

Forvaltningsrevisjon | Tønsberg kommune

## Tilpasning til samhandlingsreformen



# Sammendrag

På oppdrag fra kontrollutvalget i Tønsberg kommune har Deloitte gjennomført en forvaltningsrevisjon av kommunens tilpasning til samhandlingsreformen. Prosjektet ble gjennomført i tidsrommet mars 2014 til mai 2014.

Revisjonskriteriene som er lagt til grunn for revisjonens vurderinger går frem av rapportens kapittel 3, mens datagrunnlaget presenteres i kapittel 4. For en mer utfyllende versjon av revisjonens vurderinger vises det til kapittel 5 i rapporten, og forslag til tiltak går frem av kapittel 6. Høringsuttalelse fra rådmannen i Tønsberg kommune er vedlagt rapporten.

## Gjennomføring av forvaltningsrevisjonen

Denne forvaltningsrevisjonen har undersøkt hvordan Tønsberg kommune har tilpasset seg samhandlingsreformen, og hvilke konsekvenser disse tilpasningene har hatt for kommunens tjenestetilbud og medfinansieringsansvar. Revisjonen har blant annet undersøkt om kommunen har utarbeidet målsetninger for tilpasninger til samhandlingsreformen, om kommunen har gjennomført hensiktsmessige, organisatoriske tilpasninger til reformen, hvordan kommunen samhandler med Sykehuset i Vestfold, og hvilke økonomiske konsekvenser samhandlingsreformen har fått for kommunen.

Revisjonen har gjennomgått dokumentasjon fra Tønsberg kommune, og hentet inn statistikk fra KOSTRA, helsedirektoratet og kommunen som viser aktivitet innen pleie- og omsorgstjenestene, og utgifter kommunen har hatt knyttet til innføringen av samhandlingsreformen. Revisjonen har også gjennomført intervjuer med syv personer som er sentrale i arbeidet med samhandlingsreformen i kommunen.

## Tilpasninger til samhandlingsreformen

***Problemstilling 1: I hvilken grad har Tønsberg kommune utarbeidet målsetninger for implementering av samhandlingsreformen, og hvordan følges disse opp?***

### Revisjonens vurdering:

Revisjonen mener undersøkelsen viser at kommunen ser på implementering av samhandlingsreformen som et viktig og prioritert område, og har etablert overordnede målsetninger og strategier for tilpasning til reformen, men at kommunen bør vurdere å formalisere flere konkrete, operasjonaliserte målsetninger knyttet til nye krav og oppgaver som følger av samhandlingsreformen.

Undersøkelsen viser videre at kommunens målsetninger følges opp gjennom tiltak i budsjett, og prosjekter som gjennomføres i kommunen. Når det gjelder oppfølging av målsetninger gjennom rapportering, mener revisjonen at kommunen bør vurdere å innføre rapportering knyttet til tjenestekvalitet og innhold i tjenestene for å sikre forbedring, oppfølging og kontroll av tilbudene.

***Problemstilling 2. Er pleie- og omsorgstjenestene i Tønsberg kommune organisert på en hensiktsmessig måte i forhold til å ivareta kommunens nye oppgaver som følger av samhandlingsreformen?***

**Revisjonens vurdering:**

Revisjonen mener undersøkelsen viser at Tønsberg kommune har iverksatt konkrete organisatoriske grep for å tilpasse tjenestene til endrede krav og nye oppgaver som følger av samhandlingsreformen. Samtidig understreker revisjonen at det fremstår som prosessen med organisatoriske tilpasninger ble igangsatt sent i forhold til når samhandlingsreformen ble innført. Revisjonen understreker også at det er viktig at implementeringen av omorganiseringen følges tett opp, og vurderes jevnlig for å sikre at den er godt tilpasset den videre utviklingen i samhandlingsreformen.

Revisjonen mener at etablering av tildelingskontoret kan bidra til en styrking av saksbehandlingskompetanse og faglig funderte vurderinger av tjenestebehov. Revisjonen mener videre at kommunen må sikre at det legges til rette for god samhandling og samordning mellom tildelingskontoret og tjenesteutøvere, slik at kartlegginger m.v. kan utføres effektivt og med tilfredsstillende faglig kvalitet.

Revisjonen mener at sammenslåingen av sykehjemmene i Tønsberg til én virksomhet, bidrar til å styrke kommunens evne til å møte nye krav og oppgaver som følger av samhandlingsreformen. Samtidig påpeker revisjonen at kommunen bør innføre konkrete tiltak for å sikre at ledere følger opp sine ansatte slik at ikke avstanden mellom leder og ansatt blir for stor.

**Tilbud ved institusjonstjenestene og hjemmebasert pleie og omsorg**

Når det gjelder kapasiteten innenfor institusjonene og den hjemmebaserte pleien og omsorgen i Tønsberg, fremgår det i undersøkelsen at sykehjemmene har utfordringer knyttet til sirkulasjon på korttidsplasser. Det pekes også på at kommunen har behov for flere korttidsplasser til personer med demens. Videre viser undersøkelsen at hjemmetjenesten har en utfordring knyttet til å ta imot et økt omfang av pasienter som har behov for tjenester i hjemmet etter innføringen av samhandlingsreformen. Det fremgår også at det er vedtatt å ansette demenskoordinator og kreftkoordinator i hjemmetjenesten for å bedre kapasitet og kompetanse.

Revisjonen mener at tiltak kommunen har, og er i ferd med å gjennomføre, kan bidra til å bedre kapasiteten både i hjemmetjenesten og institusjoner. For eksempel kan opprettelsen av flere korttidsplasser og hjemmetjenestens vektlegging av hverdagsrehabilitering bidra til dette.

Revisjonen mener videre at Tønsberg kommune har gjennomført en rekke tiltak som kan bidra til å bedre kompetansen innen helse- og omsorgstjenestene i kommunen. Blant annet viser undersøkelsen at det på sykehjemmene jobbes med å øke andelen ansatte med høyskoleutdannelse, og at det er opprettet tre stillinger som sykehjemsoverleger.

Omorganiseringen av helse og omsorg har etter revisjonens vurdering bidratt til å styrke mulighetene for tverrfaglig arbeid i helse- og omsorgsvirksomhetene, noe som kan bidra til kompetanseheving, spesielt dersom tverrfaglig arbeid inkluderer elementer av kompetanseoverføring mellom ulike ansattgrupper.

**Mottak av utskrivningsklare pasienter**

Undersøkelsen viser at Tønsberg kommune har mange overliggedøgn, og høye utgifter til betaling for opphold i sykehus for utskrivningsklare pasienter. Det har vært en kraftig økning i utgifter til overliggedøgn fra 2012 til 2013. Undersøkelsen viser at blant annet opphopning av pasienter på korttidsplasser har bidratt til at kommunen ikke klarer å ta imot tilstrekkelig mange utskrivningsklare pasienter fra sykehus, og at kommunen har behov for å redusere antallet pasienter med vedtak om langtidsplass ved sykehjem. Etter revisjonens vurdering kan økt kapasitet og kompetanse i hjemmetjenesten avhjelpe situasjonen på dette området. Samtidig bør

nye avklaringsplasser, akutt-plasser og observasjonsplasser opprettet ved sykehjemmene medføre at kommunen klarer å ta imot flere utskrivningsklare pasienter, og redusere utgiftene til overliggedøgn som må betales til sykehuset.

### **Forebyggende tiltak og reduksjon i behov for sykehusinnleggelse**

Undersøkelsen viser at Tønsberg kommune arbeider målrettet med forebyggende tiltak som et ledd i tilpasningen til samhandlingsreformen. Revisjonen mener tiltakene kommunen har innført er hensiktsmessige i forhold til formålet om å redusere andelen sykehusinnleggelse, men påpeker at for å få ønsket effekt må man følge nøye opp at tjenesteutøvelsen har tilfredsstillende kvalitet. Revisjonen mener også kommunens vektlegging av folkehelse generelt i befolkningen og opprettelsen av en stilling som folkehelsekoordinator kan ha en positiv effekt på lang sikt.

Revisjonen anbefaler at helse og omsorg bør arbeide for å få avvikssystemet til å fungere slik at det er egnet til å registrere kvalitetsavvik i tjenesteutøvelsen, og benyttes aktivt til dette.

### **Tilbud om øyeblikkelig hjelp**

Tønsberg kommune har etablert plasser beregnet for øyeblikkelig hjelp, i samsvar med kravene i samhandlingsreformen som vil være gjeldende fra 2016.

***Problemstilling 3: Er Tønsberg kommunes samhandling med helseforetakene hensiktsmessig for å sikre tilstrekkelig oppfølging av pasienter før, under og etter sykehusopphold?***

#### Revisjonens vurdering:

Kommunen har inngått samarbeidsavtaler med sykehuset i Vestfold (SiV) i samsvar med lovpålagte krav (jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 6-1 og 6-2), og har etablert en samhandlingsmodell sammen med andre kommuner i Vestfold og SiV. Revisjonen mener det er viktig å sørge for at avtalene evalueres og revideres ved behov.

Undersøkelsen viser også at Tønsberg kommune har etablert systemer og rutiner for å sikre kommunikasjons- og informasjonsflyt mellom kommunen og helseforetaket, men det vises til at kommunen opplever at helseforetaket ikke alltid er innforstått med informasjonsbehovet i kommunen ved overføring av pasienter. Etter revisjonens vurdering bør kommunen tydeliggjøre hvilke informasjonsbehov de har på ulike nivåer, og gi tilbakemeldinger til helseforetaket når denne eventuelt mangler eller er ufullstendig.

***Problemstilling 4: Hvilke økonomiske konsekvenser har samhandlingsreformen fått for Tønsberg kommune?***

#### Revisjonens vurdering:

I 2012 gikk Tønsberg kommune i underskudd i forhold til budsjetterte midler til å dekke utgifter til medfinansieringsansvaret som følger av samhandlingsreformen. Underskuddet utgjorde for 2012 ca. 4,2 mill. kr. Etter økte bevilgninger i 2013, ble underskuddet snudd til et positivt resultat, med et mindreforbruk på ca. 2,5 mill. Revisjonen mener likevel kommunen har en stor utfordring knyttet til å klare å redusere kostnadene til medfinansiering.

Kommunen har ikke egne tall som viser kostnader knyttet til nye tiltak og omorganisering som følger av samhandlingsreformen. Undersøkelsen viser at det føres kontroll med økonomien i sektoren gjennom jevnlig rapportering, samtidig som virksomhetene innenfor helse og omsorg fortsetter å gå med underskudd.

**Basert på funn og vurderinger vil revisjonen anbefale at Tønsberg kommune gjennomfører følgende tiltak:**

1. *Formalisere og konkretisere mål for virksomhetene innenfor helse og omsorg knyttet til nye krav og oppgaver som følger av samhandlingsreformen.*
2. *Vurdere å innføre rapportering knyttet til tjenestekvalitet og innhold i tjenestene for å sikre forbedring, oppfølging og kontroll med utviklingen av tilbudene.*
3. *Sikre at omorganiseringen i helse og omsorg følges tett opp for å sikre at nødvendige tilpasninger til videre utvikling i samhandlingsreformen gjennomføres og følges opp. Under dette:*
  - a) *Sikre at det legges til rette for god samhandling mellom tildelingskontoret og tjenesteutøvere slik at kartlegginger m.v kan utføres effektivt og med tilfredsstillende faglig kvalitet.*
  - b) *Sikre tett oppfølging av ledere og ansatte i sykehjemmene for å sikre at praksis er i samsvar med intensjonen med omorganiseringen.*
4. *Konkretisere mål for reduksjon av ufrivillig deltid innen helse og omsorg.*
5. *Utarbeide kompetanseutviklingsplaner i alle virksomheter innenfor helse og omsorg.*
6. *Arbeide med kompetanseoverføring mellom ulike ansattgrupper, slik at enkle oppgaver kan utføres av de som har det daglige pleieansvaret for pasientene.*
7. *Sikre at kapasitet og kompetanse i hjemmetjenesten er tilstrekkelig til at tjenesten kan ta imot og følg opp utskrivningsklare pasienter som har behov for tjenester.*
8. *Prioritere at alle relevante rutiner, prosedyrer mv. samles og oppdateres i kvalitetssystemet, og sette i verk tiltak for å sikre at dette systemet benyttes aktivt.*
9. *Etablere et system for avviksrapportering og -håndtering som sikrer at dette benyttes aktivt i organisasjonen, og sikre at det benyttes som et ledd i det kontinuerlige forbedringsarbeidet innenfor helse- og omsorgstjenestene.*
10. *Sikre tett oppfølging av utgiftene til overliggedøgn for å kartlegge i hvilken grad iværksatte tiltak medfører reduksjon i utgiftene.*
11. *Vurdere å innføre konkrete tiltak med blant annet informasjon til ulike befolkningsgrupper om kommunens forebyggende arbeid, og hvordan man ønsker at helse- og omsorgstilbudet i kommunen skal innrettes.*
12. *Sikre at kommunens avtaler med helseforetaket evalueres jevnlig og revideres ved behov.*
13. *Tydeliggjøre overfor helseforetaket hvilke informasjonsbehov kommunen har for å sikre effektivitet ved pasientoverføringer, og vurdere tiltak om kan bidra til at avvismeldingssystemet mellom kommunen og helseforetaket tas aktivt i bruk.*

# Innhold

<b>Sammendrag</b> .....	<b>2</b>
<b>1. Innledning</b> .....	<b>8</b>
1.1 Formål og problemstillinger .....	8
<b>2. Metode</b> .....	<b>9</b>
2.1 Dokumentanalyse .....	9
2.2 Intervju .....	9
2.3 Statistikk .....	9
2.4 Verifiseringsprosesser .....	9
<b>3. Revisjonskriterier</b> .....	<b>10</b>
3.1 Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester .....	10
3.1.1 Tildeling av tjenester.....	11
3.2 Samhandlingsreformen .....	12
3.2.1 Kommunal medfinansiering og betalingsansvar .....	12
3.2.2 Lovpålagte samarbeidsavtaler.....	13
3.3 BEON-prinsippet.....	13
3.3.1 Økt innsats på folkehelsearbeid og forebygging .....	14
3.3.2 Kommunalt tilbud om øyeblikkelig hjelp .....	14
<b>4. Data</b> .....	<b>15</b>
4.1 Målsetninger for implementering av samhandlingsreformen .....	15
4.1.1 Rapportering .....	16
4.2 Organisering tilpasset samhandlingsreformen.....	16
4.2.1 Opprettelse av virksomhet for tildeling .....	16
4.2.2 Omorganisering av helse og omsorg .....	17
4.2.3 Hjemmetjenesten .....	17
4.2.4 Evaluering av omorganiseringen .....	18
4.3 Tjenestetilbud innenfor helse og omsorg .....	18
4.3.1 Kompetanse.....	19
4.3.2 Kapasitet.....	21
4.3.3 Tilbud om øyeblikkelig hjelp og mottak av utskrivningsklare pasienter .....	22
4.3.4 Andel pasienter innlagt på sykehus.....	24
4.4 Saksbehandling og rutiner ved tildeling av tjenester.....	25
4.5 Samhandling og kommunikasjon med helseforetak .....	26
4.6 Økonomiske konsekvenser av samhandlingsreformen .....	28
4.6.1 Utgifter knyttet til kommunens medfinansieringsansvar.....	28
4.6.2 Utgifter til sykehusopphold for utskrivningsklare pasienter .....	29
<b>5. Vurdering</b> .....	<b>32</b>
5.1 I hvilken grad har Tønsberg kommune utarbeidet målsetninger for implementering av samhandlingsreformen, og hvordan følges disse opp? .....	32
5.2 Er pleie- og omsorgstjenestene i Tønsberg kommune organisert på en hensiktsmessig måte i forhold til å ivareta kommunens nye oppgaver som følger av samhandlingsreformen? .....	32
5.3 Har kommunen tilstrekkelig tilbud innenfor institusjonstjenestene og hjemmebasert pleie og omsorg?.....	33
5.3.1 Kapasitet.....	33

5.3.2	Kompetanse.....	34
5.3.3	Tilpassede tilbud.....	34
5.4	I hvilken grad klarer kommunen å ta imot utskrivningsklare pasienter?.....	35
5.5	I hvilken grad har kommunen klart å redusere andelen pasienter innlagt på sykehus? .....	35
5.6	Har kommunen tilstrekkelige forebyggende tiltak for å bidra til å redusere behovet for sykehusinnleggelse? .....	36
5.7	Har kommunen laget nødvendige planer for å sikre at tilbud om øyeblikkelig hjelp kan iverksettes i 2016?.....	36
5.8	Er Tønsberg kommunes samhandling med helseforetakene hensiktsmessig for å sikre tilstrekkelig oppfølging av pasienter før, under og etter sykehusopphold?.....	37
5.8.1	Er kommunens avtaler med helseforetakene hensiktsmessige?.....	37
5.8.2	Er kommunikasjon- og informasjonsflyten mellom kommunen og helseforetak tilfredsstillende? .....	37
5.9	Hvilke økonomiske konsekvenser har samhandlingsreformen fått for Tønsberg kommune?... 37	
5.9.1	Utgifter knyttet til sykehusopphold (kommunens medfinansieringsansvar) .....	37
5.9.2	Tilpasning av pleie- og omsorgstilbud .....	37
<b>6.</b>	<b>Anbefalinger.....</b>	<b>39</b>
	<b>Vedlegg 1: Rådmannens høringsuttalelse .....</b>	<b>40</b>
	<b>Referanser .....</b>	<b>46</b>

Tabell 1:	Oversikt over kommunens institusjonsplasser, mai 2014.....	19
Tabell 2:	KOSTRA - Andel årsverk i brukerrettede tjenester med fagutdanning.....	20
Tabell 3:	KOSTRA – Dekningsgrader institusjoner.....	21
Tabell 4:	KOSTRA – Institusjonsplasser til korttids opphold, demente og rehabilitering .....	22
Tabell 5:	KOSTRA- dekningsgrader for mottakere av hjemmetjenster .....	22
Tabell 6:	Sammenligning av kostnader per innbygger (tallgrunnlag fra Helsedirektoratet) .....	31

# 1. Innledning

Deloitte har i samsvar med bestilling fra kontrollutvalget 21.11.2013, saksnr. 39/13, gjennomført en forvaltningsrevisjon av kommunens tilpasning til samhandlingsreformen.

## 1.1 Formål og problemstillinger

Formålet med prosjektet har vært å undersøke hvordan kommunen har tilpasset seg samhandlingsreformen og hvilke konsekvenser dette har hatt for kommunens tjenestetilbud og medfinansieringsansvar.

