



## **Forvaltningsrevisjon | Klepp kommune** Institusjonstenesta etter samhandlingsreforma

Januar 2020

«Forvaltningsrevisjon av  
institusjonstenesta etter  
samhandlingsreforma»

Januar 2020

Rapporten er utarbeidd for Klepp  
kommune av Deloitte AS.

Deloitte AS  
Postboks 6013 Postterminalen,  
5892 Bergen  
tlf: 55 21 81 00  
[www.deloitte.no](http://www.deloitte.no)  
[forvaltningsrevisjon@deloitte.no](mailto:forvaltningsrevisjon@deloitte.no)

# Samandrag

Deloitte har i samsvar med bestilling frå kontrollutvalet i Klepp kommune gjennomført ein forvaltningsrevisjon av institusjonstenesta etter samhandlingsreforma. Føremålet med forvaltningsrevisjonen har vore å undersøke om institusjonstenesta (sjukeheimane) i Klepp kommune har system og rutinar for å ivareta kommunen sine oppgåver som følgjer av samhandlingsreforma.

Rettsreglar har blitt gjennomgått og nytta som revisjonskriterium. Vidare har revisjonen samla inn og gått gjennom dokumentasjon frå kommunen, samt gjennomført fem intervju med til saman ti personar.

Undersøkinga viser at kommunen ikkje har tilstrekkeleg kapasitet til å ta imot og følgje opp utskrivingsklare pasientar frå spesialisthelsetenesta som har behov for institusjonsopphald i kommunen etter utskriving. Talet på betalingsdøgn (overliggedøgn) på sjukehus har auka betydeleg i perioden frå 2016 og fram til i dag. Revisjonen merkar seg at kommunen vurderer tiltak for å kunne redusere talet på betalingsdøgn og for å sikre tilstrekkeleg kapasitet i institusjonstenesta framover. Når det gjeld kompetanse, stiller revisjonen spørsmål ved om kommunen har sikra at det er tilstrekkeleg kompetanse på jobb til ei kvar tid. Det blir særleg vist til utfordringar knytt til å sikre tilstrekkeleg sjukepleiarkompetanse. Revisjonen registrerer også at det blir gitt uttrykk for at bemanningssituasjonen gjer det krevjande å legge til rette for opplæring og etter- og vidareutdanning.

Undersøkinga viser vidare at det er etablert system og rutinar for samhandling mellom kommunen og helseføretaket om oppfølging av pasientar før, under og etter sjukehusopphald, og at systemet i seg sjølv framstår som føremålstenleg. Likevel får kommunen i mange tilfelle ikkje i tilstrekkeleg tid eller omfang informasjon om pasientane ved utskriving. Samtidig går det i undersøkinga fram at det i liten grad blir meldt avvik frå kommunen til helseføretaket i tilfelle der kommunen ikkje får tilstrekkeleg informasjon om pasientar som skal overførast til kommunen. Mangelfull rapportering av avvik kan auke risikoen for at avvik eller uønskte hendingar knytt til informasjonsutvekslinga ikkje blir fanga opp og følgt opp, noko som igjen kan bidra til at mangelfull praksis vedvarar og at relevant forbetningsarbeid/tiltak ikkje blir sett i verk. Når det gjeld avviksrapportering knytt til informasjonsutveksling og samhandling med helseføretaket syner også undersøkinga at det ikkje er tilstrekkeleg tydeleg korleis slike avvik skal meldast, og at ein ikkje opplever å få tilbakemelding på dei avvika som har blitt meldt.

Basert på det som kjem fram i undersøkinga kjem revisjonen med nokre tilrådingar til Klepp kommune. Desse går fram av kapittel 5.

