estimert til i underkant av 40 000.

Fylkesmennenes årsrapport

En gjennomgang av årsrapporter fra seks fylkesmenn for årene 2013 og 2014 viser at fylkesmennene i stor grad rapporterer om aktiviteter som de har arrangert eller deltatt på foregående år. Årsrapportene gir i liten grad departementet informasjon om hvordan de kommunale pleie- og omsorgstjenestene har utviklet seg etter innføringen av samhandlingsreformen. De årsrapportene som er gjennomgått, gir for eksempel ikke informasjon om hvordan fylkesmennene vurderer kvaliteten på kommunenes øyeblikkelig hjelp døgntilbud eller kommunenes oppfølging av utskrivningsklare pasienter.

Kommunenes rapportering til KOSTRA

Kommunene rapporterer årlig til KOSTRA om både økonomi, antall plasser og antall årsverk i den kommunale helsetjenesten. Kostnader til kommunale helsetjenester er fordelt mellom blant annet institusjon, hjemmetjenester, administrasjon og investeringer, mens årsverk er inndelt etter utdanning. Videre rapporterer kommunene også om kvalitet i tjenestene, målt etter blant annet antallet legetimer per beboer i institusjon og andelen institusjonsplasser med enerom.

Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen

I 2011 ble det også etablert et nasjonalt nettverk som skal ha en samordnende informasjons- og veiledningsrolle overfor de ansvarlige instansene regionalt og lokalt. Det er engasjert fire samhandlingsrådgivere ved fylkesmannsembetene i Tromsø, Sør-Trøndelag, Hordaland og Oslo-Akershus som skal være regionale kontaktpunkter sammen med representanter for de regionale helseforetakene. Dialog og erfaringsutveksling mellom de ulike instansene er en viktig del av nettverkets arbeid.³⁶ Ifølge mandatet skal nettverket overvåke / følge med på hva som skjer ute med hensyn til gjennomføring av samhandlingsreformen, rapportere/formidle til departementet og den nasjonale koordineringsgruppen hvordan arbeidet går, og bidra med informasjon og rådgivning til kommuner, sykehus og utdanningsinstitusjoner.

35 Helsedirektoratet (2014a).

36 Det nasjonale nettverket for implementering av samhandlingsreformen. Nasjonal koordineringsgruppe for samhandlingsreformen. <<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse-og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen/om-samhandlingsreformen/nasjonale-koordineringsgruppe-for-samhand/id673543/>> [Hentdato: 24.april 2015]

Nettverket la i november 2014 fram en statusrapport, *Statusrapport for samhandlingsreformen per november 2014*. Departementet opplyser i intervju at rapporten ga nyttig informasjon om status for reformen og viktige innspill til det videre arbeidet. Rapporten er en sammenstilling av erfaringer som er innhentet av nettverket, som også har en bred kontaktflate utad. Departementet legger stor vekt på informasjonen som er formidlet i denne rapporten, og mener den gir en riktig beskrivelse av status i samhandlingsreformen. Det nasjonale nettverket kommer med en ny rapport høsten 2015. Nettverket avvikles ved utgangen av 2015.

Departementet opplyser i intervju at det ser noen områder hvor mer informasjon hadde vært nyttig, både i forkant av reformen og under implementeringen av den. ØHD-tilbudet har møtt faglig kritikk for at det ikke yter nødvendige tjenester til pasienter, men departementet opplyser at det ikke har holdepunkter for å hevde at det er store kvalitetsforskjeller eller kvalitetsutfordringer knyttet til tilbudene. Departementet viser til at plikt til å etablere et kommunalt øyeblikkelig hjelp-tilbud (ØHD) som virkemiddel kom sent inn i arbeidet med reformen, og at det derfor ikke ble arbeidet grundig nok med hvordan tilbudet skulle utformes, før innføringen av reformen. Departementet opplyser at ØHD-tilbudet er den ordningen som departementet nå følger tettest.

7.1.2 Følgeevaluering og forskning

Departementet har gitt Forskningsrådet i oppdrag å gjennomføre en forskningsbasert evaluering av samhandlingsreformen, kalt EVASAM. Forskningsprosjektmidler med en ramme på 25 mill. kroner ble utlyst med søknadsfrist 18. april 2012. Formålet med denne forskningsbaserte evalueringen er å innhente kunnskap slik at måloppnåelsen kan vurderes både løpende i gjennomføringsperioden (2012–2015) og samlet ved utgangen av perioden. Følgeevalueringen skal også gi et grunnlag for framtidige justeringer i virkemiddelbruk, jf. Prop. 1 S (2011–2012) for Helse- og omsorgsdepartementet.

Forskningsrådet har tildelt midler til seks forskningsprosjekter som evaluerer ulike aspekter av reformen.

