

Indre Østfold Kommunerevisjon IKS

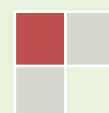


Forvaltningsrevisjonsrapport

”Forebyggende helsetjenester”

Hobøl kommune

2018



INNHALDSFORTEGNELSE

1.	Forord og prosjektmandat	4
2.	Sammendrag og konklusjon	6
3.	Innledning	8
3.1.	Problemstillinger	8
3.2.	Avgrensning av prosjektet.....	8
3.3.	Revisjonskriterier	10
3.4.	Revisjonsmetoder.....	10
4.	Problemstilling 1:	11
4.1.	Revisjonskriterier	11
4.2.	Undersøkelse og vurderinger.....	12
4.3.	Konklusjon på problemstilling opp mot revisjonskriterier:	51
4.4.	Anbefalinger til problemstilling 1	53
5.	Problemstilling 2	54
5.1.	Revisjonskriterier	54
5.2.	Undersøkelse og vurderinger.....	54
5.3.	Konklusjon på problemstilling opp mot revisjonskriterier	57
6.	Problemstilling 3	58
6.1.	Revisjonskriterier	58
6.2.	Undersøkelse og vurderinger.....	59
6.3.	Konklusjon på problemstilling opp mot revisjonskriterier	67
6.4.	Anbefalinger til problemstilling 3	68
7.	Problemstilling 4	69
7.1.	Revisjonskriterier	69
7.2.	Undersøkelse og vurderinger.....	69
7.3.	Konklusjon på problemstilling sett opp mot revisjonskriterier	85
7.4.	Anbefalinger til problemstilling 4	86
8.	Samlede anbefalinger	87
9.	Rådmannens bemerkninger.....	89
10.	Kildehenvisninger	90
11.	Vedlegg.....	92

1. Forord og prosjektmandat

Revisjonen skal i henhold til kommuneloven og forskrift om revisjon¹ utføre forvaltningsrevisjon. Etter forskriften innebærer forvaltningsrevisjon å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets vedtak og forutsetninger. God kommunal revisjonsskikk er å følge RSK 001; Standard for forvaltningsrevisjon, utarbeidet av Norges kommunerevisorforbund NKRF. Dette forvaltningsrevisjonsprosjektet *Forebyggende helsetjenester i Hobøl kommune*, er gjennomført i henhold til RSK 001. Prosjektet er gjennomført etter plan for forvaltningsrevisjon vedtatt i kontrollutvalget og kommunestyret i Hobøl kommune, jamfør følgende vedtak:

PS16/28 Revisjonsplan 2017-2018, kontrollutvalgets vedtak 12.12.2016:

1. Etter kontrollutvalgets vurdering bør følgende områder være gjenstand for forvaltningsrevisjon i perioden 2017-2018:
 - a. Pleie og omsorg / forebyggende helse / tjenester for funksjonshemmede, 2017
 - b. Administrasjon og styring, 2018
2. Kontrollutvalgets forslag til prioriteringer legges inn i «Revisjonsplan – Forvaltningsrevisjon 2017-2018»
3. Kontrollutvalgets forslag til «Revisjonsplan – Forvaltningsrevisjon 2017-2018» sendes til kommunestyret for politisk behandling.

Kontrollutvalgets innstilling til kommunestyret:

- a) I perioden 2017-2018 skal det gjennomføres forvaltningsrevisjon i samsvar med kontrollutvalgets forslag til «Revisjonsplan – Forvaltningsrevisjon 2017-2018» med forvaltningsrevisjon innenfor områdene:
 - a. Pleie og omsorg / forebyggende helse / tjenester for funksjonshemmede, 2017
 - b. Administrasjon og styring, 2018
- b) Kontrollutvalget får fullmakt til å foreta nærmere planlegging av forvaltningsrevisjonen, herunder vedta de enkelte undersøkelser/prosjektplaner og inngå avtaler om gjennomføringen med revisjonen
- c) Kontrollutvalget skal fortløpende sende forvaltningsrevisjonsrapporter til kommunestyret
- d) Kommunestyret delegerer til kontrollutvalget å vurdere eventuelle behov for endringer i planperioden

Etter kommuneloven skal revisor rapportere resultatene av sin revisjon og kontroll til kontrollutvalget.

Prosjektet er gjennomført etter vedtatt prosjektbeskrivelse i tidsrommet juli 2017 - april 2018. Rapporten er oversendt kommunen for verifisering.

¹ Kommunelovens kapittel 12 § 78 og forskrift om revisjon av 1.juli 2004 kapittel 3 § 6.

Prosjektansvarlige revisors habilitet og uavhengighet sett opp mot kommunen og den undersøkte virksomheten er vurdert, og revisjonen finner ansvarlig revisor habil til å utføre prosjektet.

Prosjektet er gjennomført av forvaltningsrevisor Sten Morten Henningsmoen. I tillegg har fagansvarlig forvaltningsrevisor Frank Willy Larsen og forvaltningsrevisor Casper Støten deltatt i informasjonsinnsamlingen og prosjektarbeidet.

Rapporten oversendes kommunen etter behandling i kontrollutvalget og kommunestyret.

Revisor vil takke kontaktpersoner og andre som har deltatt i prosjektet, for hyggelig samarbeid i forbindelse med prosjektarbeidet.

Indre Østfold Kommunerevisjon IKS
Rakkestad 28.05.2018

Rita Elnes

Distriktsrevisor

Sten Morten Henningsmoen

Forvaltningsrevisor

2. Sammendrag og konklusjon

Formålet med denne rapporten har vært å kontrollere om Hobøl kommune tilbyr forebyggende helsetjenester i tråd med krav og forventninger fra sentrale myndigheter. Dette er et svært omfattende område, og prosjektet har derfor fokusert på 4 delområder:

1. Helsestasjons- og skolehelsetjeneste
2. Fastlegetjenester
3. Habiliterings- og rehabiliteringstjenester
4. Forebyggende helsetjenester innen eldreomsorgen

Fokus i prosjektet har vært å få en oversikt over i hvilken grad kommunen imøtekommer krav og forventninger som er uttrykt av sentrale myndigheter gjennom lov, forskrift, nasjonale faglige retningslinje, stortingsmeldinger og lignende. Prosjektet har ikke vurdert kvaliteten på de tjenester som tilbys for eksempel gjennom å spørre brukere, eller vurdere faktisk gjennomføring ved hjelp av metoder som observasjon. Kontrollhandlingene er i hovedsak gjennomført ved hjelp av intervjuer, statistikkanalyse og gjennomgang av dokumentasjon der dette foreligger.

Det vises til konklusjoner på delproblemstillinger i kapitlene 4.3, 5.3, 6.3 og 7.3.

Basert på gjennomgang og funn i denne rapporten vurderer revisor at Hobøl kommune tilbyr forebyggende helsetjenester som delvis imøtekommer de krav og forventninger sentrale myndigheter har stilt til forebyggende helsetjenester i kommunene. De viktigste manglene revisor vil trekke fram er:

Hobøl kommune tilbyr i svært liten grad hjemmebesøk av jordmor til nyfødte, slik det anbefales i nasjonal faglig retningslinje.² Fagpersoner vurderer hjemmebesøk som et godt hjelpemiddel med tanke på tidlig intervensjon. Det er også et viktig tilbud til foreldre som opplever en vanlig usikkerhet rundt den nye rollen som omsorgsperson. Det er positivt at hjemmebesøk fra helsesøster gjennomføres i henhold til krav gitt i forskrift.

Hobøl kommune har ikke et tilbud om helsestasjon for ungdom i henhold til anbefalingene i nasjonal faglig retningslinje.³ I oversiktsdokumentet for folkehelse peker ungdom og psykisk helse seg ut som et av risikoområdene. Revisor vurderer det derfor som uheldig at kommunen ikke har et tilstrekkelig tilbud rettet mot ungdom i aldersgruppen 17-20 år.

Revisor vurderer at eksisterende rutiner ved helsestasjons- og skolehelsetjenesten kan tydeliggjøres noe når det gjelder avdekking og oppfølging av psykiske plager og lidelser hos barn, ungdom og foresatte.

Revisor vurderer at Hobøl kommune ikke har et system for planlegging av sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet, og det er ikke utarbeidet en plan for habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet i kommunen.

Hobøl kommune oppfyller ikke kravet om at kommunen skal sørge for at alle oppholder seg i kommunen tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for

² Nytt liv og trygg barseltid for familien - Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen; IS2057; Helsedirektoratet; 2014; s. 33.

³ Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Nasjonale faglige retningslinjer IS-25.82. Helsedirektoratet; kap. 6.

sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering. Tjenester som fysioterapi, ergoterapi og hjelpemidler til personer som ikke oppholder seg i institusjon vedtaksføres ikke. Dermed sikres ikke påkrevet systematikk i arbeidet, samtidig som pasienter ikke har anledning gis klageadgang på tjenesten.

Det er ikke utarbeidet skriftlige rutiner for arbeidet Koordinerende enhet utfører. Tjenestene er dels detaljert beskrevet gjennom lov- og regelverk og veiledere. Mangel på interne rutiner gjør imidlertid enheten mer sårbar ved personellutfordringer, samtidig som kommunen mangler dokumentasjon for egen praksis dersom det skulle komme klagesaker eller lignende i ettertid. Revisor vurderer også interne rutiner som spesielt viktig for en enhet som i så stor grad arbeider på tvers av organisasjonen.

Når det gjelder forebyggende helsetjenester innen eldreomsorgen vurderer revisor at kommunen ikke har tatt viktige grep, anbefalt av sentrale myndigheter, for å gjøre kommunen bedre rustet til å møte de kommende utfordringene innen eldreomsorgen. Kommunen har ikke et tilstrekkelig tilbud av korttidsplasser. I slike tilfeller er det anbefalt at kommunen vurderer styrking av hjemmetjenesten. Det er ikke etablert et tilbud om forebyggende hjemmebesøk. Kommunen har ikke, etter revisors vurdering, etablert hverdagsrehabilitering som arbeidsform.

Utover de mangler som er påpekt ovenfor viser gjennomgangen at kommunen innen de undersøkte områdene tilbyr forebyggende helsetjenester til sine innbyggere. Tjenestene imøtekommer til dels krav og forventninger fra sentrale myndigheter. Helsestasjon og skolehelsetjeneste har et godt utviklet sett av rutiner som beskriver hvordan tjenesten i hovedsak gjennomfører de oppgaver som er forventet. Tjenesten har også et etablert internkontrollsystem for å følge opp og videreutvikle tjenesten. Det er positivt at koordinerende enhet er etablert, og nå er operativ. En statistisk gjennomgang viser at kommunen har et akseptabelt nivå av fastlegelister, og at kapasiteten på listene er tilstrekkelig. Innen eldreomsorgen har kommunen iverksatt flere tiltak innen forebyggende helse relatert til Aktiv omsorg, noe som har vært en klar prioritering fra sentrale myndigheters side.

3. Innledning

3.1. Problemstillinger

Prosjektets problemstilling er: *Tilbyr Hobøl kommune forebyggende helsetjenester i samsvar med krav og forventninger fra sentrale myndigheter?*

Med bakgrunn i avgrensningen som er gjort i neste avsnitt, har revisjonen operasjonalisert dette til følgende fire delproblemstillinger:

1. Tilbyr Hobøl kommune helsestasjons- og skolehelsetjenester i samsvar med krav og forventninger fra sentrale myndigheter?
2. Tilbyr Hobøl kommune fastlegetjenester i samsvar med krav og forventninger fra sentrale myndigheter?
3. Tilbyr Hobøl kommune habiliterings- og rehabiliteringstjenester i samsvar med krav og forventninger fra sentrale myndigheter?
4. Tilbyr Hobøl kommune forebyggende helsetjenester innen eldreomsorgen i tråd med krav og forventninger fra sentrale myndigheter?

Rapportens kapitler er delt inn etter disse fire delproblemstillingene

3.2. Avgrensning av prosjektet

Forebyggende helsetjenester er et svært omfattende område. Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester er definert i helse- og omsorgstjenestelovens §§ 3-1 og 3-2⁴. Disse paragrafene må også sees i sammenheng med § 3-3 - Helsefremmende og forebyggende arbeid, og den må sees i sammenheng med folkehelseloven.⁵

Kommunen hadde i 2016 tilsyn fra Fylkesmannen når det gjelder oppfølging av folkehelseloven, og oversiktsdokument for folkehelsen ble utarbeidet og ferdigstilt høsten 2016. I oppstartsintervjuet for denne revisjonen ble det opplyst at det videre arbeidet med folkehelse i stor grad vil bli koordinert inn mot dannelsen av en ny kommune i Indre Østfold. Dette prosjektet vil derfor ikke gå nærmere inn på oppfølging av folkehelseloven.

Revisjonen har valgt å avgrense dette prosjektet til å gjelde følgende 4 områder:

1. Helsestasjon- og skolehelsetjeneste
2. Fastlegeordningen
3. Habilitering og rehabilitering (koordinerende enhet)
4. Forebyggende arbeid i eldreomsorgen

3.2.1. Begrunnelse for avgrensning

Her beskrives kort en begrunnelse for utvalg av områder i revisjonsprosjektet. Se Vedlegg 1 - Utledning av revisjonskriterier for mer detaljer.

⁴ LOV 2011-06-24 nr. 30: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

⁵ Se Vedlegg 1 - Utledning av revisjonskriterier for mer detaljer.

Helsestasjons- og skolehelsetjeneste

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten nevnes eksplisitt i helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2 pkt. 1:

§ 3-2. Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester

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

1. Helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder:
 - a. helsetjeneste i skoler og
 - b. helsestasjonstjeneste

I oversiktsdokumentet for folkehelse, som ble utarbeidet i 2016, kommer det også fram at psykisk helse for ungdom er et av områdene med størst utfordringer for kommunen.

Fastlegeordningen

Fastlegeordningen vurderes i forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven å være helt sentral når det gjelder råd og veiledning.⁶ Samtidig vises det i stortingsmeldingen «Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet» til at fastlegene har for liten tid til å gi tilstrekkelig råd, veiledning og opplæring.

Habilitering og rehabilitering

Ved behandling av St. meld. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, pekte en samlet komité på at det over tid hadde vært en allmenn oppfatning at habiliterings- og rehabiliteringstilbudet ikke er gitt tilstrekkelig oppmerksomhet. Representantene fra KrF, Høyre og Frp påpekte at en forutsetning for å lykkes med samhandlingsreformen var at disse tjenestene ble styrket gjennom en opptrappingsplan. Økt samhandling og en styrking av habiliterings- og rehabiliteringstjenestene har vært vektlagt som viktig også i påfølgende stortingsmeldinger.⁷ Forskrift om habilitering og rehabilitering⁸ er utarbeidet for å tydeliggjøre de krav som ligger til koordinering av tjenester til brukere med habiliterings- og rehabiliteringsbehov.

Forebyggende arbeid i eldreomsorgen

Behovsvekst som følge av et økende antall eldre har vært løftet fram som en hovedutfordring for kommunene. Dette har også vært tema i flere stortingsmeldinger,

⁶ Kjellevold, Alice (2016): Helse- og omsorgstjenesteloven - med kommentarer. Fagbokforlaget. Bergen; s. 49

⁷ Se blant annet: St.meld. nr. 25 (2005-2006) - Mestring, muligheter og mening, St.meld. nr. 16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015, St.meld. nr. 29 (2012-2013) - Morgendagens omsorg og St.meld. nr. 26 (2014-2015) - Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet

⁸ FOR 2011-12-16 nr. 1256: Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (Forskrift om habilitering og rehabilitering)

og ligger som grunn for regjeringens kommende satsing «Leve hele livet - en kvalitetsreform for eldre».

3.3. Revisjonskriterier

I henhold til standard for forvaltningsrevisjon må revisor fastsette revisjonskriterier for forvaltningsrevisjonen. Revisjonskriterier, ofte kalt "foretrukket praksis", er uttrykk for krav eller forventninger til en funksjon, aktivitet, prosedyre, resultat eller lignende.

Revisjonskriterier fastsettes vanligvis med basis i en eller flere av følgende kilder: lovverk, politiske vedtak og føringer, kommunens egne retningslinjer, anerkjent teori på området og andre sammenlignbare virksomheters løsninger og resultater.

Revisjonskriterier for dette prosjektet er blitt utledet fra:

- *FOR-2012-08-29 nr. 842: Forskrift om fastlegeordning i kommunene*
- *FOR 2003-04-03 nr. 450: Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*
- *FOR 2011-12-16 nr. 1256: Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (Forskrift om habilitering og rehabilitering)*
- *Innst. 424 K (2010-2011) – Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*
- *St.meld. nr. 25 (2005-2006) - Mestring, muligheter og mening*
- *St.meld. nr. 29 (2012-2013) - Morgendagens omsorg*
- *Nytt liv og trygg barseltid for familien - Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen; IS2057; Helsedirektoratet; 2014*
- *Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Nasjonale faglige retningslinjer IS-25.82. Helsedirektoratet*
- *Pressemelding nr: 30/2016. Helse- og omsorgsdepartementet*

En nærmere utledning av revisjonskriterier fremkommer i vedlegg 1 til rapporten.

3.4. Revisjonsmetoder

Dette prosjektet er utarbeidet etter standard for forvaltningsrevisjon – RSK001.

Prosjektet er i hovedsak basert på intervjuer med ledere/ansatte ved aktuelle enheter og gjennomgang av skriftlige rutiner. I tillegg er informasjon gitt under oppstartsintervjuet benyttet. I oppstartsmøte deltok rådmannen og ledere ved de aktuelle enhetene. Revisor har også benyttet informasjon publisert på kommunens nettsider, herunder budsjett dokumenter og årsrapporter, samt informasjon på eksterne nettsider der dette har vært relevant.

I tillegg er det benyttet analyse av datamateriale fra KOSTRA for å belyse kommunens innsats og resultater på enkelte av områdene.

Det er ikke foretatt gjennomgang av pasientjournaler eller annen dokumentasjon på hvordan lovverk og interne rutiner følges opp i praksis.

Revisjonen vurderer kontrollhandlingene som gyldige og pålitelige til å kunne trekke konklusjoner i prosjektet.

4. Problemstilling 1:

Tilbyr Hobøl kommune helsestasjons- og skolehelsetjenester i samsvar med krav og forventninger fra sentrale myndigheter?

4.1. Revisjonskriterier

Revisjonen har utledet følgende revisjonskriterier:

1. Kommunen bør ha styrket jordmortjenesten i løpet av de siste 10-15 årene.
2. Helsestasjonen skal gjennomføre helseundersøkelser og rådgivning med oppfølging/henvisning ved behov for gravide.
3. Hjemmebesøk hos nyfødte bør gjennomføres av jordmor i løpet av de tre første døgnene etter hjemreise, samt av helsesøster 7.-10. Dag etter fødselen.
4. Helsestasjonen skal drive opplysningsvirksomhet, samlivs- og foreldreveiledning overfor gravide.
5. Helsestasjonen og skolehelsetjenesten skal gjennomføre helseundersøkelser for barn og ungdom 0-20 år, og gi rådgivning med oppfølging/henvisning ved behov
6. Helsestasjonen og skolehelsetjenesten skal drive forebyggende psykososialt arbeid for barn og ungdom 0-20 år.
7. Helsestasjonen bør tematisere foreldrenes psykiske helse i konsultasjonene.
8. Skolehelsetjenesten bør ha fokus på å oppdage psykiske plager og lidelser hos barn og ungdom.
9. Skolehelsetjenesten bør tilby oppfølging til barn og ungdom med psykiske plager og lidelser.
10. Helsestasjonen bør gi alle foreldre tilbud om å delta i gruppekonsultasjoner.
11. Helsestasjonen bør gjennomføre hjemmebesøk hos nyfødte 7-10 dager etter fødsel.
12. Helsestasjonen og skolehelsetjenesten skal samarbeide med andre tjenester som gir tjenester til barn og unge.
13. Helsestasjonen og skolehelsetjenesten skal gi informasjon og tilbud om vaksinasjoner i henhold til barnevaksinasjonsprogrammet.

Revisjonskriterier (fortsetter fra forrige side)

14. Helsestasjonen og skolehelsetjenesten skal ha et internkontrollsystem som sikrer at virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres.
15. Ledelsen skal sikre tilstrekkelig fagkompetanse i virksomheten
16. Barn og ungdom skal ha et lett tilgjengelig lavterskeltilbud i helsestasjon og skolehelsetjeneste
17. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør ha blitt styrket i løpet av perioden 2014-2017.
18. Helsestasjonen bør ha rutiner for å avverge og avdekke vold, overgrep og omsorgssvikt.

4.2. Undersøkelse og vurderinger

4.2.1. Styrking av jordmortjenesten

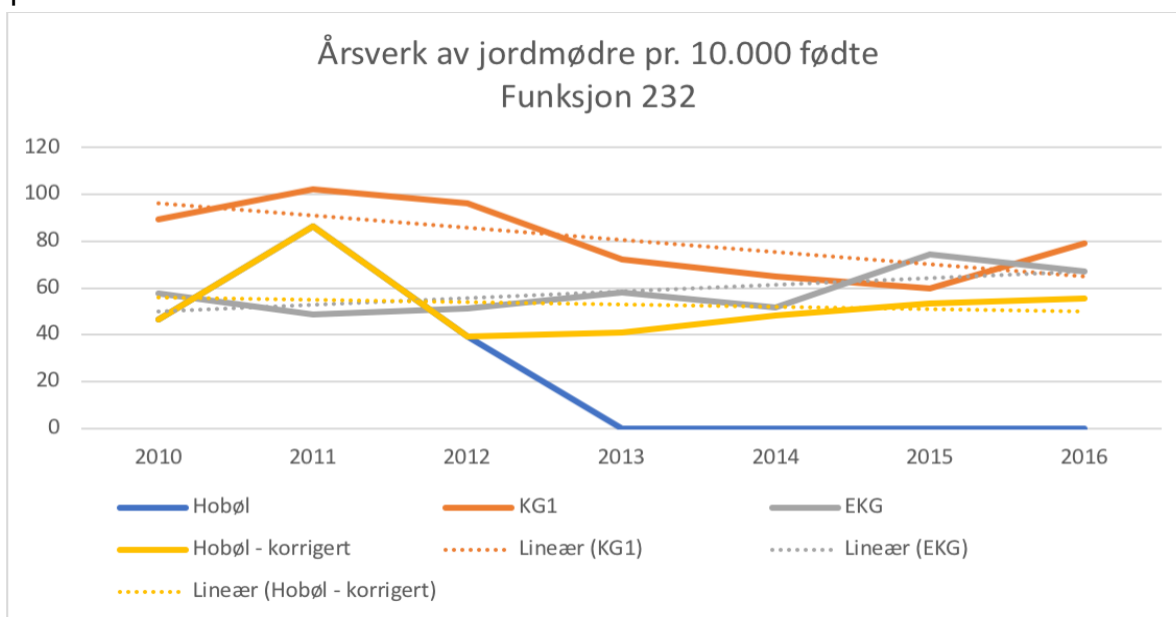
Kommunen bør ha styrket jordmortjenesten i løpet av de siste 10-15 årene

Revisors undersøkelse og innhentede data

Revisor har undersøkt om bemanningen ved jordmortjenesten er styrket de siste 10-15 årene, med bakgrunn i signaler fra sentrale myndigheter.

Under oppstartsintervjuet oppgir enhetsleder ved Forebyggende enhet at jordmortjenesten ble styrket i 2016, fra 30 % til 40 % stilling. Det opplyses videre at tjenesten er satt bort på driftstilskudd til en som jobber som selvstendig næringsdrivende. Dette forklarer hvorfor statistikken nedenfor tilsynelatende viser at Hobøl har 0 årsverk jordmor fra 2013. Revisor har derfor lagt inn manuelt en kategori «Hobøl – korrigert» som inkluderer årsverk jordmor på driftstilskudd.

Statistikken i figur 1⁹ fra KOSTRA viser at Hobøl har noe lavere årsverk jordmødre enn både Kostragruppe 1 og Indre Østfold-kommunene (EKG), som i 2015 og 2016 har hatt en jordmorddekning på mellom 60 % og 80 % av ett årsverk per 10.000 fødte.



Figur 1 - Årsverk av jordmødre per 10.000 fødte. Kilde: SSB.

Revisors vurderinger og konklusjoner

Ved at kommunen har styrket ressurser for jordmor fra 30 % årsverk til 40 % årsverk, vurderer revisor at kommunen har styrket jordmortjenesten noe de senere årene. Dette er allikevel på et lavere nivå enn i 2011, og litt under nivået for 2010. Hobøl kommune har også lavere jordmordekning enn sammenlignbare kommuner. Med lav jordmordekning blir det vanskelig for kommunen å imøtekomme de krav som stilles til tjenesten, og det er høyere risiko for at kvaliteten på en viktig forebyggende tjeneste blir lavere.

4.2.2. Helseundersøkelse og rådgivning for gravide

Helsestasjonen skal gjennomføre helseundersøkelser og rådgivning med oppfølging/henvisning ved behov for gravide

Revisors undersøkelse og innhentede data

⁹ Kategorien KG1 er Kostragruppe 1, kommuner som av Statistisk Sentralbyrå er vurdert å være sammenlignbare med Hobøl kommune. Kategorien EKG inneholder følgende kommuner: Marker, Eidsberg, Trøgstad, Askim, Skiptvet og Spydeberg.

Under intervju med enhetsleder Forebyggende tjenester, oppgis det at helsestasjonen per definisjon ikke gjennomfører helseundersøkelser for gravide, da jordmortjenesten kjøpes inn av ekstern leverandør. Det er jordmor som gjennomfører helseundersøkelser for gravide. Jordmor rapporterer gjennomførte undersøkelser til kommunen, som igjen registrerer informasjonen i KOSTRA. Kommunen har rett til å føre tilsyn med jordmorens virksomhet, men virksomhetsleder kjenner ikke til at dette er gjort, og det er med sikkerhet ikke gjennomført etter 2015. Samarbeidsmøter i henhold til rutinen er gjennomført.

Rutiner for samarbeid er nedfelt i driftsavtale og i kvalitetshåndboka. Ved dokumentgjennomgang i kvalitetssystemet finner revisor Rutine for jordmortjenesten i Hobøl.¹⁰ Rutinen lister opp de ansvarsområder jordmor har:

Nr. :	Hvem:	Hvordan:
1.	Jordmor	<ol style="list-style-type: none"> 1. Foreta svangerskapsomsorg i henhold til vedtatte planer, lover, forskrifter og veiledere for svangerskapsomsorgen. 2. Kontroll av gravide ved helsestasjonen, eventuelt i hjemmet. Samtale med blivende foreldre om fødsel, barseltid og foreldrerollen. 3. Organisere overføringssamtaler i sv.sk. uke 38 hvor helsesøster deltar.
2.	Jordmor	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hjembesøk etter fødsel/ammeveiledning 2. Opprette barselgrupper og samarbeide med helsesøstertjenesten om opplegg. 3. Etterkontroller/samtaler etter fødselen med mor og far.
3.	Jordmor	<ol style="list-style-type: none"> 1. Svangerskapskontroll av gravide på asylmottaket. Kan foregå på asylmottaket eller helsestasjonen. Konsultasjoner med tolk. 2. Kvinner på asylmottaket – får veiledning/støttesamtaler v/behov 3. Individuelle samtaler med kvinner i vanskelige situasjoner. 4. Undervisning/veiledning for kvinner (eks kvinnegrupper)
4.	Jordmor	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jordmor skal ta nødvendige initiativ til at gravide i Hobøl kommune blir henvist til undersøkelse/behandling dersom det foreligger mistanke om/ eller er konstaterte avvik eller sykelige tilstander av fysisk, psykisk og/ eller sosial art. 2. Gravide kvinner med rus eller psykisk problematikk for egen oppfølging 3. Gravde kvinner utsatte for psykisk/fysisk vold, egen oppfølging.

Ledende helsesøster innkaller til samarbeidsmøte en gang i halvåret. Ofte ved behov.

Videre inneholder kvalitetssystemet fem rutiner for oppgaver der jordmor er involvert, samt et skjema for overføringssamtale (fra jordmor til helsesøster)¹¹

Enhetsleder Forebyggende tjenester opplyser under intervjuet at det var 62 fødsler i 2017, og at jordmor var i kontakt med 58 av disse i svangerskapet.

Rutinen for jordmortjenesten i Hobøl kommune slår fast at jordmor skal ta nødvendige initiativ til at gravide i Hobøl kommune blir henvist til

¹⁰ Rutine for jordmortjenesten i Hobøl Kommune; Rutine 25010.2-1; Gjelder fra 16.10.2015

¹¹ Rutine for barselgrupper, Rutine for overføring av helseopplysninger fra jordmor til helsesøster, Rutine for prevensjonsveiledning, Rutine for rekvirering av prevensjonsmidler, Rutine for testing av Klamydia, Skjema for overføringssamtale.

undersøkelse/behandling dersom det foreligger mistanke om / eller konstaterte avvik eller sykelige tilstander av fysisk, psykisk og/eller sosial art. Enhetsleder opplyser i intervju at helsestasjonen kobles på ved behov.

I henhold til rutinen skal det gjennomføres samarbeidsmøter minst en gang i halvåret. Enhetsleder oppgir at samarbeidsmøter avholdes.

Under telefonintervju 11.4.2018 opplyser jordmor at anbefalingene fra nasjonale faglige retningslinjer følges, men at det selvfølgelig tilpasses individuelt. Jordmor er avhengig av samarbeid med helsestasjonen for å få dette til. Jordmor opplyser at de fleste bruker jordmor til oppfølging under svangerskapet, men at enkelte i stedet velger å bruke lege eller andre. Jordmor har ikke oversikt over hvor mange dette gjelder.

Revisors vurderinger og konklusjoner

Revisor vurderer at kommunen har en rutine som beskriver at jordmor skal gjennomføre helseundersøkelser og rådgivning med oppfølging/henvisning ved behov for gravide. Revisor vurderer videre at intern rutine, og sentrale føringer for gjennomføring av helseundersøkelse og rådgivning for gravide følges av kommunen.

Ut fra opplysninger gitt i intervju med enhetsleder og jordmor vurderer revisor også at dette gjennomføres i all hovedsak. Revisor har ikke gjort kontrollhandlinger for å undersøke innholdet i konsultasjonene.

4.2.3. Hjemmebesøk hos nyfødte

Hjemmebesøk hos nyfødte bør gjennomføres av jordmor i løpet av de tre første døgnene etter hjemreise – samt av helsesøster 7.-10. dag etter fødsel

Revisors undersøkelse og innhentede data

Under intervju med enhetsleder Forebyggende helsetjenester ble det opplyst at det i 2017 ble gjennomført 6 hjemmebesøk av jordmor etter fødsel. Enhetsleder viste til at det kan være vanskelig å innfri kravet om 3 dager, da det kan ta noe tid før nyfødte kommer hjem, og før kommunen og jordmor får melding fra sykehuset, samt at jordmor kun har en 40 % stillingsressurs.

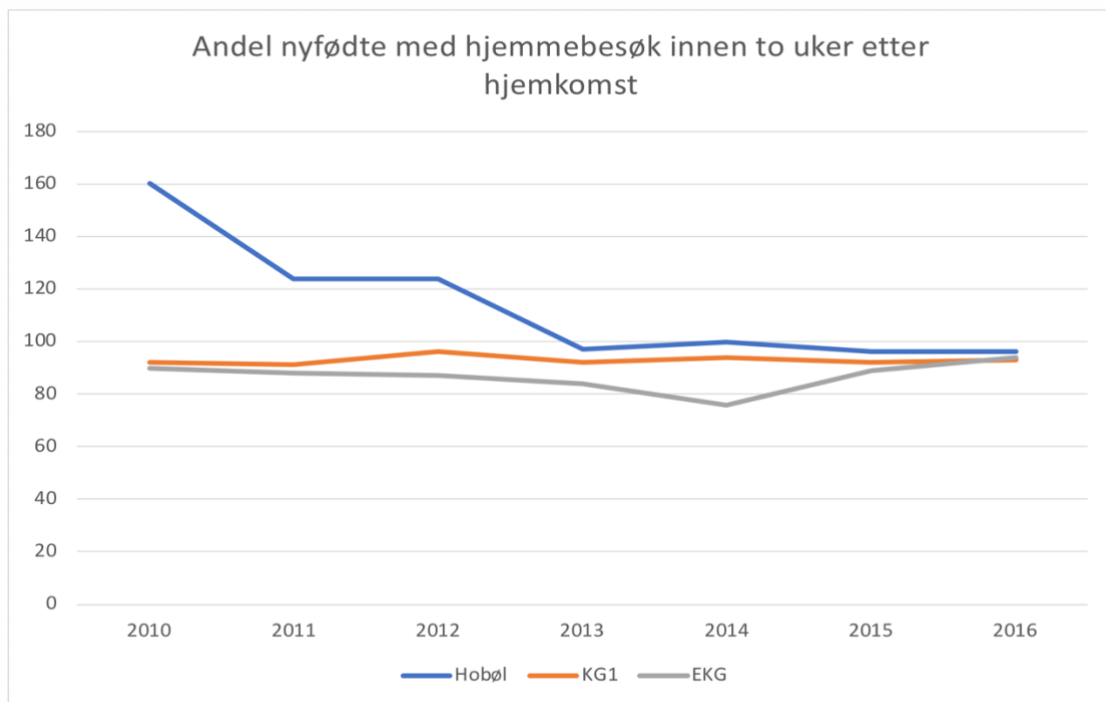
Under telefonintervju opplyste jordmor at kravet om hjemmebesøk 1-3 dager etter hjemkomst ikke er mulig å innfri innenfor rammen av en 40 % stilling. Dette henger også sammen med krav om kortere liggetid på sykehus etter fødsel. Denne utviklingen fordrer et helt annet apparat i kommunene, med en døgnbemannet vaktordning. Jordmor opplyser videre at det i enkelte tilfeller blir gjennomført hjemmebesøk av jordmor etter 1-3 dager etter hjemkomst, men at det da er så

Ant. Hjemmebesøk jordmor 2017	
0119 Marker	6
0122 Trøgstad	4
0123 Spydeberg	0
0124 Askim	23
0125 Eidsberg	9
0127 Skiptvet	4
0138 Hobøl	6

Figur 2 - Antall hjemmebesøk 2017. Kilde: SSB

kort tid til hjemmebesøk fra helsesøster slik at det ofte er helsestasjonen som «tar over» ansvaret for gjennomføring av hjemmebesøk hos nyfødte. Figur 2 viser antall hjemmebesøk av jordmor 1-2 dager etter hjemkomst.

Når det gjelder hjemmebesøk fra helsesøster opplyser enhetsleder at alle får tilbud om hjemmebesøk - så snart helsestasjonen blir gjort kjent med ny fødsel. Enhetsleder viser til at det i KOSTRA rapporteres på «innen 14 dager etter utreise» - og ikke fødsel. Dersom foreldre takker nei til hjemmebesøk bes de om å komme til helsestasjonen - og de fleste takker ja til det. Statistikken i figur 3 fra KOSTRA viser også at hjemmebesøk innen 14 dager etter hjemkomst i all hovedsak gjennomføres etter anbefalingen. Revisor er ikke kjent med hvorfor statistikken viser så høye tall for perioden 2010-2012, men for de øvrige årene ser vi at Hobøl kommune ligger tett



Figur 3 - Andel nyfødte med hjemmebesøk. Kilde: SSB

oppunder 100 % gjennomføring for hjemmebesøk fra jordmor.

Under intervju fikk revisor også utdelt egen statistikk om enheten fører på månedsbasis over utvalgte indikatorer. For fødsler/hjemmebesøk gjelder følgende resultater for henholdsvis 2015, 2016 og 2017: 63/15, 71/70 og 62/60.

Helsestasjonen har en egen *Rutine for hjemmebesøk etter fødsel*. I følge rutinen skal helsesøster ringe familien så snart som mulig og avtale tid for hjemmebesøk. Det fremgår at alle familier bør ha fått tilbud om hjemmebesøk 7-10 dager etter fødsel. Det fremgår også av rutinen at helsesøster skal opplyse om barnets rett til nødvendig helsehjelp dersom familien ikke ønsker oppfølging fra helsestasjonen. Foreldrene må dokumentere at de takker nei til helsestasjonstilbudet og redegjøre for alternativ helseoppfølging. Det er også utarbeidet egen rutine for dette: *Rutine når foreldre ikke ønsker å benytte seg av helsestasjonstilbudet*.

Revisors vurdering og konklusjoner

Tilbakemelding i intervju med enhetsleder, samt statistikk fra KOSTRA legges til grunn for at revisor vurderer at Hobøl kommune gjennomfører hjemmebesøk fra helsesøster i henhold til Nasjonal faglig retningslinje. For årene 2010, 2011 og 2012 har kommunen en uvanlig høy andel nyfødte. Revisor vektlegger ikke dette, men ut fra årene 2013-2016, ser vi at Hobøl kommune har en høyere andel hjemmebesøk innen to uker etter hjemkomst enn sammenlignbare kommuner.

Basert på tilbakemeldinger gitt fra enhetsleder og jordmor, samt statistikk for 2017, vurderer revisor at kommunen ikke innfrir kravet om hjemmebesøk fra jordmor 1-3 dager etter hjemkomst.

Revisjonen anbefaler at kommunen tar initiativ til et samarbeid med andre kommuner for å utvikle et jordmortilbud om hjemmebesøk fra jordmor 1-3 dager etter hjemkomst.

4.2.4. Opplysningsvirksomhet, samlivs- og foreldreveiledning

Helsestasjonen skal drive opplysningsvirksomhet, samlivs- og foreldreveiledning overfor gravide

Revisors undersøkelse og innhentede data

Under intervju opplyser enhetsleder Forebyggende tjenester at det ikke gjennomføres egne kurs i opplysningsøyemed. Det gjennomføres enkeltveiledning som en del av konsultasjonen - ikke kurs.

Revisor har undersøkt nettsidene til Hobøl kommune. Et søk på ordet «gravid» gir 4 treff:

- Gravide rusmiddelavhengige - bruk av tvang, lenke til tjenestebeskrivelse.
- Helsestasjonen, lenke til Helsestasjonens nettside
- Vaksinasjoner og FHI, lenke til Folkehelseinstituttets nettside om vaksinasjoner

- Ung.no - offentlig kvalitetssikret informasjon for ungdom, en informasjonsside for ungdom i regi av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.

Nettsiden til helsestasjonen inneholder lenker til nettsider, som vist i figur 4:

Utover dette gis informasjon om barselgrupper. Det er forøvrig ikke noe informasjon på nettsiden rettet mot gravide.

Helsestasjonen

Gratis HPV-vaksine
Plan for helsesøstertjenesten på barnetrinnet i Hobølskolen
Plan for helsesøstertjenesten på ungdomsstrinnet i Hobølskolen
Barnevaksinasjonsprogrammet
Familievernkontor
ung.no

Figur 4 - Utklipp av lenker fra helsestasjonens nettside

Revisors vurderinger og konklusjon

Revisor vurderer at helsekontrollene for gravide er en viktig arena for informasjon og opplysning til den enkelte gravide, men ved kun å basere seg på dette vurderer revisor at helsestasjonen ikke fullt ut oppfyller det andre punktet i forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten: «helsestasjonens tilbud til gravide skal omfatte...opplysningsvirksomhet, samlivs- og foreldreveiledning».

Revisjonen anbefaler kommunen å vurdere muligheter or å styrke tilbudet om opplysningsvirksomhet, samlivs- og foreldreveiledning til gravide i Hobøl kommune

4.2.5. Helseundersøkelser til barn og ungdom

Helsestasjonen og skolehelsetjenesten skal gjennomføre helseundersøkelser for barn og ungdom 0-20 år, og gi rådgivning med oppfølging/henvisning ved behov

Revisors undersøkelse og innhentede data

Revisor har gjennomført intervju med enhetsleder Forebyggende tjenester (helsestasjonen), og gått gjennom rutiner i kommunens kvalitetssystem. Det er ikke gjort kontrollhandlinger for dokumentasjon på gjennomførte undersøkelser.

Under intervju opplyser enhetsleder at helsestasjonen har rutiner for gjennomføring av helseundersøkelser for barn og ungdom i sitt kvalitetssystem - EK-leser. Alle rutineene er også tilgjengelig i papirversjon på helsestasjonen. Enhetsleder opplyser at rutineene er oppdatert i forhold til ny nasjonal faglig retningslinje per 2017, og at den nye retningslinjen er gjennomgått i personalgruppa. Det er nedskrevet rutine for hver av de 14 konsultasjonene som skal gjennomføres, der det også spesifiseres at det skal henvises ved eventuelle avvik - som f.eks. syn, hørsel e.l. Rådgivning utover det som gis under konsultasjonene blir i hovedsak gjennomført i forhold til syke barn og generell veiledning rett etter fødsel. For litt eldre barn

gjennomføres også rådgivning basert på behov, f.eks. når foreldre eller barnehage tar kontakt. Ved behov kobles andre instanser på.

Revisor har gjennomgått helsestasjonens rutiner for helseundersøkelser for barn 0-20 år. Helsestasjonen har rutiner for gjennomføring av alle helseundersøkelser anbefalt i nasjonal retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten.¹² I tillegg har helsestasjonen tilbud om gruppekonsultasjon/barseltreff ved 8 måneders alder – som er et tilbud i tillegg til anbefalt program.

Under intervju oppgir enhetsleder at all kontakt med familie eller barn dokumenteres i WinMed - også helseundersøkelser i skolehelsetjenesten. Helsestasjonen følger ifølge enhetsleder den faglige retningslinjen når det gjelder dokumentering. Revisor har ikke gjort kontrollhandlinger på dokumentasjonen.

Under intervjuet opplyser enhetsleder at Hobøl kommune ikke har et tilbud om helsestasjon for ungdom (opp til 20 år). Kommunen er imidlertid med å finansiere skolehelsetjeneste på Askim videregående skole. Helsestasjon for ungdom i Askim er på videregående skole i Askim, og betjenes ifølge enhetsleder av samme helsesøster. Enhetsleder oppgir at ungdom ikke blir avvist dersom de besøker helsestasjon for ungdom i Askim.

Revisors vurderinger og konklusjoner

Med utgangspunkt i foreliggende rutiner, samt informasjon fra enhetsleder vurderer revisor at helsestasjons- og skolehelsetjenestens tilbud til barn og ungdom i grunnskolen omfatter helseundersøkelser og rådgivning med oppfølging/henvisning ved behov, i tråd med nasjonale faglige retningslinjer.

Revisor vurderer at kommunen ikke har et tilstrekkelig tilbud om rådgivning med oppfølging/henvisning ved behov for ungdom over ungdomsskolealder og opp til 20 år. Vurderingen er gjort med utgangspunkt i at kommunen ikke har helsestasjon for ungdom. Elever som tar videregående utdanning har tilbud om skolehelsetjeneste ved skolen, og har dermed et tilbud om rådgivning med oppfølging/henvisning ved behov. Skolehelsetjeneste er imidlertid ikke ment å være et tilbud som erstatter helsestasjon for ungdom. Skolehelsetjenestens åpningstider er også begrenset til skoletid. Det er anbefalt at helsestasjon for ungdom har åpningstider som gjør at tilbudet oppleves tilgjengelig også for de som ikke går på skole – og som kanskje er i arbeid på dagtid. Revisor vurderer at kommunen ikke har et tilbud om rådgivning med oppfølging/henvisning til ungdom som ikke tar videregående utdanning.