# Innhald

Samandrag	3
1. Innleiing	6
2. Om tenesteområdet	8
3. System for å ivareta oppgåver og brukarar som følgje av samhandlingsreforma	9
4. System for samhandling	18
5. Konklusjon og tilrådingar	22
Vedlegg 1 : Høyringsuttale	23
Vedlegg 2 : Revisjonskriterium	25
Vedlegg 3 : Sentrale dokument og litteratur	27

# Detaljert innhaldsliste

Samandrag	3
1. Innleiing	6
1.1 Bakgrunn	6
1.2 Føremål og problemstillingar	6
1.3 Metode	6
1.4 Revisjonskriterium	7
2. Om tenesteområdet	8
2.1 Organisering av institusjonstenesta i Klepp kommune	8
3. System for å ivareta oppgåver og brukarar som følgje av samhandlingsreforma	9
3.1 Problemstilling	9
3.2 Revisjonskriterium	9
3.3 Kompetanse og kapasitet	10
3.4 Betalingsdøgn for utskrivingsklare pasientar	14
3.5 Reinnlegging av pasientar som er meldt utskrivningsklare	14
3.6 System for å sikre kompetanse i institusjonstenesta	15
3.7 Identifisering av om det er pasientgrupper som ikkje får tilfredsstillande oppfølging	16
4. System for samhandling	18
4.1 Problemstilling	18
4.2 Revisjonskriterium	18
4.3 System og rutinar for god og sikker informasjonsutveksling	18
4.4 Informasjon frå helseføretak om pasientar sine behov etter utskrivning	19
4.5 Avvik knytt til informasjonsutveksling mellom kommunen og helseføretak	20
5. Konklusjon og tilrådingar	22
Vedlegg 1 : Høyringsuttale	23
Vedlegg 2 : Revisjonskriterium	25
Vedlegg 3 : Sentrale dokument og litteratur	27

## Figurar

Figur 1: Organisering helse og velferd. Kjelde: Klepp kommune	8
---	---

## Tabellar

Tabell 1: Fordeling av plassar ved Sirkelen 3. etg. og Kleppheimen 2. etg. Kjelde: Klepp kommune	10
Tabell 2: Årsverk ved Sirkelen 3. etg. og Kleppheimen 2. etg. Kjelde: Klepp kommune	12
Tabell 3: Betalingsdøgn - utskrivingsklare pasientar. Kjelde: Klepp kommune	14

# 1. Innleiing

## 1.1 Bakgrunn

Deloitte har gjennomført ein forvaltningsrevisjon av institusjonstenesta i Klepp kommune etter samhandlingsreforma. Prosjektet blei bestilt av kontrollutvalet i Klepp kommune 21.2.2019 i sak 1/19.

## 1.2 Føremål og problemstillingar

Føremålet med forvaltningsrevisjonen har vore å undersøke om institusjonstenesta (sjukeheimane) i Klepp kommune har system og rutinar for å ivareta kommunen sine oppgåver som følgjer av samhandlingsreforma.

Med bakgrunn i føremålet er det utarbeidd følgjande problemstillingar som er undersøkt:

1. Er det etablert føremålstenelege system for å ivareta kommunen sine oppgåver som følgjer av samhandlingsreforma, og for å ivareta behova til dei ulike pasientgruppene? Under dette:
  - a) I kva grad har kommunen tilstrekkeleg kompetanse og kapasitet til å ta imot utskrivingsklare pasientar som har behov for oppfølging i institusjonstenesta?
  - b) I kva grad klarer kommunen å ta imot utskrivingsklare pasientar som har behov for oppfølging i institusjonstenesta?
  - c) I kva grad er det behov for reinnlegging av pasientar som er meldt utskrivingsklare frå sjukehuset?
  - d) I kva grad har kommunen etablert føremålstenelege system og rutinar for å sikre tilstrekkeleg kompetanse i institusjonstenesta?
  - e) I kva grad har kommunen gjort vurderingar av om det er pasientgrupper som ikkje får tilfredsstillande behandling etter innføring av samhandlingsreforma, og i kva grad er det sett i verk tiltak ved identifiserte utfordringar?
  