Faktaboks 8 Følgeevalueringer EVASAM

Følgende evalueringsprosjekter er under gjennomføring som del av EVASAM:

- Prosessevaluering av samhandlingsreformen: Statlige virkemidler, kommunale innovasjoner
- Resultater av samhandlingsreformen: Bedre helse, bedre helsetjenester, bedre samfunnsøkonomi?
- Samhandling og pasientforløp i støpeskjeen (SPIS)
- Samhandlingens konsekvenser for eldre: Pasientrettigheter, pårørende og koordinering av tjenester
- Samhandling og IKT
- Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør

Evalueringene omhandler ulike elementer ved samarbeidsavtalene og helhetlige pasientforløp, og inkluderer blant annet

- en resultatevaluering som tar sikte på å belyse metoder som kan bidra til å identifisere effekter av en reform som innføres samtidig i hele landet, og som derfor gjør det vanskelig å si hvordan utviklingen hadde forløpt hvis reformen ikke hadde blitt innført
- en undersøkelse av konsekvenser av samhandlingsreformen for sårbare og utsatte brukergrupper

- en evaluering av bruk av ikt til å understøtte målet om helhetlige pasientforløp og hvilke muligheter for forbedring som finnes ved å utnytte ikt mer effektivt.³⁷

7.1.3 Tilsynsrapporter

I 2015 ble det gjennomført et landsomfattende tilsyn med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. Tilsynet gjennomføres som en systemrevisjon. Statens helsetilsyn har det overordnede faglige ansvaret, mens tilsynet blir gjennomført av fylkesmennene.

Temaet for tilsynet er om kommunen ved systematisk styring sikrer forsvarlig mottak av og gir forsvarlig helsehjelp til pasienter som skrives ut fra spesialisthelsetjenesten til egen bolig med behov for hjemmesykepleie. En samlerapport fra det landsomfattende tilsynet er planlagt publisert i 2016.

Fylkesmannen i Hedmark gjennomførte ni tilsyn fra 2012–2014 innenfor rusbehandling og psykiatri og fant avvik i åtte av kommunene. Ett av funnene var at det er uklårheter knyttet til iverksetting av individuell plan.

7.2 Forvaltning av helse- og omsorgstjenesteloven

Helse- og omsorgsdepartementet har utarbeidet og justert flere forskrifter som har relevans for samhandlingsreformen. Forskriftene skal bidra til at kommunene oppfyller intensjonene i lovverket. Eksempler på forskrifter er

- *forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter* (2011)
- *forskrift om habilitering og rehabilitering* (2011)
- *forskrift om fastlegeordning i kommunene* (2012)

Departementet har utarbeidet én veileder i direkte tilknytning til samhandlingsreformen: *Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. Nasjonal veileder*. I tillegg har departementet utarbeidet tre rundskriv til kommuner/helseforetak som har temaer som har tilknytning til reformen:

- rundskriv I-6/2011 *Ikraftsetting av lov om folkehelsearbeid* (folkehelseloven)
- rundskriv I-3/2013 *Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten*
- rundskriv I-4/2015 *Rett til heldøgns helse- og omsorgstjenester*

Departementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide veilederen *Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold*. Veilederen kom ut første gang i 2012, og i 2014 kom en revidert utgave. Direktoratet opplyser at den første utgaven var for generell, og at det var behov for å gjøre veilederen mer konkret på flere områder. For eksempel presiserer Helsedirektoratet i den reviderte utgaven at det i et kommunalt tilbud som omfatter observasjon og utredning av pasienter med uavklarte tilstander, må være lege til stede eller mulighet for å tilkalle lege raskt 24 timer i døgnet.

I tillegg viser direktoratet til at det utarbeider veiledere som ikke direkte er knyttet til reformen, men som skal bidra til å sikre god samhandling og dialog mellom sykehus og kommuner. For eksempel er det utarbeidet en henvisningsveileder som kan brukes av dem som henviser til spesialisthelsetjenesten, det vil si primært fastleger. Det er også laget diagnoseveiledere for pasienter som skal inn i kreftpakkeforløp – med kob-

37 Forskningsrådet (2015) Forskningsbasert evaluering av EVASAM. <http://www.forskningsradet.no/prognnett-evasam/Forside/1253972204829> [Hentdato 2. september 2015]

linger til veilederen om henvisninger. Videre har Helsedirektoratet blant annet utarbeidet en veileder om bildediagnostikk og en veileder om elektronisk samhandling. Helsedirektoratet viser dessuten til at *Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen* kom i 2014, og at direktoratet sammen med Arbeids- og velferdsdirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide beslutningsstøtte for sykmeldere, i både primær- og spesialisthelsetjenesten. Formålet med begge dokumentene er ifølge direktoratet å fremme samhandling, men oppdraget er ikke en del av samhandlingsreformen.

Videre ga direktoratet i 2014 ut en nasjonal veileder for lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid, *Sammen om mestring*. Veilederen legger særlig vekt på bruker- og mestringsperspektivet i arbeid på dette området og på samarbeid for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester.³⁸

45 prosent av kommunene mener at veilederne fra Helsedirektoratet i stor eller svært stor grad har vært nyttige i kommunens arbeid med å utvikle egne tjenester for å nå målene med samhandlingsreformen. 11 prosent av kommunene mener at veilederne i liten eller svært liten grad har vært nyttige.