Revisor vurderer det som uheldig at tilbudet til denne aldersgruppen er begrenset, med tanke på risikoområdet som er identifisert i oversiktsdokument for folkehelse; psykisk helse og ungdom. Revisor vurderer at helsestasjon for ungdom vil kunne være et viktig lavterskeltilbud til ungdom i denne målgruppen.

¹² Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Nasjonale faglige retningslinjer IS-25.82. Helsedirektoratet

Revisjonen anbefaler kommunen å vurdere mulighetene for å etablere et tilbud om helsestasjon for ungdom.

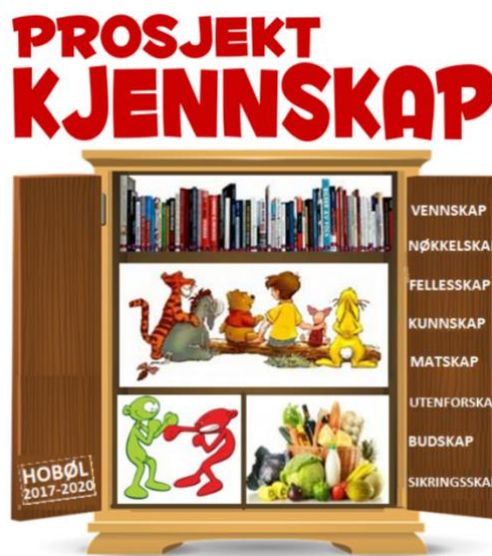
4.2.6. Forebyggende psykososialt arbeid for barn og ungdom

Helsestasjonen og skolehelsetjenesten skal drive forebyggende psykososialt arbeid for barn og ungdom 0-20 år

Revisors undersøkelse og innhentede data

Under intervju oppgir enhetsleder Forebyggende tjenester at helsestasjonen benytter lavterskeltilbudet til BUP: 0-5.¹³ Skolehelsetjenesten bidrar ellers i gruppeundervisning i 3-trinn og 5-trinn eller etter forespørsel fra skolen.

Det er også i 2017 startet et prosjekt som heter «Kjennskap», som er et forebyggende psykososialt tiltak. Her gjennomføres gruppeundervisning med halve klasser på høsthalvåret, der en tar for seg blant annet psykososiale utfordringer, mobbing, tilhørighet og mestring av psykiske vansker. Det følges opp med en gruppe i vårhalvåret for elever som melder seg på som et ekstra tilbud der en setter mer fokus på fritid og vennskap, og kobler på frivillige organisasjoner for å synliggjøre tilbud som finnes rundt om i kommunen. Det er rom for maksimalt 2 grupper våren 2018, og begge gruppene er fylt opp. Gruppesamlingene er lagt til etter skoletid. Dette er et eksternt finansiert prosjekt som går over 3 år.



Figur 5 - Kjennskap - hentet fra forsiden til prosjektsøknad

Under telefonsamtale med SLT-koordinator opplyses det videre at målet med prosjektet er blant annet å bidra til at det er lettere for ungdom å ta kontakt ved eventuelle problemer ved at de blir bedre kjent med ulike hjelpere i kommunen (helsesøster, sosiallærer, ansatt i psykisk helseteam, SLT-koordinator).

Prosjektet er tildelt midler fra tilskudd til tiltak innen forebygging av psykiske helseplager og rusmiddelbruk blant unge i Østfold.

SLT-kontakt opplyser også at helsestasjonen deltar i SLT-gruppa (utførergruppa). Andre deltakere i gruppa er SLT-koordinator, sosialfaglig rådgiver ved videregående skole, sosiallærer ved ungdomsskolen, politi og barnevern. SLT-gruppa samles hver 6. uke og diskuterer trender og utfordringer i kommunen.

¹³ Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, Askim

Psykisk helseteam har en ansatt som jobber opp mot ungdom i 50 % stilling, med tilbud om samtaler etter søknad. Psykisk helseteam har videre tilbud om en guttegruppe og en jentegruppe. Dette tilbudet kan, ifølge SLT-kordinator, være aktuelt for ungdom over 17 år. Det er opptak til gruppene etter søknad.

Revisors vurderinger og konklusjoner

Foruten det forebyggende arbeidet som gjøres gjennom ordinære helseundersøkelser og konsultasjoner, vurderer revisor at helsestasjonen og skolehelsetjenesten driver forebyggende psykososialt arbeid for barn og ungdom gjennom deltakelse i gruppeundervisning i 3-trinn eller 5-trinn (evt. etter behov), samt gjennom prosjektet «Kjennskap». Revisor vurderer også deltakelse i tverrfaglige team som et viktig forebyggende arbeid, som helsestasjonen deltar i.

Ved gjennomgang av skolehelsetjenestens rutiner vurderer revisor at forebyggende psykososialt arbeid er omfattet av tjenestens daglige virke ved skolene, ved at det står oppført som første punkt under helsesøsters oppgaver på skolen i hhv. *Rutine for skolehelsetjenesten i barneskolene* og *Rutine for skolehelsetjenesten i ungdomsskolen*. Revisor har ikke gjort kontrollhandlinger i forhold til hvordan dette punktet praktiseres.

Revisor vurderer at helsestasjonen ikke driver forebyggende psykososialt arbeid for ungdom etter ungdomsskolealder. Kommunen medfinansierer skolehelsetjeneste ved Askim videregående skole, men mangler etter revisors vurdering en tjeneste som driver rent forebyggende psykososialt arbeid mot all ungdom i alderen 17-20 år. Revisor vurderer at Psykisk helsetjeneste gir viktig tilbud til ungdom i denne aldersgruppen, men vurderer at tjenestene som gis er av mer behandelende type ettersom det kreves søknad for deltakelse på tilbudene.

Revisjonen anbefaler kommunen å vurdere tiltak for å styrke forebyggende psykososialt arbeid for ungdom i alderen 17-20 år

4.2.7. Foreldrenes psykiske helse som tema

Helsestasjonen bør tematisere foreldrenes psykiske helse i konsultasjonene

Revisors undersøkelse og innhentede data

Ved intervju oppgir enhetsleder Forebyggende tjenester at foreldrenes psykiske helse er tema i konsultasjoner. Spesielt ved to konsultasjoner er dette tema: ved hjemmebesøk og ved 6 uker er det spesifisert at dette skal tas opp. Dette er både for å kartlegge tidligere psykiske vansker, for å synliggjøre at det er en stor overgang, og at helsestasjonen er en samtalepartner dersom noe dukker opp.

Revisor har gått gjennom rutinen «Rutine for hjemmebesøk etter fødsel». Punkt 3 i rutinen, «Innhold i hjemmebesøket» inneholder følgende punkter:

- Gjennomgang av svangerskap og fødsel.
- Observasjon av barnet nakent (temperament, våkenhet, hudfarge/sirkulasjon, pustemønster, bevegelsesmønster, Tonus, hovde og hals, mulige skjevheter).
- Følg egen prosedyre for ammeveiledning på hjemmebesøket.
- Se på samspill og tilknytning.
- Kartlegg familiesituasjon og nettverk.
- Informasjon om helsestasjonstilbudet, åpen helsestasjon og barselgrupper.
- Vekt og målebånd skal medbringes fordi alle skal veies og måle hodeomkrets 7-10 dager etter fødsel.
- Gjennomgå og dele ut brosjyrer etter liste + time til 6 ukers kontroll, evt. avtale vektkontroll.
- Tiltak for forebygging av vold og omsorgssvikt: Snakk om / vis filmen : «Din fantastiske baby» 7.15 min (Stine Sofie-Stiftelsen). Ligger tilgjengelig på YouTube.

Revisor har gått gjennom rutinen «Rutine for 6 ukers konsultasjon med helsesøster». Under punkt 3 (som gjelder for helsesøster) står følgende:

- Ta utgangspunkt i foreldrenes bekymring/behov.
- Ammeveiledning iht rutine for Ammekyndig helsestasjon
- Måle HO, vurdere blikkontakt, bonus og bevegelsesutvikling, hus, symmetri.
- Observere samspill.
- Foreldres trivsel og psykiske helse
- Dele ut tran og brosjyrer etter gjeldende liste.
- Informere om barnevaksinasjonsprogrammet og tilby Rotavirus og BCG til risikogrupper.

Revisor har gått gjennom rutinene «Ammeveiledning på Hobøl helsestasjon» og «Ammekyndig helsestasjon». Rutinene inneholder omfattende dokumentasjon på oppfølging i forbindelse med amming de 6 første ukene.

Revisor har ikke kontrollert hvordan og i hvilken grad rutinene følges opp i praksis.

Revisors vurderinger og konklusjoner

Revisor vurderer at helsestasjonen har rutiner som legger godt til rette for å tematisere foreldrenes psykiske helse i konsultasjonene. Det er revisors vurdering at temaet kunne vært tydeliggjort ytterligere i «Rutine for hjemmebesøk etter fødsel», tilsvarende slik det er i «Rutine for 6 ukers konsultasjon med helsesøster».

Revisor vurderer det som positivt at helsestasjonen har fokus på amming gjennom å være «Ammekyndig helsestasjon». Dette legger grunnlag for tett kontakt mellom helsesøster og mor/barn de første ukene etter fødsel - en periode som for mange kan være preget av usikkerhet.

Revisjonen anbefaler at det tydeliggjøres i rutine for hjemmebesøk etter fødsel at foreldrenes psykiske helse skal være tema.

4.2.8. Avdekking av psykiske plager og lidelser og barn og ungdom

Skolehelsetjenesten bør ha fokus på å oppdage psykiske plager og lidelser hos barn og ungdom

Revisors undersøkelse og datainnhenting

Under intervjuet opplyser enhetsleder Forebyggende helse at det først og fremst er under 8.klasse-samtalen en har fokus på å oppdage psykiske lidelser.

Revisor har gått gjennom *Rutine for skolehelsetjenesten i barneskolene*. Under avsnittet *Hensikt* står det: «Sikre at alle skolebarn får nødvendig oppfølging fra skolehelsetjenesten. Skolehelsetjenesten skal arbeide for å forebygge sykdom og fremme god fysisk og psykisk helse hos alle skolebarn i Hobøl kommune». Videre er *Forebyggende psykososialt arbeid* og *Oppsøkende virksomhet / «Åpen dør»* og *tilstedeværelse* listet opp under oppgaver helsesøster på skolen driver. Videre skal helsesøster med ansvar for den enkelte barneskole innkalle til «bli kjent» samtale med nye elever, med foreldre. Samtaler/konsultasjoner med enkeltelever gjennomføres etter behov. Det er igjen presisert at helsesøster skal ha en «åpen dør» for elevene. Tverrfaglig samarbeid med skolen om elevenes arbeids- og læringsmiljø og utvikling, samt Rådgivning til skolens elevenes medisinske og hygieniske forhold og skolemiljø er også listet opp.

Revisor har gått gjennom *Rutine for førskoleundersøkelse*, inkludert *Spørreskjema til foreldre med førskolebarn*. Revisor finner ikke noe i rutinen for undersøkelsen som presiserer at erfaringer før skolestart eller fra barnehage skal tas opp i samtalen. Spørreskjemaet, som skal fylles ut av foreldre før førskoleundersøkelsen, innhenter informasjon om blant annet eventuelle endringer i familiesituasjon siden siste kontakt med helsestasjonen, hvilken barnehage barnet eventuelt går i, om barnet har vært syk siste år, eventuell oppfølging av spesialisthelsetjeneste, allergier, vaksinasjoner, søvnvaner og matvaner, barnets evne til å konsentrere seg og andre mer praktiske opplysninger. Helsesøster går gjennom skjemaet under undersøkelsen, og det åpnes for andre spørsmål.

Revisor har gått gjennom *Rutine for skolehelsetjenesten i ungdomsskolen*. Hensikt med rutinen er oppgitt til å være: *Sikre at alle elevene på ungdomsskolen får nødvendig oppfølging fra skolehelsetjenesten*. Som for *Rutine for skolehelsetjenesten i barneskolene* er *Forebyggende psykososialt arbeid* og *Oppsøkende virksomhet / «Åpen dør»* og *tilstedeværelse* listet opp som to av helsesøsters oppgaver. Likeledes er tverrfaglig samarbeid med skolen om elevenes arbeids- og læringsmiljø og utvikling nevnt. Helsesøster på ungdomsskolen gis i rutinen også ansvar for blant annet *Samtaler/konsultasjoner med enkeltelever etter behov, ha «åpen dør» for elevene*. Nye elever tilbys «bli kjent-samtale». Videre skal

helsesøster gjennomføre samtaler med alle elever på 8. trinn og tilby kartleggingssamtale og eventuell oppfølging ved behov.

Revisor har gjennomgått *Helseopplysnings skjema - målrettet helseundersøkelse av elever i 8. klasse ved Hobøl ungdomsskole*. Skjemaet inneholder flere spørsmål som går inn på temaene som den nasjonale retningslinjen¹⁴ mener bør berøres. Dette er spørsmål som:

- Familiesituasjon
- Hva gjør du i fritiden?
- Hvordan trives du i klassen?
- Gruer du deg noen gang til å gå på skolen?
- Mobbet? - Tanker om nettmobbing?
- Sover du godt om natten?
- Helseplager? (Diagnose? Fysisk: hodepine, magesmerter. Psykisk: frykt/angst, deprimert, lei deg, selvskading)
- På en skala fra 1-10 hvordan har du det?
- Har du noen å dele vanskelige ting/tanker med?
- Hvordan synes du kostholdet ditt er? (Drikke, frokost og matpakke)
- Har du noen gang fått tilbud om alkohol/narkotika/piller?
- Hvilke egenskaper liker du best med deg selv?
- Hva gjør deg glad?
- Hva gjør deg sint?
- Hvilke tanker gjør du deg om fremtiden?

Under rutiner for helsestasjonen (Felles) foreligger oversikt over ansatte og arbeidsoppgaver ved helsestasjonen. Denne viser blant annet fordeling av dager på de ulike skolene for de ulike ansatte. Oversikten viser at en helsesøster er tilgjengelig på de ulike skolene med slik fordeling:

- Ungdomsskolen: 2 dager
- Tomter barneskole 3 dager
- Ringvoll barneskole 1 dag
- Knapstad barneskole 1 dag.

Revisors vurderinger og konklusjoner

Revisor vurderer enhetslederens tilbakemelding under intervju til å være noe begrenset i forhold til de forventninger som stilles i den nasjonale faglige retningslinjen¹⁵ når det gjelder å ha fokus på å oppdage psykiske plager og lidelser hos barn og ungdom. Revisor har derfor gått gjennom et utvalg relevante rutiner for skolehelsetjenesten for å vurdere i hvilken grad dette fanges opp i rutinene.

¹⁴ Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Nasjonale faglige retningslinjer IS-25.82. Helsedirektoratet

¹⁵ Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Nasjonale faglige retningslinjer IS-25.82. Helsedirektoratet

Når det gjelder barneskolen vurderer revisor det som positivt at forebyggende psykososialt arbeid og oppsøkende virksomhet / «Åpen dør» og tilstedeværelse er eksplisitt listet opp i rutinen. «Åpen dør» og tilstedeværelse er viktige forutsetninger for å kunne oppdage psykiske plager og lidelser hos barn i skolen. Revisor vurderer det også som positivt at samarbeid med skolen er så tydelig framhevet i rutinen. Dette vurderes som særdeles viktig, siden det er de ansatte i skolen som omgås elevene daglig.

Revisor vurderer at det i *Rutine for førskoleundersøkelse*, inkludert i *Spørreskjema til foreldre med førskolebarn* ikke kommer fram et fokus på å oppdage psykiske plager og lidelser hos barna. Revisor vurderer at dette kunne vært tydeliggjort i rutinen ved at erfaringer før skolestart eller fra barnehagen skal tas opp i samtalen. Videre vurderer revisor at andre forhold, som er nevnt i nasjonal retningslinje¹⁶ kunne vært presisert i rutinen, eller det kunne vært henvist til retningslinjen. Dette omfatter:

- Trivsel og mestring, inkludert mobbing
- Utvikling og opplevelse av selvbilde og selvfølelse
- Relasjoner til venner og jevnaldrende

Revisor vurderer at *Rutine for skolehelsetjenesten i ungdomsskolen og Helseopplysnings skjema - målrettet helseundersøkelse av elever i 8. klasse ved Hobøl ungdomsskole* i stor grad følger opp de anbefalinger som gis i nasjonal retningslinje. Av spørsmålene som listes opp i retningslinjen som spørsmål som bør berøres, finner revisor ikke eksplisitte spørsmål rettet mot seksuell helse, inkludert kjæresteforhold og kjønnsidentitet, eller spørsmål relatert til vold, overgrep og omsorgssvikt i kommunens rutiner. *Revisor vurderer at dette kan tydeliggjøres i rutine eller i helseopplysnings skjemaet.*

Oversikt over ansatte og arbeidsoppgaver ved helsestasjonen viser at helsestasjonen har en tilstedeværelse på alle skoler minst 1 dag per uke. Rutinene for henholdsvis barneskolene og ungdomsskolen understreker at helsesøster skal ha «åpen dør» for elevene. Revisor vurderer med dette at helsestasjonen er et lavterskeltilbud til elevene ved barneskolene og ungdomsskolen.

Med bakgrunn i ovennevnte funn og vurderinger fremmer revisjonen følgende anbefaling:

Revisjonen anbefaler at kommunen gjennomgår skolehelsetjenestens rutiner med tanke på å tydeliggjøre fokus på å oppdage psykiske plager og lidelser hos barn og ungdom.

¹⁶ Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Nasjonale faglige retningslinjer IS-25.82. Helsedirektoratet; s. 169.

4.2.9. Oppfølging til barn og ungdom med psykiske plager og lidelser

Skolehelsetjenesten bør tilby oppfølging til barn og ungdom med psykiske plager og lidelser

Revisors undersøkelser og innhentede data

Under intervjuet opplyser enhetsleder for Forebyggende tjenester at skolehelsetjenesten har rutiner for oppfølging bestående av lavterskelsamtaler eller mer kartlegging for vurdering av henvisning til BUP.

Revisor har gjennomgått *Rutine for skolehelsetjenesten i barneskolene*.

I tillegg til punktet *Oppsøkende virksomhet / «Åpen dør»* og *tilstedeværelse*, inneholder rutinen et punkt; *Samtaler/konsultasjoner med enkeltelever etter behov, ha «åpen dør» for elevene*. Rutinen inneholder videre noen punkter om samarbeidsrutiner som kan relateres til oppfølging:

- *Etablere/videreføre gode samarbeidsrutiner med skoleledelsen, lærerne og PPT,*
- *Kan delta i ansvarsgrupper og være koordinator der hvor det er naturlig,*
- *Være deltaker på ansvarsgruppemøter når dette er gjennomførbart og relevant*
- *Rådgivning til skolen vedrørende elevenes medisinske og hygieniske forhold.*

Rutinen har videre et punkt om gruppetilbud: *Grupper for skilsmissebarn, P.I.S. i forenklet utgave, kan gjennomføres på 5. trinn og evt. 6. trinn.*

Revisor har gjennomgått *Rutine for førskoleundersøkelse*. Rutinen inneholder blant annet følgende punkter:

- *Gir tilbud til ekstra samtale om kjønnslemlestelse til aktuelle familier som tiltak i bekjempelse av kjønnslemlestelse. Se egen rutine for dette*
- *Henviser til spesialist ved funn på syn/hørsel eller annet og*
- *Avtaler samtale med PPT-rådgiver på helsestasjonen hvis problemer knyttet til konsentrasjon eller lignende.*

De to siste punktene er det lege som følger opp ved førskoleundersøkelsen.

Revisor har gjennomgått *Rutine for samtaler med barn i skolehelsetjenesten*. Hensikten med rutinen oppgis blant annet å være: *Helsesøster skal være en trygg samtalepartner for barn og foreldre*. Rutinen inneholder forøvrig punkter om involvering av og informasjon til foreldre ved planlagte samtaler, samt åpning for mer spontane samtaler gjennom «åpen dør»-praksis, der foreldre blir informert i etterkant.

Revisor har gjennomgått *Rutine for skolehelsetjenesten i ungdomsskolen*. Som i rutinen for barneskolen, inneholder denne rutinen også punktene *Oppsøkende virksomhet / «Åpen dør»* og *tilstedeværelse og Samtaler/konsultasjoner med enkeltelever etter behov, ha «åpen dør» for elevene*. Rutinen inneholder et eget punkt om 8. trinn-samtalen: *Gjennomfører samtaler med alle elevene på 8. trinn og tilbyr kartleggingssamtale og evt. oppfølging ved behov*. Rutinen inneholder også et punkt om samarbeid: *Tverrfaglig samarbeid med skolen om elevenes arbeids- og læringsmiljø og utvikling, Kan delta i ansvarsgrupper og være koordinator der hvor det er naturlig, samt Rådgivning til skolen vedrørende elevenes medisinske og hygieniske forhold og skolemiljø.*

Fellesrutinene for helsestasjonen *inneholder Rutine for igangsetting av Individuell Plan (IP)*. Rutinen beskriver framgangsmåte for igangsetting av individuell plan for personer med behov for langvarig og koordinerte tjenester fra det offentlige.

Under intervju med SLT-koordinator ble det opplyst om at Psykisk helsetjeneste har en ansatt som jobber opp mot ungdom i 50 % stilling, med tilbud om samtaler. Barn og ungdom med behov for tilbudet får tilbud om samtaler.

Revisors vurderinger og konklusjoner

Revisor vurderer at oppfølgingen enhetsleder viser til under intervjuet gjelder det som er beskrevet i forbindelse med elevsamtaler på 8. trinn: *Gjennomfører samtaler med alle elevene på 8. trinn og tilbyr kartleggingssamtale og evt. oppfølging ved behov*. Revisor vurderer at skolehelsetjenesten også tilbyr oppfølging til barn og ungdom med psykiske vansker gjennom tilbud om samtaler/konsultasjoner med enkeltelever etter behov.

Revisor vurderer at skolehelsetjenesten skal tilby et lavterskeltilbud for oppfølging til barn og ungdom med psykiske vansker. Ved behov for videre oppfølging henvises det til andre tjenester som BUP eller Psykisk helsetjeneste i kommunen. Det er enkelte punkter i rutinene som går på samarbeid med skole og PPT. Utover dette vurderer revisor at det i rutinene er lite som beskriver oppfølging til barn og ungdom med psykiske plager og lidelser. Dette gjelder i forhold til å gi tilbud oppfølgende samtaler, henviser til andre tjenester ved behov, samarbeide med skole/foreldre for å tilrettelegge skolehverdagen, samarbeide med andre tjenester og å motivere barn/ungdom som faller ut av behandling til å gjenoppta behandlingen.

Revisor vurderer at skolehelsetjenestens rutiner kan tydeliggjøres når det kommer til muligheter for henvisning og samarbeid med andre tjenester på dette området.

Anbefaling: Revisjonen anbefaler kommunen å gå gjennom skolehelsetjenestens rutiner med tanke på å tydeliggjøre disse i forhold til å tilby oppfølging til barn og ungdom med psykiske plager og lidelser

4.2.10. Tilbud om gruppekonsultasjon til foreldre

Helsestasjonen bør gi alle foreldre tilbud om å delta i gruppekonsultasjoner

Revisors undersøkelser og innhentede data

Under intervju opplyser enhetsleder Forebyggende tjenester at det gis tilbud om gruppekonsultasjon. Hun legger til at de ikke deltar på foreldremøter i barnehagene - noe barnehagene har etterlyst. Dette er det ikke ressurser til ifølge enhetsleder.

En gjennomgang av helsestasjonens rutiner viser at helsestasjonen har rutine for gruppekonsultasjoner (barselgrupper) ved 4 uker, 4 måneder, og 18 måneder. I tillegg inviteres det til barselgruppe ved 8 måneders alder. Det er fastsatt program for de ulike konsultasjonene ut fra problemstillinger som er relevant for barnets alder.

Revisors vurderinger og konklusjoner

Revisor vurderer at helsestasjonen gir tilbud om gruppekonsultasjoner i henhold til nasjonal faglig retningslinje¹⁷. I Hobøl kommune har de valgt å kalle gruppekonsultasjonene «barselgrupper». Innholdet i samlingene er, etter revisors vurdering, i tråd med anbefalt innhold i gruppekonsultasjoner.

Revisor har ikke kontrollert i hvilken grad gruppekonsultasjonene gjennomføres i praksis.

4.2.11. Samarbeid med andre tjenester

Helsestasjonen og skolehelsetjenesten skal samarbeide med andre tjenester som gir tjenester til barn og unge

Revisors undersøkelser og innhentede data

Enheten har en egen samling rutiner for tverrfaglig samarbeid, som inneholder følgende rutiner:

- Rutine for deltakelse i ansvarsgruppemøter
- Rutine for samarbeid med fastlegene i kommunen
- Rutine for samarbeid med fysioterapitjenesten
- Rutine for lavterskeltilbud med barnevernet i Hobøl kommune
- Rutine for bekymringsmelding til barnevernet
- Rutine for opplysningsplikt til barnevernet og sosialtjenesten
- Rutine for lavterskelsamarbeid med Familievernkontoret
- Rutine for lavterskelsamarbeid med PPT
- Rutine for samarbeid med BUP Askim

Koordinerende enhet

Under intervjuet opplyser enhetsleder Forebyggende enhet at det ikke er etablert noe systemisert samarbeid mellom helsestasjonen og koordinerende enhet, men at samarbeidet er individbasert. Det gjennomføres samarbeidsmøter og eventuelt ansvarsgruppemøter.

¹⁷ Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Nasjonale faglige retningslinjer IS-25.82. Helsedirektoratet

Helsestasjonens fellesrutiner inneholder *Rutine for igangsetting av individuell plan*. Rutinen gjelder fra januar 2011, og er sist godkjent januar 2017.

Barnevernet

Under intervjuet viser enhetsleder til at helsestasjonen og skolehelsetjenesten har et systematisk samarbeid med barnevernet gjennom Tverrfaglige møter. Dette er møter som gjennomføres både på barnehagenivå og på skolenivå.

I barnehagegruppe møter PPT, og det er de som har ansvar for gjennomføring av møtene. Møtene gjennomføres hver måned på kommunehuset. Det er barnehagene, PPT og helsestasjonen som møtes.

Når det gjelder de tverrfaglige møtene på skolenivå er det barnevernet som er ansvarlig for gjennomføring av møtene. Møtene gjennomføres ute på hver eneste skole, og avholdes omtrent hver 6. uke.

Enhetsleder opplyser om at hun har etterspurt rutinen rundt begge møtene. Hun opplyser at de erfarer at det fungerer veldig forskjellig på de ulike skolene. Hun oppgir videre at hun skulle ønske seg litt mer systematikk, selv om det er satt i system.

Ved gjennomgang av helsestasjonens og skolehelsetjenestens rutiner finner ikke revisor egne rutiner som omhandler de tverrfaglige møtene. Det henvises imidlertid til at «Helsesøster deltar i tverrfaglig samarbeid med skolen, foresatte og andre aktuelle samarbeidspartnere» i *Rutine for samtaler med barn i skolehelsetjenesten*.

Under samlingen av rutiner for tverrfaglig samarbeid finnes *Rutine for lavterskeltilbud med barnevernet i Hobøl kommune*. Rutinen angir framgangsmåte for å be om en uforpliktende samtale med barnevernet for å drøfte familiesituasjonen eller eventuelle problemområder. Helsesøster tilbyr seg å delta på samtalene. Samlingen inneholder også *Rutine for bekymringsmelding til barnevernet* og *Rutine for opplysningsplikt til barnevernet og sosialtjenesten*.

Folkehelsearbeid

Under intervju oppgir enhetsleder for Forebyggende enhet at det inntil nylig var hun selv som også var folkehelsekoordinator. Det er nå ansatt ny folkehelsekoordinator, som også er folkehelsekoordinator for Trøgstad kommune. Enhetsleder opplyser om at den nye folkehelsekoordinatoren er med i prosjektgruppa for prosjektet «Kjennskap».

Revisor har gått gjennom kommunens oversiktsdokument for folkehelse - utarbeidet i 2016 opp mot eksempler på indikatorer som er nevnt i nasjonal faglig retningslinje¹⁸. *Vaksinedekning* er omtalt gjennom et eget avsnitt i oversiktsdokumentet. Det opplyses om at det er svært få som ikke ønsker å delta i barnevaksinasjonsprogrammet i Hobøl kommune. Dokumentet inneholder videre beskrivelse av helsetilstand i kommunen, inkludert statistikk og kommentarer relatert til levealder, diabetes, hjerte- og karsykdommer og psykisk helse.

¹⁸ Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Nasjonale faglige retningslinjer IS-25.82. Helsedirektoratet. S. 28

Fastlege

Under intervju opplyser enhetsleder Forebyggende tjenester at samarbeid med fastlegene kan være en utfordring i og med at mange har fastlege utenfor kommunen. Helsestasjonen må forholde seg til så mange som kanskje 50 legekontorer. Det er vanskelig. Ved skolestartundersøkelse spør helsestasjonen etter hvem som er barnets fastlege, men dette endres ofte med tiden. Helsestasjonen er ikke i gang med elektronisk meldingsutveksling. Enhetsleder opplyser at i tilfeller der barn har konkrete utfordringer som krever kontakt med fastlege, tar helsestasjonen kontakt med fastlege. Dette kan gjelde barn med store utviklingsavvik, barn med ADHD med medisinregulering og tett oppfølging av vekt etc. Dette har helsestasjonen systemer for. Sykehusene sender også f.eks. epikriser til både helsestasjonen og fastlege.

Rutinesamlingen for tverrfaglig samarbeid inneholder *Rutine for samarbeid med fastlegene i kommunen*. Rutinen gjelder alle fastleger i Hobøl kommune. I henhold til rutinen skal ledende helsesøster og jordmor delta på samarbeidsmøter med fastlegene 2 ganger i året. Hensikt med rutinen er oppgitt til å være ønske om økt tverrfaglig samarbeid og kjennskap til hverandres tjenesteområder. Rutinen er sist godkjent i april 2013. Revisor har fått oversendt en innkalling med tilhørende referat til et samarbeidsmøte med fastlegene som ble avholdt 28.04.2016. I følge referatet ble ulike problemstillinger knyttet til samarbeidet mellom fastleger og helsestasjon og skolehelsetjeneste drøftet.

Helsestasjonens og skolehelsetjenestens rutiner forøvrig inneholder i liten grad henvisning til samarbeid med fastlege. Fastlege er nevnt 2 ganger i rutinen *Ammekyndig helsestasjon*, 4 ganger i rutinen *Ammeveiledning på Hobøl helsestasjon*, i *Rutine når foreldre ikke ønsker å benytte seg av helsestasjonstilbudet* og for skolehelsetjenesten en gang i *Rutine for kostholdsamtale med helsesøster*.

Kommunelegen

Under intervju opplyser enhetsleder Forebyggende tjenester at de samarbeider tett med kommunelegen, og viser til at han jobber i 30 % stilling. 20 % er knyttet til helsestasjon og skolehelsetjenesten. 10 % er knyttet til smittevern og helseundersøkelser på asylmottak.

Under rutinesamlingen for tverrfaglig samarbeid foreligger ingen rutine for samarbeid med kommunelegen (kommuneoverlegen). I samlingen for felles rutiner for helsestasjonen foreligger imidlertid *Rutine for samarbeidsmøte innen den faglige ledelsen av helsestasjonstjenesten*. Her beskrives at det skal holdes 2 møter hvert år der ledende helsesøster kaller inn kommuneoverlegen og helsestasjonslegen til samarbeids- og oppfølgingsmøte for helsestasjonstjenesten hvert halvår. Dette skal bidra til å sikre oppfølging og faglig forsvarlighet i tjenesten.

Psykolog, spesialisthelsetjeneste og psykisk helsetjeneste

Under intervju opplyser enhetsleder Forebyggende tjenester at det ikke er ansatt psykolog i kommunen. Enhetsleder har tidligere vist til at helsestasjonen benytter lavterskeltilbudet til BUP Askim. Det foreligger også en egen rutine, *Rutine for samarbeid med BUP Askim*, med hensikten *Tilby oppfølging, veiledning og tverrfaglig samarbeid*. BUP Askim tilbyr konsultasjonstime annenhver tirsdag (2014). Ledende helsesøster i Askim organiserer timeavtaler, og den enkelte kommune i Indre Østfold melder inn behov for timer. Det er en forutsetning at helsesøster,

pedagogisk leder eller andre fra de ulike kommunene deltar på konsultasjonen. Helsestasjonslege og helsesøster henviser til BUP i de tilfeller der en utredning er ønskelig for å vurdere utvikling og behov for tiltak. For helsesøster er BUP tilgjengelig for veiledning per telefon.

Enhetsleder opplyser videre at det ikke er noe etablert samarbeid mellom helsestasjonen/skolehelsetjenesten og Psykisk helseteam (psykiske helsetjenester). Målgruppen til psykisk helseteam er brukere fra 18 år og oppover. Det jobbes nå med å utarbeide nye rutiner for barn som pårørende for psykisk syke voksne. Det jobbes også med en revidering av psykisk helseplan for barn og unge i kommunen, hvor en av helsesøstrene er med i arbeidsgruppen.

Under intervju med SLT-koordinator oppgis at Psykisk helseteam har en ansatt som jobber med barn og ungdom i 50 % stilling.

NAV

Under intervju oppgir enhetsleder for Forebyggende tjenester at helsestasjon/skolehelsetjenesten ikke har noe samarbeid med NAV. Det foreligger derfor heller ingen rutiner for samarbeid med NAV.

Tannhelsetjenesten

Under intervju opplyser enhetsleder Forebyggende tjenester at det er etablert samarbeid med tannhelsetjenesten. Det er akkurat signert ny samarbeidsavtale. Tannhelsetjenesten er på helsestasjonen en gang i året. Helsestasjonen har egne henvisninger for å henvise til tannhelsetjenesten. Enhetsleder sier samarbeidet fungerer veldig bra - lavterskel.

Ved gjennomgang av rutinene for 6 uker, 1/2 år, 1 år og 2 år finner revisor ikke informasjon om at det gjennomføres munnundersøkelser i henhold til anbefaling for munnundersøkelse i den nasjonale faglige retningslinjen.

Revisors vurderinger og konklusjoner

Koordinerende enhet

Revisor vurderer at *Rutine for igangsetting av individuell plan* omfatter de sentrale punktene i anbefalingene fra nasjonal faglig retningslinje. Rutinen beskriver framgangsmåte for innmelding til koordinerende enhet ved behov for Individuell plan. Det oppgis imidlertid at planen skal sendes Enhet for funksjonshemmede. Dette er utdatert, da det er Tildelingsteamet som er koordinerende enhet for kommunen per i dag. Revisor vurderer videre at rutinen inneholder en overordnet avklaring av helsestasjonens og skolehelsetjenestens rolle i arbeidet med individuell plan gjennom punktet som beskriver koordinators rolle. Punktet angir prinsipper for oppnevning av koordinator. Koordinator er som oftest den fagpersonen som bruker er mest i kontakt med. Enhetens øvrige rutiner slår fast at personalet ved helsestasjonen og skolehelsetjenesten deltar i ansvarsgruppemøter der det er hensiktsmessig (hvis de ikke selv er koordinator). Rutinen slår videre fast at alle involverte har ansvar for å melde inn til koordinator dersom det inntreffer endringer eller nye behov som må innføres i eksisterende individuelle plan.

Revisor fant ikke meldeskjemaet det henvises til i rutinen i kommunens kvalitetssystem, men vurderer at det bør ligge tilgjengelig her sammen med rutinen.

Barnevernet

Revisor vurderer at helsestasjonen og skolehelsetjenesten har et systematisk samarbeid med barnevernet gjennom deltakelse i tverrfaglige møter på henholdsvis barnehage- og skolenivå. Revisor vurderer det som uheldig at enheten ikke har skriftlige rutiner for møtene i sitt kvalitetssystem. Dette underbygges av tilbakemeldingen fra enhetsleder om ønske om mer systematikk rundt de tverrfaglige møtene.

Mangel på rutiner gjør at revisor ikke kan vurdere i hvilken grad det gjennomføres risikovurderinger og evalueringer av uønskede hendelser (internkontroll) eller om det er felles kompetanseplanlegging på tema som er relevant for alle i de tverrfaglige teamene - eller om møtene omfatter problemstillinger både på system- og på individnivå.

Revisor vurderer det som positivt at det er utarbeidet skriftlige rutiner for lavterskeltilbud til barnevernet, for bekymringsmelding til barnevernet og for opplysningsplikt til barnevern og sosialtjenesten.

Folkehelsearbeid

Revisor vurderer at samarbeid mellom helsestasjon og folkehelsekoordinator har vært godt i Hobøl kommune i og med at samme person har vært folkehelsekoordinator og leder for helsestasjonen. Revisor har ikke kontrollert i hvilken form dette samarbeidet har tatt med ny folkehelsekoordinator. Enhetsleder for Forebyggende tjenester er i skrivende stund ikke besatt. Med tilsetning av ny enhetsleder vurderer revisor at det er viktig at samarbeidet tas opp og finner sin form. Revisor vurderer det som positivt at folkehelsekoordinator deltar i prosjektarbeid av typen «Kjennskap»

Revisor har ikke vurdert kommunens oversiktsdokument for folkehelse opp mot folkehelseloven og kravene satt i forskrift om oversikt over folkehelse, men vurderer at kommunen har et godt gjennomarbeidet oversiktsdokument for folkehelse som gir mye god informasjon vedrørende folkehelsetilstanden i kommunen. Revisor har vurdert dokumentet opp mot de eksempler på indikatorer og sykdommer eller tilstander som kan forebygges fra barne- og ungdomstid nevnt i nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Revisor vurderer at vaksinedekning er omtalt i dokumentet. Det som er skrevet kunne etter revisors vurdering vært supplert med noe statistikk. Videre vurderer revisor at psykiske lidelser og ikke-smittsomme sykdommer er omtalt i oversiktsdokumentet. De av indikatorene og sykdommene/tilstandene som revisor vurderer ikke å være omtalt i dokumentet er ammefrekvens, veiing og måling, seksuelt overførbare sykdommer, prevensjonsbruk, tenåringsgraviditeter, abort og over- og undervektsutvikling. Revisor vurderer at en drøfting av innarbeidelse av disse indikatorer/tilstander kan være et godt utgangspunkt for videreutvikling av oversiktsdokumentet i samarbeid mellom helsestasjon og folkehelsekoordinator.

Fastlege

Revisor har ikke kontrollert dokumentasjon på gjennomført samarbeid med fastleger, eller deltakelse i samarbeidsmøte med fastlegene utover den ene tilsendte innkallingen.

Revisor vurderer at helsestasjonen har rutine for halvårlige samarbeidsmøter med fastlegene i kommunen. Revisor vurderer at helsestasjonen har praksis for samarbeid med fastleger ved behov, men at samarbeidet ellers i liten grad er nedfelt

i skriftlige rutiner eller skriftlige samarbeidsavtaler. Slik sett er roller, oppgaver og ansvarsfordeling mellom fastlegen og legetjenesten i helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom i liten grad formalisert, noe som kan føre til uklare ansvarsforhold. Revisor vurderer at det ikke foreligger skriftlige rutiner for å sikre at fastlegen får informasjon dersom helsestasjonslege eller skolelege henviser direkte til spesialisthelsetjenesten. Revisor vurderer også at det ikke foreligger rutiner for samarbeid rundt oppfølging av kronisk syke barn/ungdom og eventuelt andre med behov for ekstra medisinsk oppfølging.

Revisor vurderer at det er behov for i større grad å formalisere rutiner for samarbeid mellom fastlege og helsestasjon og skolehelsetjeneste.

Kommunelegen

Revisor vurderer at helsestasjonen og skolehelsetjenesten har rutine for systematisk samarbeid med kommunelegen gjennom at det avholdes samarbeidsmøte 2 ganger per år. Revisor har fått oversendt ett referat fra samarbeidsmøte med lege på helsestasjonen, datert 4. mars 2016. Administrasjonen viser til at enhetsleder for forebyggende enhet har sluttet og at administrasjonen dessverre ikke finner ytterligere dokumentasjon på samarbeidsmøtene. Fra vedlagte referat vurderer revisor at det er gjennomført et møte mellom ledende helsesøster og kommunelege/helsestasjonslege. Kommuneoverlege deltok ikke i møtet. Referatet viser at det ble gjennomført en evaluering av samarbeidet mellom kommunelege/helsestasjonslege og helsestasjonen. Helsefaglige problemstillinger knyttet til drift av helsestasjonen var ikke tema i møtet, noe som kan henge sammen med at kommuneoverlege ikke deltok i møtet.

Revisor har ikke grunnlag for å vurdere hvorvidt *Rutine for samarbeidsmøte innen den faglige ledelsen av helsestasjonstjenesten* følges opp med 2 møter per år. Revisor vil på dette grunnlaget fremme en anbefaling om at helsestasjonen følger opp intern Rutine for samarbeidsmøte innen den faglige ledelsen av helsestasjonen med møter der også kommuneoverlege deltar, samt at kommunen sørger for tilfredsstillende dokumentasjon av møtene. Dette som et bidrag i den systematiske kvalitetsutviklingen av tjenesten.

Psykolog og psykisk helsetjeneste

Revisor vurderer at kommunen - i fravær av ansatt psykolog i kommunen - har rutine for samarbeid med spesialisthelsetjenesten (BUP Askim). Revisor vurderer imidlertid at dette ikke er et systematisk arbeid slik den nasjonale retningslinjen legger opp til. Nasjonal faglig retningslinje anbefaler at tjenestene bør ha et *systematisk* samarbeid med spesialisthelsetjenesten for veiledning. Dette for å ivareta de oppgavene psykologen i kommunen skal bidra til: å delta i det helsefremmende og forebyggende samarbeidet, å inngå i tverrfaglig og tverrsektoriell samarbeid innen det psykiske helse- og rusarbeidet, samt å gjøre tilgangen til psykisk helsehjelp enklere for barn og unge.

Revisor vurderer det som positivt at det arbeides med å utarbeide nye rutiner for barn som pårørende for psykisk syke voksne, og at psykisk helseplan for barn og unge i kommunen er til revidering. Det vurderes også som positivt at en av helsesøstrene er med i dette arbeidet. Revisor vurderer at det bør utvikles tettere samarbeid mellom helsestasjon/skolehelsetjeneste og psykisk helseteam. I nasjonal

faglig retningslinje anbefales det at helsestasjon/skolehelsetjeneste skal samarbeide med andre psykiske helsetjenester.

NAV

Revisor vurderer at helsestasjon/skolehelsetjenesten bør etablere samarbeid med NAV i henhold til nasjonale faglige retningslinjer.

Tannhelsetjenesten

Revisor vurderer - med utgangspunkt i informasjon gitt av enhetsleder at helsestasjon og skolehelsetjeneste har et etablert samarbeid med tannhelsetjenesten.