2. Har Klepp kommune etablert eit hensiktsmessig system for samhandling mellom kommunen og helseføretak?
  - a) I kva grad er det etablert system og rutinar for god og sikker informasjonsutveksling med helseføretak?
  - b) I kva grad mottar kommunen i tilstrekkeleg tid og omfang informasjon frå helseføretak om pasientar sine behov etter utskriving?
  - c) I kva grad blir det meldt avvik knytt til informasjonsutveksling mellom kommunen og helseføretak, og i kva grad blir ev. avvik følgt opp og rapportert tilbake om på ein systematisk måte?

## 1.3 Metode

Oppdraget er utført i samsvar med gjeldande standard for forvaltningsrevisjon (RSK 001) og kvalitetssikring er underlagt krava til kvalitetssikring i Deloitte Policy Manual (DPM).

Oppdraget er gjennomført i tidsrommet april 2019 til november 2019.

### 1.3.1 Dokumentanalyse

Rettsreglar har blitt gjennomgått og nytta som revisjonskriterium. Vidare har revisjonen samla inn og gått gjennom dokumentasjon frå kommunen. Dette inkluderer mellom anna rutinar, strategidokument, kompetanseplanar og samarbeidsavtalar mellom kommunen og helseføretaket.

### 1.3.2 Intervju

Revisjonen har gjennomført intervju med kommunalsjef for helse og velferd og verksemdsleiar institusjon, leiarar og fagutviklingssjukepleiarar ved to avdelingar i institusjonstenesta, representantar for

tenestekontoret samt representantar for tilsette i institusjonstenesta. Alle intervju blei gjennomført som gruppeintervju, og det er totalt gjennomført fem intervju med ti personar.

### **1.3.3 Verifiseringsprosessar**

Oppsummering av intervju er sendt til dei som er intervju for verifisering, og det er informasjon frå dei verifiserte intervjureferata som er nytta i rapporten.

Datadelen av rapporten er sendt til rådmannen for verifisering. Basert på tilbakemelding i samband med verifiseringa er det gjort nokre mindre justeringar i rapporten. Høyringsutkast av rapporten blei deretter sendt til rådmannen for uttale. Rådmannen sin høyringsuttale er vedlagt rapporten (vedlegg 1).

### **1.4 Revisjonskriterium**

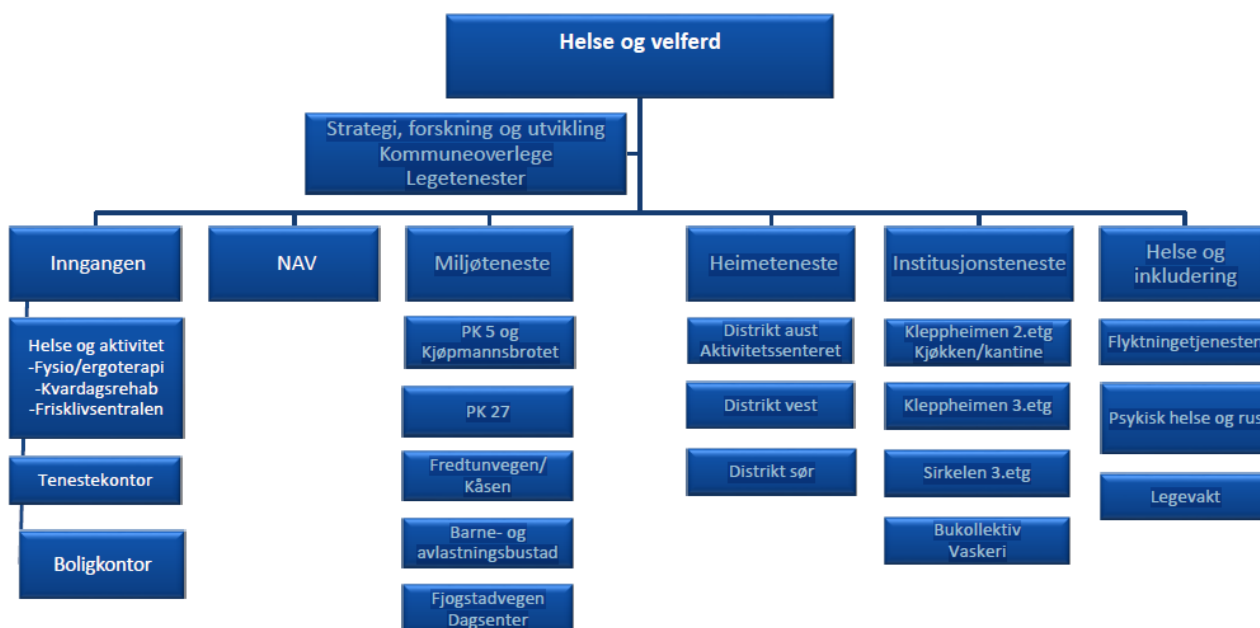
Revisjonskriteria er dei krav og forventningar som forvaltningsrevisjonsobjektet skal bli vurdert opp mot. Kriteria er utleia frå autoritative kjelder i samsvar med krava i gjeldande standard for forvaltningsrevisjon. I dette prosjektet er revisjonskriteria i hovudsak henta frå helse- og omsorgstenestelova og forskrift om leiging og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta. Kriteria er nærare presentert innleiingsvis under kvart tema, og i vedlegg 2 til rapporten.