Flere av helseforetakene og kommunene som har blitt intervjuet, etterlyser retningslinjer eller veiledere på rus- og psykiatriområdet. Som eksempel nevner et helseforetak at det bør utarbeides en veileder om samhandling på dette området.

Direktoratet opplyser at det har fått tilbakemelding om at de utarbeider for mange retningslinjer og veiledere. Direktoratet er imidlertid mest opptatt av å utarbeide retningslinjer og veiledere på de riktige områdene, slik at praksisen til både kommuner og sykehus blir mest mulig enhetlig.

38 Helsedirektoratet (2014).

8 Vurderinger

Samhandlingsreformen har medført små endringer i kommunenes kapasitet

Ett av målene med samhandlingsreformen er at en større del av pasientforløpene skal utføres av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Selv om kommunene bruker noe mer penger på pleie og omsorg i 2014 sammenlignet med i 2010, har kapasiteten i kommunehelsetjenesten i liten grad blitt styrket. Få kommuner har for eksempel etablert forsterkede korttidsplasser til utskrivningsklare pasienter, rehabiliteringsplasser, omsorgsboliger eller langtidsplasser i sykehjem etter innføringen av samhandlingsreformen. Selv om det ved utgangen av august 2014 var etablert kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud ØHD i 275 kommuner, viser undersøkelsen at kommunene i liten grad har økt antallet årsverk i helse- og omsorgstjenestene. For eksempel har et flertall av kommunene ikke økt antallet årsverk i hjemmetjenesten eller sykehjem nevneverdig. Dette betyr at kapasitetsveksten i kommunens helse- og omsorgstjeneste har vært begrenset.

Antallet mottakere av hjemmetjenester og korttids institusjonsopphold har økt noe de siste årene. Samtidig viser undersøkelsen at det i mange kommuner har blitt vanskeligere å få plass ved sykehjem, og at dette gjelder både korttids- og langtidsplasser. Samhandlingsreformen vil for mange kommuner innebære at helse- og omsorgstjenesten må kunne utføre oppgaver den tidligere ikke hadde, og at antallet mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester vil øke. Den begrensede veksten i kapasiteten som undersøkelsen viser, reiser spørsmålet om tilbudet til brukere og pasienter så langt er i tråd med de forventningene som ble stilt til kommunehelsetjenesten i forbindelse med reformen.

Kompetansen i kommunene har i begrenset grad blitt styrket

Blant de viktigste faktorene for å nå målet i samhandlingsreformen om en bærekraftig helsetjeneste med god kvalitet, er satsing på kompetanseutvikling. Kommunene har ansvar for å legge til rette for at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene. I tillegg har Stortinget forutsatt en raskere vekst i legeårsverkene i primærhelsetjenesten enn i spesialisthelsetjenesten.

Undersøkelsen viser at kommunene, blant annet på grunn av nye og mer krevende pasient- og brukergrupper, mangler kompetanse på flere områder. Undersøkelsen viser at det fra 2011 til 2014 ble ansatt drøyt 2,5 ganger så mange leger i spesialisthelsetjenesten som i kommunene, mens den prosentvise veksten var så godt som lik. Så langt har det altså ikke vært en sterkere vekst i antallet legeårsverk i primærhelsetjenesten enn i spesialisthelsetjenesten, slik Stortinget har forutsatt. Til tross for en økning i antallet sykepleierårsverk i kommunene på 16 prosent i perioden 2010–2014 opplyser nær halvparten av kommunene at de ikke har nok sykepleiere, mens drøyt 20 prosent av kommunene sier det samme om legedekningen i kommunen.

Drøyt 60 prosent av kommunene har helsepersonell som kun i liten eller noen grad har tatt etter- eller videreutdanning. To av tre kommuner har i begrenset grad økt kompetansen blant de ansatte ved sykehjemmene og i hjemmetjenesten. Undersøkelsen viser at helseforetakene har tilbudt kommunene en rekke ulike kompetansehevingstiltak, slik samarbeidsavtalene legger til rette for, men at en betydelig andel av kommunene i liten grad har benyttet seg av disse tilbudene. Faste faglige nettverk er det kompetansehevingstiltaket som flest kommuner har benyttet seg av. Tiltak som ambulerende team, praksiskonsulent og hospitering på sykehus er tilbud som kommunene så langt har benyttet i begrenset grad. Kompetansehevingen er spesielt

begrenset når det tas i betraktning at kommunene nå mottar sykere og mer krevende pasienter enn tidligere.

Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud utnyttes ikke på en effektiv måte

Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD) er lovpålagt fra januar 2016, men det har blitt utbetalt tilskudd til etablering av tilbudet fra januar 2012. ØHD-tilbud innebærer at kommunene skal kunne tilby et godt alternativ til sykehusinnleggelse, og er et sentralt virkemiddel for å nå målet om at en større del av pasientforløpene skal overføres fra spesialisthelsetjenesten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Undersøkelsen viser at beleggsprosenten ved ØHD-tilbudene er lav, og at den samlet sett er 31 prosent ved enheter som har vært i drift i mer enn ett år. Beleggsprosenten i kommunene varierer fra drøyt 3 til over 100 prosent.