Anbefalinger:

- Revisjonen anbefaler at det utarbeides skriftlige rutiner for gjennomføring av tverrfaglige samarbeidsmøter, og at de gjøres tilgjengelig for alle deltakende instanser dersom de foreligger*
- Revisjonen anbefaler at det utarbeides skriftlige rutiner for samarbeid med fastleger*
- Revisjonen anbefaler at Rutine for samarbeidsmøte innen den faglige ledelsen av helsestasjonstjenesten følges opp, og at møtene dokumenteres tilfredsstillende*
- Revisjonen anbefaler kommunen å ta initiativ til etablering av et systematisk samarbeid med spesialisthelsetjenesten (BUP) i forhold til spørsmål om psykisk helse*
- Revisjonen anbefaler at det etableres et mer systematisk samarbeid mellom helsestasjon/skolehelsetjeneste og psykisk helseteam*
- Revisjonen anbefaler at det etableres et samarbeid med NAV i henhold til nasjonale faglige retningslinjer*

4.2.12. Barnevaksinasjonsprogrammet

Helsestasjonen og skolehelsetjenesten skal gi informasjon og tilbud om vaksinasjoner i henhold til barnevaksinasjonsprogrammet

Revisors undersøkelser og innhentede data

Under intervjuet opplyser enhetsleder Forebyggende tjenester at alle får informasjon - muntlig og skriftlig - om barnevaksinasjonsprogrammet.

Folkehelseinstituttet sender ut lister to ganger i året over barn som ikke har fått riktig kodet de vaksinene de skal ha. Ifølge enhetsleder har helsestasjonen gjort en stor ryddejobb - det har vært noen tekniske problemer. Lista har nå blitt mye kortere. Lista fra Folkehelseinstituttet blir alltid gjennomgått, og helsestasjonen tar tak i de sakene der de ser at ansvaret ligger på helsestasjonen. Dette har helsestasjonen statistikk på - og det følges opp.

En gjennomgang av statistikk fra Folkehelseinstituttet viser at Hobøl ligger godt på nivå med nabokommunene når det gjelder vaksinasjonsdekning. Nedenfor gjengis kun tallene for Hobøl. Kolonnene viser 5-årige gjennomsnitt for hhv. 2009-2013, 2010-2014, 2011-2015 og 2012-2016.

Hobøl	2 år	Difteri	96,9	96,3	96,3	97,1
		Stivkrampe	96,9	96,3	96,3	97,1
		Kikhoste	97,3	96,7	96,3	97,1
		Poliomyelitt	96,9	96,3	96,3	97,1
		Hib	97,3	97,1	97,0	97,7
		Pneumokokk	93,8	93,4	92,5	93,9
		Meslinger	96,2	95,7	94,6	95,1
		Kusma	96,2	95,7	94,6	95,1
		Røde hunder	96,6	96,1	94,9	95,4
		Meslinger, kusma og røde hunder (MMR)	..	..	..	..
		9 år	Difteri	94,8	94,1	92,9	93,4
	Stivkrampe		94,8	94,1	92,9	93,4
	Kikhoste		94,8	94,1	92,9	93,4
	Poliomyelitt		94,8	93,8	92,5	93,1
	Hib		..	..	..	..
	Pneumokokk		..	..	..	..
	Meslinger		93,0	93,4	93,2	94,1
	Kusma		93,0	93,4	93,2	94,1
	Røde hunder		93,0	93,4	93,2	94,1
	Meslinger, kusma og røde hunder (MMR)		..	..	..	..
	16 år		Difteri	94,2	93,2	92,0	91,6
		Stivkrampe	94,8	93,8	92,4	91,9
		Kikhoste	..	..	..	..
		Poliomyelitt	96,0	95,0	93,0	91,9
		Hib	..	..	..	..
		Pneumokokk	..	..	..	..
		Meslinger	95,1	95,0	93,9	93,4
		Kusma	94,8	94,7	93,6	93,4
		Røde hunder	94,8	94,7	93,6	93,4
		Meslinger, kusma og røde hunder (MMR)	..	..	..	..

Revisor har gått gjennom enhetens rutiner. Under *Plan for utdeling av brosjyrer og materiell er Brosjyre om barnevaksinasjonsprogrammet* listet som en av brosjyrene som deles ut ved hjemmebesøk. Under 6 ukers-konsultasjon skal det informeres om barnevaksinasjonsprogrammet og tilbys Rotavirus og BCG til risikogrupper. Det finnes en egen rutine *Vaksinasjon på skolen* som beskriver

framgangsmåte for vaksinerings av elever på skolen. Det er videre egen rutine for *Utdeling av vaksinasjonskort til 10. klasse*. Rutinen skal bidra til å få oversikt over vaksinasjoner som er gitt, og at eventuelle mangler kan rettes. Elever/foresatte får oversikt over hvilke vaksiner barnet har fått. I fellesrutiner for helsestasjonen finner revisor en *Rutine for vaksinehåndtering*. Under skolehelsetjenestens rutiner er vaksinerings på ulike trinn listet opp i *Rutine for skolehelsetjenesten i barneskolene*. Her finner revisor også informasjonsbrev/innkallinger vedrørende de ulike vaksinene til elever og foresatte, forfattet av folkehelseinstituttet. Også i *Rutine for skolehelsetjenesten i ungdomsskolen* er vaksinerings listet opp i egne punkter.

Revisors vurderinger og konklusjoner

Med bakgrunn informasjon fra enhetsleder, statistikk fra Folkehelseinstituttet og gjennomgang av enhetens rutiner vurderer revisor at Hobøl kommune gir informasjon om og tilbud om Barnevaksinasjonsprogrammet.

4.2.13. Internkontroll

Helsestasjonen og skolehelsetjenesten skal ha et internkontrollsystem som sikrer at virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres

Revisors undersøkelser og innhentede data

Under intervjuet opplyser enhetsleder Forebyggende tjenester at enheten har et internkontrollsystem i det som heter EK-leser. Der ligger prosedyrer, og der kan de ansatte melde avvik. Enhetsleder viser til at det er et utrolig gammelt program. Et eksempel er at enhetsleder må aktivt gå inn i systemet for å sjekke om noen har meldt avvik. Det er heller ikke muligheter for å sende elektronisk tilbakemelding til den som har meldt avviket. Måten dette blir løst på er at avviket skrives ut fra systemet, og at enhetsleder legger en kopi i hylla til den som har meldt, og eventuelt til kommunelegen ved behov.

Rutinene oppdateres hver sommer. Alle ansatte må da signere i etterkant for at de har oppdatert seg på rutinene. I blant endres rutiner som del av oppfølging av meldte avvik.

Enhetsleder opplyser at systemet brukes aktivt, men at de kan bli flinkere til å melde avvik – for eksempel i forhold til arbeidsbelastning - noe som kan gi risiko for store feil på grunn av belastning/stress.

Enhetsleder opplyser videre at de nettopp har gjennomført en ny risikovurdering, noe hun var opptatt av å gjennomføre før hun forlot stillingen. Enhetsleder viser til at den viser at sårbarhet ved bemanning er en vesentlig risiko. Å gå underbemannet i en periode gir veldig økt risiko for feil, underdokumentasjon, at noe glipper etc. Hvordan påvirker det igjen arbeidsmiljø, trivsel, motivasjon og så videre? - spør hun.

Ved gjennomgang av rutinesamling finner revisor *Risikoanalyse for Hobøl helsestasjon* for perioden juni 2014 – juni 2015, med tilhørende handlingsplan for perioden juni 2015 – juni 2016.

Revisors vurderinger og konklusjoner

Revisor vurderer det som positivt at det er gjennomført risikovurderinger ved enheten. Regelmessige risikovurderinger av virksomheten er et viktig grunnlag for videreutvikling og oppdatering av et kvalitetssystem. Revisor vurderer at enheten bruker systemet aktivt i planlegging - både gjennom handlingsplaner fra risikovurderinger, men også gjennom aktiv bruk av enhetens rutiner. Revisor har ikke kontrollert gjennomføring av rutiner og lignende, men vurderer ut fra tilbakemeldinger gjennom intervju og gjennomgang av statistikk at helsestasjonen i stor grad gjennomfører sine aktiviteter ut fra det som er planlagt i kvalitetssystemet (rutiner etc). Gjennom avviksmeldinger og risikovurderinger vurderer revisor at enheten også har et system for evaluering og korrigerende av aktiviteter.

4.2.14. Kompetanse og bemanning

Ledelsen skal sikre tilstrekkelig fagkompetanse i virksomheten

Revisors undersøkelser og innhentede data

Under intervju oppgir enhetsleder at lege inngår i helsestasjonens bemanning. Videre har de avtale med fysioterapeut tilsvarende 10 % stilling, som er på helsestasjonen hver 3. torsdag. Psykolog, ergoterapeut eller andre faggrupper inngår ikke i helsestasjonens bemanning. Enhetsleder opplyser at kommunen har en manuellterapeut som jobber på driftstilskudd, som også har fått tildelt litt mer ansvar i forhold til barn.

I kvalitetssystemet, under felles rutiner for helsestasjonen, finner revisor *Oversikt over ansatte og arbeidsoppgaver ved helsestasjonen*. Denne er oppdatert per juni 2017. Oversikten viser følgende bemanning:

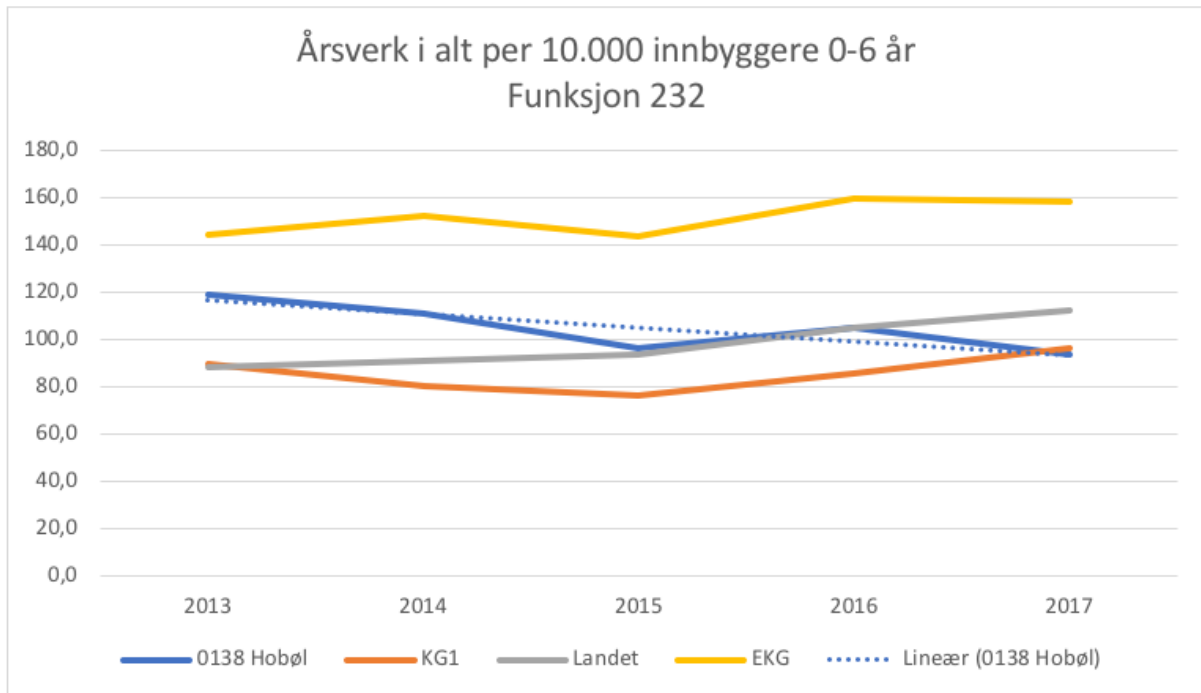
- Helsesekretær 80 %
- Lege 30 %
- Helsesøster: 280 %
- Jordmor 40 %
- Fysioterapi 10 %

Helsestasjonens rutinesamling inneholder en egen *Rutine for tolketjeneste*. Dette for å sikre entydig og forståelig kommunikasjon gjennom kvalifisert tolketjeneste. Revisor har ikke kontrollert i hvilken grad tolketjeneste brukes. Samlingen har videre en *Rutine for kurs*, som angir retningslinjer for deltakelse på kurs, samt deling av ny kunnskap i ettertid. Det er utarbeidet egen *Rutine for faglig veiledning* som skal bidra til å sikre faglig oppdatering, påfyll og vekst gjennom intern veiledning på helsestasjonen. Revisor har ikke kontrollert i hvilken grad veiledning gjennomføres.

I forbindelse med at helsestasjonen har fått godkjenning som ammekyndig helsestasjon er det utarbeidet en egen rutine for opplæring: *Opplæringsplan ifht ammeveiledning på Ammekyndig helsestasjon*. Alle fast ansatte helsesøstre som jobber med små- og spedbarn gis tilbud om å gjennomføre minimum 12 timers

opplæring innen 3 måneder etter ansettelse. Revisor har ikke kontrollert i hvilken grad dette gjennomføres.

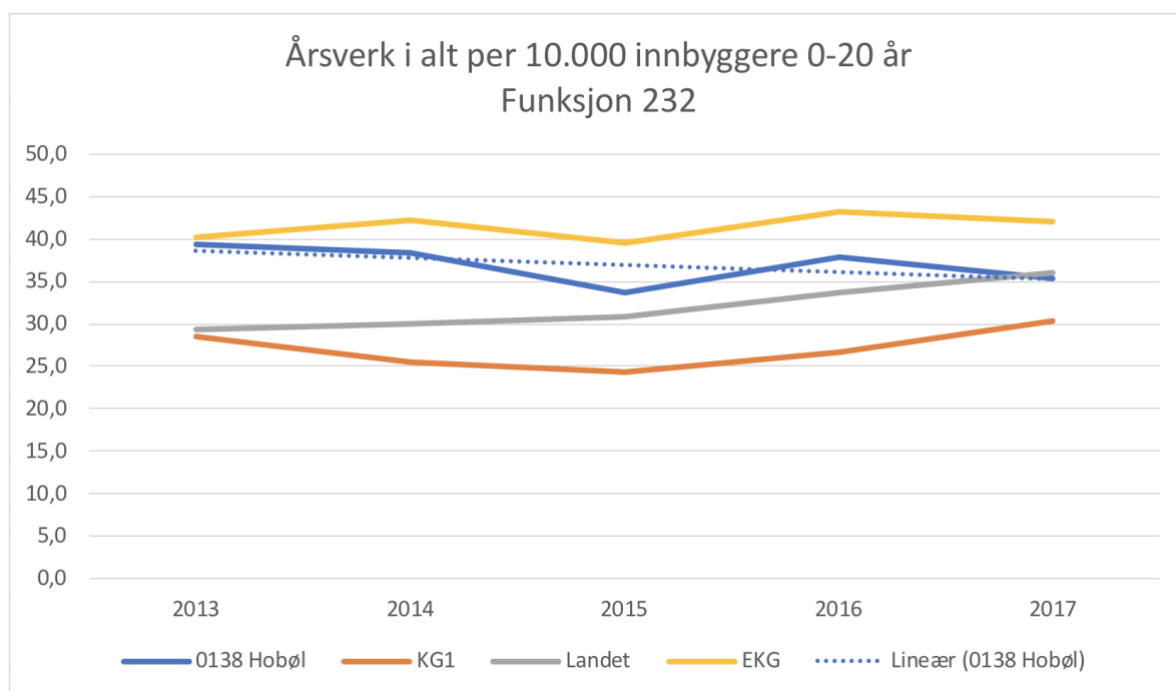
Figur 6¹⁹ nedenfor viser årsverk per 10.000 innbyggere 0-6 år under det som går som funksjon 232 i kommuneregnskapet. Her inngår all helsestasjonstjeneste, også helsestasjon for ungdom, og all skolehelsetjeneste (grunn- og videregående skole). Dette innbefatter foreldreveiledningsgrupper, annen grupperettet helsestasjonstjeneste, jordmortjeneste og svangerskapskontroll samt barselomsorg. Dette tilsvarer helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2 første ledd nr. 1 og 2. Dette viser altså årsverk i forhold til antall barn i målgruppen 0-6 år.



Figur 6 - Årsverk per 10.000 innbyggere 0-6 år - funksjon 232. Kilde: SSB

¹⁹ For Hobøl sin del er årsverk for jordmor lagt inn manuelt. For KG1 og Landet er befolkningstall for 2010 og 2016 lagt inn manuelt (tilsvarende etterfølgende år), da dette manglet i KOSTRA.

Tilsvarende viser figur 7 samme trend når målgruppen endres til innbyggere 0-20 år:



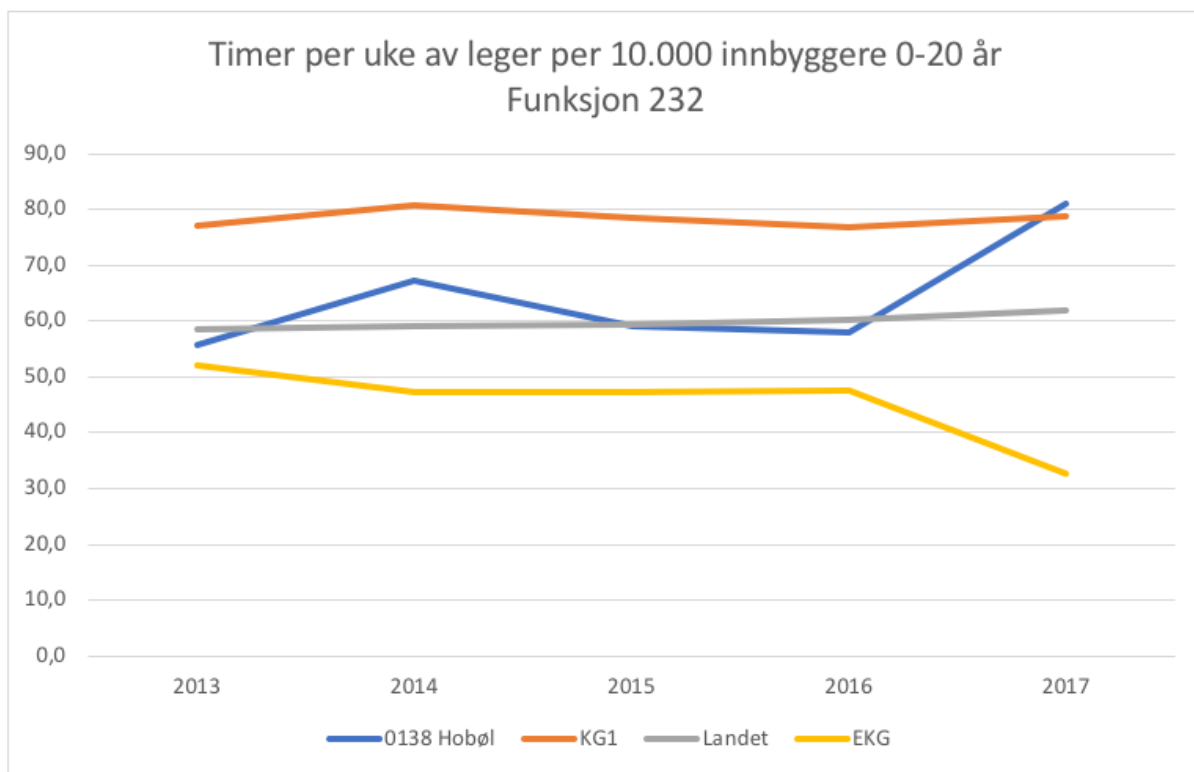
Figur 7 - Årsverk per 10.000 innbyggere 0-20 år - Funksjon 232. Kilde: SSB

Som vi ser av grafene har relativ andel årsverk under funksjon 232 blitt redusert i perioden fra 2013 til 2017. Vi ser at Hobøl kommune har et vesentlig lavere nivå enn Indre Østfold-kommunene²⁰, men har nærmet seg nivået for KOSTRA-gruppe 1 og Landet forøvrig. For målgruppen 0-5 år er bemanningen per 2017 under nivå for landet og omtrent på nivå med KOSTRA-gruppe 1.

Grafene nedenfor viser utvikling for hver av stillingsgruppene under funksjon 232:

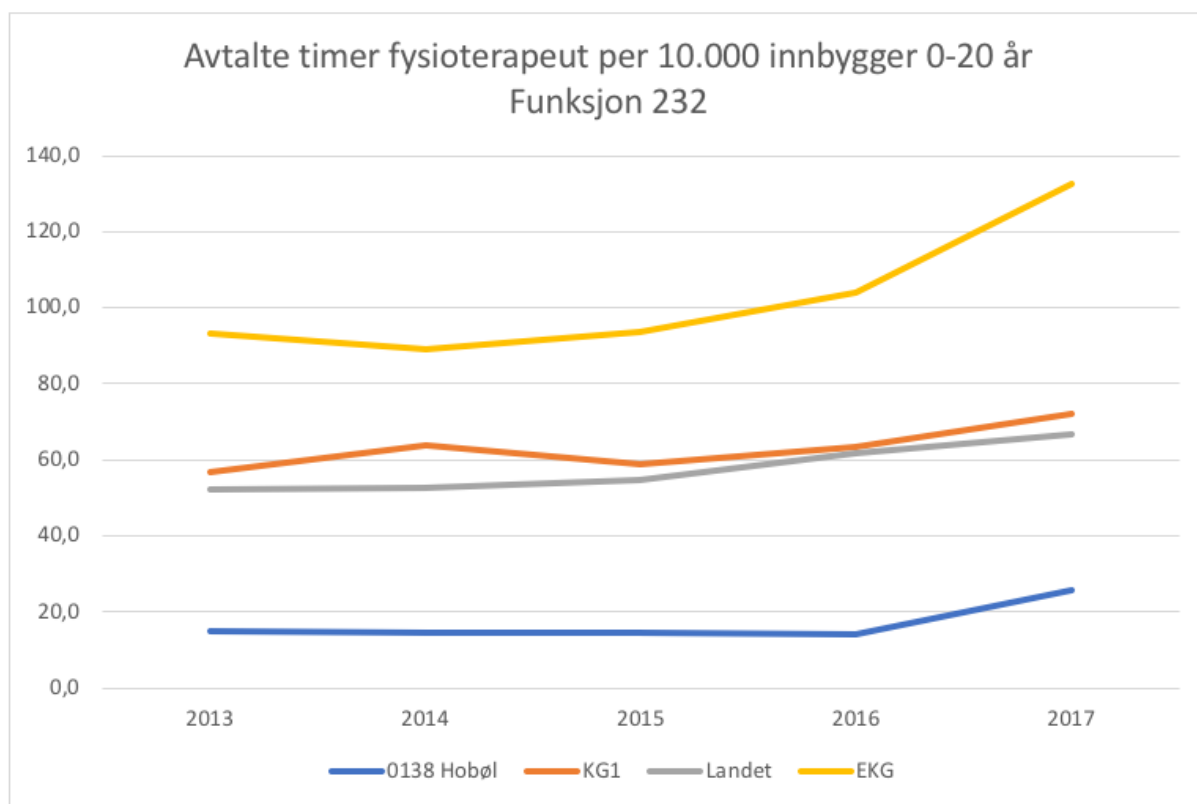
For leger oppgis timer per uke av leger i funksjon 232, som vist i figur 8:

²⁰ Indre Østfold-kommunene er satt sammen til «Egen kommunegruppe» (EKG), som består av Askim, Eidsberg, Marker, Skiptvet, Spydeberg og Trøgstad



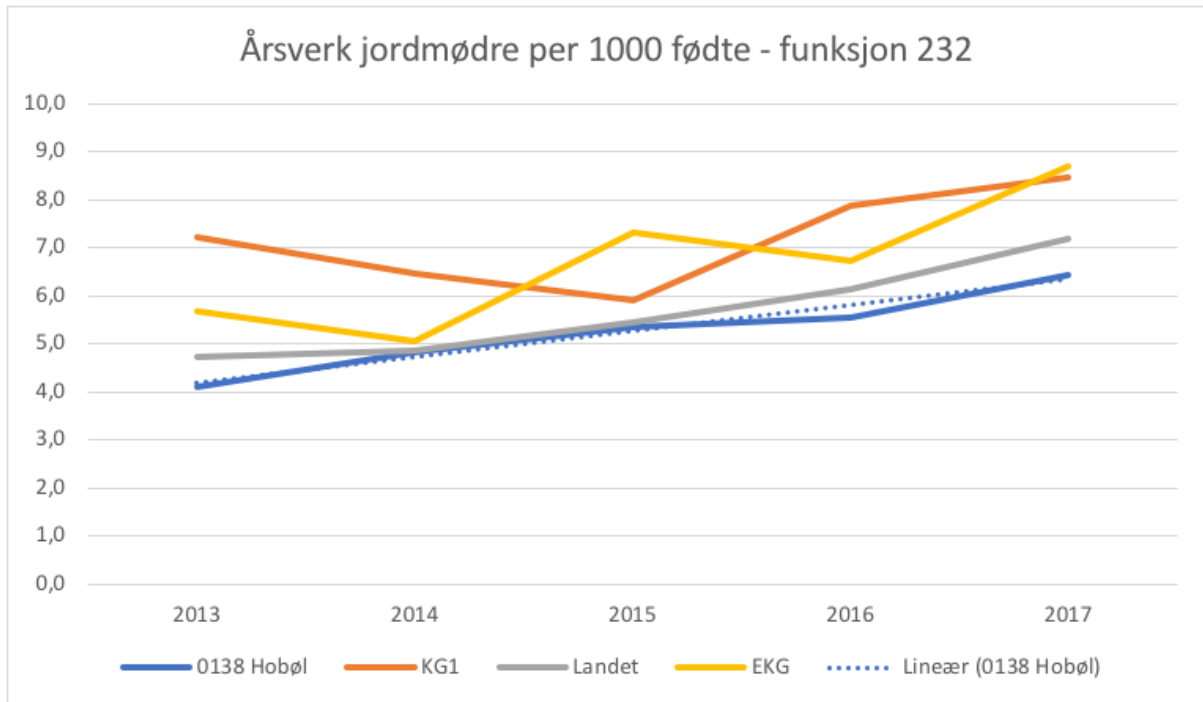
Figur 8 - Timer per uke av lege per 10.000 innbyggere - funksjon 232. Kilde: SSB

For fysioterapeut oppgis avtalte timer per uke i funksjon 232, som vist i figur 9:

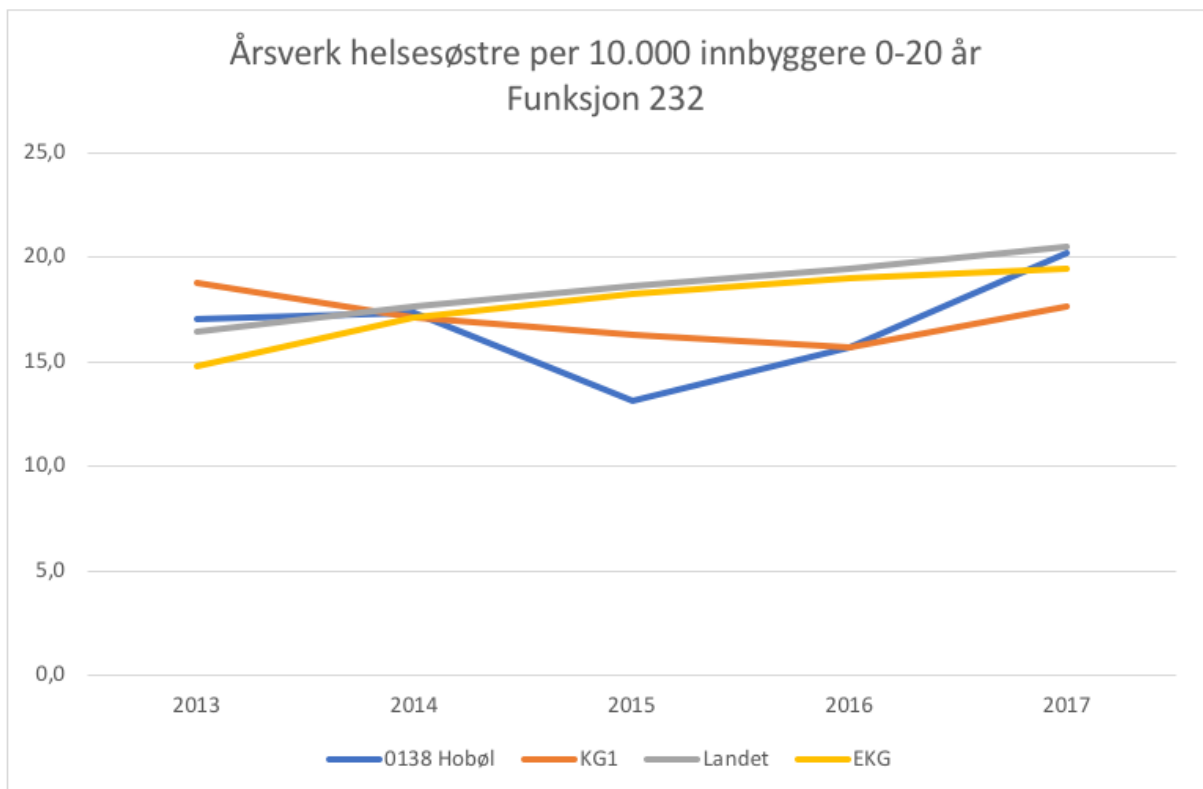


Figur 9 - Avtalte timer fysioterapeut per uke - funksjon 232. Kilde SSB

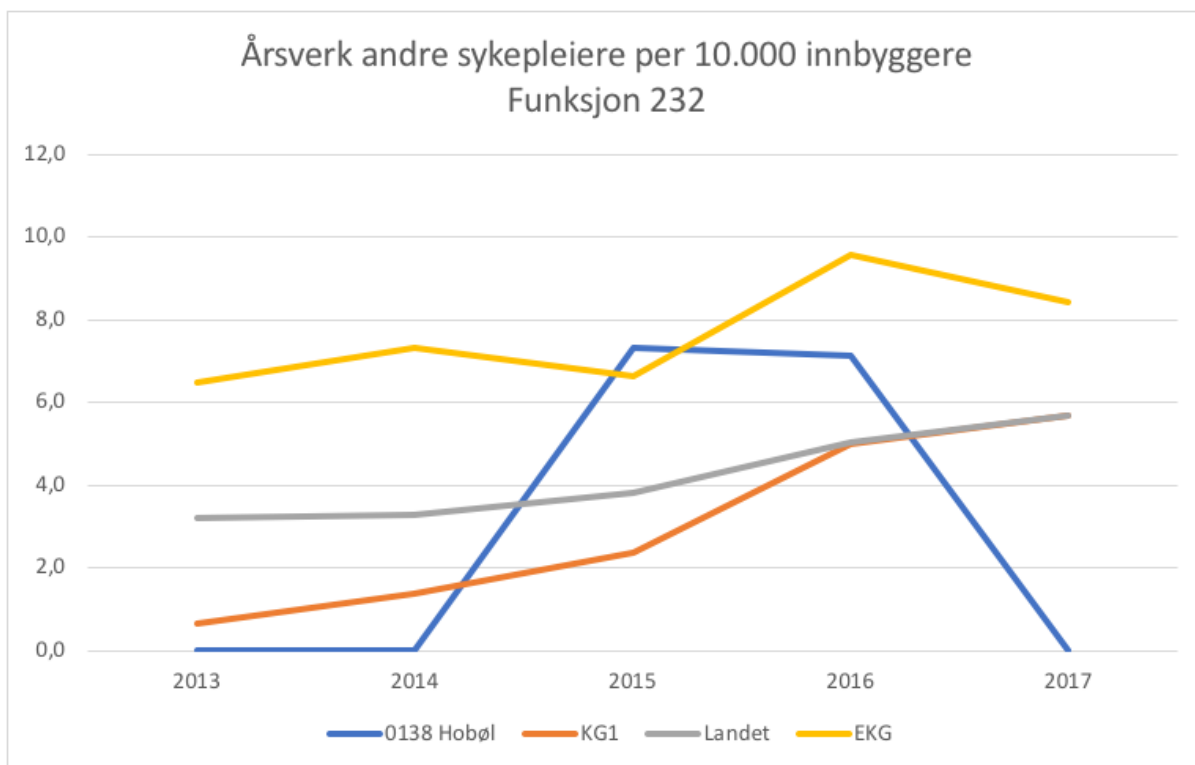
Figur 9 viser årsverk jordmødre per 1000 fødte. Revisor har manuelt lagt inn årsverk for jordmor fra 2013. Dette kommer ikke fram i statistikken fra SSB da kommunen kjøper jordmortjenester fra privatpraktiserende.



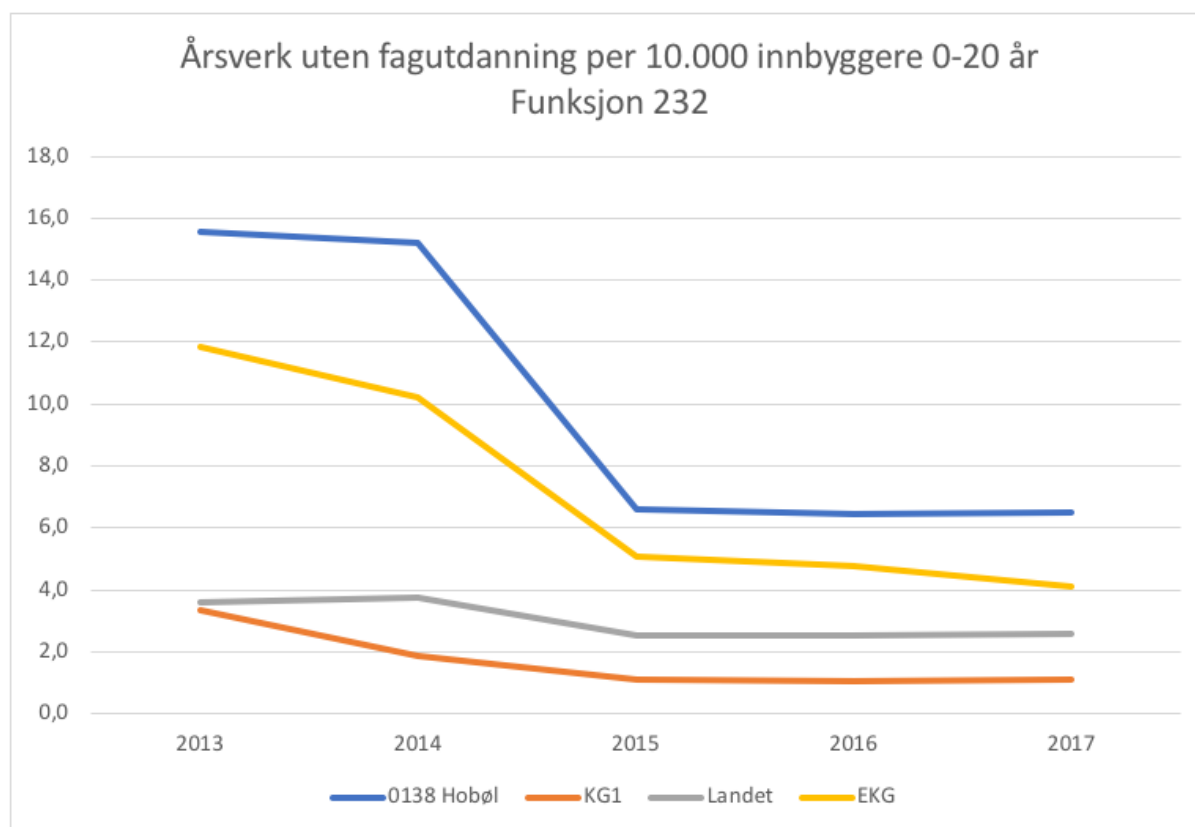
Figur 10 - Årsverk jordmødre per 1000 fødte. Kilde SSB



Figur 11 - Årsverk helsesøstre per 10.000 innbyggere 0-20 år. Kilde: SSB

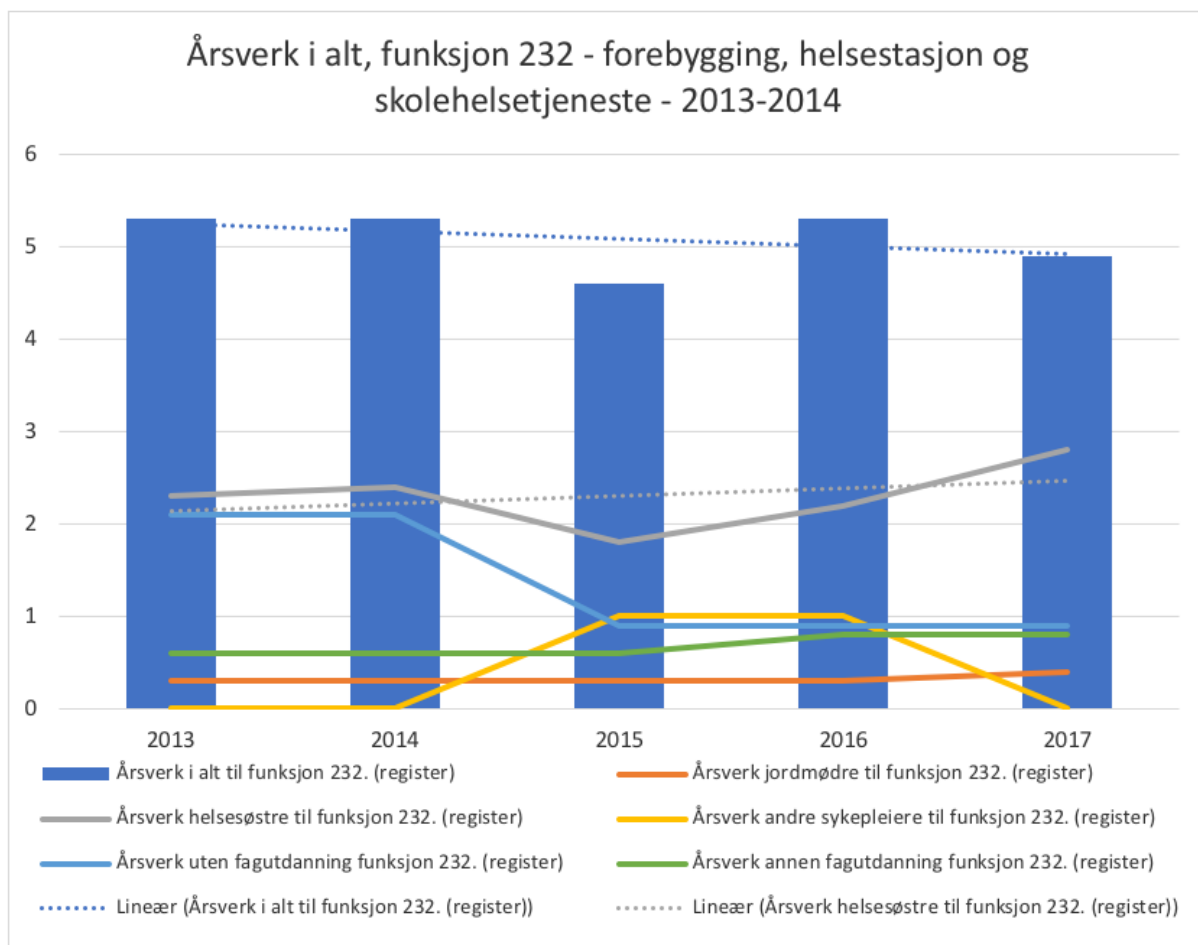


Figur 12 - Årsverk andre sykepleiere per 10.000 innbyggere. Kilde: SSB



Figur 13 - Årsverk uten fagutdanning per 10.000 innbyggere. Kilde:SSB

Figur 14 nedenfor viser årsverk i funksjon 232 i absolutte tall, og gir en samlet framstilling av figurene ovenfor.



Figur 14 - Årsverk funksjon 232 - absolutte tall. Kilde: SSB

Vi ser at årsverk i funksjon 232 har gått ned også i absolutte tall i perioden 2013 til 2017. Årsverk helsesøstre har steget i perioden.

Når det gjelder jordmødre har Hobøl kommune siden 2013 kjøpt jordmortjenester fra privatpraktiserende jordmor - tilsvarende 30 % stilling - fra 2016: 40 %.

På spørsmål om det gjennomføres en kontinuerlig vurdering av behov for kompetanse - nå og i fremtiden, oppgir enhetsleder at hun har lyst til å svare ja. Det er blitt gjort kontinuerlige vurderinger inn i budsjettarbeidet, hvor det konkluderes med at det er behov for flere folk. Hun oppgir at hun har gitt en faglig vurdering om at tjenesten burde vært økt med 1,2 årsverk. Fra 2018 økes bemanningen ved enheten med 50 % stilling helsesøster. Hun viser videre til at det ble lagt inn ønske i budsjett 2018 for en økning i fysioterapitjenesten fra 10 % til 20 %, slik at også skolebarn kan få oppfølging fra fysioterapeut. Dette ble ikke imøtekommet. Enhetsleder mener behovet er tydeliggjort. Enheten har også tydeliggjort behovet for kompetanse i forhold til foreldreveiledning, for eksempel Circle of Security. Det er søkt om øremerkede midler til dette, og svar på søknad foreligger i mars. Enhetsleder oppgir at de trenger kompetanse og flere folk.

Revisors vurderinger og konklusjoner

Revisor vurderer at enheten har den basiskompetanse som er påkrevet for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Som det fremkommer av grafene på de foregående sidene er bemanningen redusert de senere årene sett i forhold til behovet når det gjelder aldersgruppe 0-5, mens den er omtrent stabil i forhold til behovet når en ser i forhold til aldersgruppen 0-20.

Revisor vurderer at bredden i kompetansen er på et minimum av det som er påkrevet. Det oppfordres til også å sikre kompetanse utover den påkrevde basiskompetanse - gjennom blant annet å tilsette psykolog, ergoterapeut eller andre yrkesgrupper med pedagogisk, sosialfaglig, tverrfaglig eller tverrkulturell kompetanse for å sikre en bred tverrfaglig kompetanse i tjenesten.

Revisor vurderer det som positivt at det er utarbeidet egen rutine for innhenting av tolketjeneste (kompetanse man selv ikke har), og rutiner for kurs og faglig oppdatering for ansatte ved helsestasjon/skolehelsetjeneste.

Revisor vurderer at enhetsleder er bevisst på sitt ansvar for å tydeliggjøre kompetansebehov i virksomheten, og benytter sine muligheter til å spille dette inn til sine overordnede.

4.2.15. Lett tilgjengelig lavterskeltilbud

Barn og ungdom skal ha et lett tilgjengelig lavterskeltilbud i helsestasjon og skolehelsetjeneste

Revisors undersøkelser og innhentede data

En gjennomgang av kommunens nettsider viser at kommunen har en egen nettside for Helsestasjonen. Nettsiden inneholder generell informasjon om tjenesten. I tillegg inneholder nettsiden fremhevet informasjon om barselgrupper. Det oppgis at helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal være lett å oppsøke enten det gjelder små eller store problemer, og at det skal være skolehelsetjeneste på alle skoler. Videre er det opplyst at Hobøl kommune per i dag ikke har et helsestasjonstilbud for ungdom. Det vises til at ungdom kan søke råd og veiledning hos helsesøster på videregående skole. Under intervju opplyste enhetsleder Forebyggende tjenester at Hobøl kommune er med på å finansiere en helsesøsterstilling på Askim Videregående skole.