## 2. Om tenesteområdet

### 2.1 Organisering av institusjonstenesta i Klepp kommune

Figuren under viser organiseringa av helse og velferd i Klepp kommune. Tenesteområdet er leia av kommunalsjef helse og velferd.

Figur 1: Organisering helse og velferd. Kjelde: Klepp kommune



**Institusjonstenesta** er organisert under helse og velferd og er leia av verksemdsleiar for institusjon. Institusjonstenesta består av fire sjukeheimsavdelingar; Kleppheimen 2. etasje, Kleppheimen 3. etasje, Sirkelen 3. etasje og Kleppetunet bukollektiv. Kommunen opplyser at det er avdelingane Sirkelen 3. etasje og Kleppheimen 2. etasje som har flest oppgåver som følgje av samhandlingsreforma. Revisjonen vil derfor i hovudsak rette merksemda på desse avdelingane.

Avdelingane har følgjande plassar:

Sirkelen 3. etasje: 12 langtidsplassar, 8 korttidsplassar og 4 rehabiliteringsplassar.

Kleppheimen 2. etasje: 17 langtidsplassar, 2 korttidsplassar og 4 lindrande plassar.

Ved Kleppetunet og Kleppheimen 3. etasje er det til saman 36 plassar, alle for personar med kognitiv svikt.

**Tenestekontoret** er også organisert under helse og velferd, og har ansvar for å kartlegge tenestebehov, behandle søknadar og fatte vedtak om tenester. Tenestekontoret skal vidare sikre kontakt mellom kommunen og spesialisthelsetenesta. Tenestekontoret har totalt 14 årsverk, med følgjande fordeling: 3 årsverk på bustadkontor, 6 årsverk som tenestekoordinator, 4 årsverk merkantile saksbehandlarar og 1 årsverk avdelingsleiar.



# 3. System for å ivareta oppgåver og brukarar som følgjer av samhandlingsreforma

## 3.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgjande hovudproblemstilling med underproblemstillingar:

*Er det etablert føremålstenelege system for å ivareta kommunen sine oppgåver som følgjer av samhandlingsreforma, og for å ivareta behova til dei ulike pasientgruppene?*

Under dette:

- a) I kva grad har kommunen tilstrekkeleg kompetanse og kapasitet til å ta imot utskrivingsklare pasientar som har behov for oppfølging i institusjonstenesta?
- b) I kva grad klarer kommunen å ta imot utskrivingsklare pasientar som har behov for oppfølging i institusjonstenesta?
- c) I kva grad er det behov for reinnlegging av pasientar som er meldt utskrivingsklare frå sjukehuset?
- d) I kva grad har kommunen etablert føremålstenelege system og rutinar for å sikre tilstrekkeleg kompetanse i institusjonstenesta?
- e) I kva grad har kommunen gjort vurderingar av om det er pasientgrupper som ikkje får tilfredsstillande behandling etter innføring av samhandlingsreforma, og i kva grad er det sett i verk tiltak ved identifiserte utfordringar?