Halvparten av fastlegene er usikre på om kvaliteten på tilbudet er god nok. Mange fastleger opplever at ØHD-tilbudet bare til en viss grad er tilpasset innbyggernes behov, og at tilbudet ofte ikke er et reelt alternativ til sykehusinnleggelse. Tidkrevende innleggelsesprosedyrer og behov for ytterligere sykdomsavklaring er andre årsaker til at ikke flere pasienter legges inn ved tilbudet.

Mange kommuner oppgir at bare en del av pasientene som tilfredsstillter kriteriene for innleggelse i ØHD, henvises til tilbudet. I tillegg bruker en firedel av kommunene i stor grad ØHD-tilbudet som en del av kommunens pleie- og omsorgstjeneste, og mange kommuner opplyser at det legges inn pasienter i ØHD som ellers ikke ville blitt innlagt i sykehus. Samlet sett betyr dette at ØHD-tilbudet så langt ikke har avlastet sykehusene i særlig grad, og ingen av helseforetakene har redusert kapasiteten i sine akuttinntak som følge av at ØHD-tilbud er etablert.

Undersøkelsen viser at det statlige tilskuddet per liggedøgn for de 103 ØHD-tilbudene som hadde vært i drift i ett år, var kroner 13 222 i 2014. Dette er vesentlig høyere enn både den normen som ble lagt til grunn ved utformingen av tilskuddsordningen, og de 4255 kronene kommunene måtte betale for hvert overliggedøgn i spesialisthelsetjenesten. Etter revisjonens vurdering må beleggsprosenten økes vesentlig fra dagens nivå på 31 prosent dersom ØHD skal bidra til en bedre samlet ressursutnyttelse i helsetjenesten. Det er videre et betydelig potensial i mange kommuner for å legge til rette for at bruken av ØHD-tilbudet skal være i tråd med intensjonene.

Kommunene har tatt over pasienter som tidligere lå ferdigbehandlet i sykehus

Det har vært en sterk økning i antallet pasienter som registreres som utskrivningsklare i hele perioden fra 2011 til 2014. Etter innføringen av samhandlingsreformen har det vært en reduksjon i behandlingstiden for utskrivningsklare pasienter. Videre er det færre pasienter som ligger ferdigbehandlet i sykehus i påvente av et kommunalt tilbud, og liggetiden for dem som venter på et slikt tilbud, har gått ned. Dette betyr at innføringen av kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter har bidratt til at en større del av pasientforløpene er overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunene.

Andelen pasienter som blir reinnlagt i sykehus innen 30 dager etter at de har blitt skrevet ut til kommunen, har økt i perioden etter innføringen av samhandlingsreformen. Både kommuner og helseforetak peker på at denne økningen er en konsekvens av at pasienter blir skrevet ut fra sykehus tidligere enn før. Dette har ført til at kommunene har større utfordringer med å gi flere og sykere pasienter et godt tilbud.

Samarbeidet mellom kommuner og helseforetak kan bli bedre

Samhandlingsreformen har som mål at den enkelte bruker eller pasient skal oppleve et mer helhetlig pasientforløp ved at sykehusene og kommunehelsetjenesten samhandler bedre og er mer koordinerte. Lovfestede samarbeidsavtaler, koordinator, individuell plan og effektiv informasjonsflyt mellom forvaltningsnivåene skal bidra til at målet nås. Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak er et nytt, lovpålagt virkemiddel som skal bidra til at tjenestene blir mer samordnet. Det er inngått slike avtaler mellom alle landets kommuner og ett eller flere helseforetak. Et flertall av kommunene opplever at samarbeidsavtalene legger til rette for godt samarbeid og god arbeidsdeling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, og at de legger til rette for helhetlige forløp for pasientene. Samtidig opplever mange kommuner at det er utfordrende å etterleve kravene som stilles i avtalene, og at helsepersonell i mange kommuner og helseforetak ikke har tilstrekkelig kjennskap til innholdet i avtalene. Samarbeidsavtalene er ikke godt nok kjent i kommuner og sykehus.

Informasjonen som utveksles mellom kommuner og sykehus, er ofte mangelfull

Behovet for informasjonsutveksling mellom kommunen og helseforetaket har økt som følge av at flere og sykere pasienter skrives ut fra sykehusene til kommunene. For at pasienter skal få best mulig behandling når de blir lagt inn på sykehus, har sykehusene blant annet behov for informasjon om pasientenes funksjonsnivå og medikamentliste. Undersøkelsen viser imidlertid at mange helseforetak får dårlig informasjon om pasientens funksjonsnivå, og at det ofte er feil og mangler i medikamentlistene. Dette kan få konsekvenser for kvaliteten på den behandlingen pasientene får i sykehusene, og for helseforetakenes ressursbruk.