Det kommer klart frem på nettsiden at tjenester, inklusive vaksiner, er gratis. Åpningstidene er oppgitt på nettsiden, samt besøksadresse til helsestasjonen og telefonnummer til kommunens sentralbord.

Nettsiden inneholder videre Følgende lenker videre: «Gratis HPV-vaksine», «Plan for helsesøstertjenesten på barnetrinnet i Hobølskolen», «Plan for helsesøstertjenesten på ungdomstrinnet i Hobølskolen», «Barnevaksinasjonsprogrammet», «Familievernkontor», «ung.no».

På nettsidene, under tjenestekatalog, finnes i tillegg tjenestebeskrivelser for de aktuelle tjenestene; helsestasjon, helsestasjon for ungdom og skolehelsetjeneste.

Nettsidene er lagt opp etter en fast mal med følgende punkter som er omtalt: Beskrivelse, Målgruppe, Pris for tjenesten, Brosjyrer, dokumenter, kart og lignende, Lover, Veiledning - hvordan få utført eller motta tjenesten og Klagemulighet.

Tjenestebeskrivelsen for helsestasjonen gir en generell beskrivelse av tjenestene helsestasjonen leverer. Målgruppen oppgis å være unge i aldersgruppen 0-20 år, gravide og foresatte. Pris for tjenesten oppgis å være gratis.

Tjenestebeskrivelse for helsestasjon for ungdom gir en generell beskrivelse av tjenesten. Det opplyses at Hobøl kommune per i dag ikke har tilbud om helsestasjon for ungdom. Målgruppe oppgis til ungdom opp til 20 år. Tjenesten oppgis å være gratis.

Tjenestebeskrivelsen for skolehelsetjeneste gir en generell beskrivelse av tilbudet, og beskrives som et tilbud til den som er skoleelev og under 20 år. Det oppgis at tjenesten er gratis.

Som det er redegjort for tidligere inneholder skolehelsetjenestens rutiner punkter om at helsesøster på skolene skal ha «åpen dør» og tilstedeværelse. Helsesøster på skolen presenterer seg og skolehelsetjenesten for elevene på første trinn og på alle klasser en gang i året på ungdomstrinnet. I tillegg er helsesøster i kontakt med elever gjennom ulike former for undervisning og ved vaksinerings gjennom skoleløpet.

Helsestasjonen har åpen helsestasjon torsdager kl. 12-13. Da er det mulig å komme innom uten timeavtale, og få treffe helsesøster. Ut fra helsestasjonens egen statistikk kommer det frem at det i 2017 var 149 barn innom åpen helsestasjon, i 2016 122 barn og i 2015 124 barn. Forøvrig holder helsestasjonen åpent tirsdag, onsdag og torsdag 08:30-15:00. Mandag og fredag holdes helsestasjonen stengt. Revisor har sammenlignet åpningstider med de andre kommunene i Indre Østfold, basert på informasjon på deres nettsider:

- Askim: Mandag-fredag 08:00-15:45; Åpen helsestasjon: Mandag og torsdag 12:00-13:00
- Eidsberg: Mandag-fredag 08:00-14:30
- Marker: Mandag og onsdag 13:00-15:00, Tirsdag, torsdag og fredag 08:00-15:00; Åpen helsestasjon annenhver mandag 11:00-13:00.
- Skiptvet: Åpningstider fremkommer ikke på kommunens nettsider
- Spydeberg: Mandag-fredag 08:00-15:00; Åpen leietid uten timebestilling tirsdag 13:00-14:00
- Trøgstad: Åpningstider fremkommer ikke på kommunens nettsider

Revisors vurderinger og konklusjoner

Revisor vurderer at helsestasjonen har åpningstider tilpasset målgruppe og formål med tjenesten. Sammenlignet med de andre Indre Østfold-kommunene som har informasjon tilgjengelig på sine nettsider har imidlertid helsestasjonen i Hobøl kommune åpen færre dager i uken - 3 mot 5 i de øvrige kommunene.

Revisor vurderer at anbefalingen om at barn, og deres foreldre skal kunne henvende seg uten avtale eller henvisning er ivaretatt gjennom åpen helsestasjon 1 gang per uke samt «åpen dør» for elevene i skolehelsetjenesten. Revisor vurderer at kommunen ikke har et lett tilgjengelig lavterskel helsestasjonstilbud for ungdom som er ferdig med ungdomsskole og opp til de er 20 år gjennom at kommunen ikke har tilbud om helsestasjon for ungdom. Ungdom som tar videregående utdanning har mulighet for å benytte skolehelsetjenesten ved den enkelte videregående skole.

Helsesøster på videregående skole har kun åpningstider i skoletiden. Revisor vurderer at det vil være hensiktsmessig at helsestasjon for ungdom også har åpningstid utenfor skole- / ordinær arbeidstid.

Revisor vurderer at det kun er Askim kommune og Eidsberg kommune av kommunene i Indre Østfold som har et tilbud om helsestasjon for ungdom. Revisor vurderer på bakgrunn av dette at et tilbud om helsestasjon for ungdom lettest kan tilbys gjennom samarbeid med andre kommuner, jf. anbefaling under avsnitt 4.3.5 – Helseundersøkelser til barn og ungdom.

Revisor vurderer at informasjonen på nettsiden ikke inneholder all informasjon som nasjonal faglig veileder anbefaler. Revisor vurderer at nettsiden ikke inneholder informasjon om hvilke fagpersoner som jobber i tjenesten og at de som jobber der har taushetsplikt.

Anbefalinger:

- Revisjonen anbefaler at kommunen oppdaterer informasjonen om helsestasjon og skolehelsetjeneste på sine nettsider, slik at den er i tråd med anbefalinger i nasjonal faglig veileder

4.2.16. Styrking av helsestasjon og skolehelsetjeneste

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør ha blitt styrket i perioden fra 2014 til 2017

Revisors undersøkelser og innhentede data

Intervju

Under intervju opplyser enhetsleder Forebyggende enhet at det ikke har vært en styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten i perioden 2014-2017, men at det er vedtatt en styrking med 0,5 årsverk i budsjett for 2018. Enhetens innspill til behov for styrking er omtalt ovenfor under avsnittet *Kompetanse og bemanning i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Enhetsleder viser videre til at det er sammenlignet helsesøsterstatistikk i de fem kommunene som skal slå seg sammen. Hobøl kommune har, ifølge enhetsleder, lavest antall årsverk i forhold til barn på helsestasjonen, men kommunen har ikke lavest antall årsverk i skolehelsetjenesten selv om det er lavt også her i forhold til hva den faglige retningslinjen legger opp til.

Gjennomgang av budsjettdokumenter og årsberetninger

Revisor har gått gjennom budsjettdokumenter og årsmeldinger som er tilgjengelig på kommunens nettsider med tanke på informasjon om eventuell styrking av helsestasjon og skolehelsetjeneste.

Budsjettdokumenter for 2014 inneholder ikke informasjon om helsestasjon/skolehelsetjeneste. I årsmelding for 2014 vises det til at forebyggende tjenester til barn og unge har vært et satsingsområde. Videre vises det til at kommunen har hatt 1,2 årsverk helsesøster vakant, og i tillegg en langtidssykemelding tilsvarende 0,8 årsverk på helsesøster. Det vises til at det for 2015 er lagt inn 0,5 årsverk økning for helsesøster.

Budsjettdokumentet for 2015 omtaler en økning med 0,5 årsverk helsesøsterstilling, med kostnad 300.000,-

Årsmeldingen for 2015 viser til at måloppnåelse har vært vanskelig da en del stillinger er holdt vakant i løpet av året. Det har manglet en helsesøsterstilling i 100 % i 7 av 12 måneder. Det oppgis at det særlig er systematiske samtaler med alle på 8. trinn som har vært nedprioritert.

For 2015 oppgis at forebyggende enhet består av 2,8 årsverk, inklusive leder og 0,6 årsverk merkantil.

Budsjettdokument for 2016 oppgis bemanning; 2,8 årsverk helsesøster og 0,6 årsverk merkantil. Det vises til tilsyn fra fylkesmannen i 2013 med pålegg om økning på 0,5 årsverk helsesøster for å sikre forsvarlig drift.

I årsmelding for 2016 oppgis tall for bemanning: 2,8 årsverk inklusive leder og 0,6 årsverk merkantil. I løpet av 2016 er så godt som samtlige stillinger besatt med nye ansatte.

For 2017 oppgis bemanning til 2,8 årsverk helsesøster og 0,6 årsverk helsesekretær - totalt 3,4 årsverk.

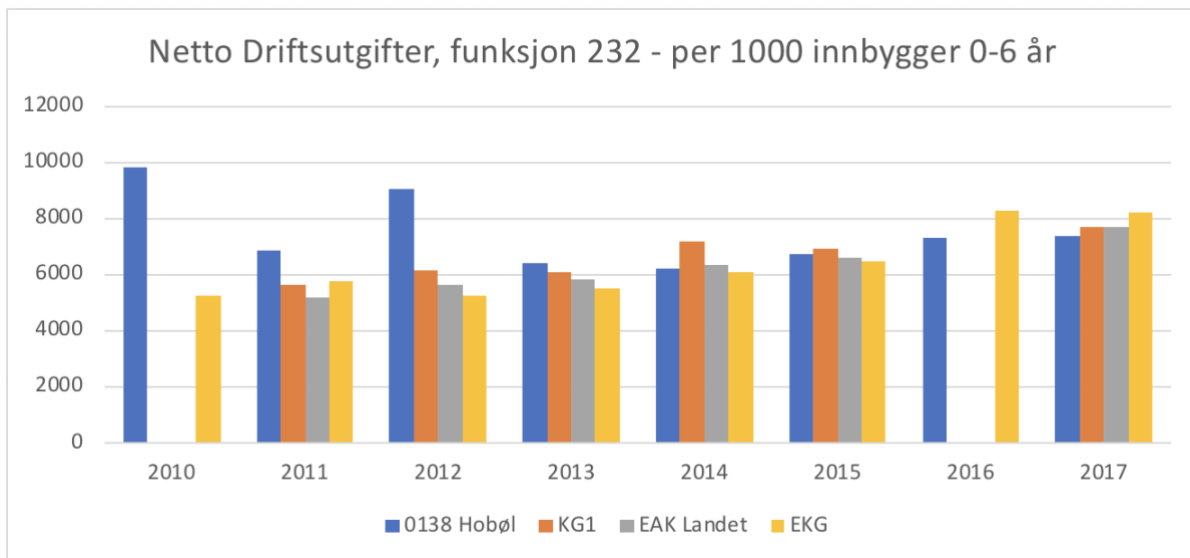
I budsjettdokument for 2018 oppgis totalt årsverk til disposisjon å være 3,8 årsverk, inklusive jordmor på driftstilskudd. Det vil si 3, 4 årsverk uten jordmor, slik at bemanningen er økt med 0,4 årsverk fra 3,4 årsverk til 3,8 årsverk, inklusiv merkantil ressurs. Det er lagt inn en økning med 50 % helsesøsterstilling fra 2018, tilsvarende 300.000,-

Netto driftsutgifter til funksjon 232 – forebygging, helsestasjon og skolehelsetjeneste er fra 2010 til 2017 økt fra 3.789.000,- til 3.862.000

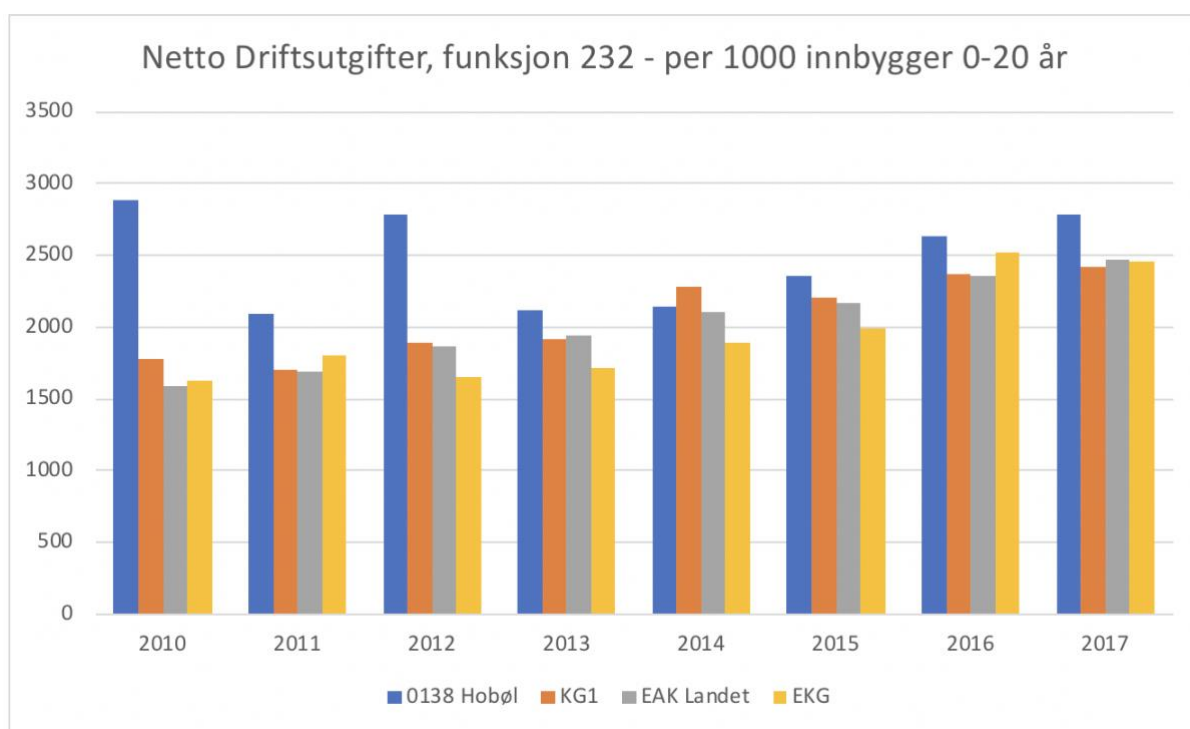
Fra 2013 til 2017 er netto driftsutgifter til funksjon 232 økt fra 2.856.000,- til 3.862.000,-. Det er i denne siste perioden stortingset har bevilget midler til kommunene med hensikt om å styrke helsestasjon og skolehelsetjeneste.

Statistikk fra KOSTRA

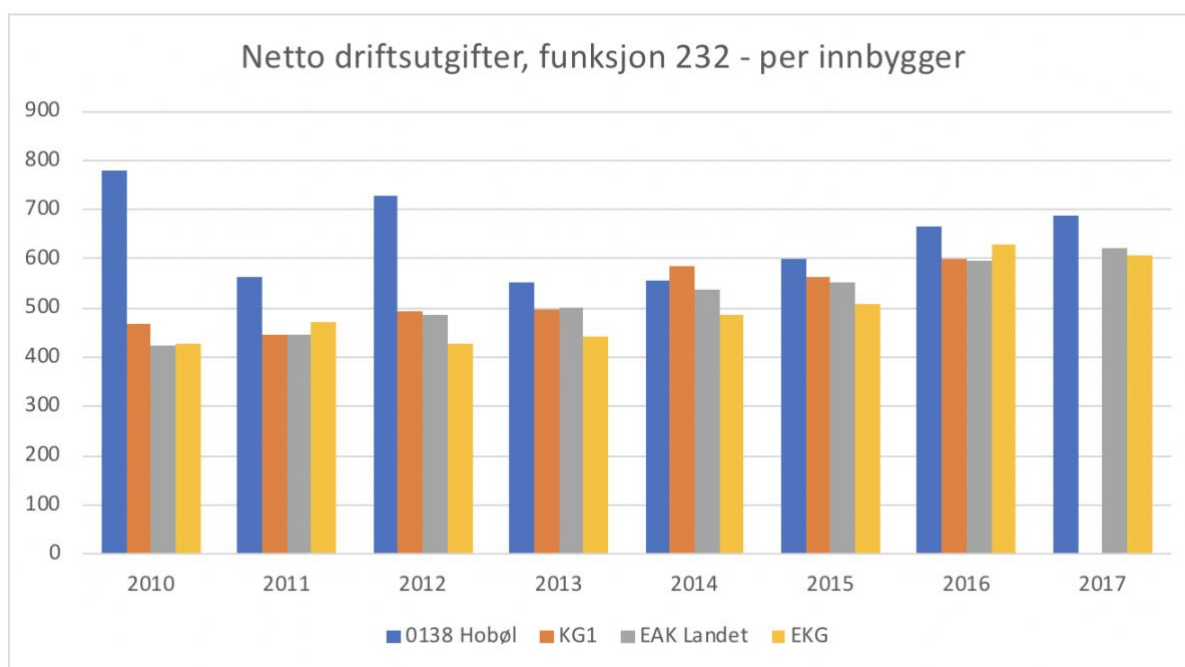
Grafene nedenfor viser utvikling i netto driftsutgifter til funksjon 232 (forebygging, helsestasjon og skolehelsetjeneste) for perioden 2010-2017. Det er tre grafer som viser relativt forbruk i forhold til gruppene 0-6 år, 0-20 år og alle innbyggere.



Figur 15 - Netto driftsutgifter per innbygger 0-6 år - funksjon 232. Kilde: SSB



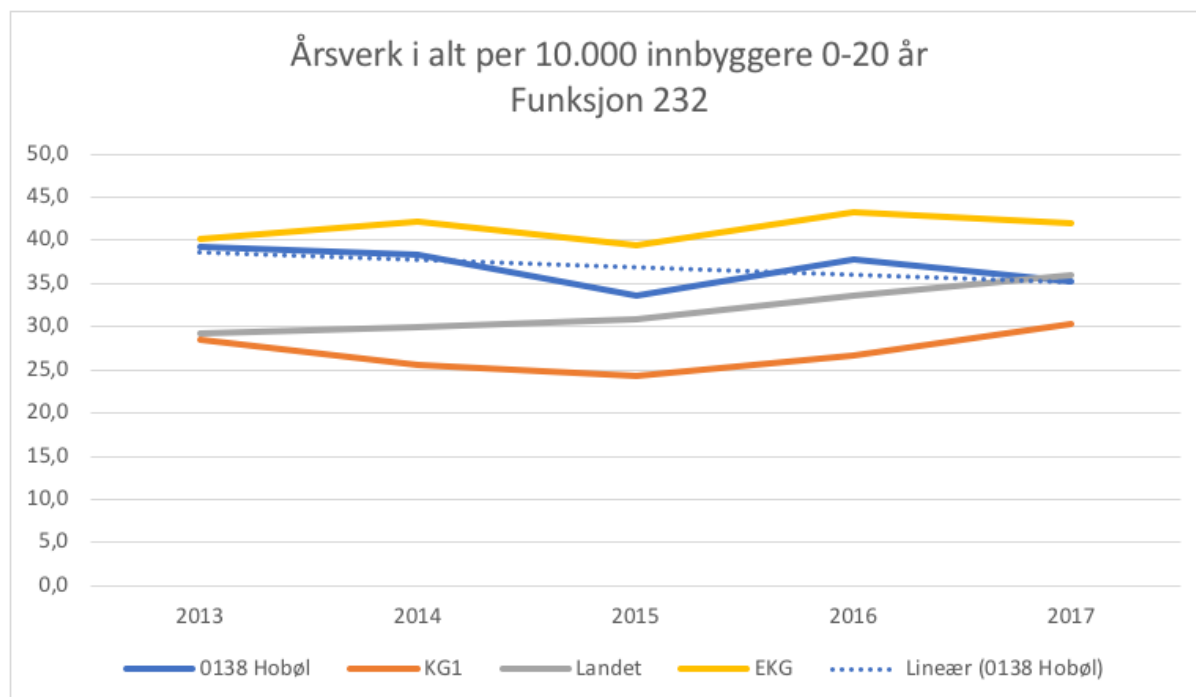
Figur 16 - Netto driftsutgifter per innbygger 0-20 år - funksjon 232. Kilde: SSB



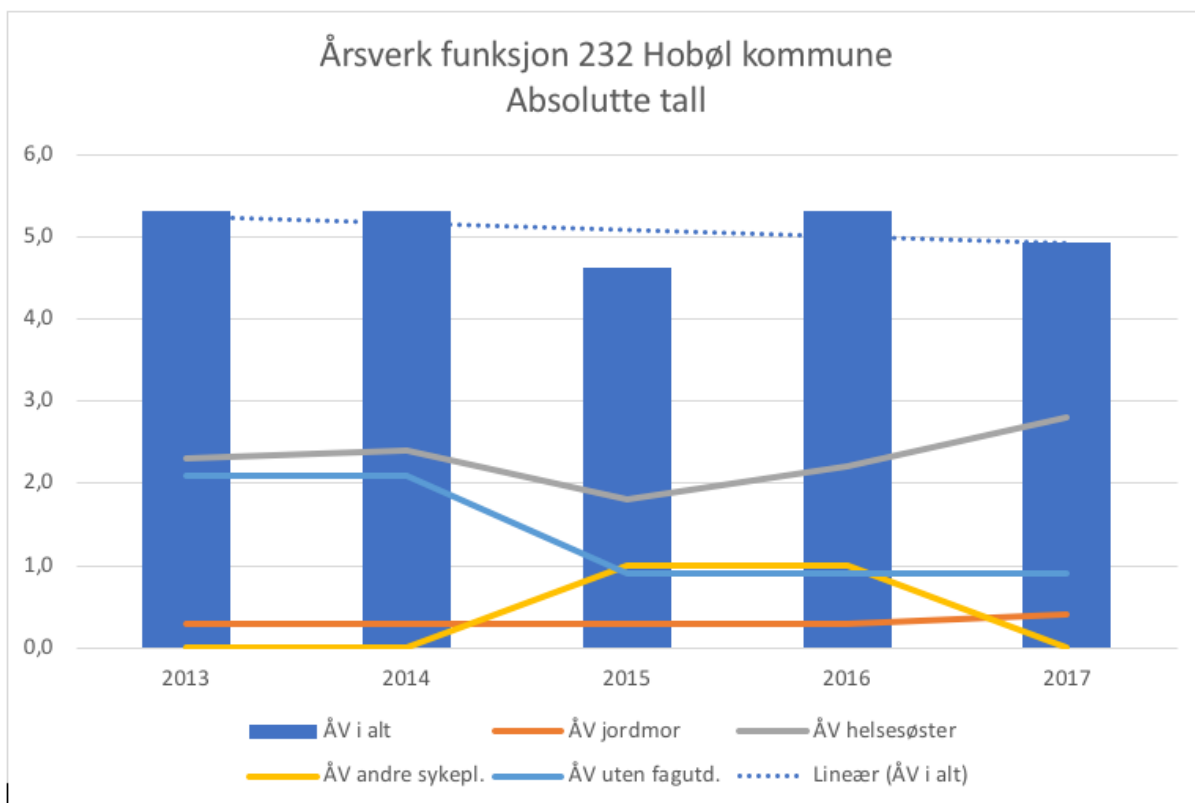
Figur 17 - Netto driftsutgifter per innbygger - funksjon 232. Kilde: SSB

Diagrammene viser at det fra 2013 til 2017 har vært en styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Vi ser imidlertid at trenden ikke er like sterk dersom en ser i forhold til barn i alder 0-6 år. Det betyr at veksten så vidt møter et økt behov for tjenester ved at det blir relativt sett flere unge barn i kommunen.

Figur 19 viser følgende utvikling for årsverk innen funksjon 232 i perioden 2010-2016:



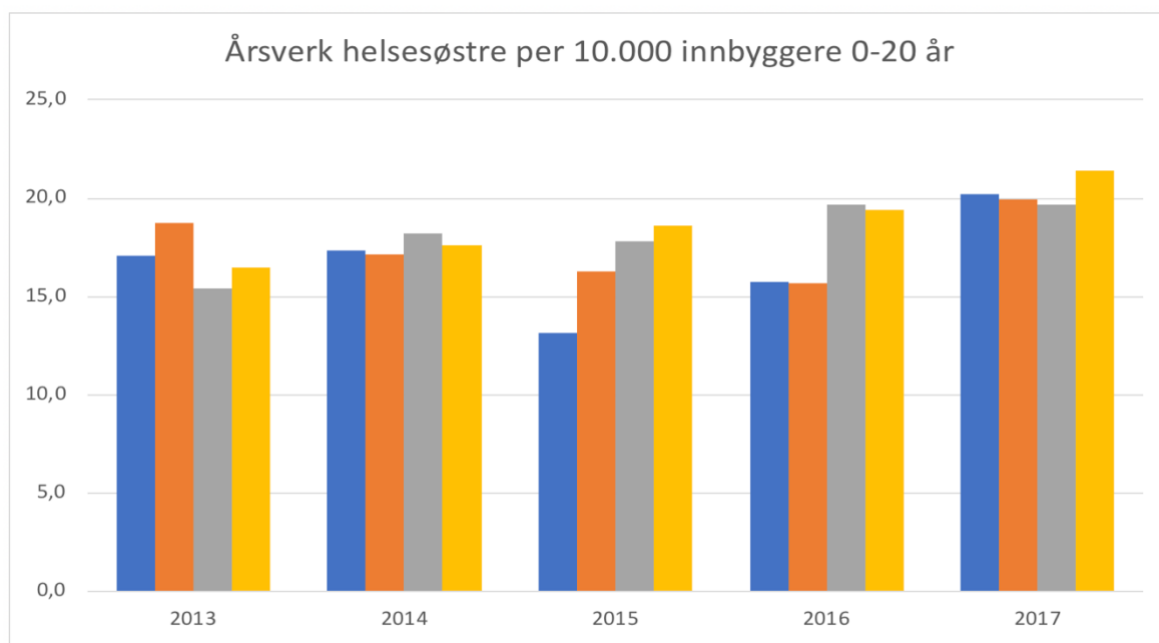
Figur 18 - Årsverk funksjon 232 per 10.000 innbyggere. Kilde SSB



Figur 19 - Årsverk funksjon 232 - absolutte tall. Kilde: SSB

Figur 19 ovenfor viser at det totalt sett for funksjon 232 har vært en reduksjon i årsverk i perioden fra 2013 til 2017 - fra 5 til 4,5 årsverk. Når det gjelder helsesøstre spesifikt har det vært en økning på 0,5 årsverk. Dette er som vedtatt i budsjett for 2015, men virkningen kommer altså først i 2017.

Ser vi årsverk totalt for funksjon 232 ser vi i figur 20 at Hobøl kommune har hatt en negativ trend i perioden, mens kommunene vi sammenlikner med, samt



Figur 20 - Årsverk helsesøstre per 10.000 innbyggere 0-20 år. Kilde SSB

landet som helhet har hatt en positiv utvikling når det gjelder ansatte knyttet til funksjon 232. I dette perspektivet er det også interessant å sammenligne årsverk helsesøstre i funksjon 232 med andre kommuner:

Vi ser at Hobøl kommune - etter en nedgang i 2015 og 2016 hadde har hatt en økning i antall årsverk helsesøstre, og er på et nivå straks over kommunene vi sammenligner med, men lavere enn landet som helhet.

For 2017 oppgis i kommunens rutinesamling at enheten har 2,8 årsverk helsesøster. Fra 2018 skal årsverk helsesøster ved enheten da være 3,3 i følge kommunens budsjettvedtak.

Revisors vurderinger og konklusjoner

Revisor vurderer at kommunen gjennom budsjettvedtak har styrket helsestasjons- og skolehelsetjenesten med til sammen 600.000,- - tilsvarende 1 årsverk helsesøster. Dette er noe mindre enn det stortinget har lagt opp til gjennom ordningen «Tilskudd med særskilt fordeling» i statsbudsjettene (800.000,-).

Revisor vurderer styrkingen også kommer til uttrykk ved at antall årsverk helsesøster er økt fra 2,3 i 2013 til 3,3 i 2018. Imidlertid er det verdt å merke seg at antall årsverk «Andre sykepleiere» samtidig reduseres, slik at totalt antall årsverk til funksjon 232 går ned fra 2013 til 2017. Revisor vurderer det som uheldig at antall årsverk reduseres innen helsestasjon og skolehelsetjeneste, noe som vil kunne føre til redusert kvalitet i tilbudet.

Revisor vurderer at økningen også delvis imøtekommer økte behov gjennom økt antall barn og unge, gjennom at netto driftsutgifter er økt i perioden fra 2014 til 2017, korrigert for økning i henholdsvis innbygger 0-6 år og innbygger 0-20 år. Revisor vurderer at veksten er størst i aldersgruppen 0-5 år, slik at veksten i første rekke bør komme denne aldersgruppen til gode gjennom styrking av tjenester som jordmortjeneste, helsestasjon (0-5 år) og fysioterapitjeneste.

Revisor vurderer at styrkingen som er gjort innen forebygging, helsestasjon og skolehelsetjeneste er gjort med utgangspunkt i et lavt nivå.

Revisor vurderer at antall årsverk i helsestasjon og skolehelsetjeneste (funksjon 232) er relativt lavt sett i forhold til ressursinnsatsen.

4.3. Konklusjon på problemstilling opp mot revisjonskriterier:

Tilbyr Hobøl kommune helsestasjons- og skolehelsetjenester i samsvar med krav og forventninger fra sentrale myndigheter?

Revisor vurderer at helsestasjonen og skolehelsetjenesten har et funksjonelt internkontrollsystem, selv om selve systemet kan moderniseres. Det gjennomføres risikovurderinger som grunnlag for videreutvikling av virksomheten og tjenestetilbudet. Enheten har et system for avviksmelding og oppfølging av disse. Enheten har videre et godt utviklet sett av rutiner i tråd med sentrale anbefalinger. På noen områder vurderer imidlertid revisor at det er behov for å utvikle rutiner, eller tydeliggjøre eksisterende rutiner. Dette gjelder i forhold til henvisning og oppfølging av barn og ungdom med psykiske vansker, foreldres psykiske helse som tema i

konsultasjoner, samarbeid med fastlege og skolehelsetjenestens fokus på å oppdage psykiske plager og lidelser hos barn.

Revisor vurderer videre at kommunen tilbyr helsestasjons- og skolehelsetjenester som i hovedsak svarer til sentrale krav og anbefalinger, men det er noen unntak.

Jordmortjenesten er styrket de senere årene, i tråd med signaler fra Stortinget, men jordmordekningen er fortsatt lav i kommunen. Gravide i Hobøl kommune tilbys undersøkelser og konsultasjoner i tråd med anbefalinger fra Helsedirektoratet. Hjemmebesøk fra jordmor i løpet av de tre første dagene tilbys ikke i tråd med anbefalingene i den nasjonale faglige retningslinjen. Det er kun et fåtall av nyfødte i kommunen som får hjemmebesøk fra jordmor, da det ikke er kapasitet innen eksisterende stillingsressurs til å imøtekomme anbefalingen.

Revisor vurderer at helsestasjonen ikke oppfyller delen om opplysning og veiledning til gravide som går på opplysningsvirksomhet, samlivs- og foreldreveiledning. Det gis informasjon og veiledning under konsultasjoner med gravide, men kommunen har ikke tilbud om opplysningsvirksomhet, samlivs- og foreldreveiledning utover dette.

Helsestasjon og skolehelsetjeneste tilbyr helseundersøkelser, oppfølging og vaksinasjoner i tråd med nasjonale anbefalinger for barn og ungdom i grunnskolen. Kommunen har imidlertid ikke et tilbud om helsestasjon for ungdom, noe som gjør at revisor vurderer oppfølging av ungdom i aldersgruppen 17-20 år ikke er tilfredsstillende iht. sentrale føringer. Kommunen er med på finansiering av skolehelsetjeneste på Askim videregående skole, slik at elever der har tilbud om skolehelsetjeneste. Skolehelsetjeneste er imidlertid ikke ment å være en erstatning for helsestasjon for ungdom. Ungdom som ikke tar videregående utdanning har heller ikke et tilfredsstillende helsestasjonstilbud. Revisor vurderer at ungdom i alderen 17-20 år er en gruppe som faller utenfor kommunens helsetilbud til ungdom – det gjelder både i forhold til rådgivning og oppfølging og i forhold til forebyggende psykososialt arbeid.

Revisor vurderer at helsestasjon og skolehelsetjeneste har rutiner for samarbeid med de fleste tjenester det anbefales at de samarbeider med. Det mangler imidlertid skriftlige rutiner for samarbeid med fastleger. Revisor vurderer at det ikke er etablert et systematisk samarbeid med spesialisthelsetjenesten i forhold til psykisk helse, og at helsestasjon og skolehelsetjenesten kan etablere et tettere samarbeid med psykisk helsetjeneste i kommunen. Det er heller ikke etablert samarbeid med NAV, noe den nasjonale faglige retningslinjen anbefaler.

Revisor vurderer at helsestasjon og skolehelsetjeneste har den basiskompetanse som kreves, men at bredden i kompetanse er på et minimum av hva som anbefales.

Revisor vurderer at helsestasjon og skolehelsetjeneste er blitt styrket i løpet av perioden 2014-2017 gjennom en økning av ressurser til helsesøsterstillinger. Stortinget har over de siste års statsbudsjett bevilget midler spesielt tiltenkt styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. For Hobøl kommunes del er dette beløpet 800.000,-. Gjennom budsjettvedtak har kommunen styrket helsestasjons- og skolehelsetjenesten med 600.000,- til økt helsesøsterstilling. Helsesøsterdekningen i kommunen har vært lav, og slik sett er dette en styrking. Statistikk fra KOSTRA viser imidlertid at den totale bemanningen ved helsestasjons- og skolehelsetjenesten har gått ned, så revisor mener det er grunn til å stille spørsmål ved om styrkingen er reell.

Oppsummert vurderer revisor at kommunen har en helsestasjons- og skolehelsetjeneste som i stor grad møter sentrale krav og anbefalinger, men med noen unntak som nevnt ovenfor. Revisor vurderer at det særlig er i forhold til jordmortjenesten og tjenester til eldre ungdom og forebyggende psykososialt arbeid det er forbedringspotensiale.

4.4. **Anbefalinger til problemstilling 1**

Anbefaling 1: Revisjonen anbefaler at kommunen tar initiativ til et samarbeid med andre kommuner for å utvikle et jordmortilbud om hjemmebesøk fra jordmor 1-3 dager etter hjemkomst.

Anbefaling 2: Revisjonen anbefaler kommunen å vurdere muligheter or å styrke tilbudet om opplysningsvirksomhet, samlivs- og foreldreveiledning til gravide i Hobøl kommune .

Anbefaling 3: Revisjonen anbefaler kommunen å vurdere mulighetene for å etablere et tilbud om helsestasjon for ungdom.

Anbefaling 4: Revisjonen anbefaler kommunen å vurdere tiltak for å styrke forebyggende psykososialt arbeid for ungdom i alderen 17-20 år.

Anbefaling 5: Revisjonen anbefaler at det tydeliggjøres i rutine for hjemmebesøk etter fødsel at foreldrenes psykiske helse skal være tema

Anbefaling 6: Revisjonen anbefaler at kommunen gjennomgår skolehelsetjenestens rutiner med tanke på å tydeliggjøre fokus på å oppdage psykiske plager og lidelser hos barn og ungdom

Anbefaling 7: Revisjonen anbefaler kommunen å gå gjennom skolehelsetjenestens rutiner med tanke på å tydeliggjøre disse i forhold til å tilby oppfølging til barn og ungdom med psykiske plager og lidelser

Anbefaling 8: Revisjonen anbefaler at det utarbeides skriftlige rutiner for gjennomføring av tverrfaglige samarbeidsmøter, og at de gjøres tilgjengelig for alle deltakende instanser.

Anbefaling 9: Revisjonen anbefaler at det utarbeides skriftlige rutiner for samarbeid med fastleger, samt at rutine for samarbeid innen den faglige ledelsen av helsestasjonen følges opp og dokumenteres tilfredsstillende.

Anbefaling 10: Revisjonen anbefaler kommunen å ta initiativ til etablering av et systematisk samarbeid med spesialisthelsetjenesten (BUP) i forhold til spørsmål om psykisk helse

Anbefaling 11: Revisjonen anbefaler at det etableres et mer systematisk samarbeid mellom helsestasjon/skolehelsetjeneste og psykisk helseteam.

Anbefaling 12: Revisjonen anbefaler at det etableres et samarbeid med NAV i henhold til nasjonale faglige retningslinjer.

5. Problemstilling 2

Tilbyr Hobøl kommune fastlegetjenester i samsvar med krav og forventninger fra sentrale myndigheter?

5.1. Revisjonskriterier

Revisjonen har utledet følgende revisjonskriterier:

1. Kommunen skal ha et tilstrekkelig antall leger som deltar i fastlegeordningen
2. Kommunens fastleger skal ikke ha flere enn 2 500 personer på sin liste.

5.2. Undersøkelse og vurderinger

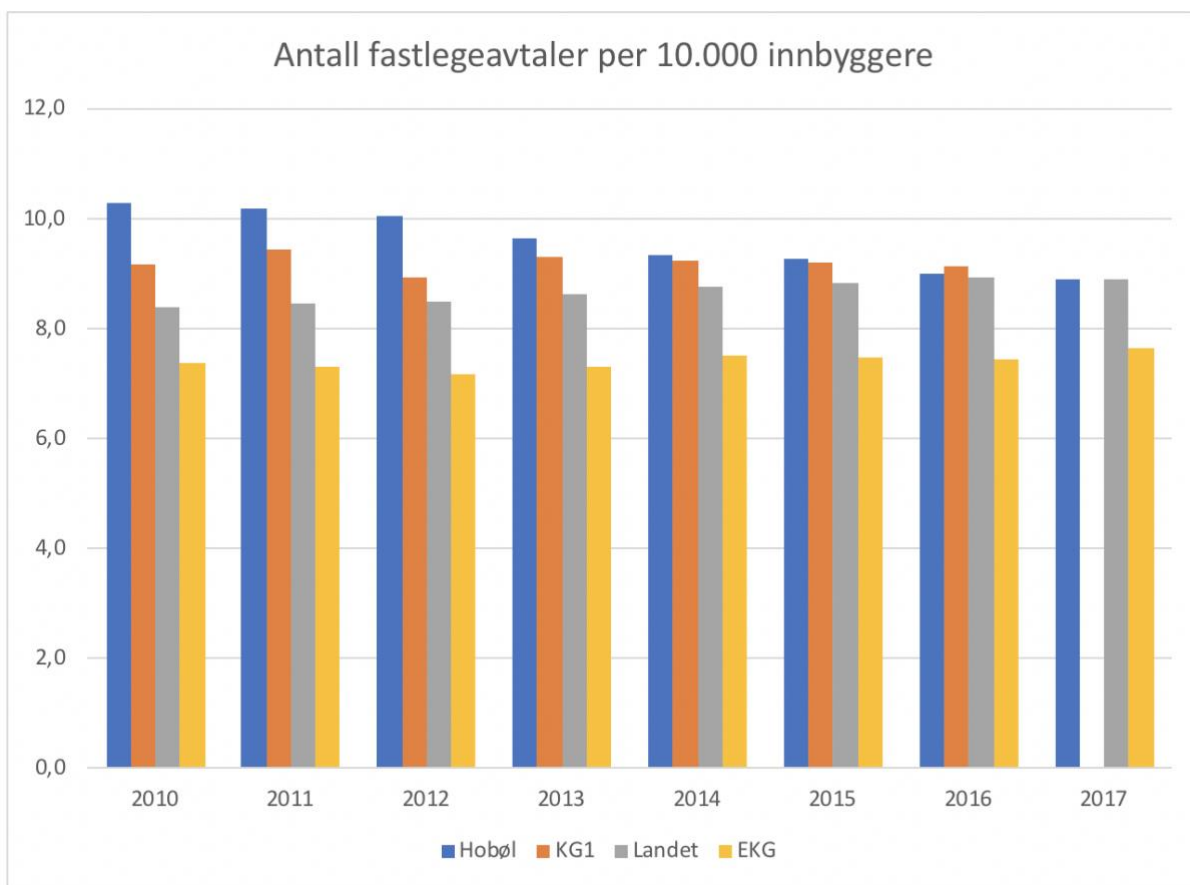
5.2.1. Antall fastleger

Kommunen skal ha et tilstrekkelig antall leger som deltar i fastlegeordningen

Revisors undersøkelse og datainnhenting

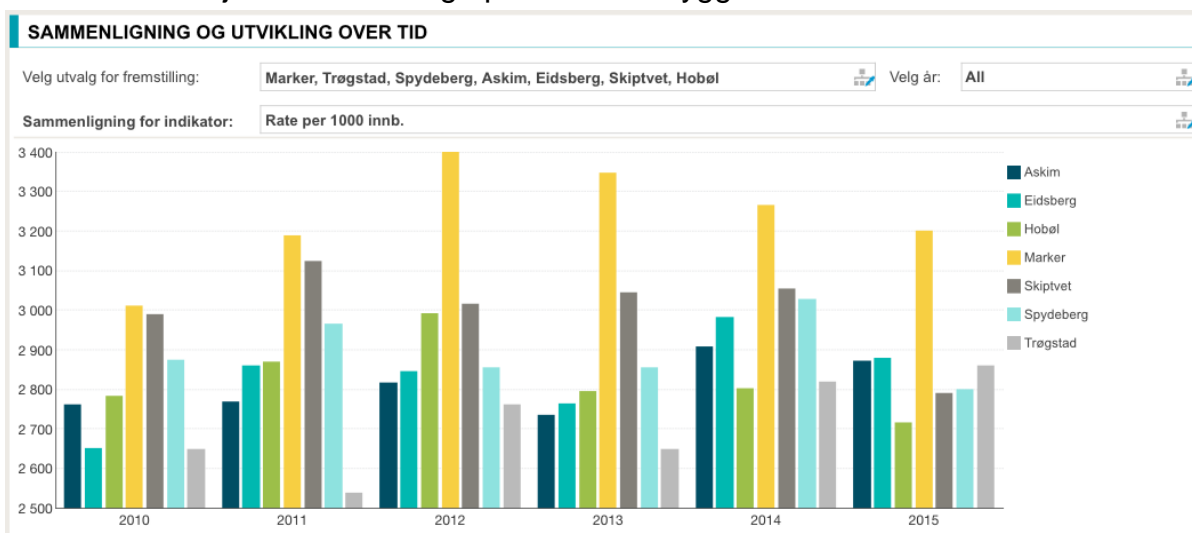
Revisor har hentet inn data fra KOSTRA og SAMDATA.

En sammenligning av antall fastlegeavtaler per 10.000 innbyggere viser at kapasiteten i Hobøl de senere årene er redusert noe, men ligger på nivå med landet forøvrig og kommunegruppe 1. Indre Østfold-kommunene har færre fastlegeavtaler per 10.000 innbyggere.