## 3.2 Revisjonskriterium

### Samhandlingsreforma

Samhandlingsreforma har som mål å bidra til at alle får rett behandling, til rett tid og på rett stad.<sup>1</sup> Ein sentral intensjon er at kommunane skal opprette kommunale tilbod før, i staden for og etter sjukehusopphald. Det er særskilt insentiv knytt til å redusere andelen «utskrivingsklare pasientar», og i samband med reforma blei det innført kommunalt betalingsansvar for utskrivingsklare pasientar i eiga forskrift<sup>2</sup>.

Føremålet med denne forskrifta er å bidra til betre arbeidsfordeling mellom tenestenivåa i helse- og omsorgstenesta, skape gode pasientforløp og kostnadseffektive løysingar som kan gi pasientar eit like godt eller betre tilbod i kommunen si helse- og omsorgsteneste som i spesialisthelsetenesta.<sup>3</sup>

Forskrifta regulerer mellom anna vilkåra for at ein pasient er utskrivingsklar. Av § 9 går det fram at pasient i somatisk døgnavdeling er utskrivingsklar når lege ved helseinstitusjon omfatta av spesialisthelsetenestelova vurderer at det ikkje er behov for ytterlegare behandling ved døgnopphald i helseinstitusjonen.

### Kommunen sitt ansvar for helse- og omsorgstenester

Kommunen skal ifølgje helse- og omsorgstenestelova<sup>4</sup> § 3-1 første ledd sørge for at personar som oppheld seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstenester. Dette inkluderer tilbod om opphald i

---

<sup>1</sup> Helse- og omsorgsdepartementet, St.meld. nr. 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid

<sup>2</sup> Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasientar

<sup>3</sup> Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter § 1.

<sup>4</sup> Helse- og omsorgsdepartementet, 2011. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenestelova). LOV-2011-06-24-30.

sjukeheim eller tilsvarende bustad særskilt tilrettelagt for heildøgns teneste jf. § 3-2 a, dersom dette etter ei helse- og omsorgsfagleg vurdering er det einaste tilbodet som kan sikre pasienten eller brukaren nødvendige og forsvarlege helse- og omsorgstenester.

Kommunen sitt ansvar etter § 3-1 første ledd inneber ei plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere verksemda, slik at omfanget og innhaldet i tenestene er i samsvar med krav fastsett i lov og forskrift.

### **Krav til systematisk styring av verksemda**

Forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta omtalar krav til systematisk styring av verksemdar som er pålagt internkontrollplikt etter helse- og omsorgstenestelova. Av § 1 går det fram at føremålet med forskrifta er å bidra til fagleg forsvarlege helse- og omsorgstenester, kvalitetsforbetring og pasient- og brukartryggleik, samt til at øvrige krav til helse- og omsorgslovgivinga blir etterlevd. Av § 3 i same forskrift går det fram at den som har det «overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette».

Av § 6 d i forskrifta går det fram at verksemda har plikt til å planlegge sine aktivitetar med omsyn til å ha oversikt over område i verksemda der det er risiko for svikt eller mangel på etterleving av myndigheitskrav, og område der det er behov for vesentleg betring av kvaliteten på tenesta og pasient- og brukartryggleiken.

### **Kompetanse og opplæring**

§ 4-1 i helse- og omsorgstenestelova omtalar krav til forsvarlegheit i kommunen sine helse- og omsorgstenester. Her går det mellom anna fram at kommunen skal tilrettelegge tenestene slik at helse- og omsorgstenesta og personell som utfører tenestene blir i stand til å overhalde sine lovpålagte plikter (§ 4-1 c) og at tilstrekkeleg fagkompetanse blir sikra i tenestene (§ 4-1 d).

I forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta står det at verksemda skal sørge for at medarbeidarar i verksemda har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, rettleiarar og styringssystem (§ 7 b). Kommunen skal vidare sørge for at tilsette som utfører teneste eller arbeid etter helse- og omsorgstenestelova får påkravd vidare- og etterutdanning (helse- og omsorgstenestelova § 8-2 første ledd).

Sjå vedlegg 2 for utfyllande revisjonskriterium.

## **3.3 Kompetanse og kapasitet**

### **3.3.1 Datagrunnlag**

#### **3.3.1.1 Kapasitet**

Tabellen under viser ulike typar institusjonsplassar ved Sirkelen 3. etasje og Kleppheimen 2. etasje.

Tabell 1: Fordeling av plassar ved Sirkelen 3. etg. og Kleppheimen 2. etg. Kjelde: Klepp kommune

<b>Avdeling</b>	<b>Langtidsplassar</b>	<b>Korttidsplassar</b>	<b>Rehab.plass</b>	<b>Lindrande plassar</b>	<b>Sum plassar totalt</b>
Sirkelen 3. etg.	12	8	4	-	24
Kleppheimen 2. etg	17	2	-	4	23
<b>Sum</b>	29	10	4	4	47

Som det går fram av tabellen over er det korttidsplassar både ved Kleppheimen 2. etasje og Sirkelen 3. etasje, men hovudvekta av korttidsplassane i kommunen er plassert ved Sirkelen. Begge avdelingane har også langtidsplassar.

I intervju blir det opplyst at det har vore overbelegg ved Sirkelen 3. etasje over lengre tid. Kommunen opplyser at det er laga ein plan for å handtere inntil 8 pasientar i overbelegg ved denne avdelinga. På

intervjutidspunktet (juni 2019) blei det opplyst at overbelegget var på fem pasientar, men at det sidan starten av 2019 har vore kontinuerleg overbelegg på 2-3 pasientar. Revisjonen får opplyst at overbelegget blir handtert ved å gjere enkeltrum om til dobbeltrum.

Overbelegget på institusjonsplassane medfører at kommunen ikkje klarer å ta imot alle utskrivingsklare pasientar frå sjukehus som har behov for institusjonsopphald etter utskriving, og det blir gjennomgåande gitt uttrykk for at kapasiteten til å ta imot desse pasientane ikkje blir opplevd å vere tilstrekkeleg.

### 3.3.1.2 Årsakar til manglande kapasitet

I intervjuet som revisjonen har gjennomført blir det peikt på ulike årsakar til overbelegg og manglande kapasitet i institusjonstenesta. Følgjande forhold blir nemnt som vesentlege i denne samanheng:

- Fleire brukarar ventar på ledig langtidsplass i ein korttidsplass
- Avviklinga av Alderspensjonatet (omsorgsbustadar) har bidratt til press på institusjonsplassane
- Det har tidlegare blitt tildelt institusjonsplassar til ein del brukarar som hadde eit hjelpebehov som kunne vore ivaretatt i heimen, og fleire av desse har hatt lang butid på institusjon
- I periodar har det vore mange inneliggande pasientar på sjukehuset samtidig, og kommunen har ikkje hatt kapasitet til å ta imot alle desse på ein gong

Når det gjeld det første punktet, blir det gjennomgåande gitt uttrykk for at det er **behov for fleire langtidsplassar** i kommunen. Revisjonen får opplyst at det per august 2019 var seks personar som venta på ledig langtidsplass i ein korttidsplass. Også andre typar plassar blir opplyst å bli tildelt andre pasientgrupper enn det plassane i utgangspunktet er tiltenkt. I eit av intervjuet blir det kommentert at fire av korttidsplassane ved Kleppheimen 2. etg. i utgangspunktet skal vere reservert til pasientar som treng lindrande behandling, men at desse i dag delvis blir brukt til andre pasientgrupper som til dømes har psykiske vanskar eller som ventar på ledig langtidsplass.