Med bakgrunn i formålet med prosjektet er det formulert følgende problemstillinger:

1. I hvilken grad har Tønsberg kommune utarbeidet målsetninger for implementering av samhandlingsreformen, og hvordan følges disse opp?
2. Er pleie- og omsorgstjenestene i Tønsberg kommune organisert på en hensiktsmessig måte i forhold til å ivareta kommunens nye oppgaver som følger av Samhandlingsreformen?
  - a. Har kommunen tilstrekkelig tilbud innenfor institusjonstjenestene og hjemmebasert pleie- og omsorg? Under dette når det gjelder:
    - Kapasitet
    - Kompetanse
    - Tilpassede tilbud
  - b. I hvilken grad klarer kommunen å ta imot utskrivningsklare pasienter?
  - c. I hvilken grad har kommunen klart å redusere andelen pasienter innlagt på sykehus?
  - d. Har kommunen tilstrekkelige forebyggende tiltak for å bidra til å redusere behovet for sykehusinnleggelse?
  - e. Har kommunen laget nødvendige planer for å sikre at tilbud om øyeblikkelig hjelp kan iverksettes i 2016?
3. Er Tønsberg kommunes samhandling med helseforetakene hensiktsmessig for å sikre tilstrekkelig oppfølging av pasienter før, under og etter sykehusopphold?
  - a. Er kommunens avtaler med helseforetakene hensiktsmessige?
  - b. Er kommunikasjon- og informasjonsflyten mellom kommunen og helseforetak tilfredsstillende?
4. Hvilke økonomiske konsekvenser har samhandlingsreformen fått for Tønsberg kommune? Når det gjelder:
  - a. Utgifter knyttet til sykehusopphold? (kommunens medfinansieringsansvar)
  - b. Tilpasning av pleie- og omsorgstilbud?

## 1.2 Avgrensinger

I prosjektet vil det særlig være fokus på den delen av helse og omsorgstjenester som per i dag er omfattet av samhandlingsreformen, dvs. tjenestene som primært ytes til eldre og pleietrengende i kommunen og som omfattes av § 3-2, punkt 5 og punkt 6 bokstav a-d i helse- og omsorgstjenesteloven. Revisjonen vil ikke omfatte tjenester til rus- og psykiatri, ettersom denne delen av samhandlingsreformen ennå ikke er fullt implementert.



## 2. Metode

Oppdraget er utført i samsvar med gjeldende standard for forvaltningsrevisjon (RSK 001).

### 2.1 Dokumentanalyse

Rettsregler og kommunale vedtak er gjennomgått og benyttet som revisjonskriterier. Videre er informasjon om kommunen og interne rutiner og inngåtte avtaler med helseforetak m.m. samlet inn og analysert.

### 2.2 Intervju

Revisjonen har gjennomført intervjuer med kommunaldirektør for helse og omsorg, leder for fagenhet for Helse og omsorg, virksomhetsledere for hjemmetjenesten og sykehjemmene i Tønsberg kommune. I tillegg vil vi intervju virksomhetsleder for tildeling av helse- og omsorgstjenester i kommunen, og økonomisjefen for kommunen. Det ble også gjennomført et intervju med hovedtillitsvalgt for Fagforbundet i Tønsberg kommune. Dette utgjør til sammen syv intervjuer.

### 2.3 Statistikk

KOSTRA-tall knyttet til helse og omsorgstjenester i kommunene er hentet ut og oppsummert. I tillegg er det innhentet tall fra Helsedirektoratet, og kommunens egne tall, som omhandler elementer fra samhandlingsreformen, om antallet utskrivningsklare pasienter som kommunen må betale liggedøgn på sykehuset for og kostander til medfinansiering av behandling i spesialisthelsetjenesten. Revisjonen har oppsummert tallene, og presenterer indikatorer som er aktuelle for pleie og omsorg i Tønsberg kommune.

### 2.4 Verifiseringsprosesser

Referat fra intervju er sendt til intervjuobjektene for verifisering. Det er informasjon fra verifiserte intervju som vil er benyttet i rapporten. Rapportutkast er sendt til rådmannen for verifisering og høring. Rådmannen sin uttalelse er vedlagt den endelige rapporten.

# 3. Revisjonskriterier

Innsamlede data er vurdert opp mot revisjonskriterier i form av lover, rettsregler og relevante kommunale vedtak og retningslinjer. Revisjonskriteriene her primært hentet fra lov om helse- og omsorgstjenesteloven, og stortingsmeldingen om samhandlingsreformen.

## 3.1 Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester

Ikraftsettelse av samhandlingsreformen 1. januar 2012 medførte endringer i sentrale lovverk som regulerer kommunens tjenesteproduksjon, og det ble innført ny Helse- og omsorgstjenestelov og Folkehelselov.

Det kommunale ansvaret for helse- og omsorgstjenester er nedfelt i helse- og omsorgstjenesteloven og det går frem følgende om formålet med loven:

«Lovens formål er særlig å:

1. forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne,
2. fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer,
3. sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre,
4. sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud,
5. sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov,
6. sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet og
7. bidra til at ressursene utnyttes best mulig.» (jf. § 1-1)

Kommunen skal i følge lovens § 3-1 sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Dette omfatter et ansvar for å tilby alt fra helsefremmende og forebyggende tjenester til plass på institusjon/ sykehjem, jf. § 3-2:

### «3-2. Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester

For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen blant annet tilby følgende:

1. Helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder:
  - a. helsetjeneste i skoler og
  - b. helsestasjonstjeneste
2. Svangerskaps- og barselomsorgstjenester
3. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder:
  - a. legevakt,
  - b. heldøgns medisinsk akuttberedskap og medisinsk nødmeldetjeneste
4. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning
5. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering
6. Andre helse- og omsorgstjenester, herunder:
  - a. helsetjenester i hjemmet,
  - b. personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt,
  - c. plass i institusjon, herunder sykehjem og
  - d. avlastningstiltak.»

Videre fremgår det av regelverket at helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter denne loven skal være forsvarlige. I § 4-1 om «Forvarlighet» går det frem at:

«Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at:

- a. den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud,
- b. den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud,
- c. helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og
- d. tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene.»

I kommentarer til reglene om rett til nødvendig helsehjelp fremgår det at «Nødvendige helse- og omsorgstjenester må ses i sammenheng med kravet om forsvarlige tjenester (...).»<sup>1</sup>

Kommunen kan bestemme hvordan helsehjelpen skal gis, men hjelpen må uansett være forsvarlig ut fra en medisinsk og sykepleiefaglig vurdering. Dette betyr at man for eksempel ikke kan kreve en plass på et sykehjem dersom nødvendig og forsvarlig helsehjelp etter en helsefaglig vurdering kan gis i hjemmet eller i omsorgsbolig.<sup>2</sup>

### 3.1.1 Tildeling av tjenester

Ved tildeling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven skal kommunen foreta en individuell vurdering i samråd med den som skal motta tjenestene. Ved forventning om at tildeling av helse- og omsorgstjenestene vil ha varighet på mer enn to uker, skal tildelingen skje i form av skriftlig vedtak som beskriver innholdet i og omfanget av tjenesten etter forvaltningslovens regler, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 2-2.

Tildeling av helse- og omsorgstjenester er også regnet som et enkeltvedtak etter forvaltningslovens § 2 b, og medfører at forvaltningslovens regler gjelder for saksbehandlingen.

Enkeltvedtak skal være skriftlige om dette ikke av praktiske grunner «*vil være særlig byrdefullt for forvaltningsorganet*» (jf. § 23) og vedtaket skal være begrunnet (jf. § 24).

Den som ønsker helsehjelp kan klage dersom vedkommende mener at han/hun har fått mangelfulle tjenester. Klager på vedtak skal sendes til den respektive kommunen. Dersom klagen til kommunen ikke gir ønskelig utfall, vil Fylkesmannen være neste klageinstans. Retten til å klage på enkeltvedtak er omtalt i forvaltningsloven:

«Enkeltvedtak kan påklages av en part eller annen med rettslig klageinteresse i saken til det forvaltningsorgan (klageinstansen) som er nærmest overordnet det forvaltningsorgan som har truffet vedtaket (underinstansen).

For enkeltvedtak som er truffet av forvaltningsorgan opprettet i medhold av lov om kommuner og fylkeskommuner, er klageinstansen kommunestyret eller fylkestinget, eller etter disses bestemmelse, formannskapet eller fylkesutvalget eller en eller flere særskilte klagenemnder oppnevnt av kommunestyret eller fylkestinget. (...)

Er det klagerett over et vedtak om å avvise en klage som er truffet av et kommunalt eller fylkeskommunalt organ som klageinstans, går klagen til fylkesmannen.» (§ 28)

<sup>1</sup> Gyldendals rettsdata, Lov om helse- og omsorgstjenester, note (7):

<http://abo.rettssystem.no/browse.aspx?bid=autoComp&sDest=qL20110624z2D30>

<sup>2</sup> [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)

## 3.2 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen trådte i kraft 1. januar 2012 og har som mål å bidra til at alle får rett behandling, til rett tid og på rett sted.<sup>3</sup> I St. meld. 45 «Samhandlingsreformen» tas det utgangspunkt i tre sentrale utfordringer innenfor helse- og omsorg.

1. Mangel på tilstrekkelig koordinerte tjenester
2. For liten innsats på å begrense og forebygge sykdom
3. Demografisk utvikling som kan true samfunnets økonomiske bæreevne («eldrebølge»)

Samhandlingsreformen innebærer økt innsats for det forebyggende helsearbeidet, som skal bidra til mindre press på etterspørselen etter spesialiserte helsetjenester. I tillegg er Samhandlingsreformen ment å bidra til at kommunene skal ha ansvar for mest mulig av pleie- og omsorgstilbudet til innbyggerne, slik at spesialisthelsetjenesten utelukkende skal drive de spesialiserte tjenestene. Reformen har til hensikt å sikre bedre samhandling mellom sykehusene og kommunene om enkeltpasienter og pasientgrupper.

I forbindelse med samhandlingsreformen er intensjonen at kommunene skal opprette kommunale tilbud før, istedenfor og etter sykehusopphold. Det ligger spesielt incentiver knyttet til å redusere andelen «utskrivningsklare pasienter», behandling av medisinske pasienter ved somatiske sykehus, og øyeblikkelig hjelp innleggelser.

Blant de mest sentrale virkemidlene i samhandlingsreformen er:<sup>4</sup>

- Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten
- Kommunalt betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter
- Økt innsats på folkehelsearbeid og forebygging i helse- og omsorgstjenesten
- Lovpålagt samarbeidsavtale mellom kommuner og regionale helseforetak
- Ny kommunal plikt til å tilby døgnopphold til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp

### 3.2.1 Kommunal medfinansiering og betalingsansvar

Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunalt betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter trådte i kraft i 2012. De økonomiske virkemidlene skal støtte målene om bedre arbeidsfordeling mellom kommune og helseforetak, gode pasientforløp og kostnadseffektive løsninger.<sup>2</sup>

**Kommunal medfinansiering** innebærer at kommunene betaler 20 % av regningen når innbyggere med "vanlige" medisinske diagnoser legges inn på sykehus. Hensikten er å gjøre kommunene mer bevisste på viktigheten av å fremme helse, forebygge sykdom og bygge opp lokale tilbud ved å la dem være med på å betale for innleggelsene. Kirurgisk behandling, nyfødte barn, fødsler og behandling med kostbare biologiske legemidler omfattes ikke av kommunal medfinansiering.<sup>5</sup>

**Kommunalt betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter** innebærer at kommunene overtar det finansielle ansvaret for utskrivningsklare pasienter på sykehus fra første dag. Betalingssetningen er satt til kroner 4 000 per døgnopphold. Målet er å hindre at utskrivningsklare pasienter blir liggende på sykehus og vente fordi kommunen deres ikke har et tilbud til dem.

KS har pekt på at det er flere utfordringer i kommunene når det gjelder rutiner for å følge opp forskriftens krav, og har på bakgrunn av dette utarbeidet et skjema for at kommunene kan registrere hvordan utskrivningsprosessen fungerer mellom sykehuset og kommunen. Formålet med å fylle ut ett skjema for hver pasient, er at dette kan bli et faktagrunnlag om hvordan samarbeidet fungerer, og synliggjøre hvor det er muligheter for forbedring. KS peker også på at

<sup>3</sup> Helse- og omsorgsdepartementet, St.meld. nr. 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid

<sup>4</sup> Kommuneproposisjonen 2012 – Prop. 115S

<sup>5</sup> Regjeringen.no: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/samhandlingsreformen/om-samhandlingsreformen/kommunal-medfinansiering.html?id=650122>

dette kan gi en systematisk tilnærming i dialogen med sykehuset om hva som fungerer og ikke. Det anbefales at skjemaet fylles ut elektronisk for hver pasient.

### 3.2.2 Lovpålagte samarbeidsavtaler

Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 6-1 og 6-2 viser til kommunens plikt til å inngå samarbeidsavtaler med det regionale helseforetaket, og beskriver krav til avtalene. Helse- og omsorgsdepartementet har også utarbeidet en nasjonal veileder for samarbeidsavtalene. Avtalene kan inngås alene eller sammen med andre kommuner. Hensikten med samarbeidsavtalene er å skape et mer helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester for pasientene og brukerne. Samarbeidsavtalene skal konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommuner og helseforetak, samt etablere gode rutiner for samarbeid på sentrale samhandlingsområder.<sup>6</sup>

Krav til avtalen innhold fremgår av § 6-2, og spesifiserer at avtalene som et minimum skal inneholde en enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for. Avtalen skal bidra til en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre. Den skal også inneholde retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering mv. for å sikre helhetlige helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester. Videre er det et krav at avtalen gir retningslinjer for innleggelse i sykehus, beskriver kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp og gir retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon. Ellers skal avtalen blant annet også inneholde retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering.

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

### 3.3 BEON-prinsippet<sup>7</sup>

For å vurdere om kommunenes tilbud om pleie- og omsorgstjenester er helhetlig er BEON-prinsippet vanlig å benytte. BEON-prinsippet vil si at tjenestene skal tildeles og ytes på «Beste Effektive Omsorgs Nivå» (BEON). Prinsippet bygger på at kommunen bør tilby en trinnvis opptrapping av pleie- og omsorg for den enkelte, slik at flest mulig kan bo hjemme så lenge som mulig, samtidig som kommunen yter tjenester så effektivt som mulig.

BEON-prinsippet omfatter både forebyggende arbeid, hjemmetjenester og institusjonsbruk. BEON-prinsippet samsvarer i stor grad med intensjonen i samhandlingsreformen, om å bygge ut helsetilbud nærmere der folk bor, og øke fokuset på forebyggende helsearbeid.

Omsorgstrappen i BEON-prinsippet er illustrert i figuren under.

<sup>6</sup> Nasjonal veileder for lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak

<sup>7</sup> BEON prinsippet omtales også i en del sammenhenger som «LEON-prinsippet» som betyr «Lavest effektive omsorgsnivå». Deloitte har valgt å benytte betegnelsen BEON.

# Omsorgstrappen

## BEON-prinsippet



### 3.3.1 Økt innsats på folkehelsearbeid og forebygging

Et viktig element i samhandlingsreformen er å utvikle kommunerollen, slik at kommunene i større grad enn tidligere kan nå målene om forebygging og tidlig innsats for å hindre at sykdom utvikler seg. Det skal lønne seg for kommunene å satse på forebygging, slik at innbyggerne i mindre grad trenger spesialisthelsetjenester.<sup>8</sup> Helsetjenesten har hatt stort fokus på behandling av sykdommer og senkomplikasjoner, og forebygging og tidlig innsats har ofte blitt tapere i kampen mot de mer spesialiserte og eksponerte tjenestene.

Fokus på forebygging og tidlig intervensjon er et uttrykk for et ønske om at det i større grad skal være et helhetsperspektiv på helse- og omsorgstjenestene. Samhandlingsreformen har som mål «å benytte og videreutvikle dokumenterte tiltak som reduserer, og til dels motvirker, risiko for funksjonstap med bortfall fra skole og yrkesliv, og som påvirker individets egenmestring og reduserer risikoen for sykdomsutvikling».<sup>3</sup> Økt fokus på forebygging skal finansieres med økte midler gjennom kommunenes frie inntekter til forebyggende helsetjenester.<sup>9</sup>

### 3.3.2 Kommunalt tilbud om øyeblikkelig hjelp

Samhandlingsreformen har som mål å bygge ut tjenester der folk bor, og derfor blir det fra og med 2016 også stilt krav om at kommunene skal tilby døgnopphold for øyeblikkelig hjelp. Dette er en oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Det vil i første omgang være aktuelt at plikten omfatter somatiske pasienter. Etter hvert vurderes det i hvilken grad rusbehandling og psykisk helsevern skal omfattes av plikten. Tilbudet skal fases inn i fireårsperioden 2012-2015. Utgiftene fullfinansieres gjennom overføring av midler fra de regionale helseforetakenes basisbevilgninger. I innfasingen vil kommunene få midlene etter hvert som tilbudene blir etablert. Beregningen har tatt utgangspunkt i historisk forbruk av øyeblikkelig hjelp-plasser, og midlene er fordelt etter samme fordelingsnøkkel som er brukt til utskrivningsklare pasienter og kommunal medfinansiering.<sup>10</sup>

<sup>8</sup> Stortingsmelding 47 - Samhandlingsreformen

<sup>9</sup> Ref. St.prp. nr. 1 (2009 – 2010) og Stortingsmelding 47 – Samhandlingsreformen, pkt. 3.3.3.