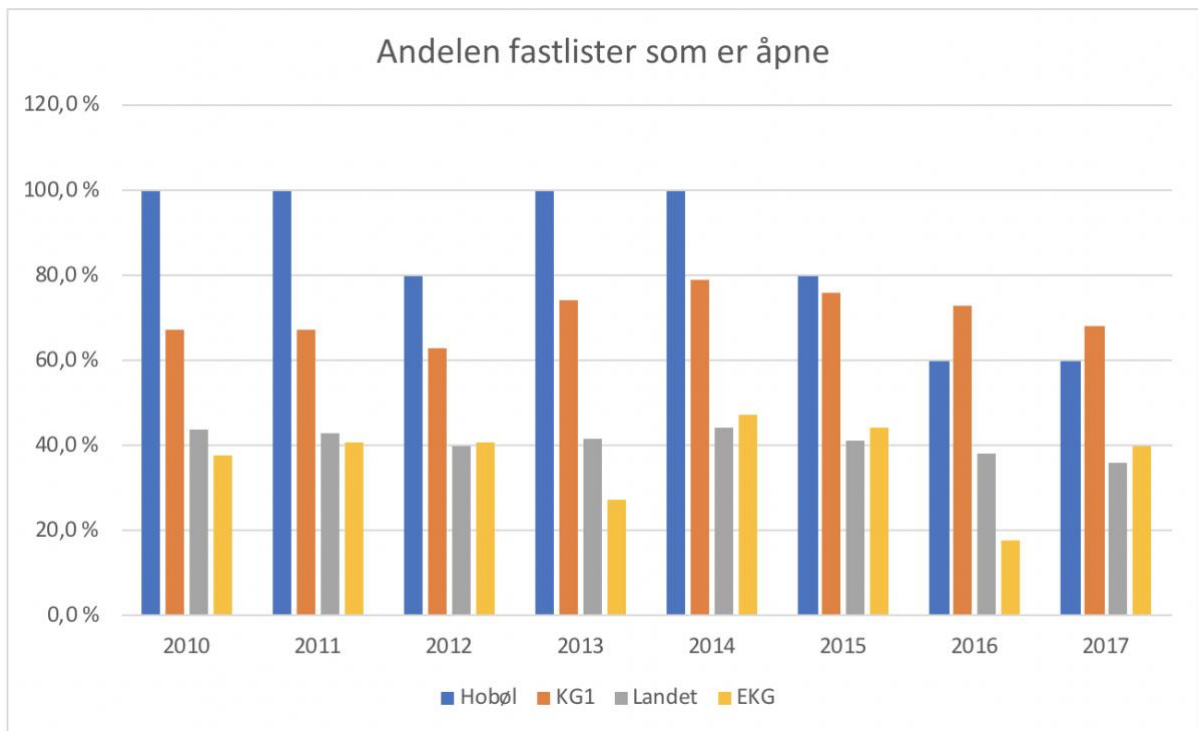
Figur 21 - Antall fastlegeavtaler per 10.000 innbyggere. Kilde: SSB

Ut fra oversikt fra SAMDATA, kan det også se ut som om etterspørsel etter fastlegetjenester har gått noe ned i Hobøl de senere årene. Innbyggere i Hobøl synes å bruke fastlege mindre enn øvrige kommuner i Indre Østfold. Figur 21 viser antall konsultasjoner hos fastlege per 1000 innbyggere:



Figur 22 - Antall konsultasjoner hos fastlege per 1000 innbyggere. SAMDATA

Mulighet til å bytte fastlege sier også noe om kapasiteten. Revisor har brukt data fra KOSTRA for å sammenligne andelen av fastlegelistene som er åpne:



Figur 23 - Andel åpne fastlegelister. Kilde SSB

Figur 22 viser at Hobøl kommune har hatt en høy andel (100%) av listene som har vært åpne. Andelen er redusert de siste 3 årene, men er fortsatt høyere enn landet forøvrig og kommuner i Indre Østfold.

Revisors vurderinger og konklusjoner

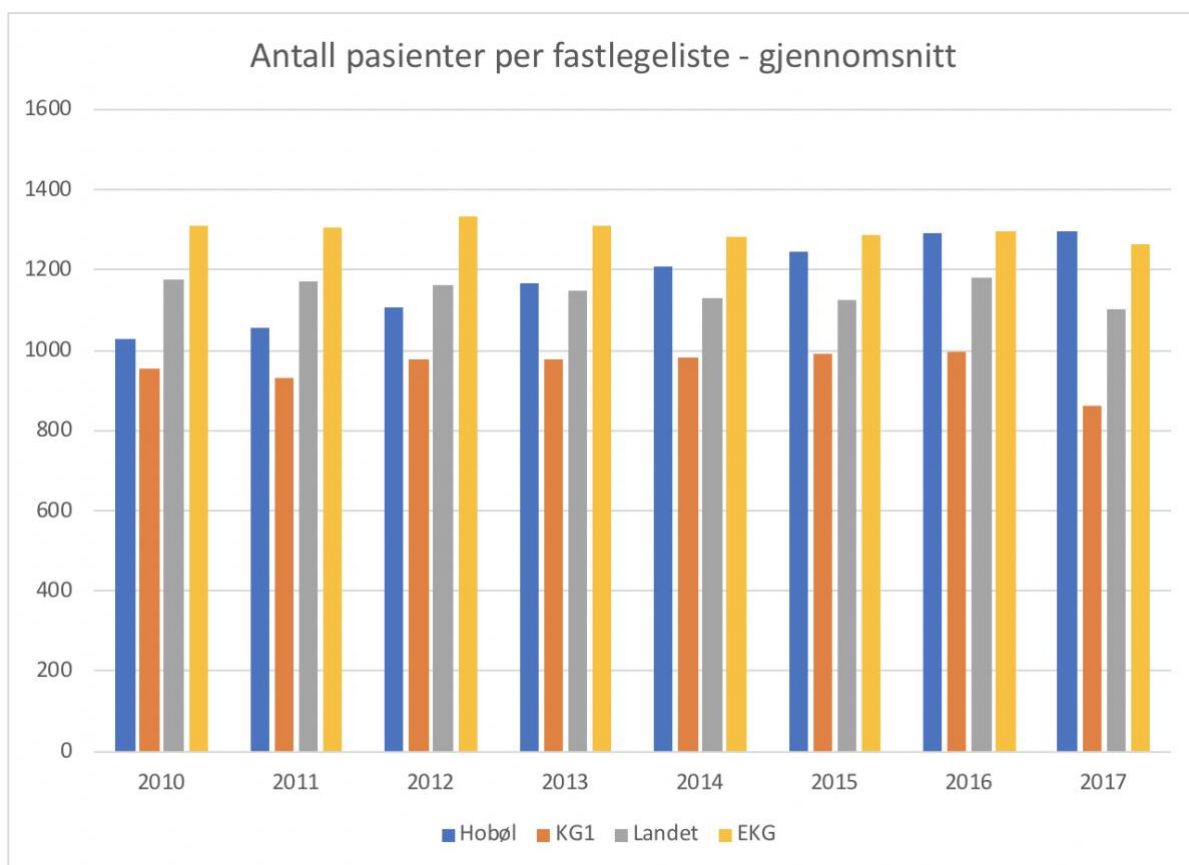
Ut fra statistikken som er gjennomgått ovenfor vurderer revisor at kommunen har et tilstrekkelig antall fastleger.

5.2.2. Listetak

Kommunens fastleger skal ikke ha flere enn 2 500 personer på sin liste

Revisors undersøkelse og datainnhenting

Revisor har undersøkt statistikk fra KOSTRA for å vurdere antall personer på fastlegenes liste:



Figur 24 - Antall pasienter per fastlegeliste. Kilde SSB

Revisor har ikke kontrollert de enkelte fastlegelistene i forhold til om det er enkelte leger som har over 2.500 pasienter på listen. Antall pasienter per fastlegeliste i Hobøl kommune har økt fra et relativt lavt nivå – sammenlignet med Indre Østfold og landet forøvrig – til nå å ligge på et relativt høyt nivå – over snitt for Indre Østfold-kommunene og over landet forøvrig.

Revisors vurderinger og konklusjoner

Statistikk fra KOSTRA viser at Hobøl kommune har et høyt antall pasienter på hver fastlegeliste sammenlignet med Kostragruppe 1. Revisor antar at økningen i Hobøl har sammenheng med reduksjon i antall fastlegeavtaler i perioden. Kostragruppe 1 har ikke redusert antall fastlegeavtaler i samme periode. Nivået i Hobøl kommune ligger nå over landet forøvrig og også over Indre Østfold-kommunene samlet sett. Nivået er imidlertid godt innenfor rammen på 2.500 pasienter per liste.

5.3. Konklusjon på problemstilling opp mot revisjonskriterier

Det er gjort en begrenset gjennomgang av fastlegedekningen i Hobøl kommune. Revisor vurderer at legedekning og kapasitet er sentrale aspekter i vurdering av fastlegeordningen – spesielt sett opp mot oppgaven fastleger har i forhold til veiledning og rådgivning for pasienter. Med utgangspunkt i tilgjengelig statistikk framstår det som at Hobøl kommune har tilstrekkelig fastlegedekning.

6. Problemstilling 3

Tilbyr Hobøl kommune habiliterings- og rehabiliteringstjenester i samsvar med krav og forventninger fra sentrale myndigheter?

6.1. Revisjonskriterier

Revisjonen har utledet følgende revisjonskriterier:

1. Kommunen bør planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet slik at en har en generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering i kommunen
2. Kommunen bør integrere helse- og omsorgstjenestetilbudet i et samlet tverrfaglig re-/habiliteringstilbud
3. Kommunen skal sørge for at alle som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering
4. Re-/habiliteringstilbudet skal gis uavhengig av pasientens og brukerens boform
5. Det skal finnes en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten
6. Det overordnede ansvaret for arbeid med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator ligger til koordinerende enhet
7. Pasient/bruker med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester skal få utarbeidet individuell plan
8. Kommunen skal legge til rette for at pasienter og pårørende kan delta i arbeidet med individuell plan
9. Individuell plan skal ikke utarbeides uten samtykke

6.2. Undersøkelse og vurderinger

6.2.1. Planlegging av rehabiliteringsvirksomheten

Kommunen bør planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet slik at en har en generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering i kommunen

Revisors undersøkelse og innhentede data

Under intervju med koordinerende enhet oppgis at enheten deltar på tildelingsmøter, men at det er utførerene som står for planlegging av habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen. Koordinerende enhet er kun involvert i forhold til tiltak eller saker som utføres i institusjon. Det gis også habiliterings- og rehabiliteringstjenester utenfor institusjon, men de er ikke satt i system med utforming av vedtak og involvering av koordinerende enhet.

Koordinerende enhet oppgir at det å ha oversikt over behovet ligger på både tildelingsteamet og utførerene. Det er hjemmetjenesten som i hovedsak er ute og snakker med folk. Tildelingsteamet får også en viss oversikt over behov gjennom kartleggingsarbeidet de gjør i forberedelse av vedtak. Tildelingsteamet har dialog med bruker og pårørende, og får slik sett en oversikt over familien samlet. Oversikten er ikke nedfelt skriftlig, men tildelingskontoret oppgir at kommunen samlet sett har god oversikt gjennom at tildelingskontoret og utførerene utfyller hverandre.

Under intervju med Pleie, omsorg og rehabilitering oppgis det at planleggingen foregår gjennom inntaksmøte for nye pasienter. Dette kan være pasienter som skrives ut fra sykehuset, eller som har fått vedtak om tjenester. Inntaksmøtet avholdes 1 gang per møte. Deltakere i møtet er utøvende enheter og inntakskontoret (koordinerende enhet). Fra Pleie, omsorg og rehabilitering deltar sykepleier, lege, ergoterapeut og fysioterapeut. Det gjennomføres en kartlegging og settes mål for behandlingen. I etterkant av tildelingsmøtet avholdes det tavlemøte på enheten. Enheten etterlyser mer involvering fra lege i møtene. Enheten opplever at legeressursen ved Pleie, omsorg og rehabilitering er for knapp: 30 % stillingsressurs, det vil si 1 dag per uke – og i løpet av den dagen skal også pasienter følges opp.

Ved tavlemøtene deltar mange ansatte – alle enhetene som er involvert deltar. Det er en flat struktur i møtene. I møtene avtales også samarbeidsmøte med pårørende / hjemmebesøk, og hvem som deltar på dette. Mye av planlegging og fordeling av oppgaver gjøres i dette møtet.

Tildelingsmøter avholdes på onsdager. Tavlemøter avholdes på torsdager.

Kommunen har ikke tatt i bruk forebyggende hjemmebesøk, men det er tenkt å søke om prosjektmidler til dette. Enheten ser at det er noe å hente på dette da en opplever at pasienter burde vært oppdaget tidligere – f.eks. ved demens er pasienten ofte kommet langt i utvikling av sykdommen før de fanges opp av helse- og omsorgstjenesten. Enhetsleder sier at en undrer seg over hvorfor ikke leger har henvist pasienter tidligere. Når pasienten først fanges opp av helse- og omsorgstjenesten resulterer det ofte med søknad om langtidsplass, mens en tidligere involvering kunne bidratt til at pasienten kanskje kunne bodd hjemme lengre med tjenester fra Pleie, omsorg og rehabilitering. I og med at pasienter fanges opp sent

kan det være vanskelig å planlegge virksomheten, men hjemmetjenesten danner seg en viss oversikt når de er ute hos bruker/pasienter.

Revisors vurderinger og konklusjoner

Revisor vurderer at kommunen har et system for å planlegge habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten for pasienter når de tas inn til behandling og oppfølging. Revisor vurderer det som positivt at enheten har tatt i bruk tavlemøter, noe som bidrar til å sikre en tverrfaglig vurdering og involvering fra begynnelsen av et forløp.

Revisor vurderer at kommunen ikke har utarbeidet en egen plan for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering som konkretiserer hvordan kommunen skal ivareta befolkningens behov både på kort og lang sikt.

Revisor vurderer at kommunen ikke har et system for å registrere behov og følge med på om det er samsvar mellom tilbud og behov. Revisor vurderer videre at koordinerende enhet ikke har en sentral rolle i dette kartleggings- og planleggingsarbeidet, slik helsedirektoratets veileder legger opp til. Det er dermed grunn til å stille spørsmål ved om kommunen har et godt nok kunnskapsgrunnlag for styring, dimensjonering og prioriteringer innen området.

Revisjonen anbefaler at kommunen tar initiativ til etablering av et system for planlegging av habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet.

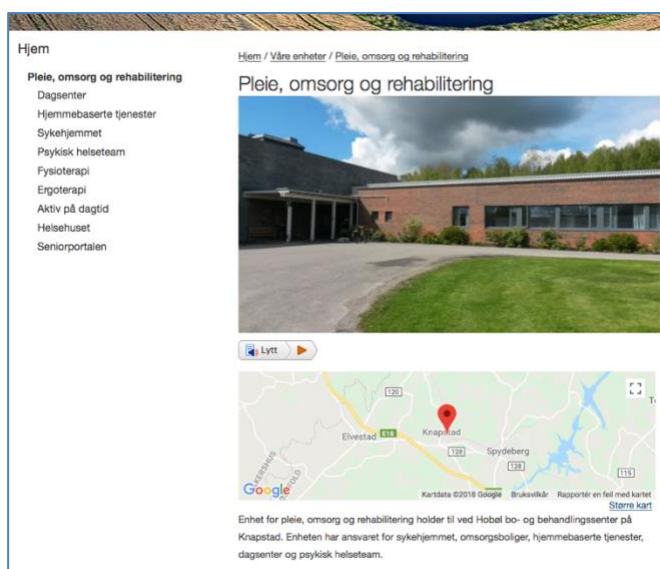
6.2.2. Et integrert habiliterings- og rehabiliteringstilbud

Kommunen bør integrere helse- og omsorgstjenestetilbudet i et samlet tverrfaglig habiliterings- og rehabiliteringstilbud

Revisors undersøkelse og innhentede data

Data er samlet inn gjennom intervju med Forebyggende enhet, Koordinerende enhet og Pleie, omsorg og rehabilitering.

Under intervju oppgir leder for Pleie, omsorg og rehabilitering at det meste av det utførende arbeidet innenfor habilitering og rehabilitering foregår ved Pleie, omsorg og rehabilitering, og dette gjenspeiler seg ved at tjenestene som arbeider innenfor habilitering og rehabilitering i hovedsak er samlet under virksomhet Pleie, omsorg og rehabilitering. I tillegg til pleietjenester i institusjon og hjemmetjenesten omfatter virksomheten fysioterapeut, ergoterapeut og psykisk helsejeneste. Det kjøpes i



Figur 25 - Utklipp fra enhetens nettside

tillegg tjenester fra privatpraktiserende fysioterapeuter. Enheten samarbeider også med Tverrfaglig vurderingsteam ved helsehuset i Askim når de har pasienter som trenger «litt ekstra».

Helsestasjon og skolehelsetjeneste er organisert i en egen virksomhet – Forebyggende enhet, med tilholdssted på kommunehuset på Elvestad.

Tjenester til funksjonshemmede er organisert i egen virksomhet, med tilholdssted på Knapstadtunet.

Koordinerende enhet er organisert som egen enhet under sentraladministrasjonen.

Sentralt i utforming av tjenestetilbudet innen habilitering og rehabilitering er inntaksmøtet som holdes hver onsdag. Her deltar koordinerende enhet og representanter fra de utøvende enhetene. I inntaksmøtet gjøres en kartlegging og en setter mål for den videre behandlingen. I denne prosessen har koordinerende enhet dialog med bruker og pårørende.

Før det fattes vedtak gjennomfører koordinerende enhet en kartlegging.

I Pleie, omsorg og rehabilitering avholdes i tillegg tavlemøter i etterkant av inntaksmøte. Tavlemøtene har bred deltakelse fra de ulike ansattgruppene, og det er flat struktur i møtene. I tavlemøtene planlegges også samarbeidsmøte med pårørende, eventuelt også med lege. Hjemmebesøk, og hvem som skal delta i hjemmebesøk diskuteres også i tavlemøtene.

Revisors vurderinger og konklusjoner

Basert på informasjon gitt under intervjuer vurderer revisor at kommunen har etablert et system for et integrert habiliterings- og rehabiliteringstilbud. Det er særlig etablert praksis med inntaksmøter og tavlemøter med bred tverrfaglig deltakelse som ligger til grunn for revisors vurdering. Kommunens valg av navn for enheten støtter også opp under intensjonen om å integrere kommunens tjenester for habilitering og rehabilitering: Pleie, omsorg og rehabilitering. Det foreligger ingen skriftlig dokumentasjon på rutineene. Revisor har derfor ikke hatt grunnlag for å gjøre nærmere vurderinger på grad av involvering i inntaksprosessen. Revisor har ikke gjort kontrollhandlinger opp mot Tjenester for funksjonshemmede. Revisor har ikke kontrollert pasientjournaler eller referater fra møter.

6.2.3. Nødvendig utredning og oppfølging

Kommunen skal sørge for nødvendig utredning og oppfølging ved behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering

Revisors undersøkelse og innhentede data

Under intervju med henholdsvis Helsestasjonen, Tildelingsteamet og Pleie, omsorg og rehabilitering kommer det fram at det er etablert en praksis med ukentlige tildelingsmøter. I møtene deltar representanter fra Tildelingsteamet og de ulike utførerenhetene, noe som legger grunnlag for en tverrfaglig vurdering. Under intervju med Pleie, omsorg og rehabilitering kommer det også fram at enheten gjennomfører tavlemøter i etterkant av tildelingsmøtene. I tavlemøtene deltar alle enhetene i Pleie, omsorg og rehabilitering, noe som sikrer en tverrfaglig tilnærming. I tavlemøtene

planlegges oppfølging, oppgaver fordeles og samarbeidsmøte med pårørende planlegges også.

Saker som behandles i tildelingsmøtene er basert på innkomne søknader, pasienter som er på sykehjemmet, pasienter som skal hjem fra sykehus/sykehjem og andre pasienter som hjemmesykepleien kjenner til og som kan trenge tilbud om fysioterapi, ergoterapi eller hjelpemidler.

Under intervju med koordinerende enhet oppgis at det kun er saker vedrørende tjenester i institusjon som koordinerende enhet er involvert i, dvs. som vedtaksføres i henhold til IPLOS-standard. Det fattes ikke vedtak om fysioterapitjenester og hjelpemidler. For at en tjeneste skal defineres som habilitering eller rehabilitering i henhold til IPLOS-standard må 5 kriterier oppfylles:

1. Ved oppstart: Tverrfaglig kartlegging med funksjonsvurdering av brukerens behov, dersom dette ikke er gjort tidligere.
2. Informasjon om individuell plan og koordinator til brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester., dersom de ikke allerede har fått det. Hvis ønskelig meldes behovet til koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. For de som har en plan og/eller koordinator, etableres kontakt med denne – forutsatt samtykke.
3. Utarbeide en plan for tjenesten eller individuell plan med målsetting, konkrete tiltak med involvering fra ulike faggrupper avhengig av brukerens behov, og evalueringspunkter.
4. Tidfestet tverrfaglig evalueringsmøter sammen med bruker under tjenesten.
5. Ved avslutning av tjenesten evalueres måloppnåelse gjennom ny funksjonsvurdering som dokumenteres.

Pleie, omsorg og rehabilitering følger også opp pasienter i tavlemøter, der oppgaver og oppfølging avtales mellom de ulike tjenestene.

Det foreligger ikke skriftlige rutiner som grunnlag for gjennomføring av møtene.

Ved intervju ved Pleie, omsorg og rehabilitering oppgis at det «dukker opp» pasienter som burde vært fanget opp tidligere (det ble eksemplifisert i forhold til demens). Enhetsleder oppgir at de spør seg hvorfor de ikke har søkt tjenester, og hvorfor de ikke har blitt henvis, tidligere.

Revisors vurderinger og konklusjoner

Revisor vurderer at kommunen har etablert en praksis for å ivareta kravet om nødvendig utredning og oppfølging ved behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering når det gjelder pasienter som skrives ut fra sykehus og pasienter som har sendt inn søknad om tjenester. Revisor vurderer at kommunen ikke har etablert et tilfredsstillende system når det gjelder tverrfaglig kartlegging og utredning allerede ved begynnende funksjonsfall. Revisor vurderer at dette henger sammen med manglende planlegging i forhold til sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering, jf. kap. 6.3.

For pasienter som mottar tjenester hjemme vurderer revisor at det er større risiko for feil eller mangler ved tilbudet i og med at tilbudet ikke vedtaksføres i henhold til IPLOS-standard. Dette kan etter revisors vurdering medføre en mindre systematisk oppfølging, og med det redusert kvalitet.

Revisor vurderer at kommunen ikke har nedfelt sin praksis i skriftlige rutiner. Dette kan etter revisors vurdering øke risiko for at pasienter ikke fanges opp eller behandles i henhold til lov- og regelverk.

Revisjonen anbefaler at kommunen iverksetter tiltak for å sikre at nødvendig utredning og oppfølging sikres for alle pasienter med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering

6.2.4. Uavhengig av boform

Re-/habiliteringstilbudet skal gis uavhengig av pasientens og brukernes boform

Revisors undersøkelse og innhentede data

Koordinerende enhet oppgir under intervju at de kun er involvert i habiliterings- og rehabiliteringstjenester som utføres i institusjon. I følge koordinerende enhet har ikke kommunen et team som kan gi habiliterings- og rehabiliteringstjenester i henhold til kravene i IPLOS-veilederen for hjemmeboende brukere, men kommunen har det for tjenester som gis i institusjon. Det legges til at det gis habiliterings- og rehabiliteringstjenester også utenfor institusjon, men de er ikke satt i system med eget vedtak, som indikerer at det er en prosess som er klar, målrettet, tidfestet etc. Rådmannen har, i følge Koordinerende enhet, konkludert med at det er for få ressurser til å kunne ivareta dette. Som konsekvens av SIO-prosjektet har kommunen måttet ta tak i mange andre ting (rutiner, tildelingskriterier, etc.). Det vil bli fullt fokus på SIO-prosjektet ut prosjektperioden (april 2019), og dette arbeidet vil bli prioritert.

Under intervju med Pleie, omsorg og rehabilitering opplyses det om at det er Tverrfaglig vurderingsteam ved Helsehuset eller de privatpraktiserende fysioterapeutene som gir behandling i brukernes hjem. Manuellterapeut gir også behandling hjemme hos brukere.

Revisors vurderinger og konklusjoner

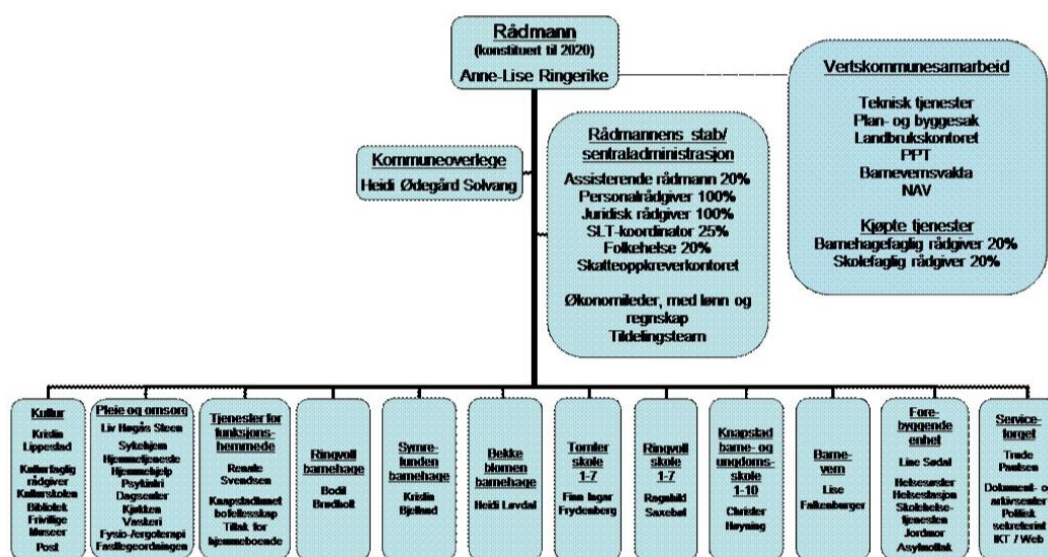
Revisor vurderer at det gis habiliterings- og rehabiliteringstjenester til brukere og pasienter både i og utenfor institusjon. I og med at det kun er tjenestene som gis i institusjon som er oppfyller kravene til saksbehandling og utredning, vurderer revisor at tjenestetilbudet ikke er likeverdig for hjemmeboende og beboere i institusjon. Regimet med koordinerende enhet, utarbeidelse av individuell plan og oppnevning av koordinator skal bidra til å sikre en målrettet behandling med systematisk og tverrfaglig behandling. Ved at tilbudet til hjemmeboende ikke er underlagt samme regime er det en risiko for at tilbudet til denne gruppen ikke er like effektivt som til beboere i institusjon. Se anbefaling til avsnitt 6.2.3

6.2.5. Koordinerende enhet

Det skal finnes en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten

Revisors undersøkelse og innhentede data

Hobøl kommune har opprettet en koordinerende enhet, lagt til Tildelingsteamet. Tildelingsteamet er plassert under Rådmannens stab / sentraladministrasjonen



Figur 26 - Organisasjonskart fra Budsjett og økonomiplan 2018

Under intervju med Tildelingsteamet oppgis det at Tildelingsteamet har myndighet til å tildele/oppnevne koordinator innenfor de enhetene som skal kunne ha koordinator. I blant er det imidlertid ikke alle enheter som har kapasitet til å ta på seg koordinatorrollen. Det oppgis at det er tildelingskontoret som koordinerer arbeidet med oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatorene knyttet til gjennomføring av individuell plan. Det er ikke utarbeidet skriftlige rutiner for dette ved enheten som stadfester dette.

Tildelingsteamet oppgir at kommunen etter oppstart av SIO-prosjektet absolutt arbeider i tråd med forventningene om et bestillerkontor.

Revisors vurderinger og konklusjoner

Revisor vurderer at kommunen har en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten. Revisor vurderer videre at enheten er integrert i det eksisterende organisatoriske apparatet (Tildelingskontoret), med en forankring i et overordnet ledernivå. Revisor vurderer med utgangspunkt i intervju at enheten også har styringsmyndighet på tvers av sektorer og virksomheter, men dette er ikke nedfelt i skriftlige rutiner ved enheten. Revisor vurderer at mangel på skriftlighet kan bidra til uklarhet i forhold til koordinerende enhets myndighet på tvers av sektorer.

Revisjonen anbefaler at kommunen nedfeller koordinerende enhets myndighet i skriftlige rutiner.

6.2.6. Overordnet ansvar

Det overordnede ansvaret for arbeid med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator ligger til koordinerende enhet

Revisors undersøkelse og innhentede data

Under intervju oppgir Tildelingsteamet at de har et overordnet ansvar i forhold til å utarbeide, vedlikeholde og følge opp rutiner i forbindelse med individuell plan. Når det gjelder oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator vises det til at Tildelingsteamet skal koordinere arbeidet. Det oppgis videre at kommunen har en liten jobb å gjøre når det gjelder dette, og at det blir ivaretatt av teamet – om ikke alle oppgavene nå så skal det bli det.

Det foreligger ikke skriftlige rutiner som stadfester koordinerende enhets ansvar på dette området.

Under rutinegjennomgang ved helsestasjonen fant revisor en eldre rutine som beskriver framgangsmåte ved innmelding av behov for individuell plan og for oppnevning av koordinator.

Revisors vurderinger og konklusjoner

Med utgangspunkt i opplysninger gitt under intervju vurderer revisor at koordinerende enhet i kommunen er gitt ansvaret for arbeid med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Revisor vurderer at praktiseringen av ansvaret ikke er i full drift på nåværende tidspunkt.

Revisjonen anbefaler at det utarbeides rutiner for koordinerende enhets overordnede ansvar for arbeid med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator

6.2.7. Utarbeidelse av individuell plan

Pasient/bruker med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester skal få utarbeidet individuell plan

Revisors undersøkelse og innhentede data

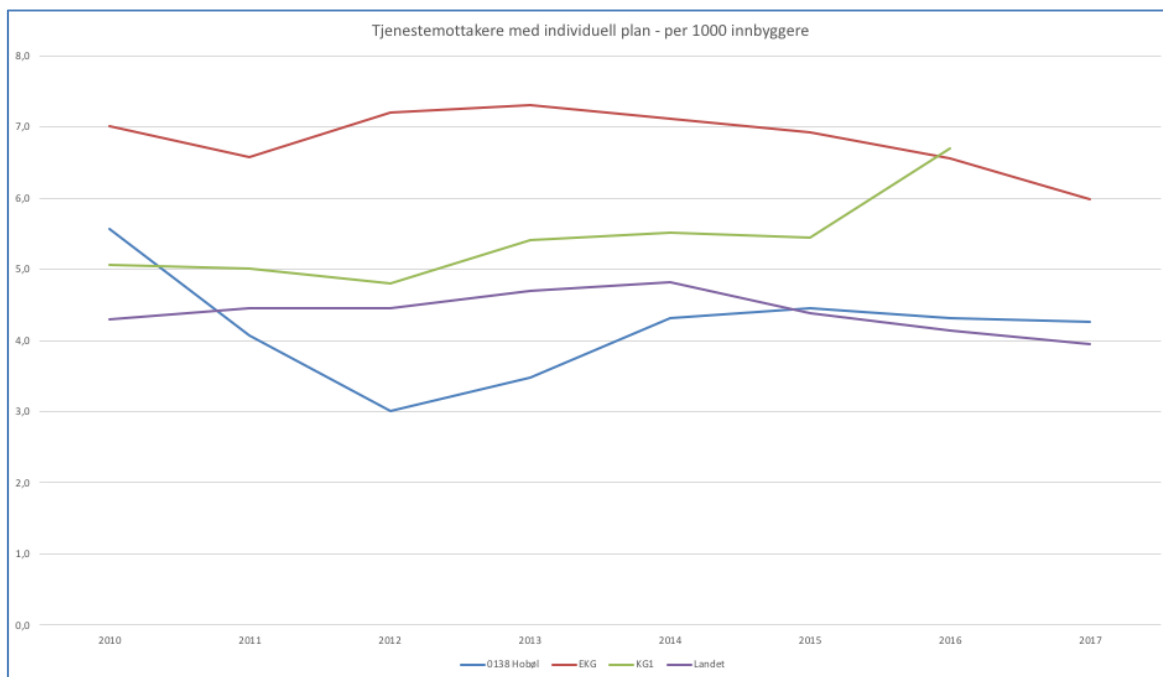
Under intervju med tildelingsteamet (Koordinerende enhet) oppgis det at individuell plan utarbeides til alle brukere med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester «... så godt som råd er ut fra kapasitet og ressurser». Det opplyses at det har hendt at noen har etterspurt individuell plan. Som regel er

hovedutfordringen at de ikke er oppdaterte. Tildelingsteamet tror alle har en plan – men det kan ta litt tid. Ofte er det ressurspersoner rundt brukeren som etterspør individuell plan – og ikke brukeren selv. For eksempel er det etterspørsel etter oppdatert plan f.eks. ved skolestart, overgang til ungdomsskole e.l. Tildelingsteamet har ikke fått inn klager på dette området, og det er ikke snakk om lange perioder.

Det er ikke utarbeidet en skriftlig rutine for utarbeidelse av individuell plan.

Revisor har fått oversendt maler som benyttes ved utarbeidelse av individuell plan. Malen inneholder blant annet en samtykkeerklæring, kartleggings skjema og tiltaksplaner på ulike livsområder.

Figur 26 viser at Hobøl kommune har et nivå på tjenestemottakere med individuell plan per 1000 innbyggere - omtrent som i landet forøvrig, men lavere enn Indre Østfoldkommunene (EKG) og Kommunegruppe 1 (KG1).



Figur 27 - Antall tjenestemottakere med IP - sammenlignet med andre kommuner. Kilde: SSB

Revisor har ikke kontrollert pasientjournaler eller brukermapper for å undersøke faktisk praksis.

Revisors vurderinger og konklusjoner

Med utgangspunkt i tilbakemeldinger gitt under intervju vurderer revisor at kommunen har en praksis for utarbeidelse av individuell plan til brukere med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester. Revisor vurderer det som en svakhet at det ikke er utarbeidet rutiner for utarbeidelse av individuell plan. Rutiner bidrar til at framgangsmåte og oppfølging på utførerenhetene blir mer ensartet. Skriftlige rutiner danner også et godt grunnlag for å melde avvik dersom det ikke utarbeides individuell plan for brukere enhetene mener burde hatt dette. Revisjonen anbefaler derfor at det utarbeides en skriftlig rutine for utarbeidelse av individuell plan, jf. avsnittet ovenfor om koordinerende enhets overordnede ansvar for utarbeidelse av individuell plan.

6.2.8. Involvering og samtykke

Kommunen skal legge til rette for at pasienter og pårørende kan delta i arbeidet med individuell plan. Individuell plan skal ikke utarbeides uten samtykke

Revisors undersøkelse og innhentede data

Under intervju med Tildelingsteamet (Koordinerende enhet) kom det fram at kommunen ikke har utarbeidet skriftlige rutiner for involvering av brukere og pasienter i forbindelse med utarbeidelse av individuell plan. Teamet har utarbeidet en mal, som blant annet inneholder et samtykkeskjema der brukeren skal krysse av for hvem de skal ha med seg i planarbeidet. Tildelingsteamet oppgir at bruk av malen bidrar til å sikre involvering av pasienter og pårørende i arbeidet med individuell plan.

Revisor har fått oversendt mal for utarbeidelse av individuell plan.

Revisors vurderinger og konklusjoner

Revisor vurderer at kommunen har en praksis for å involvere brukere/pasienter og pårørende i arbeidet med individuell plan. Manglende skriftliggjøring av rutine for involvering øker risiko for at dette ikke blir ivaretatt, men revisor vurderer at bruk av fastsatt mal bidrar til å redusere denne risikoen. Revisor vurderer at bruk av fastsatt mal bidrar til å sikre at samtykke innhentes ved utarbeidelse av individuell plan.

6.3. Konklusjon på problemstilling opp mot revisjonskriterier

Tilbyr Hobøl kommune habiliterings- og rehabiliteringstjenester i samsvar med krav og forventninger fra sentrale myndigheter?

Revisor registrer at det har tatt tid å etablere en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet i Hobøl kommune, og vurderer at det er positivt at enheten nå er etablert og i drift. Etablering av koordinerende enhet og faste saksbehandlingsregler gjennom Forskrift for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator har vært sentralt i Stortingets arbeid med å styrke habiliterings- og rehabiliteringsarbeid i kommunene. Klare regler og fastlagte regler for saksbehandling skal bidra til å sikre et likeverdig tjenestetilbud til innbyggerne. Koordinerende enhet er også tenkt å være sentral i planlegging av kommunens habiliterings- og rehabiliteringsarbeid.

Revisor vurderer at Hobøl kommune ikke har en systematisk planlegging av habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet i kommunen. Det medfører at redusert oversikt over både nåtidig og framtidig behov for habiliterings- og rehabiliteringsarbeid i kommunen. Det er ikke utarbeidet en plan for habiliterings- og rehabiliteringsarbeid i Hobøl kommune. Planlegging av denne virksomheten anses som sentral i arbeidet med å møte fremtidens helse- og omsorgsoppgaver.

Det er ikke utarbeidet skriftlige rutiner for arbeidet koordinerende enhet utfører. Revisor vurderer dette som uheldig, da skriftlige rutiner bidrar til enhetlig og effektiv tjenesteutøvelse, samtidig som det er en viktig dokumentasjon for kommunen i ettertid for hvordan tjenester har blitt utført. Oppgavene til koordinerende enhet er relativt utførlig regulert gjennom forskrift, veileder etc. Revisor vurderer allikevel at lokale rutiner for tjenesteutøvelse er viktig for å sikre enhetlig praksis. Også relatert til samarbeid på tvers av enheter er det hensiktsmessig å ha tydelighet gjennom skriftlige rutiner.

Revisor vurderer at det ikke ytes likeverdige tjenester til pasienter i og utenfor institusjon, da habiliterings- og rehabiliteringstjenester ikke vedtaksføres i henhold til IPLOS-standard. Det skal presiseres at habiliterings- og rehabiliteringstjenester ytes uavhengig av boform, men manglende vedtaksføring kan, etter revisors vurdering, medføre mindre strukturert tilbud til pasienter som bor hjemme. I ytterste konsekvens kan dette bidra til økt press på institusjonsplasser, i tillegg til ulempene det påfører den enkelte pasient.

6.4. **Anbefalinger til problemstilling 3**

Anbefaling 13: Revisjonen anbefaler at kommunen tar initiativ til etablering av et system for planlegging av habiliterings- og rehabiliteringsarbeid.

Anbefaling 14: Revisjonen anbefaler at kommunen iverksetter tiltak for å sikre at nødvendig utredning og oppfølging sikres for alle pasienter med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering.

Anbefaling 15: Revisjonen anbefaler at kommunen nedfeller koordinerende enhets myndighet i skriftlige rutiner

Anbefaling 16: Revisjonen anbefaler at det utarbeides rutiner for koordinerende enhets overordnede ansvar for arbeid med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator

7. Problemstilling 4

Tilbyr Hobøl kommune forebyggende helsetjenester innen eldreomsorgen i tråd med krav og forventninger fra sentrale myndigheter?

7.1. Revisjonskriterier

For utledning av revisjonskriteriene vises det til vedlegg 1 til rapporten.

Revisjonen har utledet følgende revisjonskriterier:

19. Kommunen bør ha et tilstrekkelig tilbud av korttidsplasser
20. Kommunen skal kunne stille med aktivitetstilbud på dagtid, avlastning eller trygghetsplasser når det er behov for det
21. Kommunen bør iverksette tiltak innen sykdomsforebygging og helsefremmende arbeid
22. Kommunen bør investere i universell utforming av boliger og omgivelser
23. Kommunen bør iverksette sosiale og kulturelle tiltak som kan bidra til å kutte toppen av framtidige omsorgsbehov
24. Kommunen bør iverksette volds- og ulykkesforebyggende arbeid som kan bidra til å kutte toppen av framtidige omsorgsbehov
25. Kommunen bør ha rutiner som sikrer godt og variert kosthold til brukerne
26. Kommunen bør drive hverdagsrehabilitering ved at hjemmetjenesten i større grad involveres i rehabiliteringsarbeidet

7.2. Undersøkelse og vurderinger

7.2.1. Korttidsplasser

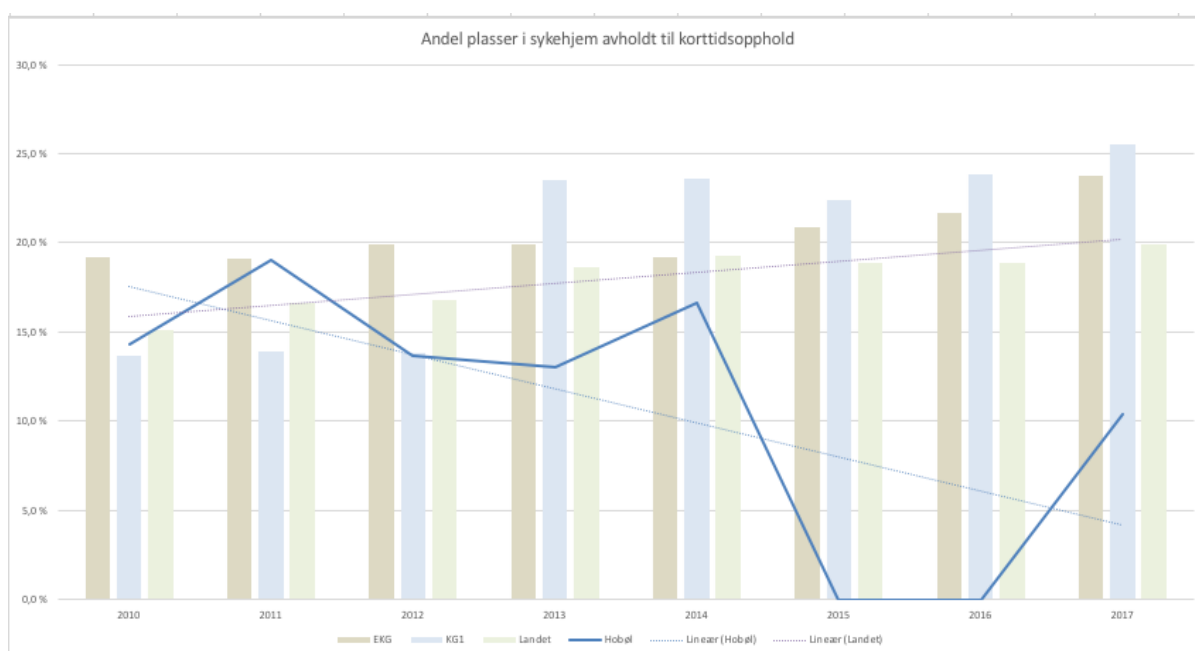
Kommunen bør ha et tilstrekkelig tilbud av korttidsplasser

Revisors undersøkelse og innhentede data

Under intervju med Pleie, omsorg og rehabilitering gir enheten tilbakemelding om at kommunen ikke har nok korttidsplasser. Det vises til erfaringer fra andre kommuner der hjemmesykepleien jobbet mer utenfor institusjon. Det var delvis også fordi det ikke var tilstrekkelig med korttidsplasser. I Hobøl kommune gjør hjemmesykepleien nesten ikke noe stell i hjemmet, da de ikke er mange nok.