Velfungerende informasjonsutveksling er en forutsetning for et godt samarbeid mellom sykehus og primærhelsetjenesten og for at pasienter med behov for tjenester fra både sykehus og kommune skal få god behandling. Undersøkelsen viser at mer enn halvparten av kommunene mener at de ikke får tilstrekkelig informasjon om pasientenes forventede framtidige utvikling når pasientene blir skrevet ut fra sykehuset, og mange opplever at de heller ikke får tilstrekkelig informasjon om pasientenes samlede funksjonsnivå. Videre mener nesten halvparten av kommunene at informasjonen fra sykehuset ikke kommer så raskt at kommunen blir i stand til å legge til rette for gode tjenester. Over halvparten av fastlegene opplever at de verken får nødvendig informasjon fra sykehuset eller får informasjonen raskt nok når deres pasienter skrives ut til kommunen.

Koordinator og individuell plan bidrar i begrenset grad til helhetlige pasientforløp mellom kommune og sykehus

Koordinator og individuell plan er etablerte, lovfestede virkemidler som blant annet skal bidra til helhetlige pasientforløp for brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Et flertall av kommunene mener at de brukerne som har behov for koordinator og individuell plan, får det, mens en tredel av kommunene mener at foretakene i liten grad varsler kommunene når det er behov for individuell plan. Over halvparten av kommunene og helseforetakene mener at koordinator og individuell plan bare i begrenset grad bidrar til å sikre helhetlige pasientforløp og koordinering mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Som forklaring på at individuell plan ikke bidrar til samhandling mellom sykehus og kommune, peker flere foretak på at denne planen ikke er tilpasset den måten arbeidet i sykehusene er organisert på.

Helseforetaket skal varsle kommunen raskt når det ser at det er behov for en individuell plan som omfatter tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og kommunen. Et flertall av foretakene mener at de bare i noen grad varsler kommunen raskt når de

oppdager at en pasient har behov for tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og kommunen.

Kommunene har ikke styrket kapasiteten og kompetansen innenfor rus- og psykiatriområdet i takt med nedbyggingen av døgnplasser i spesialisthelsetjenesten

Kommunene og spesialisthelsetjenesten har ansvar for å tilby tjenester til personer med psykiske lidelser eller rusproblemer. Helse- og omsorgstjenesteloven presiserer kommunenes ansvar for alle pasient- og brukergrupper.

Antallet heldøgns plasser til rusbehandling og psykiatri i spesialisthelsetjenesten har blitt redusert med nesten 10 prosent fra 2010 til 2014. Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at det skyldes at det foregår en omstrukturering av tjenester fra sykehus til distriktspsykiatriske sentre (DPS). Omstruktureringen betyr at en del pasienter mottar noen tjenester fra spesialisthelsetjenesten samtidig som de mottar tjenester fra kommunen i hjemmet.

Reduksjonen i antallet heldøgns plasser i spesialisthelsetjenesten har imidlertid ikke blitt kompensert med en tilsvarende styrking av tilbudet i kommunene. Nesten 70 prosent av kommunene har i liten grad økt antallet årsverk på rus- og psykiatriområdet, og bare hver sjette kommune har i stor grad økt kompetansen på området. Små kommuner har i mindre grad enn store kommuner økt antallet årsverk og styrket kompetansen her.

Under halvparten av kommunene mener at samarbeidsavtalene klargjør oppgave- og ansvarsfordelingen for pasienter innen psykisk helsevern og rusbehandling. Til sammenligning mener nær alle kommuner at avtalene klargjør oppgave- og ansvarsfordelingen for utskrivningsklare somatiske pasienter. Når oppgave- og ansvarsfordelingen ikke er klargjort, er det en betydelig risiko for at pasientene ikke får helhetlige og koordinerte forløp.

Statlige myndigheter har ikke god nok informasjon om kvaliteten på de kommunale pleie- og omsorgstjenestene

Helse- og omsorgsdepartementet får informasjon om virkningene av samhandlingsreformen fra flere kilder, som statistikk utarbeidet av Helsedirektoratet, statusrapport fra det departementsoppnevnte Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen, årsrapporter fra Helsedirektoratet og fylkesmennene og landsomfattende tilsyn i regi av Helsetilsynet. I tillegg vil det etter hvert komme sluttrapporter fra følgeevalueringene (EVASAM) som departementet har initiert. Selv om virkemidlene påvirker kommunenes tjenestetilbud, har Helse- og omsorgsdepartementet i liten grad fått informasjon om hvordan kvaliteten i kommunehelsetjenesten har utviklet seg etter innføringen av reformen. Helsedirektoratet fikk i 2013 i oppdrag å utvikle kvalitetsindikatorer for bedre å kunne måle kvaliteten i helsetjenestene, men dette arbeidet ser så langt ikke ut til å ha gitt konkrete resultater. Dette svekker muligheten for at ansvarlige statlige myndigheter kan følge med på utviklingen i kvaliteten på den kommunale helse-tjenesten og vurdere nye tiltak dersom det er nødvendig for å påvirke innholdet i tjenesten.