<sup>10</sup> Helsedirektoratet: <http://helsedirektoratet.no/finansiering/okonomiske-virkemidler-i-samhandlingsreformen/oyeblikkelig-hjelp-dogntilbud/Sider/dogntilbud-for-oyeblikkelig-hjelp-i-kommunen-.aspx>

# 4. Data

## 4.1 Målsetninger for implementering av samhandlingsreformen

Tønsberg kommunes målsetninger, prioriterte områder og strategier knyttet til samhandlingsreformen er tydeliggjort i budsjettforslag, utfordringsdokument<sup>11</sup> og økonomiplaner. Blant annet går det frem av kommunens utfordringsdokument 2012-15 at strategisk fokusområde nummer én innen helse- og sosiale tjenester for kommuneplan 2012-24 er at samhandlingsreformens forpliktelser ivaretas. Herunder presiseres delmålene:

- «Tilrettelegge for gode behandlende tjenester som ivaretar helhetlige pasientforløp
- Kommunen iverksetter tiltak for å møte innbyggernes helseutfordringer
- Tilby tilpassede boliger til innbyggere med spesielle behov
- Kommunen har et godt utbygget habiliterings- og rehabiliteringsbehov»<sup>12</sup>

Gjennom intervju med ledere i kommunen formidles det at kommunens målsetninger knyttet til arbeidet med samhandlingsreformen oppleves som tydelige. Det pekes på at mange av målene er vidt formulert for kunne fungere på lang sikt. Samtidig er målsetningene styrende for kommunens satsningsområder, og kommer til uttrykk gjennom budsjetter og styringsdokumenter som kommuneplaner. I intervjuer trekkes spesielt arbeidet med forebygging og rehabilitering, som også er vektlagt blant annet i utfordringsdokument<sup>13</sup>, frem som viktige målsetninger.

Det understrekes videre i intervju at målsetninger som er nedfelt i kommuneplaner skal være styrende for virksomhetenes drift, og den enkelte virksomhetsleder er ansvarlig for å utforme konkrete målsetninger for sin virksomhet i samsvar med overordnede mål.

Det blir samtidig forklart at kommunen har ikke fastsatt konkrete mål for maksimalt antall overliggedøgn eller liknende knyttet til samhandlingsreformen spesielt, men at når det gjelder for eksempel sykehjemsplasser er det satt som mål at minst 30 % av det totale antall sykehjemsplasser skal være korttidsplasser. Det blir opplyst at på tidspunktet for revisjonen er denne andelen om lag 15 %.

Det er ikke nedfelt skriftlig formaliserte måltall for den typen målsetninger som gjelder for hjemmetjenesten, og det opplyses i intervju at det er behov for å etablere noen måltall for arbeidet.

Det fremgår i intervju at en av målsetningene på virksomhetsnivå for hjemmetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen omhandler å sikre et helhetlig pasientløp, og herunder jobbe med å styrke hverdagsrehabiliteringen. Målet om hverdagsrehabilitering er skriftliggjort i blant annet kommunens utfordringsdokument, men virksomheten har ikke operasjonalisert skriftlig hva som legges i et helhetlig pasientforløp utover dette. Det understrekes i intervju at hensikten med å innføre hverdagsrehabilitering som metode i hjemmetjenesten er at flere pasienter skal få målrettet opptrening til å klare seg hjemme lenger. Det pekes på at en slik tilnærming kan medvirke til å differensiere kommunens tjenestetilbud, slik at det kan gis

<sup>11</sup> Tønsberg kommune, 2011. Utfordringsdokument 2012–2015. *Langsiktige og kortsiktige utfordringer for Tønsberg kommune*, identifiserer kommunens sentrale utfordringer i ulike tidsperioder, som perioden 2012 til 2015 og 2014 til 2017, og er utarbeidet administrativt i kommunen men presentert for politisk nivå.

<sup>12</sup> Tønsberg kommune, 2011. Utfordringsdokument 2012–2015. *Langsiktige og kortsiktige utfordringer for Tønsberg kommune*, s. 20.

<sup>13</sup> Tønsberg kommune, 2011. Utfordringsdokument 2012–2015. *Langsiktige og kortsiktige utfordringer for Tønsberg kommune*, s. 21.

forsterkede tjenester til de sykeste, samtidig som brukere som har mulighet til å bli friske også får et tilpasset tilbud. Målsettingen er at så mange som mulig settes i stand til å greie seg selv i størst mulig grad.

#### 4.1.1 Rapportering

Enhetene rapporterer månedlig til virksomhetsleder om regnskap/ prognoser i forhold til budsjett. Virksomhetsleder rapporterer samlet for den enkelte virksomhet til rådmannsnivå. Det sendes også tertialrapporter fra rådmann til bystyret om økonomisk utvikling i virksomhetene.

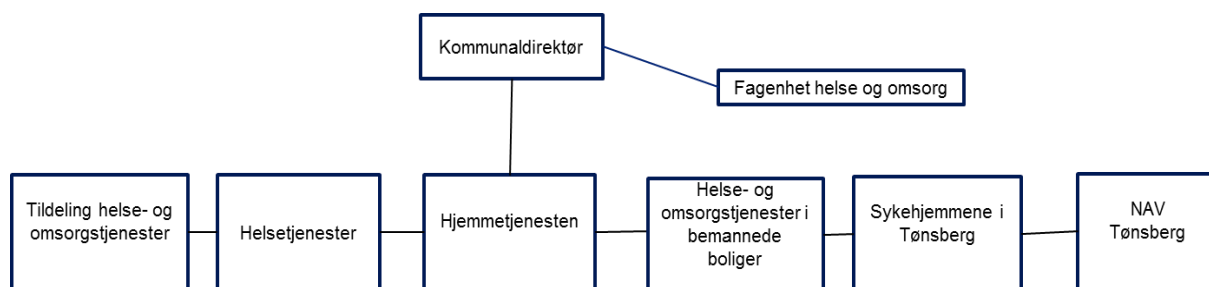
Tildelingskontoret utarbeider en månedlig skriftlig rapport til kommunaldirektør og rådmann som omhandler antall overliggedøgn, antall innlagte på sykehus og meldte avvik. Avviksmeldinger dreier seg mest om HMS-avvik, og lite om mangler ved tjenesteutøvelsen.

Virksomhetsledere rapporterer ellers skriftlig til rådmann om sykefravær, antall ansatte osv., og disse temaene tas opp i rådmannsteamet. I intervju påpekes det at det generelt er lite rapportering og involvering av politisk nivå i kommunen når det gjelder kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene. Dette ønsker kommunaldirektøren for helse og omsorg å endre, ved å legge opp til større grad av rapportering om kvalitet i tjenestene.

## 4.2 Organisering tilpasset samhandlingsreformen

Helse- og omsorgstjenestene i Tønsberg kommune har gjennomgått en omorganisering som ble iverksatt 1.1.2013.

Figur 1: Organisasjonskart helse og omsorg Tønsberg kommune (virksomhetsnivå)<sup>14</sup>



I intervjuer opplyses det at omorganiseringen ble satt i gang fordi kommunen ønsket å tilrettelegge kommunens organisering mer i samsvar med samhandlingsreformens formål. Det fremgår av kommunens utfordringsdokument at omorganiseringen har ført til at antallet virksomheter er redusert, og at organisasjon er bedre tilpasset utfordringene som følger av innføringen av samhandlingsreformen.<sup>15</sup>

#### 4.2.1 Opprettelse av virksomhet for tildeling

Kommunen startet i november 2011 prosjektet «En dør inn», som blant annet dannet grunnlaget for etablering av virksomhet for tildeling av helse- og omsorgstjenester. Bakgrunnen for prosjektet var at flere interne prosjekter og revisjoner hadde avdekket et behov for mer helhetlig koordinering, styring og tildeling av tjenester innen helse og omsorg i kommunen.<sup>16</sup>

Prosjektet hadde som formål å rendyrke bestiller-utøver modellen, slik at tildeling av alle tjenester i helse og omsorg blir gjort samme sted. Det skulle også bidra til at brukere får ett sted å henvende seg til i kommunen ved behov for tjenester. I tillegg var et viktig fokus å sikre helsefaglig forvarlighet som basis for tjenestetildelingen, samtidig som man styrker saksbehandlingen i forhold til forvaltningsrettslige krav. Det blir i intervju også pekt på at det i større grad skulle tas økonomiske hensyn i forbindelse med tildelinger.

<sup>14</sup> Tønsberg kommune, udatert. Organisasjonskart helse og omsorg Tønsberg kommune.

<sup>15</sup> Tønsberg kommune, udatert. *Utfordringsdokumentet 2014–2017*.

<sup>16</sup> Prosjektrapport. «En dør inn. Forsvarlig tildeling av tjenester.» Iverksettingsprosjekt, Helse og omsorg. Tønsberg kommune.



I prosjektet ble det blant annet utarbeidet rutiner og prosedyrer for å sikre god samhandling og helhet i tjenestetilbudene, samt rutiner for sikring av god bruker- /pårørendekontakt. Prosjektet trekkes i intervju frem som et viktig første steg mot omorganisering.

*Virksomhet tildeling helse- og omsorgstjenester* (tildelingskontoret) har ansvar for å kartlegge, vurdere og fatte vedtak for alle helse- og omsorgstjenester kommunen tilbyr. Omorganiseringen innebar at alle saksbehandlere i tildelingssaker nå er samlokalisert på tildelingskontoret, mens de tidligere var plassert ute på de enkelte tjenesteenhetene. Virksomheten tar imot alle søknader om tjenester. Opplysninger om alle utskrivningsklare pasienter fra sykehus der det er behov for tjenester eller oppfølging, meldes til tildelingskontoret.

Det pekes i intervju på at løsningen med et eget tildelingskontor er byråkratisk, men at det bidrar til likebehandling av pasienter. Samtidig blir det understreket at saksbehandlingen tar en del tid når den skal skje på et eget kontor, og det er tilfeller der pårørende blir forvirret med tanke på hvilken tjeneste eller virksomhet de skal henvende seg til om tjenestetildelingen.

#### **4.2.2 Omorganisering av helse og omsorg**

I intervju blir det forklart at utfordringen med den tidligere organiseringen av helse- og omsorgstjenestene var å få til tverrfaglig samarbeid og samhandling mellom enhetene. Det blir opplyst om at omorganiseringen hadde som mål å redusere antallet virksomheter, legge til rette for bedre samhandling mellom virksomhetene og således legge til rette for bedre pasientforløp. Formålet var også å tydeliggjøre at alle tjenester må samhandle for å møte nye utfordringer, og det blir vist til at disse prosessene ble starten på arbeidet med å bygge en kultur for samhandling.

Omorganiseringen ble iverksatt fra 1.1.2013. I intervjuer trekkes det frem at det var lite støy rundt omorganiseringen, selv om antall virksomhetsledere ble redusert og det ble gjort en del omlegginger av roller og ansvar.

Per i dag består helse og omsorg av til sammen seks ulike virksomheter. Fire av virksomhetene er delt inn i fagområder, og dette dreier seg om hjemmetjenesten, helse- og omsorgstjenester i bemannede boliger (HOB), og sykehjemmene i Tønsberg. Virksomhetene *Tildeling helse- og omsorgstjenester* og *Helsetjenester* er virksomheter med enheter som skal kunne benyttes i, eller levere tjenester på tvers av, de fire andre virksomhetene.

Omorganiseringen innebar også at kommunens tidligere tre sykehjem ble slått sammen i én virksomhet. Det blir forklart at omorganiseringen har ført til store endringer i sykehjemsdriften, blant annet ved at det enkelte sykehjem ikke lenger har en egen virksomhetsleder eller styrer. Leder for sykehjemsvirksomheten har fire enhetsledere under seg, der én har ansvar for korttidsplasser, én for langtidsplasser, én for spesialplasser og den siste for innkjøp og drift. For sykehjemmene handlet det blant annet om å få til en organisering som var mer faglig innrettet enn den tidligere geografiske inndelingen. Dette er ment å bidra til å bygge opp spisskompetanse på arbeid ved korttidsavdeling til forskjell fra langtidssavdelinger.

Enhetslederne i sykehjemsvirksomheten har ansvar for tilbud på alle sykehjemmene, og har avdelingsledere under seg som er fast lokalisert på hvert av sykehjemmene (med unntak av enhetsleder for innkjøp og drift som ikke har avdelingsledere). Det understrekes samtidig i intervju at det totale antallet ledere har gått ned som følge av omorganiseringen. Det pekes også på at sammenslåingen av sykehjemmene i én virksomhet har medført at enkelte ansatte har opplevd at det er vanskeligere å få kontakt med sin nærmeste leder.

#### **4.2.3 Hjemmetjenesten**

Hjemmetjenesten tilbyr personrettet hjelp (hjemmesykepleie) i fire geografisk inndelte hjemmesykepleiesoner. Hjemmetjenestens organisering forble stort sett uendret gjennom omorganiseringen av helse og omsorg, fordi det i forkant var gjennomført en større omlegging av

denne virksomheten. Omleggingen førte til at det ble laget større soner, og gjort noen endringer i fordeling av brukere i sonene. Praktisk bistand ble skilt ut som en egen sone, felles for hele kommunen.

I intervju pekes det på at de som arbeider med praktisk bistand var redd for at det kunne bli lett å privatisere deres oppgaver når de ble skilt ut i en egen sone. I tillegg var det noe skepsis mot å skulle yte praktisk bistand i alle sonene. Erfaringene med organiseringen er så lagt at de ansatte opplever det som positivt å arbeide to og to sammen, samt at praktisk bistand ytes mer effektivt.

I intervjuer opplyses det at hjemmetjenestene inneværende år styrkes med en kreftkoordinator og en demenskoordinator, som skal styrke kompetanse og oppfølging av hjemmetjenester til disse gruppene.

#### **4.2.4 Evaluering av omorganiseringen**

Det ble gjennomført en evaluering av den nye strukturen i helse- og omsorgstjenestene i november 2013, og denne skal legges frem for styringsgruppen for omorganiseringsprosjektet i mai 2014. I forbindelse med evalueringen ble det laget eget kartleggings-/evalueringsskjema, hvor de ulike virksomhetslederne fikk anledning til å gi tilbakemeldinger og komme med forslag til endring av tjenesteplassering.

Sentrale innspill i evalueringen knyttet seg blant annet til tjenesteplassering av omsorgsboliger for demente. Det kommer frem i intervju at kommunen planlegger å flytte omsorgsboligen for demente tilbake til sykehjemsvirksomheten, fra helsetjenester for bemannede boliger (HOB). Begrunnelsen for dette er blant annet at en tilbakeføring vil bidra til mer effektiv ressurs- og kompetanseutnyttelse, og gi mulighet for felles kompetanseheving innen demens og miljøterapi. Det ble også gitt tilbakemelding om at rådgivningstjenesten for eldre ikke fungerer optimalt under virksomhet for helsetjenester. Rådgiveren har lite eller ingen kontakt mot egen virksomhet og fagmiljøet slik organiseringen er i dag. Det blir trukket frem i evalueringen at fysisk plassering i tilknytning til Frisklivssentralen Impuls kan bidra til å gi rådgiveren et faglig fellesskap, og legge til rette for en bredere folkehelseenkning. Det blir også understreket at en slik organisering vil gi virksomhet for helsetjenester en tydeligere folkehelseprofil.

Andre innspill i evalueringen knytter seg til tjenesteplassering av Tønsberg rehabiliteringssenter for å få større fokus på rehabilitering, og imøtegå samarbeidsutfordringer ved ulike oppfatninger av rehabiliteringspotensiale. Det er også ulike syn på om lokalisering av korttids- og langtidspasienter hver for seg bidrar til å spisse kompetanse og gi bedre oppfølging av ansatte.

### **4.3 Tjenestetilbud innenfor helse og omsorg**

Tønsberg kommune startet i 2011 et samarbeid med Tjøme kommune og Nøtterøy kommune, hvor det ble gjennomført flere møter både på politisk og administrativt nivå for å diskutere hvordan kommunene kunne samhandle i prosessen med å forberede seg til samhandlingsreformen. Arbeidet med å etablere felles plasser for øyeblikkelig hjelp, intermedieæravdeling og rehabiliteringsavdeling ble prioritert. De tre kommunene fikk prosjektmidler på 1,6 mill. kr fra Helsedirektoratet, som blant annet ble benyttet til å evaluere intermedieæravdelingen. Tønsberg kommunen kjøpte plasser på Gipø frem til Smidsrød helsehus stod ferdig i september 2013.

I forbindelse med innføringen av samhandlingsreformen hadde Tønsberg kommune dermed etablert en avtale med Nøtterøy kommune, om kjøp av avklaringsplasser for utskrivningsklare pasienter. Avtalen løp ut og Tønsberg kommunen etablerte egne avklaringsplasser i september 2013.

Det blir opplyst om at avtalen med Nøtterøy kommune var kostbar, samtidig som det skapte lite kontinuitet når pasientene først var på sykehuset, deretter i nabokommunen og til slutt ble overført til hjemkommunen. Det blir også trukket frem at det var nødvendig at kommunen selv etablerte kompetanse på mottak av utskrivningsklare pasienter.

Tønsberg kommune hadde i 2011 også bygget 16 plasser for demente på Eik, som ikke kunne åpne på grunn av manglende driftsmidler. For å få på plass kommunale akutt plasser ble det gjort en omrokking av plasser i løpet av 2013. Kommunen flyttet da pasienter fra Træleborg sykehjem og Nes sykehjem over til de ledige plassene på Eik sykehjem, og la opp til at flest mulig demente pasienter skulle få opphold der. Dette frigjorde plasser på Træleborg, som er satt av til 6 kommunale akutt plasser og 4 avklaringsplasser for mottak av utskrivningsklare pasienter. 5 nye korttidsplasser åpner også på Træleborg i mai 2014, og hjemmetjenesten skal disponere 2 av disse plassene til observasjonsplasser/ korttidsopphold.

Tabellen under viser fordelingen av korttidsplasser og langtidsplasser i sykehjemstjenesten.

**Tabell 1: Oversikt over kommunens institusjonsplasser, mai 2014<sup>17</sup>**

Korttidsplasser		Langtidsplasser			Kjøp av plasser privat
Ordinære korttidsplasser	Plasser for øyeblikkelig hjelp	Korttidsplasser demens	Ordinære langtidsplasser	Skjermede plasser for demente (spesialplasser)	
42 (+ 5 nye plasser fra 15.05.14)	6	20	134	38	81

Tønsberg kommune har også to dagsenter for demente, og det jobbes på tidspunktet for revisjonen også med å få etablert et dagsenter for yngre pasienter med demens i samarbeid med Nøtterøy og Tjøme kommuner. Tønsberg har også opprettet en stilling for folkehelsekoordinator, som er plassert under virksomhet for kultur.

Av forebyggende arbeid deltar kommunen i pasientsikkerhetsprogrammet, og jobber med fallforebygging, ernæring og medisin håndtering, i tillegg til hverdagsrehabilitering mer generelt i hjemmetjenestene.

Det vises i intervjuer også til at kommunen bør utvide samarbeidet med frivillige organisasjoner i forbindelse med omsorgsarbeidet generelt. Kommunen har et samarbeid med Røde Kors, og dette samarbeidet kan i følge de som er intervjuet bli mer omfattende.