Under oppstartsmøtet 8. august 2017 oppgis at Hobøl kommune har 29 sykehjems plasser, hvorav 9 plasser er plasser i skjermet enhet for personer med demens og 8 plasser er korttidsplasser.

Utsagnet om at Hobøl kommune har få korttidsplasser understøttes av statistikk fra KOSTRA. Figur 27 viser at Hobøl kommune har en klart lavere andel av sine sykehjems plasser avholdt til korttidsopphold enn andre Indre Østfold-kommuner, Kommunegruppe 1 og landet forøvrig. I 2015 og 2016 er det registrert 0 plasser til korttidsopphold for Hobøl kommune i KOSTRA.



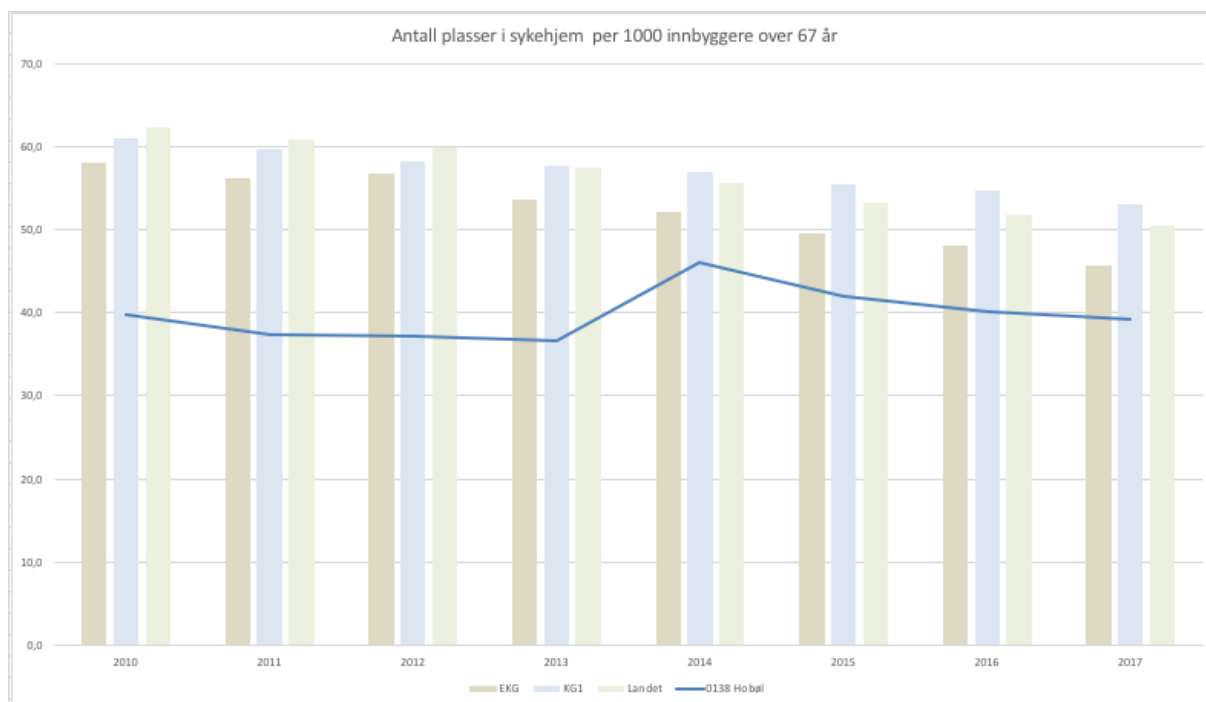
Figur 28 - Andel plasser i sykehjem avholdt til korttidsopphold. Kilde: SSB

Figur 28 viser imidlertid at det er pasienter i Hobøl kommune som har mottatt korttidsopphold i 2015 og 2016. Hobøl kommune har få brukere i korttidsopphold per 1000 innbyggere sammenlignet med andre Indre Østfold-kommuner – i 2016, på nivå med Trøgstad kommune. Hobøl kommune har færrest brukere som mottar korttidsopphold av kommunene i absolutte tall, som den nederste grafen i figur 28 viser.



Figur 29 - Mottakere av korttidsopphold i institusjon. Kilde: Helsedirektoratet, SAMDATA kommune

Det er også interessant å se dette i forhold til antall plasser i sykehjem totalt for kommunen, vist i figur 29. Vi ser at Hobøl kommune har relativt sett få sykehjemsplasser, sammenlignet med kommunegruppe 1, Indre Østfold-kommuner og landet forøvrig.



Figur 30 - Antall plasser i sykehjem per 1000 innbyggere over 67 år. Kilde SSB

Revisors vurderinger og konklusjoner

Revisor vurderer at Hobøl kommune ikke har et tilstrekkelig antall korttidsplasser. Dette understøttes av både uttalelser fra enheten selv og statistikk fra KOSTRA. Revisor vurderer at dette kan gi uheldige utslag ved kommunen ikke har bufferkapasitet til møte situasjoner med et akutt hjelpebehov eller når det kommer pasienter med omfattende hjelpebehov. Det vil videre kunne gi både brukere og pårørende en mindre trygghet for at kommunen kan stille med aktivitetstilbud på dagtid, avlastning eller trygghetsplasser når det er behov for det. Dette kan igjen føre til at etterspørsel etter andre og dyrere former for døgnkontinuerlige tjenester kan øke. Som vist i figur 29 har Hobøl kommune relativt få sykehjemsplasser totalt. Revisor vurderer derfor at ressursinnsatsen på dette feltet er relativt lavt. Dersom antall sykehjemsplasser hadde vært høyt, eller på linje med andre kommuner, samtidig som antall korttidsplasser var lavt, kunne dette være nærliggende å tolke det som i større grad et prioriteringsspørsmål. Det er nærliggende for revisor å anbefale kommunen å vurdere en økning i antall korttidsplasser. Revisor vurderer imidlertid at det er lite hensiktsmessig å anbefale en vurdering av infrastrukturiltak av denne typen i forkant av en forestående kommunesammenslåing. Revisor henleder i denne sammenheng heller oppmerksomheten mot anbefalingen gitt under avsnitt 7.3.3 – økt satsing på hjemmetjeneste.

7.2.2. Aktivitetstilbud, avlastning og trygghetsplasser

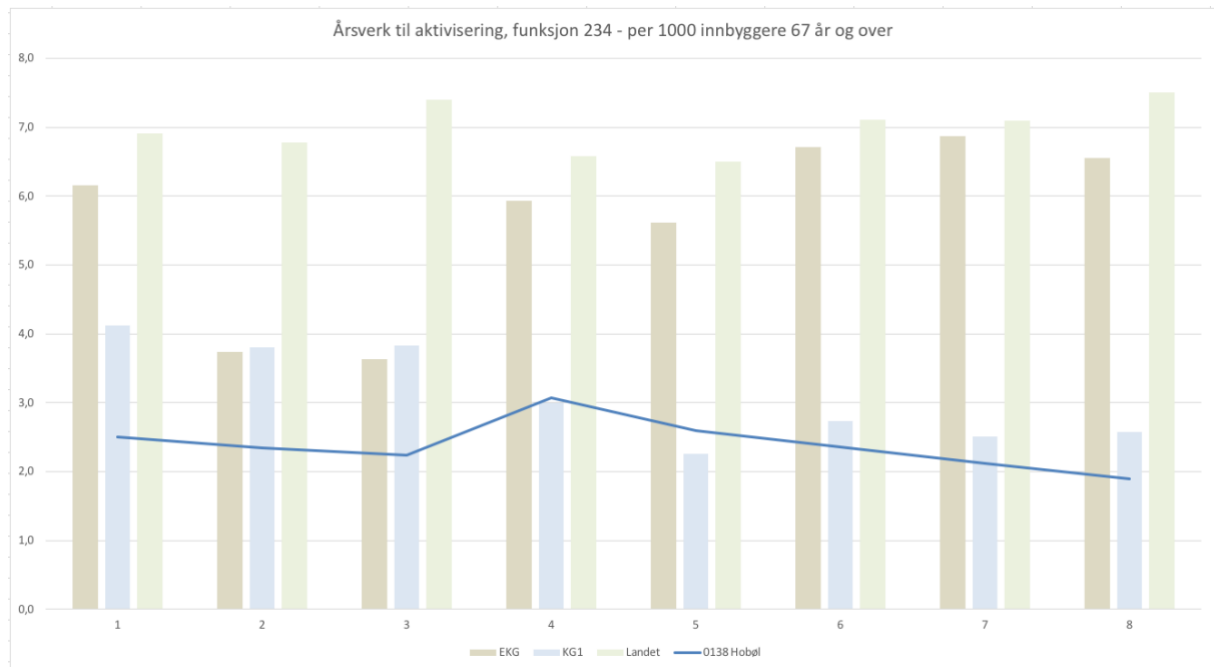
Kommunen skal kunne stille med aktivitetstilbud på dagtid, avlastning eller trygghetsplasser når det er behov for det.

Revisors undersøkelse og innhentede data

Under intervju med Pleie, omsorg og rehabilitering opplyses det at kommunen har følgende aktivitetstilbud på dagtid:

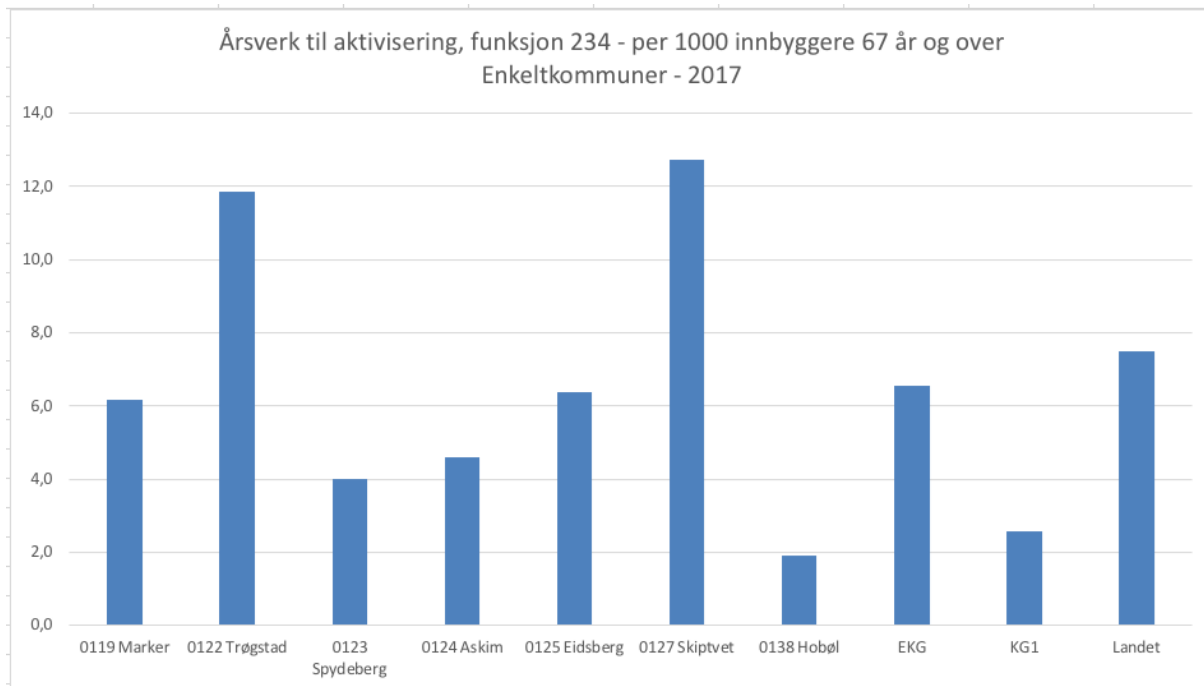
Kommunen har dagsenter for eldre og demente. Det er også søkt midler for å tilby dagsenter for yngre demente. For yngre demente er det i dag et aktivitetstilbud en ettermiddag per uke, samt hver tredje helg. For demente med diagnose har kommunen et aktivitetstilbud 2 dager per uke. For eldre (generelt) er det aktivitetstilbud 4 dager per uke. I tillegg er det trim/fallforebyggende tilbud 1 gang per uke.

I KOSTRA rapporteres det på en egen kategori 234 – *Aktiverings- og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse*. Denne kategorien inneholder blant annet dagsenter, dagaktivitetstilbud, andre aktiviseringstiltak og en rekke andre oppgaver. En sammenligning på denne kategorien gir en indikasjon på kommunens innsats på området.



Figur 31 - Årsverk til aktivisering. Kilde: SSB

I figur 30 ser vi at Hobøl kommune dedikerer færre årsverk til aktiviseringstilbud enn Indre Østfold-kommunene og landet forøvrig – men omtrent på linje med Kommunegruppe 1. Vi ser også at det er store forskjeller mellom kommunene i Indre Østfold:



Figur 32 - Årsverk til aktivisering per kommune. Kilde: SSB

Avlastning tilbys på sykehjemmet, men det er ikke avsatt plasser dedikert til dette. Da må en eventuelt holde korttidsplasser åpne, og de er det knapphet på. Kommunen har ikke tilbud om trygghetsplasser.

Revisors vurderinger og konklusjoner

Revisor vurderer at kommunen kan tilby aktivitetstilbud og avlastning ved behov, men at kommunen bør vurdere årsaken til at årsverk avsatt til aktiviseringstilbud er såpass mye lavere enn landet forøvrig og de andre Indre Østfold-kommunene. Revisor vurderer at aktivitetstilbud er nedprioritert i Hobøl kommune og sammenlignbare kommuner, når en sammenligner med kommuner for øvrig. Revisor vurderer at kommunen ikke har tilbud om trygghetsplasser, men vurderer at dette er et tilbud som kan være mer aktuelt å ha på permanent basis etter kommunesammenslåing.

Revisjonen anbefaler at kommunen vurderer en styrking av aktiviseringstilbud til eldre.

7.2.3. Vurdere satsing på hjemmetjenesten

Kommunen bør, ved lavt antall korttidsplasser, vurdere om det er faglig og økonomisk fornuftig å satse sterkere på hjemmetjenesten - og gjennom det redusere behovet for langtidsopphold i sykehjem

Revisors undersøkelse og innhentede data

Under intervju med Pleie, omsorg og rehabilitering oppgis det at en styrking av hjemmetjenesten ikke er vurdert, og at det har å gjøre med den økonomiske situasjonen kommunen har vært i å gjøre.

Revisors vurderinger og konklusjoner

Med bakgrunn i at kommunen har et lavt antall korttidsplasser, vurderer revisor at kommunen bør vurdere en styrking av hjemmetjenesten. Dette vil kunne bidra til redusert bruk av, eller senere behov for dyrere institusjonsplasser. Gitt at kommunens økonomiske situasjon kan bli forbedret framover, med uttreden av ROBEK-lista, bør kommunen prioritere en gjennomgang av mulighetene for å styrke hjemmetjenesten.

Revisjonen anbefaler at kommunen vurderer om det er faglig og økonomisk fornuftig å satse sterkere på hjemmetjenesten

7.2.4. Demenstilpassede plasser

Kommunens tilbud av sykehjem og omsorgsboliger med heldøgns tjenester til brukere med et varig behov bør også være tilpasset personer med demens

Revisors undersøkelser og innhentede data

Under intervju med Pleie, omsorg og rehabilitering oppgir enhetsleder at kommunen har en skjermet avdeling med 9 plasser for personer med demens, og at dette er tilstrekkelig. Enheten har også en reserveavdeling hvor det kan bo demente. Kommunen mangler imidlertid forsterkede plasser, så dette kjøpes inn. Det mangler også plasser for demente som kunne trenge en plass i en periode (f.eks. ved utagering og lignende). Som svar på oppfølgingsspørsmål, mottatt på e-post, viser enhetsleder Pleie, omsorg og rehabilitering til at øvrige plasser ved bo- og behandlingssenteret ikke er tilpasset personer med demens.

Revisors vurderinger og konklusjoner

Revisor vurderer at kommunens tilbud av sykehjem og omsorgsboliger delvis er tilpasset personer med demens. Det grunnleggende behovet er dekket gjennom plasser på skjermet avdeling og en annen avdeling som er tilrettelagt for personer

med demens. Revisor vurderer at tilbud som forsterkede plasser, og mer sporadisk behov for midlertidig opphold kan være enklere å tilby etter kommunesammenslåing.

Revisor vurderer at kommunen bør vurdere tilrettelegging av eksisterende plasser i sykehjem og omsorgsbolig med heldøgns tjenester for personer med demens, og samtidig ha fokus på tyngre tilbud og tilbud av midlertidig karakter i arbeidet med ny kommune. Personer med demens utgjør en betydelig del av hjemmetjenestens brukere og et klart flertall i sykehjem.

Revisjonen anbefaler at kommunen ved eventuell utbygging eller oppussing av bo- og servicesenteret og omsorgsboliger med heldøgns bemanning sikrer at plasser tilpasses personer med demens.

7.2.5. Sykdomsforebygging og helsefremmende arbeid

Kommunen bør iverksette tiltak innen sykdomsforebygging og helsefremmende arbeid

Revisors undersøkelse og innhentede data

Mye forebyggende arbeid – særlig primærforebyggende arbeid gjøres i helsestasjon, skolehelsetjeneste, barnehager, skoler og i folkehelsearbeidet i kommunen. Denne undersøkelsen konsentrerer seg imidlertid om sykdomsforebygging og helsefremmende tiltak rettet mot målgruppen til Pleie, omsorg og rehabilitering.

Under intervju med Pleie, omsorg og rehabilitering trekker enheten fram enkelte forebyggende tiltak som gjennomføres i virksomheten. I tavlemøtene kartlegges blant annet fallrisiko, og eventuelle tiltak iverksettes. En har videre fokus på skotøy og andre «små» praktiske tilrettelegginger for å hindre fall og andre ulykker. Det er fokus på dette i avdelingene og det blir fulgt opp. Fall blir meldt i avvikssystemet. Videre foretar ergoterapeut hjemmebesøk, og foretar da en kartlegging i forhold til tilrettelegginger som kan gjøres i hjemmet. Hjemmesykepleie kartlegger ser og vurderer når de er ute hos pasienter.

Under avdelingsrutiner for hjemmebaserte tjenester er det utarbeidet en rutine: Fall – forebygging og tiltak. Rutinen angir hva som skal gjøres av de som er hos pasienten i forhold til forebygging av fall, og hva som skal gjøres ved eventuelle fall.

Som nevnt ovenfor – i avsnitt 7.4 gjennomføres flere aktivitetstilbud for ulike målgrupper med ulik hyppighet, samt et tilbud om trim / fallforebyggende øvelser 1 gang per uke.

For ansatte avholdes kurs og opplæring i forflytning, og det er fokus på å følge opp det en lærer på kursene. Det skal også avholdes kurs i å håndtere vold og trusler.

Under oppstartsintervjuet og intervju med Pleie, omsorg og rehabilitering opplyses det at kommunen ikke har innført forebyggende hjemmebesøk i

eldreomsorgen. Enheten oppgir at det er noe å hente på et slikt tilbud, da pasienter burde vært oppdaget tidligere.

Enheten har dagsenter, som beskrevet ovenfor i avsnitt 7.4. Målsetningen med dagsenteret er i følge kommunens nettsider:

Vi vil at brukere skal få mulighet til å skape en meningsfylt og aktiv hverdag hvor ressurser vektlegges og begrensninger legges bort.

Dagsenteret skal være et sted hvor vi bryr oss om hverandre og sosialt samvær blir en energikilde til inspirasjon i hverdagen.

Revisors vurderinger og konklusjoner

Revisor vurderer at kommunen har iverksatt tiltak innen sykdomsforebygging og helsefremmende arbeid rettet mot målgruppen til Pleie, omsorg og rehabilitering, men at det fortsatt er viktige tilbud som gjenstår å utvikle i kommunen. Revisor vurderer det som positivt at kommunen har opprettet dagsenter og tilbyr dagaktiviteter til eldre og demente. Revisor vurderer også at enheten har fokus på fallforebyggende arbeid. Dette er et viktig arbeid rettet mot eldre, da fallulykker og bruddskader er en viktig årsak til innleggelse og behandlingsbehov hos denne målgruppen. Revisor vurderer at kommunen bør vurdere å bygge opp et tilbud med forebyggende hjemmebesøk. Eksisterende tilbud retter seg i hovedsak mot brukere/pasienter som allerede har vedtak. Enheten trekker selv fram at de opplever at pasienter burde vært oppdaget tidligere. Forebyggende hjemmebesøk vil kunne bidra til at pasienter oppdages tidligere, og er slik sett en viktig forutsetning for tidlig innsats. Revisor vurderer at etablering av et eldresenter også er et tiltak som vil kunne legge til rette for mer oppsøkende virksomhet, og på den måten bidra til å avdekke behov hos målgruppen tidligere. Revisor vurderer at en tidligere avdekking av omsorgsbehov vil kunne bidra til å redusere trykket på mer ressurskrevende tjenester. Innen helsefremmende arbeid vil tiltak som f.eks. etablering av frisklivssentral være et viktig tilskudd som kan bidra til å redusere behovet for fremtidige helse- og omsorgstjenester.

Revisjonen anbefaler kommunen å vurdere innføring av forebyggende hjemmebesøk i eldreomsorgen, eller ta initiativ til etablering av et slikt tilbud i ny kommune fra 2020.

7.2.6. Universell utforming

Kommunen bør investere i universell utforming av boliger og omgivelser

Revisors undersøkelse og innhentede data

Under intervju med Pleie, omsorg og rehabilitering ble det opplyst om at bo- og behandlingssenteret og omsorgsboligene er omtrent 20 år gamle, og at kravene til universell utforming er ivaretatt i byggene.

I kommuneplanens samfunnsdel for perioden 2011-2022, under hovedtema *Folkehelse og levekår*, omhandler ett av målene universell utforming:

«Alle kommunale aktiviteter og bygninger skal så fremt det er mulig ha en primærløsning som er tilgjengelig for alle, samtidig som kommunen skal være en pådriver for universell utforming forøvrig»

Strategiene som er satt opp for å nå målet er:

- Avholde folkemøter og aktiviteter på de beste egnede stedene
- Etablere universell utforming på primærløsningene i egne bygg
- Benytte kommunale virkemidler for å sikre at universell utforming etterleves i aktuelle plan- og/eller byggesaker

Revisor har gjennomgått Budsjett- og årsplandokumentene for 2015, 2016, 2017 og 2018. Universell utforming er eksplisitt nevnt bare en gang i budsjettokumentet for 2018, der oppgradert og universell utformet nettside er nevnt. En rekke av investeringsprosjektene er av typen som kan inneholde tiltak som tilrettelegger for universell utforming. Dette er ikke nevnt eksplisitt. Revisor har ikke gjennomført kontrollhandlinger som undersøker innholdet i de enkelte investeringsprosjektene. Det er heller ikke gjennomført kontrollhandlinger som undersøker i hvilken grad det er fokusert på universell utforming i plan- og byggesaker.

Revisor har gjennomgått de siste tre års årsrapporter for kommunen. I årsrapport for 2015 er følgende omtalt:

«Når det gjelder universell utforming har Hobøl kommune utbedret særlig kommunehuset med tanke på toaletter, rampe ved hovedinngangen og rullestolheis opp til kommunestyresalen. Det er et mål for kommunen at alle de kommunale byggene skal være universelt utformet».

Universell utforming er ikke omtalt i årsrapport for 2016.

Revisor har sendt en forespørsel til rådmannen angående status for universell utforming i kommunen. I sin tilbakemelding opplyser rådmannen at Hobøl kommunes holdning er at alle nybygg skal følge de krav som gjelder vedrørende universell utforming. Rehabilitering av bygg skal også følge de krav som gjelder

Revisors vurderinger og konklusjoner

Revisor vurderer at kommunen gjennom kommuneplanen har satt fokus på universell utforming, men at det er mer usikkert hvordan målsetningen i kommuneplanen er fulgt opp i ettertid. Revisor vurderer, med bakgrunn i tilbakemeldinger fra rådmannen at universell utforming er i fokus når det er aktuelt, men at det ikke har vært en aktuell problemstilling de seneste årene da det har vært lite aktivitet grunnet kommunens økonomiske situasjon.

Revisjonen anbefaler at kommunen følger opp egen målsetning om investering i universell utforming av boliger og omgivelser, og selv vurderer egen innsats for oppfølging av målet i forbindelse med utarbeidelse årsrapporter.

7.2.7. Kulturelle og sosiale tiltak

Kommunen bør iverksette sosiale og kulturelle tiltak som kan bidra til å kutte toppen av framtidige omsorgsbehov

Revisors undersøkelse og innhentede data.

Under intervju med Pleie, omsorg og rehabilitering vises det til fysioterapeutenes onsdagsgruppe. Videre benytter kommunen seg av «Den kulturelle spaserstokken». Dette er organisert av biblioteket. Tiltak som dette finansieres ofte med gavemidler. Ellers vises det til en rekke aktiviteter i regi av frivillige lag og foreninger:

- Frivilligsentralen har kulturekafé annenhver uke
- Misjonsforeningen har hyggetreff
- Det arrangeres bingo hver uke
- Handlevogn
- Andakt
- Besøkshunder og besøksvenner via Røde Kors
- Det er anskaffet sykler for å ta med pasienter på sykkeltur.
- Pensjonistforeningen har møter ved bo- og behandlingssenteret.
- Lions skal arrangere tur rundt i bygda

Frivillige lag og foreninger har noe tilbud ellers også rundt om i kommunen.

De som er på sykehjemmet er som regel for dårlige til å delta på aktiviteter som dette, så dette er aktiviteter primært rettet mot hjemmeboende.

For øvrig vises det til gjennomgang av aktivitetstilbud under avsnitt 7.3.2 ovenfor.

Revisors vurderinger og konklusjoner

Revisor vurderer at kommunen har iverksatt sosiale og kulturelle tiltak rettet mot målgruppen. Revisor vurderer det som positivt at kommunen har et samarbeid med frivillige lag og foreninger når det gjelder slike aktiviteter. Dette kan bidra til å skape en god bredde i tilbudet. Revisor vurderer at kommunen ved å styrke ressursinnsatsen på aktivitetstilbud vil kunne iverksette ytterligere tiltak med forebyggende effekt i tråd med forventningene i helse- og omsorgstjenestelovens § 3-3 tredje ledd.

7.2.8. Volds- og ulykkesforebyggende arbeid

Kommunen bør iverksette volds- og ulykkesforebyggende arbeid som kan bidra til å kutte toppen av framtidige omsorgsbehov

Revisors undersøkelse og innhentede data

Tiltak rettet mot ulykkesforebyggende arbeid er omtalt under avsnitt 7.3.5 Under intervju med Pleie, omsorg og rehabilitering ble det ellers vist til at det skal avholdes kurs (for ansatte) i å håndtere vold og trusler.

Kommunen har utarbeidet en handlingsplan mot vold i nære relasjoner (2016-2020). Revisor har kontrollert i hvilken grad Pleie, omsorg og rehabilitering har fulgt opp tiltakene som er beskrevet i handlingsplanen.

Etter gjennomgang av enhetens rutiner i kvalitetssystemet kan ikke revisors se at det er utarbeidet interne prosedyrer for vold i nære relasjoner for Pleie, omsorg og rehabilitering.

Under telefonsamtale 3. april 2018 oppgir enhetsleder ved Pleie, omsorg og rehabilitering at de har fulgt opp Handlingsplan mot vold i nære relasjoner. Det er gjennomført kurs om temaet. Det ble laget en folder, og planen er gjennomgått på personalmøte. Enhetsleder bekrefter at det nok ikke er utarbeidet egne prosedyrer for framgangsmåte ved vold i nære relasjoner. Enheten hadde en kontaktperson med kompetanse på området, men denne personen har sluttet. Det er ikke opprettet ny kontaktperson.

Enhetsleder oppgir videre at dette er et tema de er obs på, og hvor de har hatt erfaring med noen tilfeller. Det er i første rekke hjemmesykepleien som har fokus på temaet. Samtidig føler de en viss avmakt i forhold til hva man kan sette inn av tiltak. Eldreomsorgen har ikke myndighet på samme måte som for eksempel barnevernet har når det gjelder å gripe inn. Utfordringen er ofte at ingen parter ønsker å anmelde. Ofte ser en at det er de samme som utsetter ansatte for vold/trakassering som utsetter brukerne for vold og trusler.

I e-post datert 10.4.2018 fra SLT-koordinator, som følger opp handlingsplan mot vold i nære relasjoner, oppgis av det ble gjennomført evalueringsmøte 14.11.2017 med helesøster, BVT, leder PLOR, fagleder psykisk helseteam, sosiallærer og SLT-kontakt. Planen ble gjennomgått. I løpet av 2018 skal det være fokus på hvordan det jobbes med planen og hva det bør fokuseres mer på. Oppgaver i forhold til status for informasjonshefte om vold i nære relasjoner og kontaktbrosjyre omhandlende vold mot eldre ble fordelt.

Revisors vurderinger og konklusjoner.

Som redegjort for under avsnitt 7.3.5 vurderer revisor at kommunen har iverksatt ulykkesforebyggende tiltak som kan bidra til å kutte toppen av framtidige omsorgsbehov gjennom fallforebyggende kurs. Revisor vurderer at enheten delvis har fulgt opp handlingsplan mot vold i nære relasjoner, og at dette er en problemstilling enheten er oppmerksom på. Revisor vurderer at det burde vært utarbeidet rutiner for framgangsmåte – hva en kan eller ikke kan gjøre – når en har mistanke om at eldre blir utsatt for vold, og for dokumentasjon av hendelser. Et tydelig rammeverk for hvordan slike situasjoner kan følges opp vil kunne gjøre det enklere for ansatte å følge opp, selv om en ikke har noen virkemidler for å kunne gripe direkte inn i en situasjon. Fastlagte rutiner vil også kunne bidra til å holde oppmerksomheten opp om temaet. Dokumentasjon av hendelser vil også kunne bidra til at handlingsrommet for oppfølging blir større.

Revisjonen anbefaler at det utarbeides skriftlige rutiner for oppfølging av vold i nære relasjoner ved Pleie, omsorg og rehabilitering.

7.2.9. Kosthold og ernæring

Kommunen bør ha rutiner som sikrer godt og variert kosthold til brukerne

Revisors undersøkelse og innhentede data

Under intervju opplyser enhetsleder at kommunen har et produksjonskjøkken som lager maten. Fra mai 2017 er tidspunkt for middagservering endret, slik at middag serveres på ettermiddagen – mellom 15:30 og 18:00. Produksjonskjøkkenet produserer lunsj til noen avdelinger noen dager per uke. Noen avdelinger har eget kjøkken til lunsj. Det serveres fire måltider hver dag. Det gis tilbud om å spise i fellesskap, men noen velger å spise for seg selv.

Det opplyses at en har diskusjoner rundt ernæringsinnholdet i maten. Det som er vanskelig er å til enhver tid tilby det som ønskes – det er mange ulike preferanser, og de kan skifte.

Revisor har gått gjennom enhetens rutiner i kommunens kvalitetssystem. Det finnes rutiner knyttet til hygiene og praktiske forhold ved kjøkken og håndtering av mat. Revisor finner ingen rutiner knyttet til kosthold og ernæring. Enhetsleder bekrefter i e-post datert 9. april 2018 at det ikke er utarbeidet egne rutiner på ernæring.

Enhetsleder opplyser at enheten har veierutiner i forhold til å følge opp underernæring. I e-post av 9. april 2018 oppgir enhetsleder at alle som søker tjenester blir vurdert. Da brukes en intervjuguide. Videre har hjemmetjenesten ikke noen fast mal å følge. Ved institusjon gjennomføres en inntakssamtale med pårørende. Med utgangspunkt i denne samtale og/eller epikrise ved innleggelse utarbeide tiltaksplaner for ernæring. Dette gjelder også pasienter som har falt i funksjonsnivå hjemme, de blir også vurdert ut fra individuelle tiltaksplaner.

Pasienter som har ernæringsproblematikk får utarbeidet en tiltaksplan. Der beskrives hva en skal observere og hvordan en kan behandle denne utfordringen. Pasienten veies en gang i uken, og ernæringsdrikker, ønskekost osv. benyttes som tiltak ved behov. Dette er basert på observasjoner (dersom pasienten ikke orker mat e.l.). Næring kan også gis intravenøst ved behov.

Tiltaksplaner skal evalueres fortløpende. Dette gjøres i samarbeid med lege. Alle sykehjemspasienter har en gjennomgang med tilsynslege to ganger i året.

Vurderinger og tiltaksplaner journalføres i CosDoc, som er kommunens system for sykepleierdokumentasjon.

Enhetsleder oppgir under intervjuet at fokus på ernæring er et «primærsystem» - at en tar tak i det. I svar på oppfølgingsspørsmål oppgir enhetsleder at ernæring er et av punktene de har mye fokus på.

Enheten har en egen ernæringsgruppe bestående av to fra hver avdeling, inklusive to fra hjemmetjenesten og ansatte fra kjøkkenet. I denne gruppa vurderes menyer og hva slags type mat som skal kunne tilbys. Dette startet som et prosjekt i Indre Østfold, med koordinering fra Helsehuset. Det ble da gjennomført egne kurs for ansatte ved kjøkkenet.

Revisors vurderinger og konklusjoner

Revisor vurderer at kommunen har fokus på kosthold og måltider som en del av hverdagen til pasientene, og at det er iverksatt tiltak rundt dette – blant annet endring av tidspunkt for middagsmåltider. Revisor vurderer at det er positivt at enheten har en egen ernæringsgruppe sammensatt av personell fra de ulike avdelingene. Dette er et godt utgangspunkt for å videreutvikle tjenestetilbudet rundt kosthold og måltider for pasientene.

Revisor vurderer at enheten har fokus på ernæringsproblematikk hos pasientene, men at dette arbeidet burde vært mer systematisert. Det er ikke utarbeidet skriftlige rutiner for arbeidet, og revisor vurderer ikke har tatt i bruk verktøy for avdekking av ernæringsmessig risiko, anbefalt av Helsedirektoratet. Revisor vurderer at enheten har et system for oppfølging av ernæringsstatus for pasienter med ernæringsmessig risiko gjennom oppfølging av tiltaksplaner i CosDoc, men at grunnlaget for avdekking i utgangspunktet ikke er tilfredsstillende. Dette oppgis å være basert på innkomstsamtale og/eller epikrise. Under intervju oppgis at tiltak mot underernæring settes i gang basert på observasjoner (hvis en ikke orker mat). Revisor vurderer at enheten bør gjennomgå Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring med tanke på å systematisere arbeidet med å avdekke underernæring hos pasienter. Revisor vurderer at gjennomførte tilsyn på området i nærliggende kommuner, samt helsedirektoratets hjelpemidler på deres nettsider gir et godt utgangspunkt for dette arbeidet.

Basert på tilbakemeldinger vurderer revisor at enheten ikke systematisk følger opp alle pasienter regelmessig i forhold til mulig underernæring, med screening/undersøkelse 1 gang per måned, slik nasjonal faglig retningslinje anbefaler.²¹

Revisjonen anbefaler at kommunen utarbeider skriftlige rutiner for å sikre at pasienter i ernæringsmessig risiko blir identifisert og fulgt opp i tråd med nasjonale faglige retningslinjer

7.2.10. Hverdagsrehabilitering

Kommunen bør drive hverdagsrehabilitering ved at hjemmetjenesten i større grad involveres i rehabiliteringsarbeidet

Revisors undersøkelser og innhentede data

Under intervju med koordinerende enhet 20.2.2018, og i svar til oppfølgingsspørsmål i e-post datert 5.4.2018, vises det til at mange kommuner har fokus på hverdagsrehabilitering, der det er et team med ergoterapeut, fysioterapeut etc. går inn og driver veldig systematisert re-/habiliteringsarbeid mot den enkelte

²¹ Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. IS-1580. Helsedirektoratet; 2013

bruker. Da er det en tydelig prosess, definerte mål, definert tid og så videre – i henhold til definisjonen for habilitering og rehabilitering i veilederen til IPLOS. Kommunen har ikke etablert et slikt team som kan gi habiliterings- og rehabiliteringstjenester i henhold til kravene i IPLOS-veilederen til hjemmeboende. Det påpekes imidlertid at det gis habiliterings- og rehabiliteringstjenester også til hjemmeboende, men de er ikke vedtaksført og satt i system i henhold til sentrale føringer. Koordinerende enhet skriver videre i svar på oppfølgingsspørsmål: «Det fattes ikke vedtak på fysioterapi og hjelpemidler, men vi har et godt system for at brukeren blir ivaretatt, blant annet gjennom faste ukentlige tildelingsmøter på Hobøl bo- og behandlingssenter der ergoterapeut, fysioterapeut/hjelpemiddelansvarlig er faste deltagere. På disse møtene drøftes pasienter som er på sykehjemmet, pasienter som skal hjem fra sykehus/sykehjem og andre pasienter som hjemmesykepleien kjenner til og som kan trenge fysioterapi/ergoterapi/hjelpemidler.

Pleie, omsorg og rehabilitering oppgir under intervju at det ved inntaksmøtene gjøres en kartlegging og settes mål for behandlingen. Det er et tverrfaglig team bestående av sykepleier, lege, ergoterapeut og fysioterapeut som gjør disse vurderingene. Etter inntaksmøte gjennomføres såkalte tavlemøter der en går gjennom fastsatte punkter for hver pasient. Her deltar også et bredt spekter av fagkompetansen ved enheten. Fallforebygging er ett av punktene som går gjennom. Revisor har ikke undersøkt Hobøl kommunes oppsett av tavlemøtet, men en mal fra pasientsikkerhetsprogrammet ser slik ut:

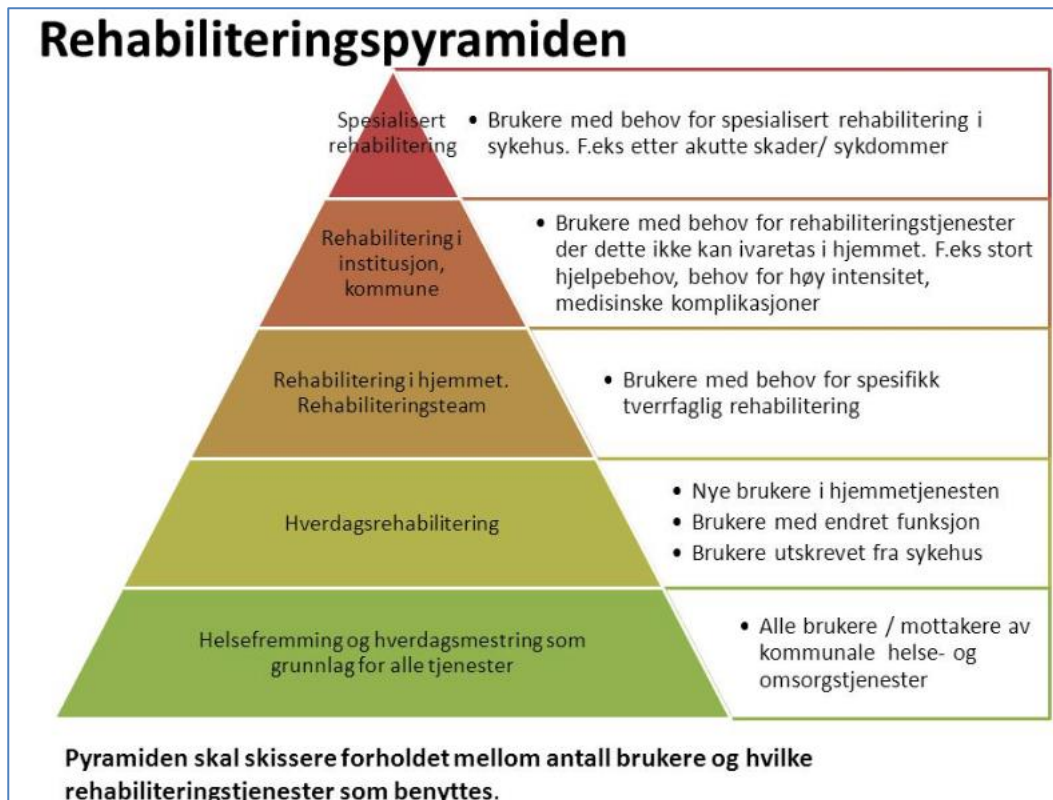
Rom	Pasient	Sykepleier (pri & sek)	Lege	Innleggelse (dat og klokkeslett)	Hva er viktig for pasienten?	Hva er viktig for pasienten i dag?	Fall	Trykksår	Urinvéi- infeksjon
201	O. Nilsen	LMJ/JAV	WZ	27.6 /14:01		•		•	
202	K. Østli	ETJ/JSE	KHS	14.6/22:03	• •	•	• •	• •	
203	P. Thon	ML/KSB	HT	13.6/18:45	• •	• •	• •		•
204	K. Jos	JR/VSB	WZ	22.6/01:33	• •	•		• •	
205	V. Sagen	VSB/JSE	KHS	29.5/10:00					•
206	T. Thur	JAV/LMJ	HT	11.6/09:33	• •	• •	• •	• •	
207	H. Ilden	CAV/VSB	HT	24.6/12:55	• •	•	• •		
208	U. Fjern	JR/ML	WZ	22.6/11:47	• •	•	• •	• •	• •
209	P. Molt	TAM/PM	KHS	25.6/19:55	• •	• •	• •	• •	•
210	T. Adved	JR/VSB	WZ	27.6/14:55	• •	• •			• •
211	C. Frøns	PM/TAF	KHS	24.6/16:00	• •	•			•
212	B. Bakke	LMJ/JAV	HT	25.6/15:23	• •	• •	• •	• •	
213	K. Søder	ETJ/JSE	WZ	22.6/23:34	• •	•	•	• •	
214	M. Arch	ML/KSB	KHS	25.6/14:23	• •	• •	• •	• •	•

Figur 33 - Eksempel på plan for tavlemøte. Kilde: Pasientsikkerhetsprogrammet

Utover fallforebygging, ser vi at pasientens vurdering av egen situasjon er omfattet av gjennomgangen i et typisk tavlemøte.

Gjennom Indre Østfold Lokalmedisinske Senter IKS er har Hobøl kommune tilbud om tverrfaglig vurderingsteam som gir mer spesialiserte rehabiliteringstjenester hjemme hos pasienten. Dette tilbudet ligger ett nivå over det som er tenkt i begrepet hverdagsrehabilitering, jf. rehabiliteringspyramiden nedenfor:

Rehabiliteringspyramiden



Figur 34 – Rehabiliteringspyramiden. Kilde: <http://ergoterapeutene.org>

Under intervju oppgir Pleie, omsorg og rehabilitering at det i hovedsak er Tverrfaglig vurderingsteam, de privatpraktiserende fysioterapeutene og manuellterapeut som gir tjenester hos hjemmeboende.