Helse- og omsorgsdepartementet har informasjon om antallet pasienter i ØHD-tilbudet, og har sett at antallet liggedøgn i tilbudet så langt er langt lavere enn målet som ble lagt til grunn før reformen ble innført. Departementet har derimot ikke informasjon om i hvilken grad innleggelsene i ØHD erstatter sykehusinnleggelsene, eller i hvilken grad tilbudet brukes som en del av kommunenes pleie- og omsorgstilbud. Når departementet og direktoratet ikke har denne informasjonen, mister de også muligheten til å iverksette tiltak som sikrer at tilbudet benyttes som forutsatt.

9 Referanseliste

Lover

- *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 7. februar 1999* (spesialisthelsetjenesteloven).
- *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24. juni 2011* (helse- og omsorgstjenesteloven).
- *Lov om folkehelsearbeid av 24. juni 2011* (folkehelseloven).

Stortingsdokumenter

- St.meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid.*
- Innst. 424 L (2010–2011) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*, jf. Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).*
- Meld. St. 16 (2010–2011) *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015).*
- Prop. 115 S (2010–2011) *Kommuneproposisjonen 2012.*
- Innst. 270 S (2011–2012) *Innstilling fra kommunal- og forvaltningskomiteen om stat og kommune – styring og samspel*, jf. Meld. St. 12 (2011–2012) *Stat og kommune – styring og samspel.*
- Innst. 11 S (2011–2012) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger for 2012, kapitler under Helse- og omsorgsdepartementet (rammeområde 15)*, jf. Prop. 1 S (2011–2012) for Helse- og omsorgsdepartementet.
- Innst. 11 S (2012–2013) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger for 2013, kapitler under Helse- og omsorgsdepartementet (rammeområde 15)*, jf. Prop. 1 S (2012–2013) for Helse- og omsorgsdepartementet.
- Innst. 11 S (2013–2014) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger for 2014, kapitler under Helse- og omsorgsdepartementet (rammeområde 15)*, jf. Prop. 1 S (2013–2014) for Helse- og omsorgsdepartementet.
- Innst. 11 S (2014–2015) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger for 2015, kapitler under Helse- og omsorgsdepartementet (rammeområde 15)*, jf. Prop. 1 S (2014–2015) for Helse- og omsorgsdepartementet.
- Prop. 121 S (2014–2015) *Kommuneproposisjonen 2016*
- Meld. St. 26 (2014–2015) *Framtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.*

Forskrifter

- *Forskrift om pasientjournal av 21. desember 2000.*
- *Reglement for økonomistyring i staten av 12. desember 2003.*
- *Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter av 18. november 2011.*
- *Forskrift om habilitering og rehabilitering av 16. desember 2011.*
- *Forskrift om fastlegeordning i kommunen av 29. august 2012.*
- *Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter av 11. desember 2014.*

Styringsdokumenter

- Helse- og omsorgsdepartementets tildelingsbrev til Helsedirektoratet for årene 2012, 2013 og 2014.
- Helsedirektoratets årsrapporter for årene 2012, 2013 og 2014.
- Embetsoppdrag til fylkesmennene for årene 2011, 2012, 2013, 2014 og 2015.
- Årsrapporter fra seks fylkesmenn for 2013 og 2014.

- Norsk Helsenett (2014) *Årsrapport 2014*. Oslo: Norsk Helsenett.

Rundskriv, veiledere og strategier

- Rundskriv I-6/2011 *Ikraftsetting av lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)* (Helse- og omsorgsdepartementet).
- Rundskriv IS-1 *Nasjonale mål og hovedprioriteringer* for årene 2012–2015 (Helsedirektoratet).
- Rundskriv I-3/2013 *Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten* (Helse- og omsorgsdepartementet).
- Rundskriv I-4/2015 *Rett til heldøgns helse- og omsorgstjenester* (Helse- og omsorgsdepartementet).
- Helsedirektoratet (2014) *Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Veiledningsmaterieell*.
- Helsedirektoratet (2014) *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*.
- Helsedirektoratet (2014) *Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen*.
- Helse- og omsorgsdepartementet [u.å.] *Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. Nasjonal veileder*.

Riksrevisjonens dokumenter

- Dokument 3:2 (2011–2012) *Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper 2010*.
- Dokument 3:6 (2013–2014) *Riksrevisjonens undersøkelse om elektronisk meldingsutveksling i helse- og omsorgssektoren*.
- Dokument 3:11 (2014–2015) *Riksrevisjonen (2015) Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid*.