Det er satt i gang et eget prosjekt der eksterne konsulenter blant annet skal kartlegge hvordan BEON-prinsippet etterlevs i Tønsberg kommune. Bestillingen går ut på at prosjektet skal finne ut hvordan kartlegging av brukere og vurderinger av behov samsvarer med det tjenestetilbudet kommunen har, og om man klarer å tilby tilstrekkelig tilpassede tjenester. Det er et ønske om å sørge for at hele omsorgstrappen innbefor BEON-prinsippet tas i bruk, og at tiltak på laveste nivå blir tatt i bruk på en effektiv måte. Det vises i intervju til at nylig vedtak om innkjøp av 80 nye trykghetsalarmer er et ledd i arbeidet for å styrke innsatsen på et lavere nivå i omsorgstrappen.<sup>18</sup>

#### 4.3.1 Kompetanse

Utfordringsdokumentet for 2014-17 trekker frem at kommunen har behov for å utvikle personell- og kompetanseprofilen i helse- og omsorgssektoren i samsvar med målene i

<sup>17</sup> Tall tilsendt fra Tønsberg kommune.

<sup>18</sup> Tønsberg kommune, 2014. Bystyrevedtak, saksnr 049/14, 23.4.2014.

samhandlingsreformen.<sup>19</sup> I intervju blir det i den forbindelse pekt på at kommunen har økt andelen høyskoleutdannede i forhold til fagarbeidere blant de ansatte på sykehjemmene. Videre har Tønsberg kommune også ansatt faste sykehjemsoverleger, til erstatning for tilsynslegene som ble brukt tidligere. Dette tiltaket trekkes i intervju frem som en betydelig forbedring, og har vært virksomt siden 1. mars 2013. Sykehjemsoverlegene er direkte underlagt virksomhetslederen for sykehjemmene.

I intervju opplyses det videre om at kommunen opplever et stort press på sykehjems plasser og har stor arbeidstynge i hjemmetjenesten. Tilgang på tilstrekkelig personell med nødvendig kompetanse blir nevnt som en utfordring i forbindelse med at samhandlingsreformen stiller nye krav til kommunen, og Tønsberg kommune får ansvarsområder og oppgaver som krever kompetanse på pasientsikkerhet, behandlingsforløp, brukermedvirkning og informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT).<sup>20</sup>

Det fremheves i intervjuer at omorganiseringen av helse og omsorg har bidratt til større vektlegging av tverrfaglighet. Særlig gjelder dette en mer omfattende inkludering av fysioterapeuter og ergoterapeuter i behandlingen av de eldre. Det fremheves at det er viktig å formalisere i ennå større grad det tverrfaglige samarbeidet mellom hjemmetjenestene og helsetjenester som tilbyr fysioterapi- og ergoterapitjenester, ettersom mange av de samme brukerne mottar flere ulike tjenester. Det pekes samtidig på at kapasiteten innen fysioterapi og ergoterapi i kommunen er begrenset. Det trekkes også frem at etableringen av plasser for øyeblikkelig hjelp i kommunen har ført til kompetanseheving gjennom at ansatte har hospitert på sykehuset.

KOSTRA-tall viser at Tønsberg kommune har lavere andel årsverk med fagutdanning enn gjennomsnittet i kommunegruppen, Vestfold og landet for øvrig. Dette fremgår av tabellen under.

**Tabell 2: KOSTRA - Andel årsverk i brukerrettede tjenester med fagutdanning<sup>21</sup>**

	Tønsberg 2012	Komm.gr.13 2012	Vestfold 2012	Landet 2012
Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/ fagutdanning	67	74	71	74
Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/ fagutdanning fra videregående skole	36	40	39	41
Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/ fagutdanning fra høyskole/universitet	30	34	32	33

I intervju trekkes også ufrivillig deltid frem som en utfordring i kommunen. Det blir vist til at det er mange små stillingsbrøker, spesielt i sykehjemmene og HOB, men det er ikke konkretisert tallfestede mål fra kommunens side ennå for å redusere dette.

Blant de ansatte i bemannede boliger er det en høy andel uten fagutdanning. Det opplyses at årsaken til dette er at turnusarbeid og mange små stillinger gjør det nødvendig å ansette ufaglærte for å dekke opp bemanningsbehovet. Det påpekes også at kommunen konkurrerer med sykehuset i Vestfold om sykepleierne. Kommunen har et mål om å heve utdanningsnivået i helse- og omsorgstjenestene, men det understrekes at med unntak av *Virksomhet bemannede boliger* oppfattes ikke situasjonen som bekymringsverdig.

<sup>19</sup> Tønsberg kommune, udatert. Utfordringsdokumentet 2014–2017, s. 22.

<sup>20</sup> Tønsberg kommune, Økonomiplan 2014-2017, budsjett 2014, s. 37.

<sup>21</sup> KOSTRA-tall for 2013 var ikke tilgjengelige på tidspunktet for revisjonen.

Det vises i intervjuer spesielt til at hjemmetjenestene har behov for mer spesialisert kunnskap og erfaring, blant annet på bruk av intravenøst og lignende etter innføringen av reformen. Det pekes på i intervju at det må tas hensyn til både ressurser og kompetanse når man skal gjøre vurderinger av hvem man kan sendes hjem, og hjemmetjenestens kapasitet og kompetanse legger føringer på hvilke pasienter som kan motta tjenester i hjemmet. I intervju blir det opplyst at det er enkelte ansatte som opplever at det er for få faglærte helsepersonell på vakt samtidig.

Ved de ulike avdelingene i sykehjemsvirksomheten arbeider kommunen med å styrke kompetansen ved å rendyrke kompetanse på ulike fagområder,. Det vises i intervjuer til at det er behov for å rendyrke kompetanse og erfaring knyttet til arbeid på korttidsavdelinger, ettersom dette innebærer en helt annen arbeidsform enn ved langtidsavdelinger. Det pekes også på at det er hensiktsmessig å skille de demente fra de somatisk syke, fordi dette også krever spesialisert kompetanse og erfaring samtidig som det krever ulike arbeidsmåter.

Det er også satt i gang mellomlederopplæring med fokus på ledelse for alle virksomhetslederne. Studiet er initiert fra helsedepartementet i forbindelse med innføring av samhandlingsreformen.

#### 4.3.2 Kapasitet

Det fremgår av intervjuer at det er vanlig praksis i kommunen at pleietrengende som får tildelt korttids plass, er såpass dårlige at de får forlenget opphold inntil de blir tildelt langtids plass. Dette blir opplyst å skape problemer for kapasiteten på korttids plasser. Det blir forklart i intervju at det til tider er vanskelig for de ansatte på sykehjemmene å stå imot press fra pårørende om å anbefale forlenget opphold.

Som det går frem av tabellen under, viser KOSTRA-tall at Tønsberg kommune har ca. 10 % høyere andel beboere over 80 år blant de som bor i institusjoner, enn gjennomsnittet i kommunegruppen, Vestfold og landet forøvrig. Det går videre frem at Tønsberg har flere av sine innbyggere over 80 år boende i institusjon enn Vestfold, men ligger under kommunegruppen og landet for øvrig. Samtidig viser KOSTRA-tallene at kommunen ikke har like høyt belegg ved sine institusjoner som kommunegruppen og landet for øvrig, men ligger jevnt med Vestfold. Det går også frem av tallene under at kommunen har lav andel beboere i institusjon i den laveste aldersgruppen (under 67 år).

Tabell 3: KOSTRA – Dekningsgrader institusjoner

	Tønsberg 2013	Komm.gr.13 2013	Vestfold 2013	Landet 2013
Andel beboere i institusjon av antall plasser (belegg)	93,0	99,7	93,1	98
Andel beboere 80 år og over i institusjoner	80,4	69,1	71,9	70,9
Andel beboere på institusjon under 67 år	2,8	13,0	10,8	11,1
Andel innbyggere 80 år og over som er beboere på institusjon	12,1	12,3	10,8	13,8
Andel innbyggere 67-79 år som er beboere på institusjon	1,3	1,4	1,2	1,6

KOSTRA-tall viser videre at Tønsberg kommune har betydelig lavere andel plasser i skjermet enhet for demente enn kommunegruppen, Vestfold og landet for øvrig. Tønsberg ligger omtrent på samme nivå som sammenligningsgruppene når det gjelder andel korttids plasser og rehabiliterings plasser. Dette går frem av tabellen under.

**Tabell 4: KOSTRA – Institusjonsplasser til korttids opphold, demente og rehabilitering**

	Tønsberg 2013	Komm.gr.13 2013	Vestfold 2013	Landet 2013
Andel plasser avsatt til tidsbegrenset opphold	19,3	20,1	22,8	18,0
Andel plasser i skjermet enhet for personer med demens	11,7	23,2	22,2	23,3
Andel plasser avsatt til rehabilitering/habilitering	8,0	7,7	10,1	7,5

På tidspunktet for revisjonen har Tønsberg 20 korttidsplasser for demente fordelt på to sykehjem, men jobber med å få disse plassene samlokalisert på ett sykehjem. Det er et stort behov for flere korttidsplasser til demente, og det er derfor satt ned en arbeidsgruppe internt i sykehjemsvirksomheten som skal vurdere hvilket sykehjem som er best egnet for å samlokalisere disse plassene, med tanke på enklest mulig utvidelse av antall plasser. 1.11.2014 skal samlokaliseringsprosessen være ferdig.

I intervju trekkes det frem at hjemmetjenestene også må ta imot mange nye brukere etter innføringen av samhandlingsreformen. Det har ført til økt belastning og arbeidspress for hjemmetjenestene, uten at kommunen har økt bemanningen som følge av reformen. Dette har resultert i mer overtidsarbeid i enkelte av sonene i hjemmetjenesten. Det pekes videre på at hjemmetjenesten har en stor utfordring når det kommer til evne og kapasitet til å ta imot nye og mer krevende pasientgrupper. Det trekkes samtidig frem at hjemmetjenesten har klart å trappe opp hverdagsrehabiliteringen innenfor dagens økonomiske rammer.

Som det går frem av tabellen under, viser KOSTRA-tall at Tønsberg kommune har høy andel mottakere av hjemmetjenester sammenlignet med kommuengruppen, Vestfold og landet for øvrig, når det gjelder de høyeste aldersgruppene.

**Tabell 5: KOSTRA- dekningsgrader for mottakere av hjemmetjenester**

	Tønsberg 2013	Komm.gr.13 2013	Vestfold 2013	Landet 2013
Mottakere av hjemmetjenester, pr. 1000 innb. 0-66 år	20	19	22	19
Mottakere av hjemmetjenester, pr. 1000 innb. 67-79 år	83	66	67	72
Mottakere av hjemmetjenester, pr. 1000 innb. 80 år og over.	378	321	331	337

#### 4.3.3 Tilbud om øyeblikkelig hjelp og mottak av utskrivningsklare pasienter

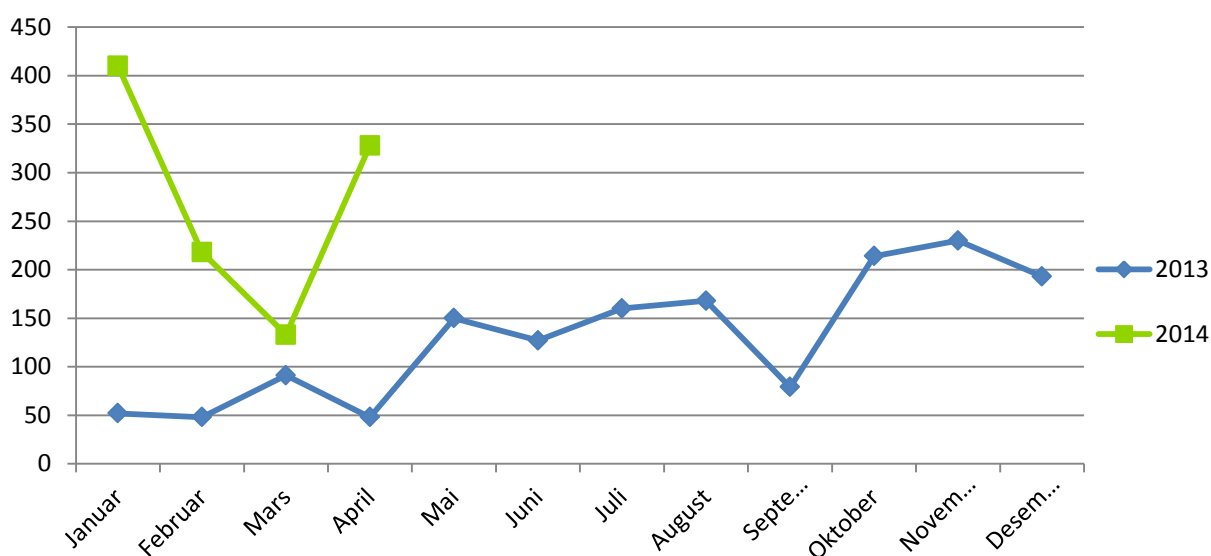
Som det går frem over hadde Tønsberg kommune 16 plasser ved Eik sykehjem, som det først ikke var driftsmidler til å åpne. Det ble derfor gjort en omrokking i løpet av 2012 og 2013 der alle demente ble flyttet til de nye plassene ved Eik. Dette frigjorde plasser på Træleborg, hvorav 6 plasser er satt av til øyeblikkelig hjelp og 4 er satt av til avklaringsplasser for mottak av utskrivningsklare pasienter.

Tønsberg kommune etablerte tilbudet med seks plasser for øyeblikkelig hjelp fra og med 01.09.2013. Kommunen opplyser at det var 47 personer som ble innskrevet på plasser satt av til øyeblikkelig hjelp i perioden 1.november 2013 til 30.april 2014. Totalt var øyeblikkelig hjelp-plassene belagt med 220 liggedøgn, som i snitt per pasient utgjorde 4,7 døgn. De aller fleste pasientene ble utskrevet til hjemmet (33 personer), noen få til sykehus (6 personer) og noen ble overført til korttids plass (8 personer).

Det blir forklart i intervju at kommunen ikke hadde tilstrekkelig antall plasser til å ta imot utskrivningsklare pasienter i 2012 og 2013, og omrokkeringene som er gjort har hatt til hensikt å bedre dette fremover. I Bystyresak 32/14 ble det derfor vedtatt å åpne 5 nye plasser til på Træleborg bo- og behandlingssenter i mai 2014.

Figuren under viser Tønsberg kommune har hatt en økning i antall betalte overliggedøgn fra 2013 til 2014.

**Figur 2: Antall betalte overliggedøgn på sykehus for utskrivningsklare pasienter – Tønsberg kommune<sup>22</sup>**



Det er *Virksomhet tildeling helse- og omsorgstjenester* (tildelingskontoret) som fatter vedtak knyttet til mottak av utskrivningsklare pasienter. Det fremgår i intervjuer at kommunen har mange overliggedøgn.

Det blir forklart i intervju at pasienter blir meldt utskrivningsklare fra sykehus tidligere enn før, og at de dermed er sykere og har behov for mer omfattende tjenester enn før samhandlingsreformen ble innført. Det blir samtidig understreket at sykehjemmene er vant til å ha dårlige pasienter, men omfanget av de som er svært syke på sykehjemmene har økt med innføringen av samhandlingsreformen.

I intervju pekes det også på at en opphopning av pasienter på korttids plassene ved sykehjemmene gjør at kommunen ikke klarer å ta imot tilstrekkelig mange utskrivningsklare pasienter. Det er spesielt utfordrende å sende hjem demente, og det opplyses i intervju om at denne gruppen utgjør en stor andel av utskrivningsklare pasienter fra sykehus. Det er derfor vedtatt at hjemmetjenesten skal ansette en demenskoordinator (se 4.2.3), med intensjon om at pasienter med demens i større grad kan bo hjemme og behandles/ følges opp i hjemmet.

I tillegg til å få bedre sirkulasjon på korttids plassene, vises det til at kommunen også må få ned andelen med vedtak om langtids plass slik at ikke plasser tiltenkt korttidsopphold blir belagt av

<sup>22</sup> Tall tilsendt fra Tønsberg kommune.

personer med behov for langtidsopphold. I den forbindelse trekkes rollen til hjemmetjenesten og fokus på hverdagsrehabilitering frem som et viktig. De to plassene hjemmetjenesten får på Træleborg bo- og behandlingssenter fra mai 2014 er ment å kunne bidra til at hjemmetjenesten kan ta imot flere utskrivningsklare pasienter og ha flere hjemme lengre, men har muligheter til å ta personer inn til observasjon. De to nye stillingene som opprettes i hjemmetjenestene, kreftkoordinator og demenskoordinator, er også opprettet for å styrke hjemmetjenestens evne til å ta imot flere pleietrengende. Det blir vist til at manglende kapasitet og kompetanse hos hjemmetjenesten har medført at pasienter som ikke nødvendigvis har behov for institusjonsplass ikke er sendt hjem.

Det pekes også på at mottaksevnen til kommunen er avhengig av gode rutiner hos tildelingskontoret som fatter vedtak, samt at sykehjemmene må være gode til å dokumentere pasientenes pleiebehov slik at tildelingskontoret kan fatte faglig forsvarlige vedtak.

En annen utfordring som trekkes frem i intervjuer er at hele prosessen knyttet til utskriving går raskere etter innføringen av samhandlingsreformen. Det blir forklart at i enkelte tilfeller må tjenester igangsettes før det har vært gjennomført kartlegging. I slike tilfeller skjer kartleggingen i etterkant av at tjenestetilbudet startes opp hos den enkelte bruker.

#### **4.3.4 Andel pasienter innlagt på sykehus**

Rådmannen etablerte på bakgrunn av et bystyrevedtak i 2012<sup>23</sup> prosjektet «Hvordan unngå unødvendige innleggelser i sykehus»<sup>24</sup> med to underliggende delprosjekter:

1. Opprette en vurderingsenhet med avklaringsplasser på Træleborg bo- og behandlingssenter for å unngå unødvendige somatisk innleggelser på sykehus
2. Innføre tidsbegrenset, forsterket og intensiv tverrfaglig hverdagsrehabilitering til brukere av hjemmetjenesten for å øke mestringsevnen og gjøre brukerne mest mulig selvhjulpne.

Det ble opprettet prosjektmål, mandater, fastsatt tidsrammer og rapporteringskrav for begge prosjektene, og det ble opprettet prosjektgrupper og styringsgrupper. Første del av prosjektet resulterte i iverksetting av akutt plasser og vurderingsplasser ved Træleborg. Det andre prosjektet knyttet til hverdagsrehabilitering i hjemmetjenestene, hadde en implementeringsperiode fra september 2013 til januar 2014, med to soner som deltok. Fra januar 2014 deltar nå alle sonene, og hverdagsrehabilitering er en del av daglig drift.