7.2.11. Revisors vurderinger og konklusjoner

Revisor vurderer at kommunen ikke har innført hverdagsrehabilitering som arbeidsform eller som en tjeneste, slik det er skissert gjennom stortingsmeldinger. Dette med utgangspunkt i at kommunen ikke har etablert et eget team (med blant annet ergoterapeut, fysioterapeut, sosionom osv) som arbeider forebyggende ute hos brukerne. Habiliterings- og rehabiliteringstjenester som gis til hjemmeboende ikke er satt i system i henhold til IPLOS-veileder, noe som kan føre til et mindre strukturert opplegg for pasientene.

Tverrfaglig vurderingsteam tilbyr tjenester i kategorien «Rehabilitering i hjemmet. Rehabiliteringsteam». Hverdagsrehabilitering innebærer en type rehabiliteringsform som kan drives i større grad gjennom å involvere hjemmetjenestene i arbeidet. Etablering av hverdagsrehabilitering som en del av tjenestetilbudet vil, etter revisors vurdering, kreve en større satsing på hjemmetjenesten. Dette er ikke vurdert som følge av kommunens økonomiske situasjon.

Revisjonen anbefaler at kommunen i forbindelse med vurdering av styrking av hjemmetjenesten også vurderer etablering av hverdagsrehabilitering.

7.3. Konklusjon på problemstilling sett opp mot revisjonskriterier

Revisor vurderer at Hobøl kommune har iverksatt flere tiltak som er i tråd med forventninger fra sentrale myndigheter – særlig i forhold til Aktiv omsorg. Kommunen har etablert tilbud innen fallforebygging, «onsdagstrim», den kulturelle spaserstokken, og det arrangeres en rekke aktivitetstilbud – i hovedsak i regi av frivillig sektor – men med tilknytning til bo- og servicesenteret. Kommunen har etablert et tilbud om dagtilbud for personer med demens. Det er utarbeidet en handlingsplan mot vold i nære relasjoner, som vil bli fulgt opp videre. Kommunen har en lav ressursinnsats i forhold til aktiviseringstilbud i form av dedikerte årsverk, og revisor vurderer at innsatsen rettet mot helsefremmende arbeid kunne vært styrket.

Revisor vurderer at kommunen ikke har tatt viktige grep i forhold til sentrale tiltak som er ment å møte morgendagens omsorgsutfordringer. Kommunen har ikke et tilstrekkelig tilbud av korttidsplasser, det er ikke etablert et tilbud om forebyggende hjemmebesøk i eldreomsorgen, og kommunen har etter revisors vurdering ikke etablert hverdagsrehabilitering som arbeidsform. Sammenholdt med at kommunen mangler en systematisk planlegging av habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet, vurderer revisor at kommunen i liten grad er forberedt på den fremtidige utfordringen innen helse- og omsorgstjenesten. Revisor vurderer at dette er forhold som bør prioriteres inn i arbeidet med dannelsen av ny kommune fra 2020.

7.4. **Anbefalinger til problemstilling 4**

Anbefaling 17: Revisjonen anbefaler at kommunen vurderer en styrking av aktiviseringstilbud til eldre.

Anbefaling 18: Revisjonen anbefaler at kommunen vurderer om det er faglig og økonomisk fornuftig å satse sterkere på hjemmetjenesten.

Anbefaling 19: Revisjonen anbefaler at kommunen ved eventuell utbygging eller oppussing av bo- og servicesenteret og omsorgsboliger med heldøgns tjenester sikrer at plasser tilpasses personer med demens.

Anbefaling 20: Revisjonen anbefaler kommunen å vurdere innføring av forebyggende hjemmebesøk i eldreomsorgen, eller ta initiativ til etablering av et slikt tilbud i ny kommune fra 2020.

Anbefaling 21: Revisjonen anbefaler at kommunen følger opp egen målsetning om investering i universell utforming av boliger og omgivelser, og selv vurderer egen innsats for oppfølging av målet i forbindelse med utarbeidelse av årsrapporter

Anbefaling 22: Revisjonen anbefaler at det utarbeides skriftlige rutiner for oppfølging av vold i nære relasjoner ved Pleie, omsorg og rehabilitering.

Anbefaling 23: Revisjonen anbefaler at kommunen utarbeider skriftlige rutiner for å sikre at pasienter i ernæringsmessig risiko blir identifisert og fulgt opp i tråd med nasjonale faglige retningslinjer

Anbefaling 24: Revisjonen anbefaler at kommunen i forbindelse med vurdering av styrking av hjemmetjenesten også vurderer etablering i hverdagsrehabilitering som tjeneste.

8. Samlede anbefalinger

Anbefalinger til problemstilling 1 – helsestasjons- og skolehelsetjeneste:

Anbefaling 1: Revisjonen anbefaler at kommunen tar initiativ til et samarbeid med andre kommuner for å utvikle et jordmortilbud om hjemmebesøk fra jordmor 1-3 dager etter hjemkomst.

Anbefaling 2: Revisjonen anbefaler kommunen å vurdere muligheter for å styrke tilbudet om opplysningsvirksomhet, samlivs- og foreldreveiledning til gravide i Hobøl kommune .

Anbefaling 3: Revisjonen anbefaler kommunen å vurdere mulighetene for å etablere et tilbud om helsestasjon for ungdom.

Anbefaling 4: Revisjonen anbefaler kommunen å vurdere tiltak for å styrke forebyggende psykososialt arbeid for ungdom i alderen 17-20 år.

Anbefaling 5: Revisjonen anbefaler at det tydeliggjøres i rutine for hjemmebesøk etter fødsel at foreldrenes psykiske helse skal være tema

Anbefaling 6: Revisjonen anbefaler at kommunen gjennomgår skolehelsetjenestens rutiner med tanke på å tydeliggjøre fokus på å oppdage psykiske plager og lidelser hos barn og ungdom

Anbefaling 7: Revisjonen anbefaler kommunen å gå gjennom skolehelsetjenestens rutiner med tanke på å tydeliggjøre disse i forhold til å tilby oppfølging til barn og ungdom med psykiske plager og lidelser

Anbefaling 8: Revisjonen anbefaler at det utarbeides skriftlige rutiner for gjennomføring av tverrfaglige samarbeidsmøter, og at de gjøres tilgjengelig for alle deltakende instanser.

Anbefaling 9: Revisjonen anbefaler at det utarbeides skriftlige rutiner for samarbeid med fastleger, samt at rutine for samarbeid innen den faglige ledelsen av helsestasjonen følges opp og dokumenteres tilfredsstillende.

Anbefaling 10: Revisjonen anbefaler kommunen å ta initiativ til etablering av et systematisk samarbeid med spesialisthelsetjenesten (BUP) i forhold til spørsmål om psykisk helse

Anbefaling 11: Revisjonen anbefaler at det etableres et mer systematisk samarbeid mellom helsestasjon/skolehelsetjeneste og psykisk helseteam.

Anbefaling 12: Revisjonen anbefaler at det etableres et samarbeid med NAV i henhold til nasjonale faglige retningslinjer.

Anbefalinger til problemstilling 3 – habilitering og rehabiliterings, individuell plan og koordinator:

Anbefaling 13: Revisjonen anbefaler at kommunen tar initiativ til etablering av et system for planlegging av habiliterings- og rehabiliteringsarbeid.

Anbefaling 14: Revisjonen anbefaler at kommunen iverksetter tiltak for å sikre at nødvendig utredning og oppfølging sikres for alle pasienter med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering.

Anbefaling 15: Revisjonen anbefaler at kommunen nedfeller koordinerende enhets myndighet i skriftlige rutiner

Anbefaling 16: Revisjonen anbefaler at det utarbeides rutiner for koordinerende enhets overordnede ansvar for arbeid med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator

Anbefalinger til problemstilling 4 – forebyggende helsetjenester innen eldreomsorgen:

Anbefaling 17: Revisjonen anbefaler at kommunen vurderer en styrking av aktiviseringstilbud til eldre.

Anbefaling 18: Revisjonen anbefaler at kommunen vurderer om det er faglig og økonomisk fornuftig å satse sterkere på hjemmetjenesten.

Anbefaling 19: Revisjonen anbefaler at kommunen ved eventuell utbygging eller oppussing av bo- og servicesenteret og omsorgsboliger med heldøgns tjenester sikrer at plasser tilpasses personer med demens.

Anbefaling 20: Revisjonen anbefaler kommunen å vurdere innføring av forebyggende hjemmebesøk i eldreomsorgen, eller ta initiativ til etablering av et slikt tilbud i ny kommune fra 2020.

Anbefaling 21: Revisjonen anbefaler at kommunen følger opp egen målsetning om investering i universell utforming av boliger og omgivelser, og selv vurderer egen innsats for oppfølging av målet i forbindelse med utarbeidelse av årsrapporter

Anbefaling 22: Revisjonen anbefaler at det utarbeides skriftlige rutiner for oppfølging av vold i nære relasjoner ved Pleie, omsorg og rehabilitering.

Anbefaling 23: Revisjonen anbefaler at kommunen utarbeider skriftlige rutiner for å sikre at pasienter i ernæringsmessig risiko blir identifisert og fulgt opp i tråd med nasjonale faglige retningslinjer

Anbefaling 24: Revisjonen anbefaler at kommunen i forbindelse med vurdering av styrking av hjemmetjenesten også vurderer etablering av hverdagsrehabilitering som tjeneste.

9. Rådmannens bemerkninger

Forvaltningsrevisjonsrapporten "Forebyggende helsetjenester" i Hobøl kommune har vært til behandling hos administrasjonen ved rådmannen. Rådmannen har gitt sine bemerkninger til revisjonens anbefalinger i skriv av 25.05.2018.

Rådmannens bemerkninger er vedlagt som vedlegg 2 til rapporten.

Revisjonen ser at rådmannen i Hobøl kommune vurderer det som utfordrende å gjennomføre alle anbefalingene fra revisjonen – særlig med tanke på bygging av ny kommune, Indre Østfold kommune. Rådmannen viser spesielt til anbefalinger som omhandler økning av aktivitet innen tjenesteleveransene, som hun vil bidra til at tas inn i delprosjekt A4 helse sosial og omsorg, som nyttige innspill til bygging av ny kommune.

Revisjonen ønsker også å understreke at vi har vært bevisst på prosessen med bygging av ny Indre Østfold kommune, og at flere av anbefalingene er forsøkt utformet på en måte som gjør det naturlig å se oppfølgingen i relasjon til arbeidet med kommunesammenslåingen.

Rådmannen viser videre til at anbefalinger som omhandler utarbeidelse av rutiner vil kunne gjennomføres innen rimelig tid, samt at et samarbeid med Spydeberg kommune om ny jordmorstilling vil kunne bidra til større fleksibilitet og prioritering av arbeidsoppgaver for jordmor.

Med dette som utgangspunkt vurderer revisor at rådmannen i hovedsak slutter seg til anbefalingene fra revisjonen.

10. Kildehenvisninger

Litteratur

- Kjellevoid, Alice (2016): Helse- og omsorgstjenesteloven - med kommentarer. Fagbokforlaget. Bergen

Dokumenter fra Hobøl kommune

- Rutiner og dokumentasjon tilgjengelig i kommunens kvalitetssystem, EK-leser
- Oversiktsdokument for Hobøl kommunes folkehelse 2016 – Helsetilstand og påvirkningsfaktorer
- Prosjekt Kjennskap. Søknad om tilskudd til tiltak innen forebygging av psykiske helseplager og rusmiddelbruk blant barn og unge i Østfold. 2017.
- Budsjett- og årsplansdokumenter for årene 2015, 2016, 2017 og 2018
- Årsmeldinger for årene 2014, 2015 og 2016
- Handlingsplan mot vold i nære relasjoner (2016-2020). Hobøl kommune.
- Kommuneplan 2011-2022 – Del 1 Samfunnsdel. Hobøl kommune

Lover

- LOV 2011-06-24 nr. 30: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Innst. 424 K (2010-2011) – Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

Forskrift

- FOR 2011-12-16 nr. 1256: Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (Forskrift om habilitering og rehabilitering)
- FOR-2012-08-29 nr. 842: Forskrift om fastlegeordning i kommunene
- FOR 2003-04-03 nr. 450: Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsetasjons- og skolehelsetjenesten

Stortingsmeldinger

- St.meld. nr. 16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015
- St.meld. nr. 29 (2012-2013) - Morgendagens omsorg
- St.meld. nr. 26 (2014-2015) - Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet

Retningslinjer

- Nytt liv og trygg barseltid for familien - Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen; IS2057; Helsedirektoratet; 2014
- Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Nasjonale faglige retningslinjer IS-25.82. Helsedirektoratet

- Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. IS-1580. Helsedirektoratet;2013
- IPLOS-registeret – Veileder for personell i kommunale helse- og omsorgstjenester. IS-1112 – IPLOS-veileder. Helsedirektoratet. 2015.

Internett

- Pressemelding nr: 30/2016. Helse- og omsorgsdepartementet
- SSB, KOSTRA: <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/kostra/>
- Kommnehelsa statistikkbank, Folkehelseinstituttet: <http://khs.fhi.no/webview/>
- SAMDATA kommune. Helsedirektoratet: <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata-kommune>
- Askim kommunes nettside: <https://www.askim.kommune.no>
- Eidsberg kommunes nettside: <http://www.eidsberg.kommune.no>
- Hobøl kommunes nettside: <http://www.hobol.kommune.no>
- Marker kommunes nettside: <https://www.marker.kommune.no>
- Skiptvet kommunes nettside: <http://www.skiptvet.kommune.no>
- Spydeberg kommunes nettside: <http://www.spydeberg.kommune.no>
- Trøgstad kommunes nettside: <http://www.trogstad.kommune.no>
- Ergoterapeutene – Norsk Ergoterapeutforbund: <http://ergoterapeutene.org>
- Helsehuset – Indre Østfold medisinske kompetansesenter IKS; prosjektside for Innovativ rehabilitering Indre Østfold:
<http://www.iomk.no/prosjekter.307276.no.html>

11. Vedlegg

Vedlegg 1: Utledning av revisjonskriterier

Vedlegg 2: Rådmannens tilbakemelding på anbefalinger (skriv inn dato på brevet, hvem det er sendt til og hvem det er sendt fra her)

Vedlegg 1 - Utledning revisjonskriterier

Vedlegg 1 - Utledning revisjonskriterier	1
Fastlegeordningen.....	4
Helsestasjons- og skolehelsetjenesten	6
Svangerskaps- og barselomsorgstjenester	6
Oppgaver for helsestasjon og skolehelsetjeneste	8
Habilitering og rehabilitering	27
Andre helse- og omsorgstjenester.....	33
Kapasitet og balanse i tjenestetilbudet	33
Aktiv omsorg	34
Forebyggende arbeid	36
Hverdagsrehabilitering.....	38

Revisjonen tar utgangspunkt i Helse- og omsorgstjenestelovens formålsparagraf - § 1-1 nr. 1. Paragrafen lyder:

§ 1-1. Lovens formål

Lovens formål er særlig å:

1. forebygge, behandle og tilrettelegge for mestrings 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.

0 Endres ved lov 16 juni 2017 nr. 55 (kr. 1 jan 2018 iflg. res. 16 juni 2017 nr. 777).

Revisor vil ta utgangspunkt i de forventninger sentrale myndigheter har gitt - primært gjennom stortingsmeldinger og gjennom lovregulering. Dette vil så danne grunnlag for revisjonskriterier knyttet til sentrale forventninger fra sentrale myndigheter. Her vil veiledere, nasjonale retningslinjer etc. også legges til grunn.

Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester er definert i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1¹, og er nærmere definert i § 3-2:

¹ LOV 2011-06-24 nr. 30: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

§ 3-1. Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.

Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

Kommunens ansvar etter første ledd innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Kongen kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om pliktens innhold.

Kommunens helse- og omsorgstjeneste omfatter offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune.

Tjenester som nevnt i første ledd, kan ytes av kommunen selv eller ved at kommunen inngår avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere. Avtalene kan ikke overdras.

0 Endres ved lov 16 juni 2017 nr. 55 (i.kr. fra den tid Kongen bestemmer).

§ 3-2. Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester

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

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
 - c. medisinsk nødmeldetjeneste
4. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning²
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 og
 - c. plass i institusjon, herunder sykehjem.

Kongen i statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om krav til innhold i tjenestene etter bestemmelsen her, herunder bestemmelser om kompetansekrav for ulike typer tjenester.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om fastlegeordningen, herunder om kvalitets- og funksjonskrav og om adgangen til suspensjon av fastlegeordningen.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om privat helse- og omsorgsvirksomhet i kommunen, herunder om kvalitets- og funksjonskrav. Dette gjelder også private tjenesteytere som ikke har avtale med kommunen.

0 Endret ved lov 2 juni 2017 nr. 34 (i.kr. 1 okt 2017). Endres ved lov 16 juni 2017 nr. 55 (i.kr. 1 jan 2018 iflg. res. 16 juni 2017 nr. 777). Endres ved lov 16 juni 2017 nr. 55 (i.kr. 1 jan 2020 iflg. res. 16 juni 2017 nr. 777).

1 Jf. lov 2 juli 1999 nr. 63 § 2-1 a.

2 Jf. lov 2 juli 1999 nr. 63 § 2-1 c.

§ 3-2 nr. 1 - Helsefremmende og forebyggende tjenester - må sees i sammenheng med § 3-3 som også regulerer kommunens helsefremmende og forebyggende ansvar, og den må sees i sammenheng med folkehelseloven²

§ 3-3. Helsefremmende og forebyggende arbeid

Kommunen skal ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning.

Helse- og omsorgstjenestene skal bidra i kommunens folkehelsearbeid, herunder til oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter folkehelseloven¹ § 5.

Helse- og omsorgstjenesten skal arbeide for at det blir satt i verk velferds- og aktivitetstiltak for barn, eldre og funksjonshemmede og andre som har behov for det.

¹ Lov 24 juni 2011 nr. 29.

Den forebyggende virksomheten skal ha en sosialfaglig og helhetlig tilnærming i tillegg til den medisinske. I tjenesten kan ligge oppsøkende virksomhet overfor utsatte grupper, samt opplysningsvirksomhet, rådgivningsvirksomhet og veiledningstjenester. Det forventes at det arbeides tverrfaglig og at helse- og omsorgstjenesten har en pådriverrolle for å sikre at helsefremmende arbeid ivaretas i kommunens planarbeid, i skoler og barnehager i arbeidsliv og nærmiljø. Ulike former for frisklivs-, lærings- og mestringstilbud, ulykkesforebyggende arbeid, tobakks- og rusforebygging og psykisk helsearbeid holdes fram som viktige elementer i det helsefremmende og forebyggende arbeidet.

Fastlegeordningen

Fastlegeordningen vurderes i forarbeidene å være helt sentral når det gjelder råd og veiledning³ Samtidig vises det i stortingsmeldingen «Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet» til at fastlegene har for liten tid til å gi tilstrekkelig råd, veiledning og opplæring. Det er derfor i mange tilfeller riktig at annet helsepersonell har ansvar for råd og veiledning. Kommunenes fastlegeordning er

² LOV 2011-06-24 nr. 29: Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)

³ Kjellevoid, Alice (2016): Helse- og omsorgstjenesteloven - med kommentarer. Fagbokforlaget. Bergen; s. 49

regulert gjennom egen forskrift.⁴ Kommunens ansvar for organisering er definert i § 4:

§ 4. Det kommunale ansvaret for organisering av fastlegeordningen

Kommunen skal organisere fastlegeordningen og sørge for at personer som ønsker det, får tilbud om plass på fastleges liste, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1c og forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen § 2.

Kommunen skal sørge for at et tilstrekkelig antall leger deltar i fastlegeordningen.

Kapasiteten må blant annet være stor nok til at mulighetene for å bytte fastlege er tilstede. Det må også være kapasitet nok til å sikre mulighet for en «second opinion». Paragrafene 30 og 34 regulerer fastlegeavtale og listetak:

§ 30. Fastlegeavtale

Kommunen skal inngå en individuell avtale med alle leger som skal delta i fastlegeordningen. Dette gjelder også om fastlegen arbeider i en gruppepraksis eller er del av en fellesliste.

Avtalen skal blant annet regulere åpningstid, listetak, lokalisering og eventuelle andre legeoppgaver som fastlegen skal utføre på vegne av kommunen, utover det som fremgår av listeansvaret, jf. § 12.

Avtalen bør regulere hvordan fastlegen kan bidra i kommunens folkehelsearbeid, herunder bidrag til oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter folkehelsesloven § 5.

Fastlegen og kommunen kan ikke avtale i strid med bestemmelser i denne forskriften, med mindre det fremgår av den enkelte bestemmelse.

§ 34. Listetak

Fastlegen skal ikke ha flere enn 2 500 personer på sin liste. Et listetak lavere enn 500 personer må avtales med kommunen. En liste anses lukket når antall innbyggere på listen har nådd fastsatt listetak.

Revisjonskriterier:

Med utgangspunkt i dette har revisor utledet følgende revisjonskriterier:

1. Kommunen skal ha et tilstrekkelig antall leger som deltar i fastlegeordningen
2. Kommunens fastleger skal ikke ha flere enn 2 500 personer på sin liste

4 FOR-2012-08-29 nr. 842: Forskrift om fastlegeordning i kommunene

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er nærmere regulert i Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten.⁵

§ 2-3. Tilbud til gravide og til barn og ungdom 0 - 20 år

Helsestasjonens tilbud til gravide skal omfatte:

- helseundersøkelser og rådgivning med oppfølging/henvisning ved behov
- opplysningsvirksomhet, samlivs- og foreldreveiledning.

Helsestasjons- og skolehelsetjenestens tilbud til barn og ungdom 0 - 20 år skal omfatte:

- helseundersøkelser og rådgivning med oppfølging/henvisning ved behov
- forebyggende psykososialt arbeid
- opplysningsvirksomhet og veiledning individuelt og i grupper
- hjemmebesøk/oppøkende virksomhet
- samarbeid med skole om tiltak som fremmer godt psykososialt og fysisk lærings- og arbeidsmiljø for elever
- bistand og undervisning i gruppe/klasse/foreldremøter i den utstrekning skolen ønsker det
- samarbeid om habilitering av barn og ungdom med spesielle behov, herunder kronisk syke og funksjonshemmede
- informasjon om og tilbud om Barnevaksinasjonsprogrammet, jf. [forskrift 2. oktober 2009 nr. 1229](#) om nasjonalt vaksinasjonsprogram.

0 Endret ved [forskrift 2 okt 2009 nr. 1230](#) (i kraft 5 okt 2009).

Svangerskaps- og barselomsorgstjenester

Kommunen skal tilby svangerskaps- og barselomsorgstjenester, jf. § 3-2 nr. 2.

I forskriften er dette nærmere regulert til at helsestasjonens tilbud til gravide skal omfatte:

- helseundersøkelser og rådgivning med oppfølging/henvisning ved behov
- opplysningsvirksomhet, samlivs- og foreldreveiledning

Det er ikke knyttet kompetansekrav til denne forpliktelsen i loven, men det heter i forarbeidene at svangerskapskontroll, som ansees som den mest sentrale oppgaven, kan utføres av fastlege, jordmor eller privatpraktiserende jordmor med driftsavtale. Helse- og omsorgskomiteen understreker i sin innstilling at Stortinget ved flere anledninger har gitt uttrykk for at jordmortjenesten i kommunene må styrkes.⁶

⁵ FOR 2003-04-03 nr. 450: Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

⁶ Kjellevoll, Alice (2016): Helse- og omsorgstjenesteloven - med kommentarer. Fagbokforlaget. Bergen; s. 53

Nasjonal retningslinje for svangerskapsomsorgen anbefaler et basisinnhold i svangerskapsomsorgen som tilsvarer 9 helseundersøkelser - inklusive ultralyd.⁷

I Nasjonal retningslinje for svangerskapsomsorgen⁸ anbefales det å gi informasjon til gravide gjennom kurs og skriftlig materiale. Dette for å minske angst og uro, og for å gjøre kvinner mer tilfredse med svangerskapsomsorgen.

Hjemmebesøk hos nyfødte er en viktig del av jordmortjenestens helseundersøkelser. I Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen⁹ står følgende om hjemmebesøk etter fødsel:

5.6 Hjemmebesøk

For kvinner og nyfødte hvor det vurderes som like trygt med oppfølging i hjemmet / lokalt som i føde-/barselavdeling, anbefales ett hjemmebesøk av jordmor innen første-Andre døgn etter hjemreisen. For kvinner med gode erfaringer fra tidligere fødsel, amming og barseltid tilbys det ett hjemmebesøk av jordmor i løpet av de tre første døgnene etter hjemreisen.

For kvinner med vanskelig ammestart, komplisert fødselsforløp, ambulans fødsel / hjemmefødsel eller familier i en risikosituasjon bør det tilbys ytterligere hjemmebesøk i løpet av den første uken etter fødselen.

Videre står det i retningslinjen at hjemmebesøk av helsesøster bør gjennomføres 7.-10. dag etter fødselen.

Det anbefales hjemmebesøk av helsesøster til alle nyfødte. Første besøk bør gjennomføres 7.-10. dag etter fødselen.

Utover dette foreslås det en konsultasjon / et hjemmebesøk mellom 14. og 21. døgn etter fødselen etter en individuell vurdering.

Revisjonskriterier:

Ut fra dette har revisor utledet følgende revisjonskriterier:

⁷ Nytt liv og trygg barseltid for familien - Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen; IS2057; Helsedirektoratet; 2014; ss. 44-45

⁸ Nytt liv og trygg barseltid for familien - Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen; IS2057; Helsedirektoratet; 2014; s. 50

⁹ Nytt liv og trygg barseltid for familien - Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen; IS2057; Helsedirektoratet; 2014

1. Kommunen bør ha styrket jordmortjenesten i løpet av de siste 10-15 årene.
2. Helsestasjonen skal gjennomføre helseundersøkelser og rådgivning med oppfølging/henvisning behov for gravide
3. Hjemmebesøk hos nyfødte bør gjennomføres av jordmor i løpet av de tre første døgnene etter hjemreise, samt av helsesøster 7.-10. dag etter fødselen.
4. Helsestasjonen skal drive opplysningsvirksomhet, samlivs- og foreldreveiledning overfor gravide.

Oppgaver for helsestasjon og skolehelsetjeneste

Utover forskriftens § 3-2 er helsestasjons- og skolehelsetjenestens virksomhet nærmere regulert gjennom *Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom*.¹⁰

I retningslinjen konkretiseres de forventninger som stilles til tjenesten, blant annet i forhold til styring og kompetanse og bemanning. Retningslinjen slår blant annet fast:

1. Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom skal ha et styringssystem
2. Ledelsen skal sikre en god og tydelige oppgave- og ansvarsfordeling i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom
3. Ledelsen skal sikre tilstrekkelig fagkompetanse i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom
4. Ledere i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom skal arbeide systematisk med kvalitet og pasientsikkerhet
5. Barn og ungdom skal ha et lett tilgjengelig lavterskeltilbud i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom

¹⁰ Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Nasjonale faglige retningslinjer IS-25.82. Helsedirektoratet

6. Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom skal sikre brukermedvirkning
7. Kommunen skal ha et styringssystem som ivaretar opplysningsplikten.

Internkontroll

Helsedirektoratet gjennomførte et landsomfattende tilsyn med kommunenes helsestasjonstjenester i 2011. Av rapporten framgår det at det på landsbasis var variasjoner i innhold og kvalitet, og at det var svak og mangelfull risikostyring i nesten alle kommuner. Det ble anbefalt at kommunene må sørge for systematisk overvåkning og gjennomgang av internkontroll/styring med helsestasjonsvirksomheten for å sikre at den fungerer som forutsatt. Plikt til å ha et internkontrollsystem er også fastslått i forskrift om helsestasjons- og

§ 3-1. Internkontroll

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal etablere internkontrollsystem i henhold til lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten § 3 og forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten.

0 Endret ved forskrifter 2 okt 2009 nr. 1230 (i kraft 5 okt 2009, tidligere § 4-1), 17 jan 2013 nr. 61.

skolehelsetjeneste § 3-1:

Lett tilgjengelig lavterskeltilbud

1.5 Lavterskeltilbud: Barn og ungdom skal ha et lett tilgjengelig lavterskeltilbud i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom

Tilbudet i helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom skal være **gratis**.

Barn, ungdom og deres foreldre skal kunne **henvende seg uten avtale eller henvisning** (drop-in).

Som praktiske anbefalinger til dette anbefaler den nasjonale faglige retningslinjen:

- Åpningstider som er tilpasset målgruppen og formålet med tjenesten
- At tjenesten er gratis.
- Universell utforming for blant annet barnevogn og rullestol.
- Riktig kompetanse hos de ansatte

- At barn, ungdom og foreldre kan ta kontakt uten avtale eller henvisning, ved oppmøte (drop-in), via telefon/SMS og/eller andre digitale løsninger

Tjenesten bør aktivt informere om tjenestetilbudet via kanaler som er lett tilgjengelig for barn, ungdom og foreldre, for eksempel via sosiale medier som Facebook.

På tjenestens hjemmesider bør det ligge informasjon om tjenestens tilbud, tilgjengelighet og hvilke fagpersoner som jobber i tjenesten samt at de som jobber der har taushetsplikt. Det bør vurderes om informasjon også bør oversettes til andre språk.

Samarbeid med andre tjenester

Retningslinjen inneholder videre en rekke krav og forventninger til *samarbeid* med andre tjenester, herunder: koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering, barnevern, folkehelsearbeidet i kommunen, fastlege, kommunelege, psykolog og kommunens øvrige psykiske helsetjenester, tannhelsetjeneste, barnehager og skoler.

Koordinerende enhet

Anbefalingen i nasjonal faglig retningslinje er:

2.1 Koordinerende enhet: Helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom skal samarbeide med koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering

Koordinerende enhet i kommunen er en sentral samarbeidspartner for helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester.

Det bør etableres skriftlige samarbeidsrutiner for utredning og oppfølging av barn med behov for individuell plan eller langvarige tjenester.

Den nasjonale faglige retningslinjen gir videre noen praktiske anbefalinger rundt samarbeidet:

Helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom bør samarbeide med koordinerende enhet om blant annet:

- Rutiner for å sende melding til koordinerende enhet om barn med behov for oppfølging og individuell plan

- Avklaring av helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjons for ungdoms rolle i arbeidet med individuell plan i kommunen.
- Rutiner for oppnevning av koordinator ansatt i helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom og rutiner for bytte av koordinator

Koordinerende enhet kan bistå helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom med veiledning og opplæring om individuell plan og koordinatorfunksjonen.

Barnevernet

Anbefalingen i den nasjonale faglige retningslinjen vedrørende samarbeid med barnevernet er at *Helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom skal ha et systematisk samarbeid med barnevernet:*

Helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom skal samarbeide med den kommunale barneverntjenesten. Ved behov bør tjenestene også samarbeide med statlig barnevern.

Leder av virksomheten bør sørge for å etablere rutiner og regelmessige samarbeidsmøter både på system- og individnivå som sikrer at barn og ungdommer fanges opp tidlig og får nødvendig oppfølging.

Se også [kapittelet Fellesdel: Opplysningsplikt.](#)

Den nasjonale faglige retningslinjen angir videre noen praktiske eksempler på områder der barnevernet og helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom bør samarbeide:

- Rutiner for at helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom kan drøfte barn/ungdommer/familier anonymt og få veiledning fra barneverntjenesten i kommunen ved behov.
- Rutiner for å sikre at barn og ungdommer med behov fanges opp tidlig og får nødvendig hjelp av barnevernet
- Risikovurderinger og evalueringer av uønskede hendelser (internkontroll)
- Felles kompetanseplanlegging på tema som er relevant for begge etater
- Sikre felles forståelse for hverandres samfunnsoppdrag og roller.

Samarbeidsrutiner bør være skriftlige

Folkehelsearbeid

Anbefalingen i nasjonal faglig retningslinje er:

2.3 Folkehelsearbeid: Helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom skal samarbeide med ansvarlig for kommunens folkehelsearbeid

Helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom skal ha et systemrettet samarbeid med den som er ansvarlig for kommunens folkehelsearbeid, for å kunne bidra til den oversikten som kommunen skal ha etter folkehelseloven § 5.

Det er leders ansvar å sørge for at tjenestene har rutiner for samarbeid.

Den nasjonale faglige retningslinjen angir følgende anbefaling for hvordan dette kan gjennomføres:

Leder for helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom bør ta initiativ til et samarbeid om hvordan tjenestene kan bidra med kunnskap om påvirkningsfaktorer (både negative og positive) og oversikt over barn og unges helsetilstand, hvis et slikt samarbeid ikke allerede er etablert.

Retningslinjen angir videre eksempler på indikatorer og sykdommer helsestasjon/skolehelsetjeneste kan bidra med til oversikten:

Eksempler på indikatorer:

- vaksinedekning
- ammefrekvens
- veiing og måling
- seksuelt overførbare infeksjoner
- prevensjonsbruk
- tenåringsgraviditeter
- abort

Eksempler på sykdommer som kan forebygges fra barne- og ungdomstid:

- psykiske lidelser
- ikke-smittsomme sykdommer (NCD-er, for eksempel hjerte- og karsykdommer, diabetes, kroniske lungesykdommer og kreft)
- over- og undervektsutvikling

Fastlege

2.4 Fastlege: Helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom skal samarbeide med barnets/ungdommens fastlege

Helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom skal ha rutiner for samarbeid med barns og ungdommers fastleger for å sikre tydelig ansvars- og oppgavefordeling og god rolleforståelse. Det er kommunenes ansvar å tilrettelegge for at tjenestene kan samarbeide, se [anbefalingen Kommunelegen](#).

Samarbeidet med den enkelte fastlege må være basert på samtykke fra barnet/ungdommen og/eller foreldre. Se [anbefalingen Brukermedvirkning](#).

Navnet til barnets/ungdommens fastlege skal oppgis i journalen, jf. journalforskriften § 8 bokstav m, og det bør foreligge rutiner for å registrere bytte av fastlege.

For praktisk gjennomføring av dette anbefaler nasjonal faglig retningslinje at det bør foreligge skriftlige samarbeidsavtaler mellom fastleger og helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom.

Videre bør samarbeidet mellom fastlegen og helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom omfatte:

- Roller, oppgaver og ansvarsfordeling mellom fastlegen og legetjenesten i helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom
- Rutiner for hvem i helsestasjonen, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom som tar kontakt med fastlege der det er påvist sykdom eller risiko for sykdom under konsultasjonene på helsestasjonen eller i skolehelsetjenesten.
- Rutiner for å sikre at fastlegen får informasjon dersom helsestasjonslege, skolelege eller kommunepsykolog henviser direkte til spesialisthelsetjenesten.
- Rutiner for samarbeid rundt oppfølging av kronisk syke barn/ungdom og eventuelt andre med behov for ekstra medisinsk oppfølging.

Kommunelegen

2.5 Kommunelegen: Helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom skal etablere samarbeid med kommunelegen

Kommunelegen skal være medisinsk faglig rådgiver for kommunen.

Leder for helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom bør ta initiativ til å involvere kommunelegen i utformingen av tjenestenes planverk og prioriteringer.

Av anbefalinger av praktisk karakter for å sikre samarbeidet oppgir nasjonal faglig retningslinje følgende:

Tjenestene bør blant annet samarbeide med kommunelegen om:

- folkehelse inkludert miljørettet helsevern
- kompetanseplanen om smittevern
- barnevaksinasjonsprogrammet
- helsemessig beredskap

Helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom bør utarbeide skriftlige samarbeidsrutiner med kommunelegen for å sikre kvalitet og kontroll

Psykolog eller psykiske helsetjenester

2.6 Psykolog: Helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom skal samarbeide med psykolog og kommunenes øvrige psykiske helsetjenester

Der kommunen har psykolog tilsatt skal helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom samarbeide med denne. Hvis kommunen ikke har psykolog, bør tjenestene ha et systematisk samarbeid med spesialisthelsetjenesten for veiledning.

Det er leders ansvar å sikre samarbeidsrutiner, se [kapittelet Fellesdel: Ledelse, styring og brukermedvirkning](#).

Videre står det under begrunnelse for anbefalingen:

Helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom skal samarbeide med «andre kommunale tjenester», jf. Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetj. § 2-1. Der kommunen har tilsatt psykolog eller har tilbud om andre psykiske helsetjenester, skal helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom samarbeide med disse tjenestene.

Videre kan vi lese:

Psykiske plager er ofte forbigående, men til enhver tid har 15-20 % av barn og ungdom mellom 3 og 18 år nedsatt funksjon på grunn av psykiske plager som angst, depresjon og atferdsproblemer. Omtrent 8 % har så alvorlige problemer at de oppfyller kriterier for en psykisk lidelse.

Psykisk helsearbeid med barn og unge innebærer å rette fokus mot forhold som påvirker den psykiske helsen - både mot faktorer som virker helsefremmende og faktorer som hemmer. Mange kommuner ha ansatt psykolog, og mange kommuner har et lavterskeltilbud for psykisk helsearbeid som tilbyr hjelp og oppfølging til barn og unge og til familier med psykiske vansker.

Praktisk anbefaling fra nasjonal faglig retningslinje er:

I kommuner som har psykolog bør det utarbeides rutiner for samarbeid mellom helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom og psykolog og kommunens øvrige psykiske helsetjenester.

I tråd med satsningen på psykologer i kommunene, skal psykologene:

- delta i det helsefremmende og forebyggende arbeidet
- inngå i tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid innen psykisk helse- og rusarbeid
- gjøre tilgangen til psykisk helsehjelp enklere for barn og unge

NAV

Helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom bør etablere rutiner **på systemnivå** for samarbeid med NAV i kommunen. Målet med samarbeidet bør være å sikre at barn og ungdom fanges opp tidlig og får nødvendig oppfølging.

Helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom kan samarbeide med NAV **på individnivå** om barn med behov for ekstra oppfølging. Det er opp til den enkelte kommune å vurdere behov for samarbeid på individnivå.

Anbefalingen er begrunnet med utgangspunkt i barnefattigdom og sosiale ulikheter. Vi vet i dag at fattige barn i større grad enn andre barn er utsatt for helseproblemer. Barn og unge skal ha en levestandard som er tilstrekkelig for god fysisk, psykisk og sosial utvikling. Tidlig innsats er vesentlig for forebygging av sosiale og helsemessige problemer. Dette gjelder særlig overfor barn og ungdom i vanskeligstilte familier. Helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom kan besitte viktig kunnskap om helsemessige forhold hos barn og

ungdommer, som NAV ikke nødvendigvis har oversikt over. For å redusere frafallet i videregående opplæring kreves helhetlig perspektiv, systematisk arbeid og tidlig innsats. Helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom er viktige aktører i arbeidet med å redusere frafallet.

Som praktisk anbefaling angir nasjonal faglig retningslinje at samarbeidsrutiner bør være skriftlige.

Tannhelsetjenesten

Helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom skal ha et systematisk samarbeid med den offentlige tannhelsetjenesten. Et systematisk samarbeid med den offentlige tannhelsetjenesten vil bidra til å sikre barn og ungdom god kvalitet på det samlede helsetilbudet, riktige prioriteringer og helhetlige forløp.

Samarbeidet bør:

- Sikre at helsestasjonen får gjennomført munnundersøkelser på barn 0-3 år på en forsvarlig og trygg måte, se [anbefalingen Munnundersøkelser](#).
- Sikre gode rutiner for at skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom kan henvise barn og ungdom til den offentlige tannhelsetjenesten ved behov.

I den nasjonale faglige retningslinjen¹¹ begrunnes dette med at et godt og strukturert samarbeid mellom den offentlige tannhelsetjenesten og helsestasjon er en forutsetning for at helsestasjonen kan foreta munnundersøkelser på barn ved 6 uker, 1/2 år, 1 år og 2 år.

Som praktisk anbefaling for å følge dette opp anbefales det videre at det bør utarbeides en skriftlig samarbeidsavtale mellom helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom og den offentlige tannhelsetjenesten. Avtalen bør være forankret på ledernivå. Avtalen kan også være forankret i en overordnet samarbeidsavtale mellom kommune og fylkeskommune (rådmann og fylkestannlege).

Samarbeidsavtalen bør innehold følgende:

- formål med avtalen
- partenes ansvar og forpliktelser
- rutiner for samarbeid om munnundersøkelser i helsestasjon 0-5 år

¹¹ Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Nasjonale faglige retningslinjer IS-25.82. Helsedirektoratet. S. 37

- rutiner for å henvise barn og ungdommer til tannhelsetjenesten
- en systematisk plan for gjensidig opplæring, veiledning og faglig støtte, herunder kriterier for henvisning
- en beskrivelse av hvilke kvalitetsdata som skal føres og bør evalueres.

Avverge og avdekke vold, overgrep og omsorgssvikt

Helsestasjonen skal videre bidra til å *avverge og avdekke vold, overgrep og omsorgssvikt*. Det omhandles i egne kapitler, 4.15 og 5.3 for henholdsvis helsestasjon for barn 0-5 år og skolehelsetjenesten for barn/ungdom 5-20 år. Helsestasjonen og skolehelsetjenesten skal bidra til å avverge og avdekke vold, overgrep og omsorgssvikt. Revisjonen vil undersøke om enheten har rutiner for slikt arbeid.

Kapittel 4.15 - om helsestasjon for barn 0-5 år - inneholder anbefalingen *Helsestasjonen skal bidra til å avverge og avdekke vold, overgrep og omsorgssvikt*:

Helsestasjonen skal gjennom helsestasjonsprogrammet **bidra til å avverge og avdekke** vold, overgrep og omsorgssvikt

Helsesøster, lege, fysioterapeut, jordmor og annet personell på helsestasjonen skal **være oppmerksomme** på forhold som kan tyde på at barnet er utsatt for vold, overgrep eller omsorgssvikt, og ved konsultasjonene i helsestasjonsprogrammet **observere barnet og familien for å avverge og avdekke** slike forhold.

Når det er grunn til å tro at barn blir mishandlet i hjemmet eller utsatt for andre former for alvorlig omsorgssvikt, eller når barnet viser vedvarende og alvorlige atferdsvansker, skal personellet på helsestasjonen **melde til barnevernet**. Se mer i [kapittelet Fellesdel: Opplysningsplikt](#).

Helsepersonell må ha blick for symptomer og våge å tenke at barnet kan være utsatt for mishandling, omsorgssvikt eller overgrep. Det er praktisk nyttig å tenke på tilstanden som et syndrom, og som ved andre syndromer er det kombinasjon av ulike symptomer og funn som avklarer diagnosen. For å avdekke vold, overgrep og omsorgssvikt bør helsestasjonen:

- Kle helt av barna ved alle konsultasjoner og se etter blåmerker og andre tegn til skade. Det bør tas hensyn til bluferdighet etter hvert som barna blir eldre, slik at større barn kan ha på trøye og truse.
- Observer samspillet mellom foreldre og barn.

- Ha oppdatert oversikt over hvem barnet bor med, og spørre foreldrene rutinemessig om belastninger i miljøet.
- Gjennomføre anbefalte hjemmebesøk.

Retningslinjen inneholder videre anbefalinger i forhold til hva helsestasjonen bør gjøre videre ved bekymring eller mistanke.

Kapittel 5.3 - om barn og ungdom 5-20 år - inneholder tre konkrete anbefalinger.