Rapporter og artikler

- Grimsmo, Anders (2013) *Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter? I: Sykepleien*, 2/2013: 148–155.
- Deloitte (2014) *Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak – etterleves de?* Oslo: Deloitte.
- Helsedirektoratet (2014a) *Status for samhandlingsreformen. Forvaltningsmessig følge med-rapport fra Helsedirektoratet 2014*. Oslo: Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet (2014b) *Statusrapport. Tjenester og brukere innenfor psykisk helse- og rusfeltet*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2014c) *Personell- og kompetansesituasjonen i helse- og omsorgstjenestene. Utviklingstrekk og vurdering av utfordringer og løsninger*. Rapport IS-2248. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2014d) *Samhandlingsstatistikk 2013–2014*. Rapport IS-2245. Oslo: Helsedirektoratet.
- IRIS (2014) *Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale helse- og omsorgstilbudet*. Rapport IRIS – 2014/382. Stavanger: IRIS.
- Ljunggren, Birgitte, Anne Sigrid Haugset og Nina Solbakk (2014) *Kommunale helse- og omsorgslederes opplevelse av effekter av samhandlingsreformen*. Datadokumentasjon fra en spørreundersøkelse høsten 2013. Steinkjer: Trøndelag Forskning og Utvikling.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2014) *Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling – resultater etter en nasjonal undersøkelse i 2013*. PasOpp rapport nr. 6. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen (2014) *Statusrapport for samhandlingsreformen per november 2014*.

- Haukelien, Heidi, Halvard Vike og Ingvild Vardheim (2015) *Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene*. Telemarksforskning, 362.
- Kirchhoff, Ralf., Anders Grimsmo og Åge Brekk (2015) *Kommuner og helseforetak – ble de enige om noe?* Tidsskrift for velferdsforskning, 18 (2): 125–141. Bergen: Fagbokforlaget.

Internettsider

- Ahus (2014) *Retningslinje for ambulerende sykepleierteam mellom Akershus universitetssykehus HF og kommunene og bydelene i opptaksområdet*: <http://www.ahus.no/fagfolk_/samhandling_/samhandlingsreformen_/Documents/Delavtaler%20og%20retningslinjer/Retningslinje%20ambulerende%20sykepleierteam_justert%20versjon%20sept%202014.pdf> [Hentedato: 3.mai 2015]
- Forskningsrådet (2015) *Forskningsbasert evaluering av EVASAM*: <http://www.forskningsradet.no/prognett-evasam/Forside/1253972204829> [Hentedato 2. september 2015]
- Helsedirektoratet (udatert) *Samhandlingsreformen*: <<https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen>> [Hentedato: 19. juni 2015]
- Helsedirektoratet (2015) *Samhandlingsstatistikk*: <<https://helsedirektoratet.no/Sider/Samhandlingsstatistikk-publikasjon.aspx>> [Hentedato 20. januar 2015]
- Helsedirektoratet (2015) *Tvisteløsningsnemnda*: <<https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen/tvistelosningsnemnda>> [Hentedato: 23. oktober 2015]
- Statistisk Sentralbyrå (SSB) (2014) *Befolkningsframskrivning 2014–2100*: <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkfram/aar/2014-06-17> [Hentedato 10. juni 2015]
- HOD og KS (2011) *Intensjonsavtale. Samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og KS vedr. gjennomføring av samhandlingsreformen*: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kmd/komm/6_intensjonsavtale_hod.pdf> [Hentedato 25. mai 2015]
- Helse- og omsorgsdepartementet og KS (2011) *Referat fra konsultasjonsmøtet mellom blant annet Helse- og omsorgsdepartementet og KS 29. april 2011, vedlegg e*: <<https://helsedirektoratet.no/Documents/Samhandlingsreformen/Rapport-kostnadsberegninger-%C3%B8-hjelp.pdf>> [Hentedato 1. september 2015]
- Det nasjonale nettverket for implementering av samhandlingsreformen. Nasjonal koordineringsgruppe for samhandlingsreformen: <<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen/om-samhandlingsreformen/nasjonal-koordineringsgruppe-for-samhand/id673543/>> [Hentedato: 24.april 2015]
- Landsomfattende tilsyn med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen: <https://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsrapporter/?landsomfattende=2015> Samhandling ved utskrivning av pasienter [Hentedato: 10. september 2015]

Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen

BAKGRUNN OG MÅL FOR UNDERSØKELSEN

Samhandlingsreformen ble iverksatt 1. januar 2012 og har som mål å sikre en bærekraftig helsetjeneste med god kvalitet. Dette målet skal blant annet nås ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten slik at veksten i bruk av sykehustjenester dempes.

Målet med undersøkelsen har vært å vurdere om samhandlingsreformen så langt bidrar til å nå overordnede helsepolitiske mål om bedre ressursutnyttelse og tjenester med bedre kvalitet.



Funn og anbefalinger

Kommunene har tatt over pasienter som tidligere lå ferdigbehandlet i sykehus, men det finnes lite kunnskap om kvaliteten på tjenestene til disse pasientene

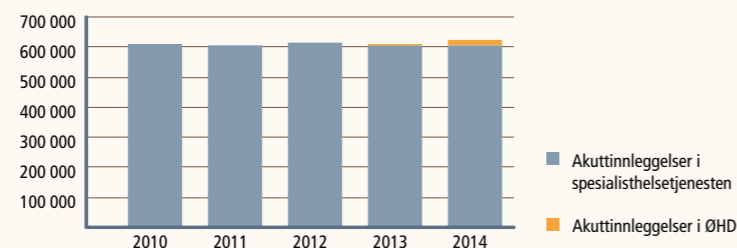
Kommunene tar imot sykere pasienter med et større behandlingsbehov enn tidligere. Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet har imidlertid begrenset kunnskap om hvordan kvaliteten i kommunehelsetjenesten har utviklet seg etter reformen.

Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet øker kunnskapen om kommunenes helse- og omsorgstjeneste, blant annet ved hjelp av kvalitetsindikatorer.

Kommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD) benyttes ikke på en måte og i et omfang som er i tråd med intensjonen

ØHD-tilbudet er et sentralt virkemiddel som skal bidra til bedre ressursutnyttelse ved at kommunene tilbyr et godt alternativ til sykehusinnleggelse. I mange kommuner erstatter under halvparten av innleggelsene i øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD) innleggelse i sykehus. I tillegg er beleggsprosenten ved ØHD-tilbudene lav samlet sett, og helseforetakene mener at mange pasienter som legges inn på sykehus, heller burde vært lagt inn ved ØHD.

Totalt antall akuttinnleggelse i spesialisthelsetjenesten og i kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD), 2010–2014



Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet

- vurderer hvordan bruken kan bli mer i tråd med intensjonene, både med henblikk på belegg og målgruppe
- vurderer om det har økonomiske virkemidler som bidrar til at ØHD-tilbudet benyttes i tråd med intensjonene
- undersøker kvaliteten på tilbudet nærmere.

Samarbeidet om pasienter med behov for tjenester fra både primær- og spesialisthelsetjenesten er ikke godt nok

Behovet for å utveksle informasjon har økt etter innføringen av samhandlingsreformen. Flere enn halvparten av kommunene opplever at de ikke får tilstrekkelig informasjon om pasientenes forventede framtidige utvikling når de skrives ut fra sykehus til videre behandling og oppfølging i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Mange kommuner opplever at de heller ikke får tilstrekkelig informasjon om pasientenes samlede funksjonsnivå. Samtidig får mange helseforetak mangelfull informasjon om pasientens funksjonsnivå fra kommunene i forbindelse med at pasienter legges inn på sykehus, og medikamentlistene er ofte ufullstendige.

Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet vurderer tiltak som kan bedre samarbeidet mellom sykehusene og kommunene, blant annet når det gjelder kvaliteten på informasjonen som utveksles og bruken av individuell plan.

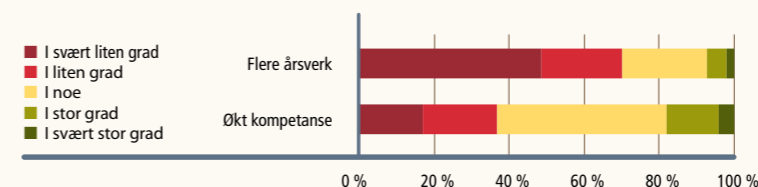
Innenfor rus- og psykiatriområdet er ikke tilbudet i kommunene styrket i takt med nedbyggingen av døgnplasser i spesialisthelsetjenesten

Antallet heldøgns plasser til rusbehandling og psykiatri i spesialisthelsetjenesten har blitt redusert med nesten 10 prosent fra 2010 til 2014. Denne reduksjonen har ikke blitt kompensert med en tilsvarende styrking av tilbudet i kommunene.

Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet bidrar til å styrke kommunenes arbeid med pasienter under psykisk helsevern eller rusomsorg. Dette innebærer blant annet å vurdere

- tiltak som sikrer at denne pasientgruppen får et egnet tilbud fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten
- om oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er tilstrekkelig klargjort for denne pasientgruppen.

I hvilken grad har kommunene økt antallet årsverk og kompetansen på rus- og psykiatriområdet etter innføringen av samhandlingsreformen?




Kommunene har i liten grad økt kapasiteten og styrket kompetansen etter innføringen av samhandlingsreformen

Få kommuner har etablert forsterkede korttids plasser til utskrivningsklare pasienter, rehabiliteringsplasser, omsorgsboliger eller langtids plasser i sykehjem etter innføringen av samhandlingsreformen. Et flertall av kommunene har ikke økt antallet årsverk i hjemmetjenesten eller ved sykehjem nevneverdig.

To av tre kommuner har bare i begrenset grad styrket kompetansen blant de ansatte ved sykehjemmene og i hjemmetjenesten i form av etter- eller videreutdanning.

Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet følger opp om planlagte tiltak i tilstrekkelig grad bidrar til å styrke kompetansen i kommunehelsetjenesten.



Riksrevisjonen
Pilestredet 42
Postboks 8130 Dep
0032 Oslo

Sentralbord 22 24 10 00
Telefaks 22 24 10 01
postmottak@riksrevisjonen.no

www.riksrevisjonen.no



23 257 -3 918 240 1 255 712 474 320 120 3 924 22 781 329 781 52