Kommunen opplyser at 27 pasienter har deltatt i hverdagsrehabiliteringsprosjektet fra september til april. Fire har meldt seg av. Hjemmetjenesten melder om svært høy brukertilfredshet, og de mener at innsparingene har vært på ca. 60 000 kr. for disse pasientene som følge av redusert behov for kommunale helse og omsorgstjenester.

Som det går frem av figuren under, viser tallene revisjonen har fått tilsendt fra Tønsberg kommune at antall sykehusinnleggelser har økt fra 2013 til 2014.

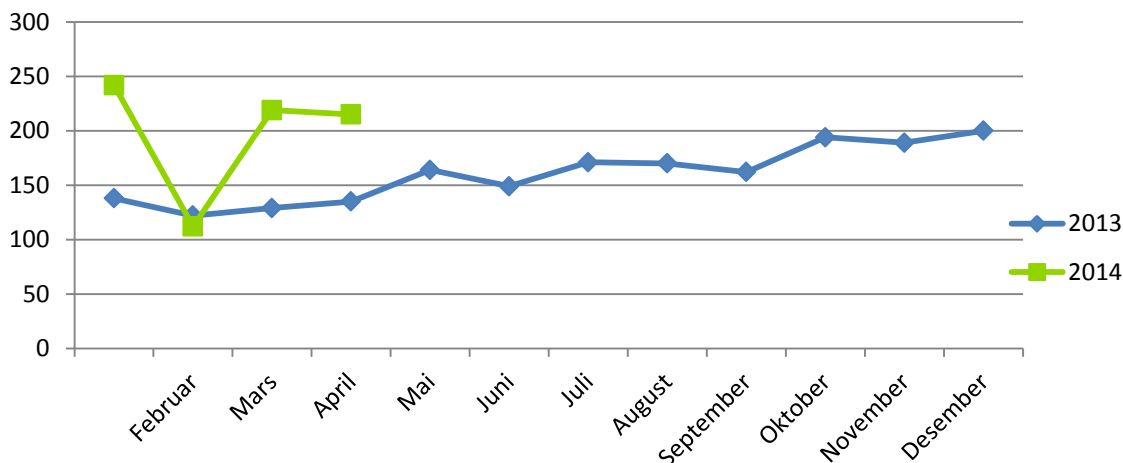
Avklaringsplassene på Træleborg er opprettet, og det blir opplyst i intervjuer at det er innført tiltak med mer tverrfaglig samarbeid, spesielt med ergoterapeuter og fysioterapeuter i hjemmetjenesten, samt at det er mer kontinuerlig fokus på hverdagsrehabilitering i hjemmetjenesten. Det er ikke utarbeidet noen skriftlig prosjektrapport fra prosjektene som synliggjør hvilke konkrete tiltak som er iverksatt. Prosjektene er ikke evaluert på tidspunktet for revisjonen.

<sup>23</sup> Tønsberg kommune, 2012. Bystyrevedtak, saksnr 150/12,19.12.2012.

<sup>24</sup> Tønsberg kommune, udatert. *Prosjekt Hvordan unngå unødvendige innleggelser i sykehus*. Prosjektbeskrivelse



Figur 3: Totalt antall sykehusinnleggelser 2013 og 2014<sup>25</sup>



Det opplyses at kommunen har et mål om å jobbe mot å få mer kontroll på antall sykehusinnleggelser. Det påpekes at det er sammensatte årsaker til at Tønsberg kommune har høye kostnader til medfinansiering. Et element som trekkes frem er at det er en tradisjon/ kultur i kommunen som fører til høy innleggelsesfrekvens. Det vises til at det er behov for en kulturendring i kommunen. Det pekes på at Tønsberg kommune må dreie fokuset fra å skulle yte pleie og omsorgstjenester på forespørsel, til at kommunen skal gjennomføre en vurdering av hva som er nødvendig helsehjelp. Det understrekes at kommunen må arbeide for at pleietrengende og andre med tjenestebehov skal føle seg trygge i hjemmene sine, slik at de kan bo hjemme så lenge som mulig. For å bidra til dette, understrekes det at de er viktig å etablere ulike lavterskeltiltak som for eksempel å tilby trygghetsalarmer. Ernærings tiltak trekkes også frem som spesielt viktig for å redusere behovet for institusjonsopphold og sykehusinnleggelser som følge av underernæring.

#### 4.4 Saksbehandling og rutiner ved tildeling av tjenester

Tønsberg kommune har tatt i bruk kvalitetssystemet QMS, men dette er ikke fullstendig implementert i virksomhetene innen helse og omsorg på tidspunktet for revisjonen. Det trekkes frem i intervju at det er viktig for tildelingskontoret å ha tilstrekkelig gode rutiner, maler og systemer for å kunne gjøre en god jobb med saksbehandlingen i forbindelse med tildeling av tjenester. Før tildelingskontoret ble opprettet som en egen virksomhet, hadde de ulike tildelingsenhetene egne rutiner og maler, og det arbeides på tidspunktet for revisjonen med å samle disse å gjøre dem felles på tvers av søknader om ulike typer tjenester. Tildelingskontoret jobber blant annet med å lage en ny mal for søknad, som skal ha mer fokus på behovene til søkeren slik at kartleggingsprosessen i etterkant blir forenklet. Vanlig praksis i kommunen har vært at søkere har søkt om bestemte tjenester som for eksempel plass på sykehjem. Dette har medført at søker har fått lite informasjon om det totale tjenestetilbudet som kan være relevant for vedkommende.

Tildelingskontoret jobber også med å lage prosedyrer for samhandlingen mellom tildelingskontoret og de andre virksomhetene innenfor helse og omsorg. Dette gjøres område for område, og på tidspunktet for revisjonen er prosedyrene for samhandling med rus og psykiatri på plass, mens når det gjelder HOB venter tildelingskontoret på tilbakemelding på utkast til samhandlingsprosedyrer, og for sykehjemmene er arbeidet med å utarbeide prosedyrene ikke ferdig.

Revisjonen har fått tilsendt en rekke rutiner og retningslinjer fra tildelingskontoret blant annet en rekke veiledere, prosedyrer, maler og rutiner for kartlegging av behov og tildeling av tjenester. Blant annet er det utarbeidet maler for vedtak om ulike typer tjenester, søknadsskjema mv. Flere

<sup>25</sup> Tall tilsendt fra Tønsberg kommune.

av rutinene er ikke oppdatert etter omorganiseringen av helse og omsorg, det er flere av rutinedokumentene som ikke er daterte og en rekke som er daterte flere år tilbake. Det opplyses i intervju at virksomhet for tildeling arbeider med å samle og gjennomgå alle rutiner, for å etablere felles system for oppdatering og revidering av rutiner.

Det trekkes også frem at tildelingskontoret ønsker at helse og omsorg skal benytte ett felles kartleggings skjema på alle pasienter. Dette er ikke utarbeidet ennå, men det vurderes å innføre et system som heter «Buddha», som kan benyttes som grunnlag for kartlegginger. Dette er et annet system enn det som benyttes i dag (IPLOS) og er beregnet for kartlegging av bistandsbehovet til personer med omfattende bistandsbehov. Dette systemet legger i større grad til rette for brukerstyring, ressursbehov mv. enn IPLOS-systemet (som er utviklet av sosial og helsedirektoratet).

Det er innført et kvalitetsutvalg i alle virksomhetene, der det jobbes med å få alle prosedyrer inn i kommunens kvalitetssystem (QMS). I kvalitetsutvalget på overordnet nivå sitter alle virksomhetsledere, kommunaldirektøren, tillitsvalgte og brukerrepresentanter.

Kvalitetsutvalget er det forumet der man tar opp alle avvik som meldes, og utvalgene møtes en gang i måneden. Kommunaldirektøren får oversikt over avviksstatistikken. Det blir opplyst i intervju at det generelt er lite rapportering av avvik knyttet til tjenestekvalitet i boligene, sykehjemmene og hjemmetjenestene. Ettersom det rapporteres så få eller underrapporteres kvalitetsavvik, har kommunaldirektør for helse og omsorg planlagt at kommunen skal delta i en nasjonal pasientsikkerhetskampanje; «Ledelse av pasientsikkerhet». Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet skal bidra til å redusere pasientskader og øke pasientsikkerheten på landsbasis. Det er på tidspunktet for revisjonen startet en prosess for at Tønsberg kommune skal bli med som pilotkommune for pasientsikkerhetsarbeid. Dette arbeidet skal ha fokus på medisingjennomgang, ernæring og fallforebygging. Det er laget egne tiltakspakker for hvert av disse områdene, som kommunen kan implementere.

#### 4.5 Samhandling og kommunikasjon med helseforetak

Kommunen har inngått en rekke samhandlingsavtaler knyttet til samhandlingsreformen med sykehuset i Vestfold (SiV), blant annet følgende avtaler:

- Overordnet samarbeidsavtale mellom Tønsberg kommune og Sykehuset i Vestfold Helseforetak (SiV HF).
- Overordnet samarbeidsavtale mellom Tønsberg kommune og Sykehuset i Vestfold Helseforetak (SiV HF), revidert utgave august 2013.
  - Delavtale mellom Tønsberg kommune og Sykehuset i Vestfold HF «om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre» jfr. overordnet samarbeidsavtale 4.2.a.
  - Delavtale mellom Tønsberg kommune og Sykehuset i Vestfold HF (SiV HF). Om henvisning til og innleggelse i sykehus, jf. overordnet samarbeidsavtale pkt. 4.2.b) og e).
  - Delavtale mellom Tønsberg kommune og Sykehuset i Vestfold HF (SiV) om retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten, jf. overordnet samarbeidsavtale pkt. 4.2.c.
  - Delavtale mellom Tønsberg kommune og Sykehuset i Vestfold Helseforetak (SiV HF) om omforente beredskapsplaner og planer om den akuttmedisinske kjede, jf. overordnet samarbeidsavtale pkt. 4.2.d)
  - Delavtale e). Tønsberg kommune og Sykehuset i Vestfold HF. Retningslinjer for samarbeid i tilknytning til habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlig og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester.

- Avtale om etablering av døgnopphold for øyeblikkelig hjelp i Tønsberg kommune. Bygger på delavtale f) mellom Tønsberg kommune og Sykehuset i Vestfold Helseforetak (SiV HF). Om kommunens tilbud om øyeblikkelig hjelp, døgnopphold.
- Delavtale g). Tønsberg kommune og Sykehuset i Vestfold HF. Retningslinjer for kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling, og for faglige nettverk og hospitering.
- Delavtale j). Tønsberg kommune og Sykehuset i Vestfold HF. Samarbeid om IKT-løsninger lokalt (elektronisk utveksling av pasientinformasjon).
- Delavtale k). Tønsberg kommune og Sykehuset i Vestfold HF om forebygging.

Kommunen og sykehuset har også utarbeidet en rekke prosedyrer for samhandling. Revisjonen har fått tilsendt følgende rutiner og veiledere utarbeidet i forbindelse med samhandlingen mellom kommunen og sykehuset:

- Rutinebeskrivelse for arbeidsflyt mellom Sykehuset i Vestfold og Tønsberg kommune knyttet til elektroniske meldinger.
- Veileder for elektronisk meldingsutveksling mellom Tønsberg kommune og Sykehuset i Vestfold.
- Veileder/bruksanvisning for håndtering av elektroniske meldinger fra Sykehuset i Vestfold.
- Rutine for avvikshåndtering i tilfelle tekniske feil ved sending av elektroniske meldinger i pasientjournalen Profil.
- Rutine for ansvarsdeling og håndtering av elektroniske meldinger fra sykehus om pasienter med behov for kommunale tjenester eller institusjonsplass.
- Rutine for ansvarsfordeling ved telefonhenvendelser fra sykehus, herunder rutine for vakttelefon for utskrivningsklare pasienter med behov for hjemmesykepleie
- Skjema melding av samhandlingsavvik mellom Sykehuset i Vestfold og kommuner i Vestfold.

Samarbeidet med sykehuset beskrives som godt, og preget av gode, faglige diskusjoner. Samtidig trekkes det frem at det kan være utfordringer i samarbeidet lenger nede i organisasjonene. Ansatte ved SiV opplever et press for å frigjøre senger som innbyggere i Tønsberg besetter på grunn av det høye antallet overliggedøgn. Det er tilfeller der denne frustrasjonen luftes direkte med kommunens fagfolk på lavere nivå, og dette skaper til tider utfordringer for samarbeidet.

Etter innføringen av samhandlingsreformen er det etablert elektronisk utveksling av pasientinformasjon, såkalte e-meldinger. Både kommunen, fastlegene og spesialisthelsetjenesten utveksler informasjon elektronisk, og bruk av e-meldinger beskrives som et godt og hensiktsmessig verktøy, som har gitt en tydelig effektiviseringsgevinst. E-meldinger har også gjort det enklere å melde avvik til spesialisthelsetjenesten. Samtidig blir det påpekt at det er et forbedringspotensial når det gjelder å benytte avvikssystemet, og at det oppfordres fra kommunens side om å benytte dette mer.

Alle utskrivningsklare pasienters papirer og søknader kommer direkte til tildelingskontoret fra sykehuset. Det blir opplyst om at selv om det elektroniske meldingssystemet fungerer bra, er det tilfeller der informasjonsbehovet for sykehuset og tildelingskontoret kan være ulikt. Derfor bruker saksbehandlere ved tildelingskontoret en del tid på telefon med sykehuset for å gjøre ytterligere kartlegginger. Tildelingskontoret har ikke kapasitet til å komme på sykehuset for å møte pasienter før utskriving, og dette bidrar til at de ikke alltid kjenner pasientene godt nok når de er utskrivningsklare.

Det opplyses i intervju om at kommunen har ansatte i 2012 en pasientkoordinator ved tildelingskontoret som skal jobbe opp mot sykehuset og fungere som et bindeledd mot utskrivningsklare pasienter. Koordinatorrollen har imidlertid ikke fungert som ønsket, fordi vedkommende blir bundet opp i arbeidsoppgaver ved kontoret som følge av høyt press på administrative oppgaver (søknader og tildeling av tjenester til utskrivningsklare pasienter). Det opplyses at kommunens prosjekt om tildeling og iverksetting av helse og omsorgstjenester skal

se nærmere på pasientkoordinatorfunksjonen. En annen utfordring som trekkes frem er at sykehuset ikke har kapasitet til å samarbeide tett med hver enkelt kommunes koordinatører.

For å legge til rette for god kommunikasjons- og informasjonsflyt mellom kommunene i Vestfold og SiV, har rådmenn i fylket og foretaksledelsen i SiV utarbeidet en revidert modell for samhandling som er vedtatt i kommunene. Modellen omfatter ulike samhandlingsfora i form av et strategisk forum for samhandling, et overordnet samhandlingsutvalg og et samhandlingsutvalg. Det strategiske forumet består av rådmenn, ordførere, ledelsen i SiV med flere, og skal ha møter en gang i året for å diskutere status på samhandlingen og planer fremover. Overordnet (OSU) samhandlingsutvalg består av 3 rådmenn og 3 representanter for ledelsen ved SiV, og skal møtes minimum to ganger per år. OSU skal gjennomgå status for samhandling, fremdrift på prioriterte områder, gjennomføring av aktiviteter og behandle eventuelle uenigheter som kan oppstå i samhandlingsutvalget. Samhandlingsutvalget (SU) består av kommunaldirektører i 12 kommuner, kliniksjefer, 2 ansattrepresentanter for kommuneoverlegene i kommunene, 2 representanter for de ansattes organisasjoner og 1 brukerrepresentant. SU skal arbeide med de prioriterte samhandlingsområdene og gjennomføre aktiviteter.<sup>26</sup> Samarbeidsavtalen ble for Tønsberg sin del vedtatt i bystyret 4. september 2013, og avtalen er underskrevet. Det blir opplyst fra kommunen at arbeidet så vidt har kommet i gang på tidspunktet for revisjonen, og at inntrykket de sitter med er at samhandlingsmodellen vil fungere.

Tønsberg kommune samarbeider også med Nøtterøy kommune om å arrangere et pårørendekurs for pårørende til personer med demens.

## 4.6 Økonomiske konsekvenser av samhandlingsreformen

### 4.6.1 Utgifter knyttet til kommunens medfinansieringsansvar

Det opplyses at kommunen fikk 54,7 mill. kr i overføring fra staten i 2012 som følge av merkostnadene ved innføring av samhandlingsreformen. Inkludert i dette var et beløp på 7,5 mill. kr per år, som er et årlig beløp kommunen får i kompensasjon fordi de har større utgifter til samhandlingsreformen enn gjennomsnittet. Dette tillegget blir gitt over tre år, som en overgangsordning. Tønsberg kommune valgte å fordele tildelte midler slik at 49,3 mill. ble satt av til medfinansiering ved sykehusopphold, 4,4 mill. til kjøp av plasser på Nøtterøy til mottak av utskrivningsklare pasienter og 1 mill. til å dekke betaling for overliggedøgn på sykehuset.

I intervju pekes det på at kommunen var spent på det økonomiske resultatet av samhandlingsreformen, og regnskapsresultatet for 2012 viste det at kommunen hadde store ekstrakostnader. Kommunens faktiske utgifter til medfinansiering var i 2012, 53,5 mill. kr. Det var 4,2 mill. mer en budsjettet. I 2013 budsjettet ble det budsjettet med 6 mill. kr mer enn året før (dvs. i overkant av 55 mill. kr til medfinansiering), og det ble regnskapsført ca. 53. mill. kr.