Den første anbefalingen sier at eleven bør være lett avkledd under den somatiske delen av skolestartundersøkelsen:

Eleven bør være lett avkledd ved gjennomføring av den somatiske undersøkelsen og ved veiing og måling for å:

- Kunne gjennomføre organundersøkelse og observere hudoverflater som en del av den somatiske undersøkelsen
- Kunne observere indikasjoner på vold, overgrep og omsorgssvikt

Med **lett avkledd** menes at barnet kun har på seg **truse/bokser og evt. trøye/t-skjorte**.

Når barnet er lett avkledd vil legen ha mulighet til å løfte på undertøyet for å observere hudoverflater. Ansatte i skolehelsetjenesten skal ha kompetanse til å kjenne igjen tegn eller atferd som gir grunn til bekymring. De skal vite hvordan mistanke skal håndteres, og sørge for at barn og ungdom får nødvendig hjelp.

Jenter på 1. og 5. trinn og deres foreldre skal få tilbud om en samtale om kjønnslemlestelse. Jenter med bakgrunn fra samfunn der kjønnslemlestelse er utbredt, skal også få tilbud om underlivsundersøkelse.

Retningslinjen inneholder videre en beskrivelse av hva skolehelsetjenesten bør foreta seg dersom det er mistanke om vold, overgrep og omsorgssvikt.

Den neste anbefalingen sier at vold, overgrep og omsorgssvikt bør være et tema i skolestartundersøkelse:

Ved skolestartundersøkelsen bør skolehelsetjenesten observere mulige fysiske og psykiske tegn til mistriksel, vold, overgrep og omsorgssvikt.

Skolehelsetjenesten bør:

- Rette oppmerksomhet mot mulige fysiske indikasjoner på vold, overgrep og omsorgssvikt i den somatiske undersøkelsen, se anbefalingen [Lett avkledd](#)
- Observere mulige tegn på psykiske plager under helsesamtalen og den somatiske undersøkelsen
- Stille spørsmål som nærmer seg forhold og faktorer relatert til vold, overgrep og omsorgssvikt

Ansatte i skolehelsetjenesten skal ha kunnskap om vold og overgrep og omsorgssvikt, og om hvordan de skal etterleve opplysningsplikten.

Den tredje anbefalingen sier at vold, overgrep og omsorgssvikt bør tas opp i helsesamtalen på 8. trinn:

Helsesamtalen på 8. trinn bør ha som mål å forebygge, avverge og avdekke vold, overgrep og omsorgssvikt gjennom å:

- Gi ungdommene informasjon om hva vold, overgrep og omsorgssvikt er
- Spørre alle ungdommer om de har opplevd vold eller overgrep, eller om de selv har utøvd vold

Ansatte i skolehelsetjenesten skal ha kunnskap om vold og overgrep og omsorgssvikt, og om hvordan etterleve opplysningsplikten. Ved veiing og måling, som bør gjøres i sammenheng med helsesamtalen på 8. Trinn, bør man være oppmerksom på fysiske tegn til vold, overgrep og omsorgssvikt.

I forkant av helsesamtalen bør alle ungdommene få informasjon om at vold og overgrep vil være blant temaene i helsesamtalen, og de bør få forklart hva vold og overgrep er. Under helsesamtalen bør alle ungdommene få informasjon om:

- Hvorfor vold, overgrep og omsorgssvikt er blant temaene i helsesamtalen og at temaet tas opp med alle
- At de kan kontakte skolehelsetjenesten når som helst for å stille spørsmål om og snakke om erfaringer med vold og overgrep.
- Taushetsplikten og dens begrensninger

- Hva vold, overgrep og omsorgssvikt er, herunder informasjon om seksualisert vold, kjærestevold, nettbasert vold og nettbaserte overgrep
- At vold, overgrep og omsorgssvikt er forbudt og straffbart etter gjeldende norsk lov. Den nasjonale faglige retningslinjen inneholder videre en samtaleguide som kan benyttes under samtalen, samt en beskrivelse av hvordan skolehelsetjenesten bør gå fram ved mistanke om vold, overgrep og omsorgssvikt.

Revisor vil kontrollere i hvilken grad tjenesten har rutiner som ivaretar anbefalingene i den nasjonale faglige retningslinjen.

Forebyggende psykososialt arbeid

Tilbudet til barn og ungdom i skolehelsetjenesten skal blant annet omfatte *forebyggende psykososialt arbeid* og samarbeid med skole om tiltak som fremmer godt psykososialt og fysisk lærings- og arbeidsmiljø for elever, jf. forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjeneste § 2-3. Skolehelsetjenesten bør derfor samarbeide tett med skolen for å sette i gang tiltak som fremmer et godt psykososialt miljø. Med forebyggende psykososialt arbeid menes tiltak som fremmer gode mellommenneskelige, sosiale og miljømessige forhold for å forhindre psykiske plager/sykdom og problemskapende atferd. Tjenesten har en viktig rolle i samarbeid med psykisk helsevern for å forebygge psykiske plager og lidelser, rusbruk, spiseforstyrrelser, utvikling av overvekt og å fange opp tidlige signaler på omsorgssvikt, mistriksel og utviklingsavvik mv. Videre bør tjenesten rette særlig oppmerksomhet mot barn og ungdom med spesielle behov, som for eksempel barn og ungdom med liten sosial støtte, kronisk sykdom og funksjonshemming, risiko for å utvikle psykiske plager/sykdom, ved mobbing, overgrep og annen vold og ved problemer knyttet til kjønnsidentitet og seksualitet.¹²

I de nasjonale retningslinjene anbefales det at foreldrenes psykiske helse tematiseres jevnlig under konsultasjoner - først under det første hjemmebesøket. Begrunnelsen er at foreldrenes psykiske helse, trivsel, fysiske plager og/eller

¹² FOR 2003-04-03 nr. 450: Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (kommentarer)

sykdom, samt deres opplevelse av å håndtere og mestre hverdagslivet har betydning for barnets oppvekst.¹³

Videre skal skolehelsetjenesten ha fokus på å *avdekke og å oppdage psykiske lidelser og plager*.¹⁴ En viktig forutsetning for dette er at skolehelsetjenesten er et lett tilgjengelig lavterskeltilbud for elevene. I *Merknader til forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*¹⁵ står det videre følgende:

Tjenesten har en viktig rolle i samarbeid med psykisk helsevern for å forebygge psykiske plager og lidelser, rusbruk, spiseforstyrrelser, utvikling av overvekt og å fange opp tidlige signaler på omsorgssvikt, mistriksel og utviklingsavvik mv. Videre bør tjenesten rette særlig oppmerksomhet mot barn og ungdom med spesielle behov, som for eksempel barn og ungdom med liten sosial støtte, kronisk sykdom og funksjonshemming, risiko for å utvikle psykiske plager/sykdom, ved mobbing, overgrep og annen vold og ved problemer knyttet til kjønnsidentitet og seksualitet.

I Nasjonale faglige retningslinjer for helsestasjons- og skolehelsetjenesten¹⁶ er temaet dekket, blant annet på side 164, under avsnittet *Trivsel, mestring og relasjoner (psykisk helse) - 1. trinn og 8. trinn*. Her heter det:

Skolehelsetjenesten skal ha kunnskap om bakenforliggende faktorer som fremmer og hemmer psykisk helse for å:

- *Sette inn tiltak og understøtte en positiv utvikling.*
- *Forebygge en negativ trivsel- og helseutvikling hos den enkelte og i hele populasjonen.*

På side 169, under avsnittet «Utforsking av trivsel, mestring og relasjoner (psykisk helse): 1. og 8. trinn» listes det opp forhold som bør berøres:

¹³ Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Nasjonale faglige retningslinjer IS-25.82. Helsedirektoratet; 4.13

¹⁴ Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Nasjonale faglige retningslinjer IS-25.82. Helsedirektoratet; 5.2.4

¹⁵ FOR 2003-04-03 nr. 450: Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

¹⁶ Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Nasjonale faglige retningslinjer IS-25.82. Helsedirektoratet

- I samtalen på 1. trinn: erfaringer før skolestart, inkludert erfaringer fra barnehage
- Trivsel og mestring på skolen og hjemme, inkludert mobbing
- Utvikling og opplevelse av selvbilde og selvfølelse
- Forhold til og i familien, inkludert eventuelle belastninger og livshendelser, for eksempel konflikt mellom foreldre, samlivsbrudd, dødsfall i nær familie, ulykker, psykisk helse, rus og sykdom hos foreldre, søsken eller familie.
- Relasjoner til venner, jevnaldrende, lærer og foreldre
- I samtalen på 8. trinn: Seksuell helse, inkludert kjæresteforhold og kjønnsidentitet.
- Vold, overgrep og omsorgssvikt

I avsnitt 5.2.4 *Oppdage psykiske plager og lidelser: Skolehelsetjenesten bør ha fokus på å oppdage psykiske plager og lidelser* står følgende:

Som et ledd i det helsefremmende og forebyggende arbeidet, bør skolehelsetjenesten ha fokus på å oppdage psykiske plager og lidelser hos barn og ungdom.

Tjenesten har særlig mulighet til å oppdage psykiske plager eller lidelser og begynnende skjevutvikling hos barn og ungdom i følgende sammenhenger:

- *I skolestartundersøkelsen*
- *I helsesamtalen på 8. trinn.*
- *Ved andre målrettede undersøkelser*
- *Ved veiing og måling*
- *Ved vaksinerings*
- *Når barnet og ungdommen selv tar kontakt ved drop-in*
- *Gjennom samarbeid med skolen*

Skolehelsetjenesten bør videre ha et tilbud om oppfølging for barn og unge med psykiske lidelser. I den nasjonale retningslinjen¹⁷ er dette utdypet på følgende måte:

Skolehelsetjenesten bør støtte barn og ungdommer med *psykiske plager* ved å :

¹⁷ Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Nasjonale faglige retningslinjer IS-25.82. Helsedirektoratet. s. 197

- Tilby oppfølgende samtaler individuelt eller i grupper
- Henvide til andre tjenester dersom oppfølgende samtaler og/eller tiltak i skolehelsetjenesten ikke er tilstrekkelige
- Samarbeide med skole og foreldre om å tilrettelegge skolehverdagen
- Samarbeide med andre tjenester, for eksempel psykisk helsetjeneste i kommunen og BUP, for veiledning.

Skolehelsetjenesten bør også støtte barn og ungdom som er i *behandling for psykiske lidelser* ved å:

- Samarbeide med skole og foreldre om å tilrettelegge skolehverdagen
- Motivere barn og ungdom som faller ut av behandling til å gjenoppta behandlingen

Skolehelsetjenesten bør ha oversikt over relevante hjelpetilbud i lokalmiljøet og samarbeide med relevante aktører ved bekymring om psykiske plager eller lidelser hos barn og ungdom.

Det skilles mellom *psykiske plager* og *psykiske lidelser* på følgende måte:

- *Psykiske plager* viser til tilstander som er plagsomme og som går utover normal fungering og læring.
- *Psykiske lidelser* viser til tilstander som er så intense, varige eller funksjonsnedsettende at de krever tiltak i spesialisthelsetjenesten.

Den nasjonale retningslinjen viser flere steder til at erfaring tilsier at det er rom for forbedringer når det gjelder samarbeid og koordinering mellom utdannings- og helsesektoren. Det anbefales nært samarbeid mellom skole, foreldre og helsetjenesten.¹⁸

I kommunens utarbeidede oversiktsdokument for folkehelse fremkommer det at *psykisk helse for ungdom* er område der kommunen har særlige utfordringer. Dette skiller seg ikke ut fra andre kommuner i området. Funnet i oversiktsdokumentet for folkehelse tilsier at dette bør være et satsingsområde for kommunen.

¹⁸ Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Nasjonale faglige retningslinjer IS-25.82. Helsedirektoratet. S. 198

Opplysningsvirksomhet individuelt og i gruppe retter seg først og fremst mot foreldrene. Den nasjonale faglige retningslinjen¹⁹ anbefaler at helsestasjonen gir alle foreldre tilbud om å delta i gruppekonsultasjoner i tillegg til individuelle konsultasjoner. Foreldre bør, i følge retningslinjen få tilbud om å delta i konsultasjoner ved 4 uker, 4 måneder og 17-18 måneder. I tillegg kan helsestasjonen tilby gruppekonsultasjoner ved 5 måneder og enten ved 8 eller 10 måneder, i stedet for individuell konsultasjon.

Når det gjelder konsultasjoner og hjemmebesøk til barn 0-5 år anbefaler den nasjonale faglige retningslinjen²⁰ et program med 14 konsultasjoner for helsestasjonen, inkludert hjemmebesøk av helsesøster til nyfødte. Hjemmebesøket bør i følge retningslinjen skje 7-10 dager etter fødsel.

Nasjonal faglig retningslinje²¹ anbefaler helseundersøkelser av barn i skolealder ved skolestart (1. trinn) og ved 8. trinn. I Nasjonal faglig retningslinje for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten²² anbefales veiing og måling av elevene i 1., 3. og 8. trinn.

Helsestasjon og skolehelsetjenesten skal gi informasjon om og tilbud om Barnevaksinasjonsprogrammet, i henhold til forskrift om helsestasjon og skolehelsetjenesten²³.

Nasjonal faglig retningslinje²⁴ videre fast at alle kommuner skal ha et helsestasjonstilbud for ungdom opp til 20 år - i tråd med forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten § 2-1. Retningslinje angir at helsestasjonstilbudet til ungdom bør organiseres slik at det:

- Er tilpasset ungdommens behov

¹⁹ Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Nasjonale faglige retningslinjer IS-25.82. Helsedirektoratet; pkt. 4.5

²⁰ Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Nasjonale faglige retningslinjer IS-25.82. Helsedirektoratet

²¹ Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Nasjonale faglige retningslinjer IS-25.82. Helsedirektoratet; s

²² Nasjonale faglige retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Nasjonale faglige retningslinjer IS-1736. Helsedirektoratet. 2010

²³ FOR 2003-04-03 nr. 450: Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, § 2-3

²⁴ Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Nasjonale faglige retningslinjer IS-25.82. Helsedirektoratet

- Gis på ungdommens premisser
- Opplevs tilgjengelig for ungdommene, også for dem som ikke går på skole.

Helsestasjon for ungdom (HFU) skal være et supplement til og ikke komme i stedet for skolehelsetjenesten. I mindre kommuner og bydeler kan det være et alternativ å etablere HFU på tvers av kommune- og bydelsgrenser for å få en hensiktsmessig drift og et større faglig miljø. Tilbudet til ungdom bør organiseres som en helsestasjon for ungdom som innebærer åpningstider etter skoletid, mulighet for drop-in-konsultasjoner og ansatte med gode kommunikasjonsferdigheter og god kunnskap om ungdomshelse

Kompetanse og bemanning i helsestasjon og skolehelsetjeneste

Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjeneste slår fast i § 2-1 at kommunen skal sørge for å ha tilgang på nødvendig personell for de oppgaver de skal utføre. Personellet må ha tilstrekkelig faglig kompetanse. Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 som fastsetter at tjenestene som tilbys skal være forsvarlige.²⁵ Det er ikke stilt nærmere kompetansekrav til det personalet som skal bemanne helsestasjons- og skolehelsetjenesten, men det er i forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunenes helsetjeneste slått fast at kommunen skal tilsette helsesøstre for å dekke behovet for de spesielle sykepleierfunksjoner i forbindelse med helsefremmende og forebyggende arbeid.²⁶ I henhold til den nasjonale faglige retningslinjen må også lege inngå i bemanningen for å sikre forsvarlighet iht. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. For å styrke det helsefremmende og forebyggende arbeidet bør kommunen søke å få en bred tverrfaglig basis for den totale kompetansen i virksomheten. Fysioterapeut bør derfor også inngå i tjenestens bemanning. Videre kan tjenesten også tilsette annen kompetanse ved behov, herunder psykolog, ergoterapeut eller andre yrkesgrupper med pedagogisk, sosialfaglig, tverrfaglig eller tverrkulturell kompetanse.

I pressemelding 30/2016 fra Helse- og omsorgsdepartementet i forbindelse med statsbudsjettet for 2017 skriver departementet: «Fra 2014 til 2017 er det lagt til rette for å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten med til sammen 836 millioner

²⁵ Kjellevold, Alice (2016): Helse- og omsorgstjenesteloven - med kommentarer. Fagbokforlaget. Bergen

²⁶ FOR 1983-11-23 nr. 1779: Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste

kroner (nasjonalt)». Data som beskriver Stortingets satsing på helsestasjon/skolehelsetjeneste gjennom særskilt fordeling gjennom statsbudsjettet er tilgjengelig via regjeringens nettsider på Kommunedata.²⁷ I henhold til statsbudsjettene for perioden 2014-2018 er det tiltenkt styrking av helsestasjon/skolehelsetjeneste i Hobøl kommune med til sammen 800.000,- etter følgende opptrapping:

- 2014: 169.000,-
- 2015: 392.000,-
- 2016: 669.000,-
- 2017: 760.000,-
- 2018: 800.000,-

Dette betyr at 800.000,- av økningen av de frie inntektene til Hobøl kommune i perioden er tiltenkt styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Revisjonskriterier:

Med utgangspunkt i ovenstående har revisor utledet følgende revisjonskriterier:

1. Helsestasjonen og skolehelsetjenesten skal gjennomføre helseundersøkelser for barn og ungdom 0-20 år, og gi rådgivning med oppfølging/henvisning ved behov.
2. Helsestasjonen og skolehelsetjenesten skal drive forebyggende psykososialt arbeid for barn og ungdom 0-20 år
3. Helsestasjonen bør tematisere foreldrenes psykiske helse i konsultasjonene
4. Skolehelsetjenesten bør tilby oppfølging til barn og ungdom med psykiske plager og lidelser
5. Helsestasjonen bør gi alle foreldre tilbud om å delta i gruppekonsultasjoner
6. Helsestasjonen og skolehelsetjenesten skal gjennomføre hjemmebesøk / oppsøkende virksomhet
7. Helsestasjonen og skolehelsetjenesten skal samarbeide med andre tjenester som gir tjenester til barn og unge
8. Helsestasjonen og skolehelsetjenesten skal gi informasjon om, og tilby vaksiner i henhold til Barnevaksinasjonsprogrammet.

²⁷ <https://frieinntekter.regjeringen.no>

9. Helsestasjonen og skolehelsetjenesten skal ha et internkontrollsystem som sikrer at virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres
10. Ledelsen skal sikre tilstrekkelig fagkompetanse i virksomheten
11. Barn og ungdom skal ha et lett tilgjengelig lavterskeltilbud i helsestasjon og skolehelsetjeneste
12. Helsestasjon og skolehelsetjeneste skal sikre brukermedvirkning
13. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør ha blitt styrket i perioden fra 2014 til 2017.
14. Helsestasjonen bør ha rutiner for å avverge og avdekke vold, overgrep og omsorgssvikt

Habilitering og rehabilitering

Mens habilitering og rehabilitering tidligere var regulert som en oppgave kommunen skulle utføre, skal habilitering og rehabilitering i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nå tilbys som en tjeneste. Tjenesten skal ikke bare ha en medisinsk tilnærming, men også en sosialfaglig og helhetlig tilnærming, og kommunen skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten.²⁸

Ved behandling av St. meld. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, pekte en samlet komité på at det over tid hadde vært en allmenn oppfatning at habiliterings- og rehabiliteringstilbudet ikke er gitt tilstrekkelig oppmerksomhet. Representantene fra KrF, Høyre og Frp påpekte at en forutsetning for å lykkes med samhandlingsreformen var at disse tjenestene ble styrket gjennom en opptrappingsplan. Økt samhandling og en styrking av habiliterings- og rehabiliteringstjenestene har vært vektlagt som viktig også i påfølgende stortingsmeldinger.²⁹ Forskrift om habilitering og rehabilitering³⁰ er utarbeidet for å

²⁸ Kjellevold, Alice (2016): Helse- og omsorgstjenesteloven - med kommentarer. Fagbokforlaget. Bergen; s. 27

²⁹ Se blant annet: St.meld. nr. 25 (2005-2006) - Mestring, muligheter og mening, St.meld. nr. 16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015, St.meld. nr. 29 (2012-2013) - Morgendagens omsorg og St.meld. nr. 26 (2014-2015) - Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet

³⁰ FOR 2011-12-16 nr. 1256: Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (Forskrift om habilitering og rehabilitering)

tydeliggjøre de krav som ligger til koordinering av tjenester til brukere med habiliterings- og rehabiliteringsbehov. Kravene om individuell plan, koordinator og koordinerende enhet er hjemlet i Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 7-1 til 7-3. Pasientens rett til individuell plan er også hjemlet i pasientrettighetsloven § 2-5. Prosjektet vil i denne delen undersøke i hvilken grad kommunen overholder krav som stilles i Forskrift om habilitering og rehabilitering.

Formålet med forskriften er å sikre at personer som har behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering, tilbys og ytes tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse. Formålet er også å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og bruker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene. Forskriften skal videre sikre at tjenestene tilbys og ytes:

1. ut fra et pasient- og brukerperspektiv,
2. i eller nærmest mulig pasientens og brukerens vante miljø,
3. samordnet, tverrfaglig og planmessig,
4. i en for pasientens og brukerens meningsfylt sammenheng.

Paragraf 5 i forskriften definerer kommunens ansvar:

§ 5. Kommunens ansvar for habilitering og rehabilitering

Kommunen skal planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet og ha en generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering i kommunen. Tjenester som inngår i kommunens helse- og omsorgstjenestetilbud, skal integreres i et samlet tverrfaglig re-/habiliteringstilbud.

Kommunen skal sørge for at alle som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering, jf. § 1 og § 3.

Re-/habiliteringstilbudet skal gis uavhengig av pasientens og brukerens boform.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal ved behov samarbeide med andre etater.

Prosjektet vil undersøke i hvilken grad kommunen planlegger sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet og i hvilken grad kommunen har en generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringsbehov i kommunen. I følge helsedirektoratets

veileder for Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator³¹ må oversikten gi et godt nok kunnskapsgrunnlag for styring, dimensjonering og prioriteringer, og favne bredden i behovet hos de ulike brukergrupper. Kommunen skal videre ha et system for å registrere behov og for å følge med på om det er samsvar mellom tilbud og behov. Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering bør, i følge veilederen, ha en sentral rolle i slik behovskartlegging og planlegging. Krav til styringssystem er utdypet i *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*.

Prosjektet vil videre vurdere i hvilken grad tjenester som inngår i kommunens helse- og omsorgstjenestetilbud er integrert i et samlet tverrfaglig re-/habiliteringstilbud. Kommunen skal legge til rette for at tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 og 3-2 inngår i et samlet tverrfaglig habiliterings- og rehabiliteringstilbud, uavhengig av hvordan tjenestene er organisert eller finansiert. Pasient og brukers behov skal være utgangspunktet for sammensetningen av det tverrfaglige tilbudet.³²

Prosjektet vil vurdere i hvilken grad «sørge-for-ansvaret» i § 5 andre ledd er ivaretatt: *Kommunen skal sørge for at alle som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering, jf. § 1 og § 3*. Veilederen utdyper dette med at tiltak som kan bistå personen i å gjenvinne funksjons- og mestringsevne skal prioriteres fremfor kompensierende hjelp dersom det er mulig. Kommunen kan ikke begrunne avslag med at tilbudet ikke finnes. Dersom det er kartlagt et behov for et spesifikt tilbud, og dette anses nødvendig, må det skaffes til veie. Det følger av sørge-for-ansvaret. Det bør etableres en praksis, nedfelt i rutiner, med tverrfaglig kartlegging og utredning allerede ved begynnende funksjonsfall. Prosjektet vil undersøke i hvilken grad kommunen har rutiner som ivaretar sørge-for-ansvaret.

Prosjektet vil også vurdere i hvilken grad tilbudet gis uavhengig av brukerens boform. Den enkeltes boform skal ikke innvirke på hvorvidt det gis et tilbud eller ikke. Personer som eksempelvis har opphold i sykehjem eller annen institusjon, skal gis

³¹ Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator, IS-2651, Helsedirektoratet, s. 31

³² Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator, IS-2651, Helsedirektoratet, s. 32

tilbud på linje med hjemmeboende og etter de samme faglige retningslinjer ved behov for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering.

Paragraf 6 slår fast at kommunen skal ha en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunen:

§ 6. Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunen

Det skal finnes en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3. Den koordinerende enheten skal bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering.

Koordinerende enhet skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Overordnet ansvar for individuell plan innebærer at enheten blant annet skal:

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

I Prop 91 L (2010-2011) til helse- og omsorgstjenesteloven slutter departementet seg til følgende av Helsedirektoratets anbefalinger:

- Den koordinerende enheten bør integreres i det eksisterende organisatoriske apparatet, for eksempel i service-, bestiller- eller forvaltningskontor eller et NAV-kontor. (...)
- Koordinerende enhet bør forankres i et overordnet ledernivå.
- Koordinerende enhet bør sikres en styringsmyndighet på tvers av sektorer og virksomheter.
- Virksomheten bør forankres i samarbeidsavtaler mellom kommunen, spesialisthelsetjenesten, NAV-kontor og Statlig spesialpedagogisk støttesystem

Prosjektet vil vurdere om kommunen har etablert en koordinerende enhet i tråd med bestemmelsene i lov og forskrift.

Videre vil enhetens ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator bli vurdert - likeså plikten til å sørge for opplæring som gjelder både koordinator og tverrfaglig personell.³³

³³ Kjellevold, Alice (2016): Helse- og omsorgstjenesteloven - med kommentarer. Fagbokforlaget. Bergen; s. 118

Prosjektet vil videre undersøke om kommunen har lagt forholdene til rette slik at personell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne melde mulighet re-/habiliteringsbehov som personellet blir kjent med til tjenesten.

§ 7. Melding om mulige behov for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering

Kommunen skal legge forholdene til rette slik at personell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne melde mulige re-/habiliteringsbehov som personellet blir kjent med i tjenesten. Meldingen gis til koordinerende enhet eller dit kommunen bestemmer.

Pasientens rett til å få utarbeidet individuell plan er regulert i forskriftens § 16, med krav om samtykke i § 17.

§ 16. Pasientens og brukerens rettigheter

Pasient og bruker med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5. Vedkommende har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan, og det skal legges til rette for dette, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. Pårørende skal trekkes inn i arbeidet i den utstrekning pasienten og brukeren og pårørende ønsker det.

Dersom en pasient ikke har samtykkekompetanse, har vedkommendes nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten eller brukeren, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 tredje ledd.

Den individuelle planen gir ikke pasienten og brukeren større rett til helse- og omsorgstjenester enn det som følger av det øvrige regelverket.

Reglene i første ledd andre og tredje punktum og reglene i andre ledd gjelder tilsvarende ved oppnevning av koordinator.

§ 17. Samtykke

Individuell plan skal ikke utarbeides uten samtykke fra pasienten eller brukeren eller den som kan samtykke på vegne av vedkommende. Tilsvarende gjelder ved oppnevning av koordinator.

For pasienter gjelder pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 om samtykke til helsehjelp.

Kommunens ansvar for å utarbeide individuell plan er definert i § 18, med en nærmere beskrivelse av krav til innholdet i planen i § 19.

§ 18. Ansvar for å utarbeide individuell plan

Kommunens helse- og omsorgstjeneste og helseforetaket har plikt til å sørge for at individuell plan etter § 1 utarbeides for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og psykisk helsevernloven § 4-1.

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering har det overordnede ansvaret for individuell plan, jf. § 6 og § 11.

Dersom en pasient eller bruker har behov for tilbud både etter helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven, skal kommunen sørge for at det blir utarbeidet en individuell plan, og at planarbeidet koordineres. Helseforetaket skal så snart som mulig varsle kommunens koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering når den ser at det er behov for en individuell plan som omfatter tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen, og skal i slike tilfeller medvirke i kommunenes arbeid med individuell plan.

Har pasienten eller brukeren behov for tjenester fra andre tjenesteytere eller etater, skal kommunens helse- og omsorgstjeneste og helseforetaket samarbeide med disse.

Planarbeidet må koordineres, og det skal kun utarbeides en individuell plan for hver enkelt pasient eller bruker.

§ 19. Innholdet i individuell plan

Den individuelle planens innhold og omfang skal tilpasses behovene til den enkelte pasient eller bruker. Det skal under utarbeidelsen av planen tas hensyn til vedkommendes etniske, kulturelle og språklige forutsetninger. Planen skal inneholde følgende hovedpunkter

- a) en oversikt over pasientens og brukerens mål, ressurser og behov for tjenester
- b) en oversikt over hvem som deltar i arbeidet med planen
- c) en angivelse av hvem som er koordinator
- d) en oversikt over hva pasient og bruker, tjeneste- og bidragsyterne og eventuelt pårørende vil bidra med i planarbeidet
- e) en oversikt over hvilke tiltak som er aktuelle og omfanget av dem, og hvem som skal ha ansvaret for disse
- f) en beskrivelse av hvordan tiltakene skal gjennomføres
- g) en angivelse av planperioden og tidspunkt for eventuelle justeringer og revisjoner av planen
- h) pasientens og brukerens samtykke til at planen utarbeides og eventuelt samtykke til at deltakere i planleggingen gis tilgang til taushetsbelagte opplysninger
- i) en oversikt over nødvendig eller ønskeligs samarbeid med andre tjenesteytere, institusjoner og etater.

Revisjonskriterier

Med dette som utgangspunkt har revisor utledet følgende revisjonskriterier:

1. Kommunen bør planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet slik at en har en generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering i kommunen
2. Kommunen bør integrere helse- og omsorgstjenestetilbudet i et samlet tverrfaglig re-/habiliteringstilbud
3. Kommunen skal sørge nødvendig utredning og oppfølging ved behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering
4. Re-/habiliteringstilbudet skal gis uavhengig av pasientens og brukerens boform

5. Det skal finnes en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten
6. Det overordnede ansvaret for arbeid med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator ligger til koordinerende enhet.
7. Pasient/bruker med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester skal få utarbeidet individuell plan
8. Kommunen skal legge til rette for at pasienter og pårørende kan delta i arbeidet med individuell plan
9. Individuell plan skal ikke utarbeides uten samtykke

Andre helse- og omsorgstjenester

Helse- og omsorgstjenesteloven sier i § 32 nr. 6 at kommunen skal tilby andre helse- og omsorgstjenester, herunder helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse, plass i institusjon og avlastningstiltak. Tjenestene er aktuelle for alle med behov, uavhengig av alder og diagnose. De skal være rettet mot både somatiske, psykiske og rusrelaterte lidelser, funksjonsnedsettelse og avhengighetsproblematikk.³⁴

Denne delen av prosjektet vil ta utgangspunkt i forventninger til utvikling av helse- og omsorgstjenestene slik det kommer til uttrykk gjennom stortingsmeldinger de siste 10-15 årene. Revisor vil trekke fram et utvalg tiltak og satsinger som er relatert til forebyggende helsetjenester innen kategorien «andre helse- og omsorgstjenester», og vurdere i hvilken grad kommunen har iverksatt tiltak i tråd med dette. Revisor vil fokusere på forebyggende helsetjenester innen eldreomsorgen.

Kapasitet og balanse i tjenestetilbudet

En av de sentrale utfordringene som løftes fram i Omsorgsplan 2015³⁵ er *god balanse mellom sykehjem og hjemmetjenester*. Det vises til at Statens helsetilsyn tidligere har reist spørsmål ved om kommunene har tilstrekkelig bufferkapasitet til å sikre tilbud om korttidsplasser i sykehjem og fleksibilitet i tiltakskjeden til å møte situasjoner med et akutt hjelpebehov eller når det kommer nye pasienter med

³⁴ Kjellevoid, Alice (2016): Helse- og omsorgstjenesteloven - med kommentarer. Fagbokforlaget. Bergen; s. 58
³⁵ St.meld. nr. 25 (2005-2006) - Mestring, muligheter og mening

omfattende hjelpebehov. Statens helsetilsyn viser også til at tilstrekkelig kapasitet på korttidsplasser er nødvendig for å kunne gi pårørende med store omsorgsoppgaver tilbud om regelmessig avlastning. Dersom kommunens tilbud av korttidsopphold er for knapt, oppfordres kommunene til å vurdere om det er faglig og økonomisk fornuftig å satse sterkere på hjemmetjenesten, og gjennom det redusere behovet for langtidsopphold i sykehjem. Dette vil kunne frigjøre kapasitet som kan benyttes til ulike korttidstilbud. En slik endring forutsetter imidlertid at de ytes både hjemmetjenester og dagtilbud, slik at bruker og pårørende opplever tjenestetilbudet som tilstrekkelig. Regjeringen mener videre det er viktig at tilbudet av sykehjem og omsorgsboliger med heldøgns tjenester til brukere med et varig behov også tilpasses personer med demens. Personer med aldersdemens utgjør en betydelig del av hjemmetjenestens brukere og et klart flertall i sykehjem.

Også i St.meld. nr. 29 (2012-2013) - Morgendagens omsorg er hjemmetjenester trukket fram som et viktig satsingsområde. Regjeringen omtaler der «Den nye hjemmetjenesten», og understreker at det både kvalitets- og ressursmessig ligger et stort potensiale i en enda sterkere satsing på utbygging hjemmetjenester. Økt satsing på hjemmetjenesten og tidlig innsats kan forebygge ytterligere funksjonssvikt og sykdomsutvikling og bidra til å utsette institusjonsinnleggelse og gi den enkelte et bedre liv.

Revisjonskriterier:

Med dette som utgangspunkt har revisor utleder følgende revisjonskriterier:

- Kommunen bør ha et tilstrekkelig tilbud av korttidsplasser
- Dersom kommunens tilbud av korttidsopphold er for knapt, bør kommunen vurdere om det er faglig og økonomisk fornuftig å satse sterkere på hjemmetjenesten, og gjennom dette redusere behovet for langtidsopphold i sykehjem
- Kommunens sykehjemstilbud og omsorgsboliger med heldøgns tjenester til brukere med et varig behov bør være tilpasset personer med demens

Aktiv omsorg

I Omsorgsplan 2015 vises det videre til at både brukere og pårørende må ha en trygghet for at kommunen kan stille med aktivitetstilbud på dagtid, avlastning eller

trygghetsplasser når det er behov for det. Dersom dette ikke sikres, vil etterspørselen etter andre og dyrere former for døgnkontinuerlige tjenester kunne øke.

De fleste undersøkelser peker på dagligliv, måltider, aktivitet, sosiale og kulturelle forhold som de største svakhetene med dagens omsorgstilbud. Dette krever større faglig bredde med plass til flere yrkesgrupper slik at omsorgstilbudet dekker psykososiale behov og kan gis en mer aktiv profil.

Aktiv omsorg løftes fram som et eget satsingsområde med omtale i eget kapittel i Omsorgsplan 2015. Det er en av de fem hovedstrategiene i stortingsmeldingen, og er nå innarbeidet i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 tredje ledd: «Helse- og omsorgstjenesten skal arbeide for at det blir satt i verk velferds- og aktivitetstiltak for barn, eldre og funksjonshemmede og andre som har behov for det.»

Under kapitelet om aktiv omsorg løftes også mat og måltider fram som et satsingsområde. Regjeringen ønsker å legge vekt på mat og måltid som en viktig del av omsorgstjenestens virksomhet, både på sykehjem og hjemmetjenesten. Helsetilsynet har, via Fylkesmannen, de senere årene gjennomført tilsyn relatert til kosthold og ernæring. Områdene som ble undersøkt i tilsynet var:

- Om kommunen sikrer at pasienter i sykehjem, som er underernærte eller i ernæringsmessig risiko blir identifisert
- Om kommunen sikrer at pasienter i sykehjem blir fulgt opp for å forebygge og behandle underernæring.

Videre trekkes kultur fram som et område kommunene bør satse på. «Den kulturelle spaserstokken» løftes fram som et tiltak som skal stimulere til tverrfaglig samarbeid mellom kultursektoren og helse- og omsorgstjenestene i kommunen. Regjeringen mener videre at økt aktivisering både sosialt og fysisk gjennom et mer tverrfaglig tilbud bør inngå som en del av den framtidige omsorgstjenesten, og det forventes at kommunen rekrutterer faggrupper som kan stimulere til økt aktivitet i tjenesten. Fysioterapeuter, ergoterapeuter, sosialarbeidere og aktivitører vil kunne spille en sentral rolle. Til sist løftes transport for eldre og personer med funksjonsnedsettelse fram som et område det bør fokuseres på.

Kultur, mat og måltider, aktivitet og trivsel er også trukket fram som et satsingsområde i St.meld. 16 (2010-2011), og i St.meld. 29 (2012-2013) –

Morgendagens omsorg – beskrives aktiv omsorg (kultur, måltider, aktivitet og trivsel) som helt sentrale og grunnleggende elementer i et helhetlig omsorgstilbud.

Ernæring har vært gjenstand for landsomfattende tilsyn i regi av Fylkesmannen. Det er ført tilsyn i to kommuner i Østfold, der begge kommunene fikk avvik på manglende rutiner for å avdekke og følge opp underernæring hos pasienter i institusjon. Som et ledd i å sikre et godt og variert kosthold er det viktig at kommunene har rutiner for å avdekke og følge opp underernæring hos pasienter som et forebyggende tiltak. Revisor har derfor også undersøkt om kommunen har slike rutiner, med utgangspunkt i Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring.

Revisjonskriterier

Med dette som utgangspunkt har revisor utledet følgende revisjonskriterier:

- Kommunen skal kunne stille med aktivitetstilbud på dagtid, avlastning eller trygghetsplasser når det er behov for det
- Kommunen bør ha rutiner for å sikre et godt og variert kosthold for brukerne.

Forebyggende arbeid

Når det gjelder forventninger knyttet eksplisitt til forebyggende arbeid viser regjeringen i Omsorgsplan 2015 til en forebyggende strategi som handler både om å styrke individets forutsetninger og å bygge ned samfunnsskapte barrierer. Forebyggende tiltak som kan bidra til å kutte toppen av framtidige omsorgsbehov, og fordele kostnader over en relativt stabil periode de påfølgende 15-20, oppgis å være først og fremst:

- sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid
- investeringer i universell utforming av boliger og omgivelser, for å redusere eller eliminere konsekvensene av nedsatt funksjonsevne
- sosiale og kulturelle tiltak som kan bidra til å styrke og utviklet sosiale nettverk og fellesskap
- volds- og ulykkesforebyggende arbeid.

Regjeringen skriver i stortingsmeldingen at det er mye som tyder på at forebyggende tiltak har vært nedprioritert i forhold til kurative oppgaver, og at det derfor kan være store gevinster på mer forebygging. Samtidig er det slik at det i praksis kan være vanskelig å skille mellom forebygging og behandling som individrettede tiltak. Forebygging i helsetjenesten vil ofte være en integrert del av en sammensatt tjeneste som har et behandlende, pleiende, rehabiliterende og forebyggende siktemål. Det er derfor fruktbart å skille mellom primær-, sekundær- og tertiær-forebygging. Primærforebyggingens hensikt er å redusere forekomst av sykdom og funksjonstap, sekundærforebygging reduserer konsekvensene av sykdom (blant annet ved tilrettelegging av omgivelsene), mens tertiærforebyggingens mål er å forhindre ytterligere svekkelse gitt sykdom eller nedsatt funksjonsevne.

I komitébehandlingen³⁶ av stortingsmeldingen trekkes *oppøkende, forebyggende hjemmebesøk i eldreomsorgen* fram som et satsingsområde. I tillegg trekkes *frivilligsentraler, eldresentre og dagtilbud* fram som viktige forebyggende tiltak. Forebyggende/frivillig hjemmebesøk er løftet fram som et viktig forebyggende tiltak også i St.meld. 16 (2010-2011) – Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015. I St.meld. nr. 26 (2014-2015) – Fremtidens primærhelsetjeneste er forebyggende hjemmebesøk løftet fram som et av nye og forsterkede tiltak i Omsorg 2020.

Universell utforming er trukket fram som ett av 5 mål under folkehelse i samfunnsdelen til kommunens kommuneplan: «Alle kommunale aktiviteter og bygninger skal så fremt det er mulig ha en primærløsning som er tilgjengelig for alle, samtidig som kommunen skal være en pådriver for universell utforming forøvrig.

Hobøl kommune har utarbeidet en handlingsplan mot vold i nære relasjoner. Planen gjelder for perioden 2016-2020. Planen gir en situasjonsbeskrivelse når det gjelder vold i nære relasjoner i Hobøl kommune. Blant annet mottok barnevernet i 2015 72 bekymringsmeldinger, hvorav 50 handlet om vold i nære relasjoner i ulik form. Planen viser også statistikk fra Follo politidistrikt med oversikt over antall anmeldelser om vold i nære relasjoner. Statistikken viser at Hobøl har få saker som er anmeldt, noe som kan tyde på underrapportering.

³⁶ Innst. S. 150 (2005-2006)

Planen angir videre en rekke tiltak som skal gjennomføres. Enkelte av tiltakene skal gjennomføres på alle enheter, og enkelte igjen er rettet mer konkret mot eldre. Nedenfor følger et utvalg av tiltakene:

- Enhetsledere har ansvar for å prioritere tverrfaglig kurs om temaet vold i nære relasjoner
- Det utarbeides en kontaktbrosjyre omhandlende vold mot eldre
- Det skal utarbeide interne prosedyrer for vold i nære relasjoner i hver enhet
- Handlingsplan mot vold i nære relasjoner skal gjennomgås i hver enhet
- Opprette en kontaktperson på Hobøl bo- og behandlingssenter som har fagkompetanse rundt området vold mot eldre.

Revisjonskriterier

Med dette som utgangspunkt har revisor utledet følgende revisjonskriterier:

1. Kommunen bør iverksette tiltak innen sykdomsforebygging og helsefremmende arbeid
2. Kommunen bør investere i universell utforming av boliger og omgivelser
3. Kommunen bør iverksette sosiale og kulturelle tiltak som kan bidra til å kutte toppen av framtidige omsorgsbehov
4. Kommunen bør iverksette volds- og ulykkesforebyggende arbeid som kan bidra til å kutte toppen av framtidige omsorgsbehov

Hverdagsrehabilitering

I St.meld. nr. 29 (2012-2013) – Morgendagens omsorg skriver regjeringen at det er et mål å styrke brukernes muligheter for egenmestring og opprettholdelse av funksjonsnivå så lenge som mulig. Derfor må rehabilitering være en naturlig og selvstendig del av all innsats og pleie. Regjeringen skrev derfor at de ønsket å bidra til en faglig omstilling av den kommunale helse- og omsorgstjenesten gjennom sterkere vekt på rehabilitering, forebygging og tidlig innsats. En faglig omlegging til mer aktiv hjelp gir omsorgstjenestene flere verktøy å arbeide med. For kommunene kan hverdagsrehabilitering bli viktig for utviklingen av nye forebyggende tjenester.

Det opprettes vanligvis et tverrfaglig team bestående av ergoterapeuter, fysioterapeuter, sosionomer og sykepleiere med rehabiliteringskompetanse.

Revisjonskriterium

Med dette som utgangspunkt har revisor utledet følgende revisjonskriterium:

- Kommunen bør drive hverdagsrehabilitering ved at hjemmetjenesten i større grad involveres i rehabiliteringsarbeidet