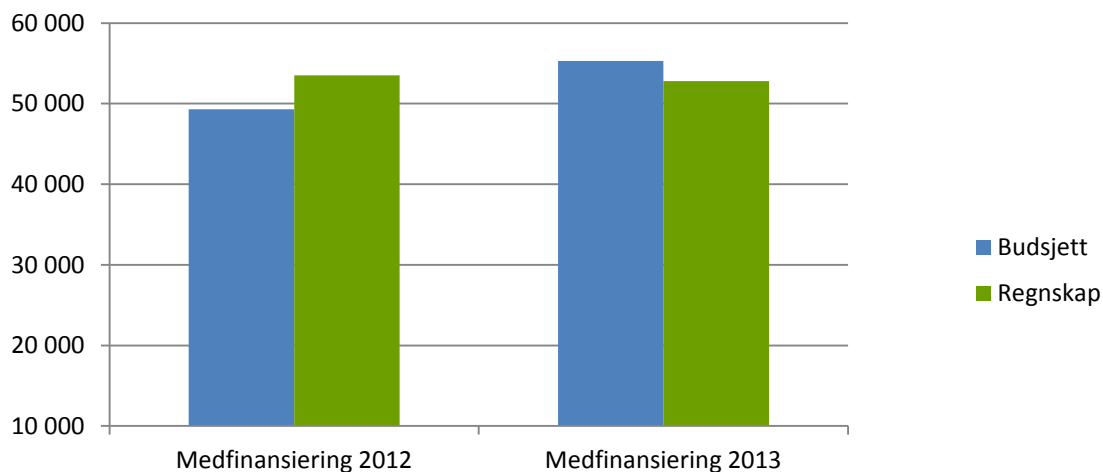
Det vises i intervju til at medfinansieringen for Tønsberg sin del derfor var underfinansiert av statlig overføring, og det ble ikke gitt noen kompensasjon for dette. Begrunnelse for at staten ikke vil gå inn å dekke underfinansiering er at overføringene skal ha gått i balanse på makronivå. Altså var det noen kommuner som har tapt en del og noen kommuner som tjente på medfinansieringen. Det vises til at Tønsberg var en av kommunene som kom dårlig ut og gikk i underskudd.

Figuren under viser budsjetterte midler og regnskapsresultatene knyttet til medfinansieringen, og illustrerer hvordan kommunen har både redusert utgiftene noe samtidig som økt budsjett har medført positivt regnskapsresultat.

**Figur 4: Utgifter til medfinansiering, i tusen kroner<sup>27</sup>**

<sup>26</sup> 12-kommunesamarbeidet i Vestfold, 2013. Revidering av samhandlingsmodellen i Vestfold. Styresak 13/13. 13.6.2013.

<sup>27</sup> Tall tilsendt fra Tønsberg kommune.



Kommunens medfinansiering beregnes ut fra DRG-lister<sup>28</sup>, som sykehuset produserer.

Tønsberg kommunes høye utgifter til medfinansiering av sykehusopphold for sine innbyggere, knyttes i intervjuer til faktorer som nærhet til sykehuset i Vestfold, at Tønsberg er en stor bykommune og at høyt behandlingstempo ved sykehuset fører til økt produksjon ved sykehuset. Det er enighet blant flere revisjonen har intervjuet at aktivt fokus på å forebygge innleggelser (og reinnleggelser) på sykehus er et viktig element i arbeidet med å redusere kommunens kostnader.

Kommunen har valgt å benytte medfinansieringsmidler hovedsakelig til å betale utgifter ved sykehusopphold. Noen av midlene ble likevel benyttet for å opprette en stilling som demenskoordinator, for å sikre at det gis et godt tilbud til hjemmeboende demente. Det understrekes samtidig at det er fokus på å ikke benytte for mye av de tildelte midlene før regningen for medfinansiering foreligger.

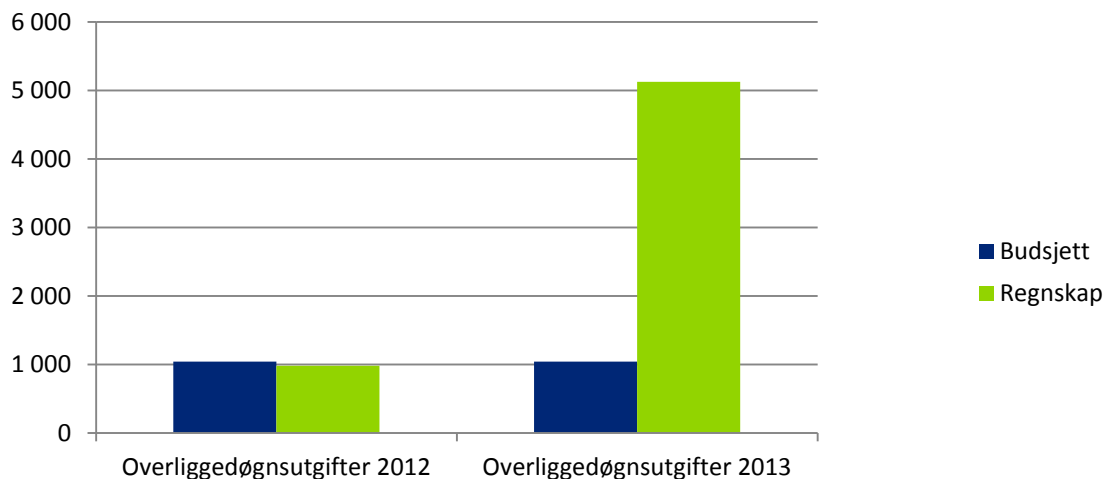
Det pekes også på at kommunen har liten mulighet til å påvirke medfinansieringsutgiftene på kort sikt, fordi antallet sykehussinleggelser i stor grad beror på folkehelsen. Det understrekes at det er utfordrende å endre folkehelsen, og at kommunen har begrensede muligheter til å påvirke denne. Medfinansiering blir derfor sett på som en ordning som kan fortsette å være en utfordring for kommunen i årene fremover.

#### 4.6.2 Utgifter til sykehusopphold for utskrivningsklare pasienter

Tønsberg kommune har også høye utgifter til overliggedøgn. Det opplyses at kommunen i 2012 betalte for 245 overliggedøgn for utskrivningsklare pasienter, mens de i 2013 måtte betale for 1 281 døgn. Dette utgjør 980 000 kr. i utgifter til overliggedøgn i 2012, og 5,1 millioner i 2013. Dette går frem av figuren under.

<sup>28</sup> Diagnose-relaterte grupper (DRG) viser til helseforetakenes system for å gruppere pasienter i sykehus etter hvilken ressursbruk, og dermed kostnad som er forbundet med undersøkelse og behandling. DRG danner grunnlaget for innsatsstyrt finansiering i norske sykehus. Sentrale faktorer for DRG-klassifisering er diagnose, prosedyre (operasjoner m.m.), kjønn, alder og utskrivningsstatus. <http://helsedirektoratet.no/finansiering/drg/drg-struktur/Sider/hva-er-drg-systemet.aspx>

Figur 5: Kostnader til overliggedøgn, i tusen kroner<sup>29</sup>



Årsakene til denne økningen forklares av kommunen å ha sammenheng med omorganiseringen. Det opplyses at den hadde innvirkning på merforbruk og overliggedøgn i den tiden kommune flyttet pasienter til Eik sykehjem, for å frigjøre plasser til akutt plasser og vurderingsplasser på Træleborg bo- og rehabiliteringssenter (våren og høsten 2013). I tillegg pekes det på at økningen i innleggelse (økt behandling ved sykehuset) også medfører noe høyere antall overliggedøgn.

Kommunen viser også til at fagfolk i helse og omsorgstjenestene opplever at pasientene er dårligere nå enn tidligere når de skrives ut av sykehus. Dette medfører at kommunen ofte mangler kapasitet til å ta så dårlige pasienter hjem. Samtidig pekes på at dette er subjektive opplevelser som det er vanskelig å dokumentere. Problem med rotasjon ved korttids plasser medfører at kommunen har mindre kapasitet til å ta imot pasienter fra sykehus til korttidsopphold.

En annen faktor som kommunen peker på i forbindelse med det høye antallet overliggedøgn er at Tønsberg kommune har store økonomiske utfordringer som fører til at blant annet hjemmesykepleien må redusere antallet ansatte, samtidig som at de skal ta imot flere pasienter. Det blir pekt på at det krever tid å legge om arbeidsmåter og turnuser i hjemmetjenestene.

Tall fra Helsedirektoratet viser at Tønsberg kommune har vesentlig høyere gjennomsnittskostnad til medfinansiering per innbygger enn landet ellers, andre kommuner med tilsvarende innbyggertall og i helseregionen. Sammenlignet med Vestfold er gjennomsnittskostnadene fortsatt høyere i Tønsberg, men forskjellen er mindre.

<sup>29</sup> Tall tilsendt fra Tønsberg kommune.

Tabell 6: Sammenligning av kostnader per innbygger (tallgrunnlag fra Helsedirektoratet)

Kostnad per innbygger – sammenligning	2014 <sup>30</sup>		2013		2012	
Gjennomsnittskostnad per innbygger Tønsberg	352 kr		1 294 kr		1 306 kr	
<b>Sammenligning med gj.snitt for andre kommuner</b>						
Hele landet	265 kr	+33,0 %	1 041 kr	+24,3 %	1 035 kr	+26,2 %
Helseregion Sør-Øst	264 kr	+33,3 %	1 043 kr	+24,1 %	1 045 kr	+25,0 %
Vestfold	321 kr	+9,7 %	1 238 kr	+ 4,5 %	1 225 kr	+6,6 %
30 000 – 49 900 innbyggere	283 kr	+24,5 %	1 127 kr	+14,9 %	1 107 kr	+18,0 %

\* Prosenttallet viser forskjell i utgifter mellom Tønsberg kommune og aktuelle kommuner/regioner. + angir at Tønsberg kommune ligger høyere enn sammenlignet enhet.

Av Tønsberg kommunes gjeldende økonomiplan går det fram at kommunens merforbruk innenfor helse og omsorg i 2013 vil være på 22 mill. kr. Det pekes på at dette utgjør 2,6 % av områdets totale årsbudsjett. Merforbruket knyttes i hovedsak til effektene av samhandlingsreformen, veksten i antall nye brukere med omfattende behov og økte utgifter til sosialhjelp.<sup>31</sup>

<sup>30</sup> Tallene for 2014 gjelder for perioden januar til og med mars, og er ikke et snitt for hele året som de andre tallene.

<sup>31</sup> Tønsberg kommune, 2013. Økonomiplan 2014–2017. Budsjett 2014.

# 5. Vurdering

## 5.1 I hvilken grad har Tønsberg kommune utarbeidet målsetninger for implementering av samhandlingsreformen, og hvordan følges disse opp?

Undersøkelsen viser at Tønsberg kommune har etablert overordnede målsetninger og strategier for samhandlingsreformen, som fremgår av budsjettforslag, utfordringsdokument og økonomiplaner. Lederne i kommunen opplever målsetningene som tydelige. Samtidig viser undersøkelsen at kommunen ikke alltid har operasjonalisert mål og strategier, og det er for eksempel ikke fastsatt konkrete måltall på maksimalt antall overliggedøgn eller tjenestekvalitet. Revisjonen mener undersøkelsen viser at kommunen ser på implementering av samhandlingsreformen som et viktig og prioritert område, men at kommunen bør vurdere å formalisere flere konkrete, operasjonaliserte målsetninger knyttet til nye krav og oppgaver som følger av samhandlingsreformen.

Undersøkelsen viser videre at kommunens målsetninger følges opp gjennom tiltak i budsjett, og prosjekter som gjennomføres i kommunen. Revisjonen vil samtidig påpeke at når det gjelder oppfølging av målsetninger gjennom rapportering, bør kommunen vurdere å innføre rapportering knyttet til tjenestekvalitet og innhold i tjenestene for å sikre forbedring, oppfølging og kontroll av tilbudene.

## 5.2 Er pleie- og omsorgstjenestene i Tønsberg kommune organisert på en hensiktsmessig måte i forhold til å ivareta kommunens nye oppgaver som følger av samhandlingsreformen?

Gjennom undersøkelsen fremgår det at helse og omsorg i Tønsberg kommune har gjennomgått en omfattende omorganisering som har vært gjeldende fra 1.1.2013. Omorganiseringen ble iverksatt for å møte utfordringene som fulgte av innføringen av samhandlingsreformen, og skulle legge til rette for bedre samhandling og pasientforløp.

Helse og omsorg består etter omorganiseringen av totalt syv virksomheter i tillegg til en fagenhet. Fire virksomheter er områdespesifikke, og tre virksomheter leverer tjenester på tvers av de områdespesifikke virksomhetene. Revisjonen mener undersøkelsen viser at Tønsberg kommune har iverksatt konkrete organisatoriske grep for å tilpasse tjenestene til endrede krav og nye oppgaver som følger av samhandlingsreformen. Revisjonen vil likevel understreke at det fremstår som prosessen med organisatoriske tilpasninger ble igangsatt sent i forhold til når samhandlingsreformen ble innført, ettersom kommunen ved inngangen til 2012 stort sett bare hadde en avtale med Nøtterøy kommune om avklaringsplasser for utskrivningsklare pasienter. Dette har etter revisjonens vurdering bidratt til at kommunen har fått en ekstra belastning på helse og omsorgstjenestene med å gjennomføre tilpasninger og omfattende organisatoriske tiltak parallelt med reformens iverksettelse. Omorganiseringen er fortsatt i en implementeringsfase, og det er viktig at implementeringen følges tett, evalueres og vurderes jevnlig for å sikre at organiseringen er godt tilpasset den videre utviklingen i samhandlingsreformen. Revisjonen registrerer at det er etablert en praksis for å evaluere gjennomførte endringer, og mener det bidrar til å styrke kommunens evne til å være fleksibel med hensyn til behov for justeringer. For eksempel blir flyttingen av omsorgsboliger for demente til HOB omgjort basert på evalueringsresultater.



Kommunen har samlet all tildeling av tjenester i et tildelingskontor. Tildelingskontoret oppleves i kommunen som byråkratisk, og at det har bidratt til at en del saksbehandling tar lengre tid enn tidligere. I tillegg er det noe forvirring blant pasienter og pårørende når det gjelder hvor de skal henvende seg med søknader og spørsmål om tjenester. Samtidig påpekes det også at tildelingskontoret sikrer større grad av likebehandling av pasienter enn det som var tilfellet tidligere, da tjenestetildelingen foregikk ute på de enkelte enhetene i helse og omsorg. Revisjonens oppfatning er at etablering av tildelingskontoret bidrar til en styrking av saksbehandlingskompetanse og faglig funderte vurderinger av tjenestebehov.

Revisjonen mener tildelingskontoret må arbeide videre med å sikre at de har oppdaterte system og rutiner for saksbehandling, og at systemene bidrar til effektivitet i saksbehandling av tjenestetildelingen. Revisjonen mener også at kommunen må sikre at det legges til rette for god samhandling og samordning mellom tildelingskontoret og tjenesteutøvere, slik at kartlegginger m.v. kan utføres effektivt og med tilfredsstillende faglig kvalitet. Videre vil revisjonen påpeke at kommunen bør arbeide for å sikre at brukere og pårørende får god og tydelig informasjon om hvor de kan henvende seg for å få bistand i ulike situasjoner.

Alle sykehjemmene i Tønsberg har blitt samlet i én virksomhet gjennom omorganiseringen, og dette har ført til store endringer i sykehjemsdriften. Hensikten med å samle sykehjemmene har blant annet vært å styrke faglig fokus i stedet for å vektlegge geografi. Revisjonen mener ønsket om mer faglig spesialisering innenfor spesifikke fagområder bidrar til å styrke evnen til å møte nye krav og oppgaver i samhandlingsreformen. Samtidig vil revisjonen påpeke at kommunen bør innføre konkrete tiltak for å sikre at ledere følger opp sine ansatte slik at ikke avstanden mellom leder og ansatt blir for stor. Revisjonen mener det er særlig viktig i omstillingsprosesser å ha tett lederoppfølging av de ansatte for å sikre at praksiser er i samsvar med intensjoner ved omleggingene.

Hjemmetjenesten i Tønsberg er organisert med personrettet hjelp i fire soner, mens praktisk bistand er skilt ut som egen sone, felles for hele kommunen. Revisjonen mener organiseringen av hjemmetjenesten fremstår som hensiktsmessig.

### **5.3 Har kommunen tilstrekkelig tilbud innenfor institusjonstjenestene og hjemmebasert pleie og omsorg?**

#### **5.3.1 Kapasitet**

Tall fra KOSTRA viser at betydelig høyere andel av de som bor på institusjon i Tønsberg er over 80 år, sammenliknet med situasjonen i sammenliknbare kommuner, Vestfold og landet for øvrig. Undersøkelsen viser at pleietrengende som får tildelt korttidsplass ofte får forlenget opphold til de får langtidsplass, fordi de ikke vurderes som i stand til å sendes hjem. Undersøkelsen viser også at kommunen har behov for flere korttidsplasser for demente, utover de 20 plassene kommunen har til disse pasientene.

Det fremgår videre av undersøkelsen at hjemmetjenesten opplever mangler kapasitet og kompetanse til å ta imot pasienter fra korttidsopphold eller sykehus. Særlig oppleves dette som en utfordring med demente. Det fremgår i undersøkelsen at kommunen har vedtatt å ansette en demenskoordinator og kreftkoordinator i hjemmetjenesten som skal bidra til å bedre kapasiteten og kompetansen på oppfølging i hjemmetjenesten. Generelt viser undersøkelsen at hjemmetjenesten har en utfordring knyttet til å ta imot det økte omfanget av pasienter etter innføringen av samhandlingsreformen.

Revisjonen vil understreke at kommunen har, eller er i ferd med å gjennomføre tiltak som kan være med å bedre kapasiteten både i hjemmetjenesten og institusjoner. For eksempel vil opprettelsen av flere korttidsplasser, hjemmetjenestens vektlegging av hverdagsrehabilitering, ansettelse av demenskoordinator og kreftkoordinator bidra til å øke kapasiteten. Generelt vil økt fokus på forebyggende tiltak ha en positiv effekt over tid på kapasiteten i tjenestene.

### 5.3.2 Kompetanse

Tønsberg kommune har gjennomført en rekke tiltak for å bedre kompetansen innen helse- og omsorgstjenestene i kommunen. På sykehjemmene jobbes det kontinuerlig med å øke andelen ansatte med høyskoleutdannelse, og det er opprettet tre stillinger som sykehjemsoverleger. Revisjonen mener dette er tiltak som vil bidra til bedre kompetanse blant ansatte på sykehjem, og ansettelsen av faste sykehjemsoverleger vil sannsynligvis også kunne bidra til å redusere antall innleggelse på sykehus gjennom at det skaper større grad av trygghet i sykehjemmene på at de har kompetanse til å behandle flere pasienter på sykehjemmet.

Det trekkes også frem i undersøkelsen at kommunen har mye ufrivillig deltid innen helse og omsorg. Revisjonen mener at å tallfeste mål på reduksjon av ufrivillig deltid kan bidra til at flere med fagutdanning ønsker å jobbe i kommunens tjenester. Generelt vil revisjonen oppfordre virksomhetene til å utarbeide kompetanseutviklingsplaner som kan synliggjøre både hvilken type kompetanse de ulike virksomhetene har behov for, og også bevisstgjøre ansatte på hvilke muligheter de har til kompetanseutvikling.

Undersøkelsen viser også at sykehjemmene jobber med å muliggjøre ytterligere spissing av kompetanse gjennom at de ønsker å samlokalisere like pasientgrupper på sykehjemmene. Revisjonen mener organiseringen av korttids plasser, langtids plasser og plasser for demente kan være gunstig for fagutviklingen, men vil samtidig påpeke viktigheten av å ivareta de ansatte og deres ønsker i en slik samlokaliseringsprosess.

Videre viser undersøkelsen at kommunen gjennom opprettelsen av plassene for øyeblikkelig hjelp har hatt ansatte på hospitering ved sykehusene, og at det er igangsatt en mellomlederopplæring knyttet til ledelse under samhandlingsreformen.

Revisjonen mener kommunens vektlegging av tverrfaglig arbeid har blitt styrket gjennom omorganiseringen av helse- og omsorgsvirksomhetene, blant annet ved å samle virksomheter som skal levere tjenester til de ulike fagområdene. Organisering av et eget tildelingskontor som utfører saksbehandling og kartlegging bidrar også til samhandling mellom tjenestene. Den nye organiseringen kan også bidra til å heve kompetansen i de områdespesifikke tjenestene. Spesielt dersom tverrfaglig arbeid inkluderer elementer av kompetanseoverføring mellom ulike ansattgrupper, er dette en gunstig måte å organisere tjenestene på. Det blir påpekt at det er begrenset tilgang på for eksempel fysio- og ergoterapiressurser i kommunen, og opplæring av sykehjemsansatte på enkelte oppgaver som fysio- og ergoterapeuter vanligvis utfører kan være en måte å styrke slikt arbeid overfor pasienter. Samtidig vil revisjonen understreke at det er viktig at kommunen sikrer at det er tilstrekkelige ressurser med riktig kompetanse innen de helsetjenestene som er ment å skulle leveres på tvers av virksomhetene innen helse og omsorg, for å sikre riktig kompetanse, til rett tid, på rett sted.

I undersøkelsen fremheves hjemmetjenesten spesielt som et område der det er behov for mer kompetanse. Hjemmetjenesten har fått flere og tyngre pleieoppgaver etter innføringen av samhandlingsreformen. Ansettelse av demenskoordinator og kreftkoordinator vil bidra til kompetanseheving innenfor hjemmetjenestene. Arbeidet som pågår med å styrke kompetanse på fallforebygging, ernæring og hverdagsrehabilitering generelt vil også bidra til kompetanseheving. Revisjonen mener kommunen bør sikre at dette arbeidet systematiseres og videreføres, og i tillegg sikre at det gis målrettet og systematisk tilbud om videre- og etterutdanning, kurs og andre kompetansehevede tiltak. Undersøkelsen viser at kommunen er avhengig av kompetanseheving i hjemmetjenesten for å kunne overføre alle pasienter som bør følges opp av hjemmetjenesten etter sykehusopphold, til hjemmetjenesten.

### 5.3.3 Tilpassede tilbud

Undersøkelsen viser at kommunen er i en prosess med å gjøre tilpasninger til samhandlingsreformen, og at mange tiltak snart vil starte opp eller er nylig innført. Det vises til at

man trenger noe tid til å la de ulike tiltakene virke en stund før man kan vurdere om de har ønsket effekt. I tillegg har kommunen et langsiktig perspektiv på mange av sine tilpasninger (habilitering/rehabilitering i hjemmet, økt innsats knyttet til forebygging blant annet ved hjelp av folkehelsekoordinator etc.). Revisjonen mener det er gode muligheter for at disse tiltakene vil gi effekter.

Kommunen har også satt i gang et prosjekt ved hjelp av eksterne konsulenter som blant annet skal se på kommunens tilpasning til BEON-prinsippet. Revisjonens oppfatning er at det særlig er behov for å styrke arbeidet med de laveste trinnene i omsorgstrappen for å bidra til at flere eldre og pleietrengende kan bo hjemme lengre.

Revisjonen mener også det planlagte prosjektet for dimensjonering av helse- og omsorgstjenesten på tvers av de tre kommunene Tønsberg, Nøtterøy og Tjøme bør bidra til at kommunen får mer konkrete innspill til videreutvikling av tjenestespekteret. Dette kan kommunen benytte til å vurdere både behov for videre tilpasninger av kapasitet, kompetanse og tjenestetilbud.

#### **5.4 I hvilken grad klarer kommunen å ta imot utskrivningsklare pasienter?**

Samhandlingsreformen har medført at pasienter blir tidligere skrevet ut fra sykehusene enn tidligere. Opphopning av pasienter på korttidsplasser har bidratt til at kommunen ikke klarer å ta imot tilstrekkelig mange utskrivningsklare pasienter fra sykehus. Videre viser undersøkelsen at kommunen har behov for å redusere antallet pasienter med vedtak om langtidsplass ved sykehjem. Etter revisjonens vurdering kan økt kapasitet og kompetanse i hjemmetjenesten avhjelpe situasjonen på dette området.

Kommunen har under omorganiseringen økt den totale kapasiteten innenfor korttidsplasser, i form av nye avklaringsplasser, akutt-plasser og observasjons-plasser ved sykehjemmene i løpet av 2012 og 2013. Etter revisjonens vurdering bør disse tiltakene medføre at kommunen klarer å ta imot flere utskrivningsklare pasienter, og redusere utgiftene til overliggedøgn som må betales til sykehuset.

Undersøkelsen viser også at det er etablert og samlet en rekke rutiner hos tildelingskontoret, men at det er avgjørende at de mottar riktig og relevant informasjon for at kommunen raskt kan ta imot pasienter som har oppfølgingsbehov. Helse- og omsorgstjenestene er i ferd med å implementere kvalitetssystemet QMS, der alle rutiner, prosedyrer etc. skal samles. Revisjonen mener kommunen bør prioritere å få dette systemet på plass slik at de sikrer faktisk bruk av riktige og oppdaterte rutiner, maler og sjekklister mv. Aktiv bruk av kvalitetsutvalgene er etter revisjonens vurdering et nødvendig virkemiddel for å få kvalitetssystem til å fungere etter intensjonen.

Revisjonen oppfatter at kommunen er bevisst problemstillingen, og arbeider for å redusere utgiftene til overliggedøgn, men revisjonen mener kommunen må sikre tett oppfølging av denne utviklingen for å sørge for at iverksatte tiltak bidrar til en reduksjon i utgiftene. I den sammenhengen er det særlig viktig å sikre at hjemmetjenestene har evne til å ta imot pasienter, at saksbehandling ved tildelingskontoret ikke medfører en forsinkelse i overføring av pasienter til kommunen og at korttidsplasser benyttes som forutsatt.

#### **5.5 I hvilken grad har kommunen klart å redusere andelen pasienter innlagt på sykehus?**

Undersøkelsen viser at Tønsberg kommune har mange overliggedøgn, og har sammenlignet med andre høye utgifter til betaling for opphold i sykehus for utskrivningsklare pasienter. I tillegg har det vært en kraftig økning i utgifter til overliggedøgn fra 2012 til 2013. Utgiftene for Tønsberg kommune var i 2013 vesentlig høyere enn for andre kommuner, og er blant de høyeste i landet på betalte overliggedøgn. Dette knyttes til kommunens omorganisering fordi de flyttet mange

pasienter mellom sykehjem, noe som førte til at kommunen i mindre grad klarte å ta imot utskrivningsklare pasienter. I tillegg viser undersøkelsen at det har vært en økning i sykehusinnleggelser. Revisjonen mener mange viktige tiltak er igangsatt i kommunen, men vil understreke at kommunen bør evaluere og følge tett opp disse tiltakene for å sikre at de har ønsket effekt på antallet overliggedøgn.

## **5.6 Har kommunen tilstrekkelige forebyggende tiltak for å bidra til å redusere behovet for sykehusinnleggelse?**

Undersøkelsen viser at Tønsberg kommune arbeider målrettet med forebyggende tiltak som ett ledd i tilpasningen til samhandlingsreformen. Hjemmetjenesten har innført og jobber nå aktivt med hverdagsrehabilitering av sine pasienter. Opprettelsen av plasser for øyeblikkelig hjelp og avklaringsplasser bør også etterhvert bidra til å redusere antallet sykehusinnleggelser. Samtidig viser undersøkelsen at kommunen har satt i verk et arbeid med pasientsikkerhet som særlig er rettet mot fallforebygging, medisingjennomgang og ernæring. Revisjonen mener tiltakene kommunen har innført er hensiktsmessige i forhold til formålet om å redusere andelen sykehusinnleggelser, men vil samtidig påpeke at for å få ønsket effekt må man følge nøye opp at tjenesteutøvelsen har tilfredsstillende kvalitet.

Det er videre revisjonens anbefaling at helse og omsorg bør arbeide for at avvikssystem er egnet til å registrere kvalitetsavvik i tjenesteutøvelsen, og benyttes aktivt til dette. Revisjonen mener slike systemer, når de er i aktiv bruk, kan bidra til å styrke det løpende forbedringsarbeidet i kommunen, og mener også det bør innføres rapportering om kvaliteten i tjenestene. Kommunene presiserer i forbindelse med verifisering av denne rapporten at kommunen *«...har et avvikssystem i alle virksomhetene som fungerer etter internkontrollforskriftens krav, men systemet er papirbasert og ikke elektronisk. Dette gjør arbeidet med systematisk og helhetlig avvikshåndtering utfordrende. Kommunen ved IK sjef, jobber nå med å innhente informasjon om slike system. Økonomien (...) gjør det selvsagt vanskelig å investere i et slik system på nåværende tidspunkt.»*

I undersøkelsen vises det generelt til at forebyggende tiltak må ha et langsiktig perspektiv, og revisjonen mener det er viktig at kommunen sikrer kontinuitet i igangsatte tiltak slik at ønsket effekt kan oppnås.

Revisjonen mener også kommunens vektlegging av folkehelse generelt i befolkningen og opprettelsen av en stilling som folkehelsekoordinator kan ha en positiv effekt på lang sikt. Effekten avhenger etter revisjonens vurdering også av hvordan folkehelsekoordinatorfunksjonen benyttes, og hvordan kommunen følger opp initiativer for å bedre folkehelsen.

Det vises gjennom undersøkelsen til behov for kulturendringer både blant innbyggere og tjenesteytere når det gjelder bruken av både sykehus og sykehjem. Kommunen bør vurdere konkrete tiltak med informasjon til ulike grupper innbyggere om hvordan man kan arbeide mer forebyggende, og hvordan man ønsker at kommunens helse- og omsorgstilbud skal innrettes. Revisjonen mener dette bør være et fokus som kommunen kan ta opp i forbindelse med det planlagte samarbeidet med Nøtterøy og Tjøme, når de skal arbeide med dimensjonering av helse- og omsorgstjenesten i et mer moderne, fremtidsrettet perspektiv.

## **5.7 Har kommunen laget nødvendige planer for å sikre at tilbud om øyeblikkelig hjelp kan iverksettes i 2016?**

Undersøkelsen viser at Tønsberg kommune har etablert plasser beregnet for øyeblikkelig hjelp, i samsvar med kravene i samhandlingsreformen som vil være gjeldende fra 2016. Det er etter vår vurdering positivt at kommunen er tidlig ute med å få dette tilbudet på plass, noe som også gir kommunen mulighet til å innarbeide gode rutiner og nyttig erfaring med ordningen før det er et

absolutt krav om å ha dette på plass. Revisjonen vil understreke at kommunen bør vurdere om tiltaket bidrar til å redusere sykehusinnleggelser slik som intensjonen er.

## **5.8 Er Tønsberg kommunes samhandling med helseforetakene hensiktsmessig for å sikre tilstrekkelig oppfølging av pasienter før, under og etter sykehusopphold?**

### **5.8.1 Er kommunens avtaler med helseforetakene hensiktsmessige?**

Kommunen har inngått en rekke samarbeidsavtaler med sykehuset i Vestfold (SiV), og har etablert en samhandlingsmodell sammen med andre kommuner i Vestfold og SiV. Avtalene med helseforetaket er i samsvar med lovpålagte krav (jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 6-1 og 6-2). I undersøkelsen kommer det frem at avtalene ikke nødvendigvis bidrar til en kvalitetsøkning i pasientforløpene, samtidig som det legger greie rammer for roller og ansvar mellom kommunen og foretaket. Etter revisjonens vurdering er det viktig å sørge for at avtalene evalueres og/ eller revideres dersom kommunen opplever et behov for å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommunen og helseforetaket, samt har behov for å bedre rutiner for samarbeid på sentrale samhandlingsområder.

### **5.8.2 Er kommunikasjon- og informasjonsflyten mellom kommunen og helseforetak tilfredsstillende?**

Undersøkelsen viser at Tønsberg kommune har etablert systemer og rutiner for å sikre kommunikasjons- og informasjonsflyt mellom kommunen og helseforetaket. Likevel vises det til at kommunen opplever at helseforetaket ikke alltid er innforstått med informasjonsbehovet i kommunen ved overføring av pasienter. Etter revisjonens vurdering bør kommunen tydeliggjøre hvilke informasjonsbehov de har på ulike nivåer, og gi tilbakemeldinger til helseforetaket når denne eventuelt mangler eller er ufullstendig. Revisjonen vil understreke at man bør ta i bruk avviksmeldingssystemet som er innført mellom kommunen og helseforetaket for å melde kommunikasjonsvikt og informasjonsmangler. Dersom rollen som pasientkoordinator benyttes som forutsatt kan dette være en mulighet for å forbedre dialog og informasjonsutveksling.

## **5.9 Hvilke økonomiske konsekvenser har samhandlingsreformen fått for Tønsberg kommune?**

### **5.9.1 Utgifter knyttet til sykehusopphold (kommunens medfinansieringsansvar)**

I 2012 gikk Tønsberg kommune i underskudd i forhold til budsjetterte midler til å dekke utgifter til medfinansieringsansvaret som følger av samhandlingsreformen. Underskuddet utgjorde for 2012 ca. 4,2 mill. kr. Etter økte bevilgninger i 2013, ble underskuddet snudd til et positivt resultat, med et mindreforbruk på ca. 2,5 mill.

Likevel vurderer revisjonen det som en stor utfordring for kommunen å klare å redusere sine kostnader til medfinansiering, blant annet på grunn av økning i sykehusinnleggelser. Revisjonen vil i tillegg peke på at ekstraoverføringen på 7 mill. kr. som Tønsberg kommune har mottatt som en overgangsordning vil falle bort, og medfører en risiko for at kommunen videre kan oppleve et underskudd i forhold til de midlene som overføres fra staten. Dette gjør at kommunen på kort sikt har stort behov for å få effekter av iverksatte tiltak for å forebygge sykehusinnleggelser.

### **5.9.2 Tilpasning av pleie- og omsorgstilbud**

Kommunen har ikke egne tall som viser kostnader knyttet til nye tiltak og omorganisering som følger av innføringen av samhandlingsreformen. Undersøkelse viser at merforbruket innenfor helse og omsorg i 2013 var på ca. 22 mill. kr. eller 2,6 % av områdets totale årsbudsjett. Merforbruket knyttes i hovedsak til effektene av samhandlingsreformen, veksten i antall nye brukere med omfattende behov og økte utgifter til sosialhjelp. Opprettelsen av nye plasser ved institusjoner og noen nye koordinatorstillinger i hjemmetjenestene er finansiert innenfor de

rammene som de ulike virksomhetene har fått til sine budsjetter eller statlige overføringer. Undersøkelsen viser at det føres kontroll gjennom økonomirapportering, samtidig som virksomhetene innenfor helse og omsorg fortsetter å gå med underskudd.

# 6. Anbefalinger

Med bakgrunn i revisjonens funn og vurderinger vil vi anbefale Tønsberg kommune å gjennomføre følgende tiltak:

1. Formalisere og konkretisere mål for virksomhetene innenfor helse og omsorg knyttet til nye krav og oppgaver som følger av samhandlingsreformen.
2. Vurdere å innføre rapportering knyttet til tjenestekvalitet og innhold i tjenestene for å sikre forbedring, oppfølging og kontroll med utviklingen av tilbudene.
3. Sikre at omorganiseringen i helse og omsorg følges tett opp for å sikre at nødvendige tilpasninger til videre utvikling i samhandlingsreformen gjennomføres og følges opp. Under dette:
  - a) Sikre at det legges til rette for god samhandling mellom tildelingskontoret og tjenesteutøvere slik at kartlegginger m.v kan utføres effektivt og med tilfredsstillende faglig kvalitet.
  - b) Sikre tett oppfølging av ledere og ansatte i sykehjemmene for å sikre at praksis er i samsvar med intensjonen med omorganiseringen.
4. Konkretisere mål for reduksjon av ufrivillig deltid innen helse og omsorg.
5. Utarbeide kompetanseutviklingsplaner i alle virksomheter innenfor helse og omsorg.
6. Arbeide med kompetanseoverføring mellom ulike ansattgrupper, slik at enkle oppgaver kan utføres av de som har det daglige pleieansvaret for pasientene.
7. Sikre at kapasitet og kompetanse i hjemmetjenesten er tilstrekkelig til at tjenesten kan ta imot og følge opp utskrivningsklare pasienter som har behov for tjenester.
8. Prioritere at alle relevante rutiner, prosedyrer mv. samles og oppdateres i kvalitetssystemet, og sette i verk tiltak for å sikre at dette systemet benyttes aktivt.
9. Etablere et system for avviksrapportering og -håndtering som sikrer at dette benyttes aktivt i organisasjonen, og sikre at det benyttes som et ledd i det kontinuerlige forbedringsarbeidet innenfor helse- og omsorgstjenestene.
10. Sikre tett oppfølging av utgiftene til overliggedøgn for å kartlegge i hvilken grad iverksatte tiltak medfører reduksjon i utgiftene.
11. Vurdere å innføre konkrete tiltak med blant annet informasjon til ulike befolkningsgrupper om kommunens forebyggende arbeid, og hvordan man ønsker at helse- og omsorgstilbudet i kommunen skal innrettes.
12. Sikre at kommunens avtaler med helseforetaket evalueres jevnlig og revideres ved behov.
13. Tydeliggjøre overfor helseforetaket hvilke informasjonsbehov kommunen har for å sikre effektivitet ved pasientoverføringer, og vurdere tiltak om kan bidra til at avvismeldingssystemet mellom kommunen og helseforetaket tas aktivt i bruk.

# Vedlegg 1: Rådmannens høringsuttalelse





Dato: «Sdo\_DokDato»

Silje Sivertsen  
Enterprise Risk Service, Deloitte AS

## **Forvaltningsrevisjon. Tilpasning til samhandlingsreformen. Høring fra rådmannen.**

Rådmannen mener at denne forvaltningsrevisjonen har tatt opp et viktig og dagsaktuelt tema for kommunen. Generelt mener rådmannen at revisjonen beskriver og konkluderer på en slik måte at det er gjenkjennelig for organisasjonen. utfordringene og problemene som revisjonen peker på er i stor grad i tråd med de utfordringene som rådmannen også ser.

Tønsberg kommune sine organisatoriske grep for å tilpasse tjenesten til endrede krav og nye oppgaver kom noe sent i gang i forhold til når samhandlingsreformen ble innført. Samtidig har kommunen siden 2012 iverksatt flere prosjekter som alle skal tilrettelegge for at samhandlings-reformens intensjoner blir innført på en god måte i kommunen.

I budsjettdokument og kommuneplan peker også rådmannen på utfordringen med at kommunen har for få tiltak og tjenester på lavere trinn i omsorgstrappa. Kommunen har en utfordrende økonomi, men likevel er det i løpet av våren 2014 gjort flere vedtak for å understøtte denne snuoperasjonen. Disse tiltakene er:

- Åpner 5 korttidsplasser på Træleborg sykehjem fra 15.mai 2014.
- Utlyse 100 % stilling som demenskoordinator
- Utlyse 100 % kreftkoordinator
- Hjemmesykepleien disponerer fra 15. mai 2014 to korttidsplasser
- Mål om at 30 % av sykehjemsplassene skal brukes til korttidsopphold.
- Det er bevilget 300 000 kroner til innkjøp av sykesenger og pasientløftere til bruk i hjemmetjenesten
- Kommunen leier 5 plasser for ”vanlige korttidsopphold” på Nøtterøy fra primo juni
- Det skal kjøpes inn 80 trygghetsalarmer

Revisjonen oppsummerer i 13 punkt områder som de mener kommunen må gjennomføre tiltak innenfor. Rådmannen kommenterer disse punktene fortløpende under her.

### **1. Formalisere og konkretisere mål for virksomhetene innenfor helse og omsorg knyttet til nye krav og oppgaver som følger av samhandlingsreformen.**

Kommentar fra rådmannen:

Rådmannen oppfatter at revisjonen her etterspør operasjonaliserte mål og konkrete måltall knyttet til krav i samhandlingsreformen.

De konkrete mål som kommune har på plass er:

- 6 sengeplasser på Træleborg skal brukes til kommunale akutt døgnplasser (KAD)
- 4 sengeplasser skal brukes som intermediærplasser for pasienter som er utskrivingsklare
- Man jobber mot at 30 % av sykehjemsplassene skal være korttidsplasser.

Rådmannen ønsker også å innføre måltall for antall pasienter som har gjennomført hverdagsrehabilitering og hvor mange overliggedøgn kommunen kan ha.

## **2. Vurdere å innføre rapportering knyttet til tjenestekvalitet og innhold i tjenestene for å sikre forbedring, oppfølging og kontroll med utviklingen av tilbudene.**

Kommentar fra rådmannen:

Dette er et viktig punkt som rådmannen ønsker å ha stort fokus på fremover. Det eksisterer ingen enkeltindikator som gir uttrykk for den samlede kvalitet og pasientsikkerheten i komplekse organisasjoner. Ei heller finnes det en «gullstandard» for hvilke typer indikatorer som bør settes sammen for å gi det mest korrekte bildet av kvaliteten eller pasientsikkerheten. Men rådmannen mener at det er nødvendig å øke oppmerksomheten mot dette området. Tønsberg kommune har sagt seg villig til å være pilot i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet skal bidra til å redusere pasientskader og øke pasientsikkerheten i Norge, se nettsiden: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/l+trygge+hender>. Ved deltakelse her vil ansatte få opplæring i kontinuerlig forbedringsarbeid, kommunen får støtte til å innføre tiltakspakker innenfor prioriterte områder som er dokumentert å være viktige for kvalitet, pasient og brukersikkerhet. For eksempel gjelder dette ernæring, legemiddelgjennomgang og fallforebyggende tiltak. Pasientsikkerhetsprogrammet ønsker også å legge til rette for involvering av politisk nivå i kommunenes kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid.

Rådmannen ønsker videre å lage en strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og systematisk forbedringsarbeid i helse og omsorg, og vil lage en kvalitetsmelding som skal behandles politisk årlig.

## **3. Sikre at omorganiseringen i helse og omsorg følges tett opp for å sikre at nødvendige tilpasninger til videre utvikling i samhandlingsreformen gjennomføres og følges opp.**

Kommentar fra rådmannen:

Det er gjennomført en devaluering av omorganiseringen vinteren 2014. Dette har medført at enkelte endringer er omgjort. Det er planlagt sluttevaluering i januar 2015 som skal behandles i styringsgruppen innen utgangen av første kvartal 2015.

### **a) Sikre at det legges til rette for god samhandling mellom tildelingskontoret og tjenesteutøvere slik at kartlegginger m.v. kan utføres effektivt og med tilfredsstillende faglig kvalitet.**

Kommentar fra rådmannen:

Prosjektet tildeling og iverksetting av helse og omsorgstjenester som gjennomføres av ekstern konsulent har nettopp dette som mål. Prosjektet skal se på hvordan kommunen jobber med hele pasientforløpet fra behov for tjenester oppstår og til tjenesten er iverksatt. Rådmannen vil avvente resultat fra dette prosjektet og informere utvalget fortløpende om status her.

### **b) Sikre tett oppfølging av ledere og ansatte i sykehjemmene for å sikre at praksis er i samsvar med intensjonen med omorganiseringen.**

Kommentar fra rådmannen:

Virksomhetsleder for sykehjemmene i Tønsberg jobber kontinuerlig med dette både med hensyn til de ansatte men også for å sikre at rett pasient får tilbud på rett plass. Kommunaldirektør har to formelle ledersamtaler per år med virksomhetslederne, og har i tillegg møter månedlig for å følge opp økonomistyring og andre områder innenfor HMS og fagkvalitet.

## **4. Konkretisere mål for reduksjon av ufrivillig deltid innen helse og omsorg.**

Kommentar fra rådmannen:

I februar 2014 vedtok ledermøte i helse og omsorg (HO) å bestille årlig oversikt over deltid, både ønsket og uønsket. Det skal også lages et system for kvartalsvise rapporter over deltidstillinger som skal behandles i ledergruppen. Rådmannen ønsker at man i forbindelse med disse rapportene lager mål for reduksjon av ufrivillig deltid innen helse og omsorg.

## **5. Utarbeide kompetanseutviklingsplaner i alle virksomheter innenfor helse og omsorg.**

Kommentar fra rådmannen:

Alle virksomhetene har kompetanseplaner. Men det er ulikt hvordan disse blir utformet og fulgt opp. På ledermøte i HO, april 2014, er det vedtatt å lage felles mal for kompetanseplan inkludert kartlegging av kompetansebehov og skjema for kompetanseprofil. Disse skal behandles i ledermøtet medio juni og virksomhetenes planer skal rulleres årlig.

## **6. Arbeide med kompetanseoverføring mellom ulike ansattgrupper, slik at enkle oppgaver kan utføres av de som har det daglige pleieansvaret for pasientene.**

Kommentar fra rådmannen:

Rådmannen ser at det er behov for mer tverrfaglig kompetanse innefor flere av virksomhetene for å sikre bedre faglig kvalitet. Det er iverksatt flere tiltak for dette i virksomhetene. For eksempel har sykehjemmene omgjort et hjelpepleiervikariat til en fysioterapistilling for å prøve ut en mer tverrfaglig tilnærming.

Rådmannen ser at dette er et viktig faglig satsningsområde og i arbeidet med kompetanseplanene som er omtalt under pkt 5, sak sikring av kompetanseoverføring og kontinuerlig læring være med.

## **7. Sikre at kapasitet og kompetanse i hjemmetjenesten er tilstrekkelig til at tjenesten kan ta imot og følg opp utskrivningsklare pasienter som har behov for tjenester.**

Kommentar fra rådmannen:

Dette er en stor utfordring med dagens økonomiske situasjon. Kommunen har:

- Utlyst 100 % stilling som demenskoordinator
- Utlyst 100 % kreftkoordinator
- Hjemmesykepleien disponerer fra 15. mai 2014 to korttidsplasser i SIT

I budsjettprosessen for 2015 må fordeling av ressurser innenfor de økonomiske rammene vise at kommunen styrker tjenestene på laveste nivå i omsorgstrappa.

Tønsberg, Nøtterøy og Tjøme har søkt om moderniseringsmidler for å kartlegge behov for framtidig antall sykehjemsplasser, omsorgsboliger, seniorsentre og hjemmebaserte tjenester i de tre kommunene. Denne kartleggingen er viktig for å sikre rett prioritering og utbygging av tjenestenivåene fremover.

Når det gjelder kompetansebehov, se punkt 5.

## **8. Prioritere at alle relevante rutiner, prosedyrer mv. samles og oppdateres i kvalitetssystemet, og sette i verk tiltak for å sikre at dette systemet benyttes aktivt.**

Kommentar fra rådmannen:

Kommunen har et elektronisk kvalitetssystem (QMS) der alle prosedyrer og rutiner skal ligge. Det er satt ned et eget prosjekt som jobber med dette. Helse og omsorgstjenester i bemannede boliger har vært pilot i arbeidet og overført alle sine rutiner til QMS. Innen tidlig høst 2014 skal resten av virksomhetene i HO ha gjennomført det samme.

Kontinuerlige forbedringsarbeidet innenfor helse- og omsorgstjenestene er også omtalt under punkt 2.

## **9. Etablere et system for avviksrapportering og -håndtering som sikrer at dette benyttes aktivt i organisasjonen, og sikre at det benyttes som et ledd i det kontinuerlige forbedringsarbeidet innenfor helse- og omsorgstjenestene.**

Kommentar fra rådmannen:

HO har et avvikssystem, det er papirbasert og ikke elektronisk. Det skjer avvikrapportering og avviksbehandling på alle nivå i organisasjonen. Det er en stor utfordring at avvikssystemet er papirbasert og ikke elektronisk. Det blir tidkrevende å rapportere og aggregere data. Kommunen er klar over dette problemet og har i vinter startet opp arbeidet med å kjøpe et elektronisk avvikssystem som kan brukes i hele organisasjonen.

For å sikre at avviksbehandlingen benyttes som et ledd i det kontinuerlige forbedringsarbeidet innenfor helse- og omsorgstjenestene ble det i 2012 innført kvalitetsutvalg på både virksomhetsnivå og på overordnet nivå i HO.

Kvalitetsutvalget for HO skal være et rådgivende organ for rådmannen/kommunaldirektør i saker som omhandler kvalitet i helse- og omsorgstjenestens kjernevirksomhet. Utvalgets hovedoppgave er å være pådriver for kvalitetsforbedrende tiltak og etterspørre og ha oversikt over data som gjelder pasientsikkerhet og kvalitetssvikt. Utvalget skal medvirke til en transparent organisasjon som er åpen om avvik hvordan disse behandles. Kvalitetsutvalget skal etterspørre gode interne systemer for måling, styring og forbedring av kvaliteten i tjenesteproduksjonen og i organisasjonen.

Januar 2014 ble det opprettet et pasientsikkerhetsutvalg som er ledet av kommuneoverlegen. Utvalg for pasientsikkerhet er rådgivende organ for virksomhetslederne og kommunaldirektør. Utvalget ble opprettet for å sikre rask iverksetting av tiltak ved betydelig personskade på pasient og bruker som følge av ytelse av helse og omsorgstjenester eller ved at en pasient/ bruker skader en annen. Utvalget skal også behandle hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade.

Kontinuerlige forbedringsarbeidet innenfor helse- og omsorgstjenestene er også omtalt under punkt 2.

#### **10. Sikre tett oppfølging av utgiftene til overliggedøgn for å kartlegge i hvilken grad iverksatte tiltak medfører reduksjon i utgiftene.**

Kommentar fra rådmannen:

Ja, dette gjøres, vi har slike rutiner per i dag.

#### **11. Vurdere å innføre konkrete tiltak med blant annet informasjon til ulike befolkningsgrupper om kommunens forebyggende arbeid, og hvordan man ønsker at helse- og omsorgstilbudet i kommunen skal innrettes.**

Kommentar fra rådmannen:

Omorganiseringen, der folkehelse er lagt til virksomhet kultur og idrett, krever tett samarbeide mellom virksomhetene i HO og virksomhet kultur og idrett.

Det er fokus på folkehelse i kommuneplanen og det er viktig at dette blir systematisert og kommunisert ut til innbyggerne.

#### **12. Sikre at kommunens avtaler med helseforetaket evalueres jevnlig og revideres ved behov.**

Kommentar fra rådmannen:

I avtalene er det regulert hvordan og når avtaler evalueres og revideres. Tønsberg kommune følger avtalene.

**13. Tydeliggjøre overfor helseforetaket hvilke informasjonsbehov kommunen har for å sikre effektivitet ved pasientoverføringer, og vurdere tiltak som kan bidra til at avvikssystemet mellom kommunen og helseforetaket tas i bruk.**

Kommentar fra rådmannen:

Prosjektet tildeling og iverksetting av helse og omsorgstjenester som skal se på hele pasientforløpet skal avklare informasjonsbehov og iverksette tiltak innenfor dette området.

Det er gjennomført og planlagt møter med helseforetaket ved samhandlingsdirektør for å komme i dialog rundt de utfordringene som Tønsberg kommune har med å ta hjem de utskrivingsklare pasientene.

Det er gjort omprioriteringer ved kommunens tildelingskontor slik at pasientkoordinator kan være fysisk til stede på sykehuset og delta i samtalen om den enkelte pasients behov før utskriving.

Samhandlingsavvik skal etterspørres, rapporteres og behandles i kvalitetsutvalget. Se punkt 9.

Med hilsen

Tove Hovland  
kommunaldirektør

# Referanser

## Regelverk, forarbeid, lovkommentarer og veiledere

Helse- og omsorgsdepartementet: Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). LOV-2013-06-14-39.

Helse- og omsorgsdepartementet: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). LOV-2011-06-24-30.

Helse- og omsorgsdepartementet: Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. FOR-2011-11-18-1115.

Justis- og beredskapsdepartementet: Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven). LOV-1967-02-10.

### **I tillegg har følgende veiledninger og styrende dokumenter blitt lagt til grunn:**

Helse- og omsorgsdepartementet: Samhandlingsreformen - Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. Nasjonal veileder.

Helse- og omsorgsdepartementet: St.meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.

Kommunal- og moderniseringsdepartementet: Prop. 115 S (2010-2011). Kommuneproposisjonen 2012.

Helse- og omsorgsdepartementet: Prop. 1 S (2009–2010). Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak). For budsjettåret 2010. Utgiftskapitler: 700–783 og 2711–2790. Inntektskapitler: 3700–3751, 5572 og 5631.

## Dokumentasjon fra Tønsberg kommune

Samarbeidsavtaler inngått med Sykehuset i Vestfold

Bystyrevedtak 19.12.2012. Budsjett 2013, økonomiplan 2013-2016, saksnr 150/12.

Bystyrevedtak 23.04.2013: Forslag til innkjøp av 80 trygghetsalarmer, saksnr. 049/14.

Organisasjonskart helse og omsorg Tønsberg kommune.

Prosjektrapport. «En dør inn. Forsvarlig tildeling av tjenester.» Iverksettingsprosjekt, Helse og omsorg. Tønsberg kommune.

Rutiner, maler og veiledere utarbeidet ved tildelingskontoret

Tallmateriale knyttet til:

- Oversikt over kommunens institusjonsplasser per mai 2014
- Antall overliggedøgn på sykehus, 2013 og 2014
- Antall sykehusinnleggelser, 2013 og 2014
- Utgifter til medfinansiering, 2012 og 2013
- Kostnader til overliggedøgn, 2012 og 2013

Utfordringsdokument 2012 – 2015. Langsiktige og kortsiktige utfordringer for Tønsberg kommune.

Utfordringsdokumentet 2014–2017.

Økonomiplan 2014-2017, budsjett 2014.

12-kommunesamarbeidet i Vestfold, 2013. Revidering av samhandlingsmodellen i Vestfold. Styresak 13/13. 13.6.2013

### **Andre kilder**

Gyldendals rettsdata: Lov om helse- og omsorgstjenester.

<http://abo.retsdata.no/browse.aspx?bid=autoComp&sDest=gL20110624z2D30>

Helsedirektoratet: Hva er DRG-systemet. <http://helsedirektoratet.no/finansiering/drg/drg-struktur/Sider/hva-er-drg-systemet.aspx>

Helsedirektoratet: Øyeblikkelig hjelp - døgntilbud i kommunen.

<http://helsedirektoratet.no/finansiering/okonomiske-virkemidler-i-samhandlingsreformen/oyeblikkelig-hjelp-dogntilbud/Sider/dogntilbud-for-oyeblikkelig-hjelp-i-kommunen-.aspx>

Helse- og omsorgsdepartementet: Kommunal medfinansiering.

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/samhandlingsreformen/om-samhandlingsreformen/kommunal-medfinansiering.html?id=650122>

Helsetilsynet: Rett til nødvendig helsehjelp fra kommunale omsorgstjenester.

<http://www.helsetilsynet.no/no/Toppmeny/Presse/Nyhetsarkiv/Rett-til-nodvendig-helsehjelp-fra-kommunale-omsorgstjenester/>

KOSTRA (kommune-stat-rapportering)

<http://www.ssb.no/offentlig-sektor/kommune-stat-rapportering/kostra-databasen>

Deloitte refers to one or more of Deloitte Touche Tohmatsu Limited, a UK private company limited by guarantee, and its network of member firms, each of which is a legally separate and independent entity. Please see [www.deloitte.com/no/omoss](http://www.deloitte.com/no/omoss) for a detailed description of the legal structure of Deloitte Touche Tohmatsu Limited and its member firms.

Deloitte provides audit, tax, consulting, and financial advisory services to public and private clients spanning multiple industries. With a globally connected network of member firms in more than 150 countries, Deloitte brings world-class capabilities and deep local expertise to help clients succeed wherever they operate. Deloitte's approximately 200,000 professionals are committed to becoming the standard of excellence.

© 2014 Deloitte AS