Også leiinga i helse og velferd og institusjonstenesta peikar på at det ser ut til at utfordringane med å klare å ta imot utskrivingsklare pasientar er knytt til at det er for få langtidsplassar i kommunen, men viser samtidig til at behovet kan endre seg raskt. Kommunen ønskjer derfor å gjere ei nærare analyse av om det er fleire langtidsplassar eller fleire korttidsplassar det er behov for.

Elles blir det også av enkelte peikt på at ein ikkje trur at institusjonstenesta vil klare å ta imot alle utskrivingsklare pasientar sjølv om kapasiteten på langtidsplassar blir auka opp, og viser til at det er behov for fleire korttidsplassar og ei «venteavdeling» for brukarar som ventar på ledig langtidsplass. Sjølv om dei fleste som ventar på ledig langtidsplass per i dag har ein korttidsplass fordi det ikkje lenger er forsvarleg at dei bur heime, viser enkelte til at det førekjem at brukarar bur heime under marginale forhold medan dei ventar på ledig plass.

**Alderspensjonatet**, som hadde 12 plassar, blei avvika i 2018/2019. Plassane var definert som omsorgsbustadar der brukarane betalte leige for kommunal bustad, men kommunen opplyser at ein ekstern gjennomgang av tenestene i 2017 viste at helse og velferd nytta mange av desse plassane som sjukeheim. Fleire av brukarane som flytta inn på Alderspensjonatet dei siste åra, hadde kortare butid enn dei som flytta inn i langtidssjuktavdelingane i institusjon, og bebuarane var pleietrengande på linje med brukarar på ei langtidssjuktavdeling. Det blir peikt på at kommunen i realiteten følgjeleg delfinansierte sjukeheimsplassar for bebuarar i Alderspensjonatet. Revisjonen får opplyst at demensavdelinga ved Kleppheimen blei utvida med 4 midlertidige langtidsplassar, og at ein del personalressursar blei flytta over på denne avdelinga i samband med avviklinga av Alderspensjonatet.

Når det gjeld det tredje punktet om **tidlegare tildelingspraksis**, opplyser kommunen at det i 2014 blei tildelt institusjonsplass til ein del brukarar som hadde eit hjelpebehov som kunne ha vore ivaretatt i heimen, og der fleire har hatt lang butid på institusjon. Kommunen opplyser at det har blitt retta større merksemd mot tildeling av tenester ut i frå funksjon/tenestebehov etter opprettinga av tenestekontoret i 2015, og det blir peikt på at dette også har ført til ei meir rettferdig behandling og betre kvalitet på vedtaka. I intervjuet med overordna leiing for institusjonstenesta/helse og velferd blir det vist til at den eksterne ressursgjennomgangen i 2017 konkluderte med at Klepp kommune tildelte institusjonsplassar for tidleg og at det blei brukt mykje ressursar pr. brukar samanlikna med andre kommunar. Leiinga peikar på at det er eit overordna mål for tenestekontoret å tildele rett tenester, også når det gjeld institusjonsplassar som er det høgaste omsorgstilbodet kommunen kan gje innbyggjarane, og at det er ønskjeleg å lage eit system

for å monitorere tildelinga av institusjonsplassar. Her vil ein sjå på om liggetida på institusjon går ned og om funksjonsvariabelen går opp.

I tillegg til desse forholda blir det opplyst at det i periodar har vore **mange pasientar innlagt på Stavanger universitetssjukehus (SUS) samtidig**, og kommunen har følgjeleg ikkje hatt kapasitet til å ta imot alle desse pasientane på ein gong. Vidare blir det peikt på at pasientar det siste året har blitt skrivne tidlegare ut frå SUS. Pasientane er ifølge kommunen medisinsk avklarte, men blir skrivne ut med diagnosar som krev lengre korttidsopphald på institusjon i kommunen. Utover dette blir det også vist til at kommunen merkar at SUS feilrapporterer på funksjonsnivå, noko som resulterer i at pasientar får innvilga opphald dei ikkje har behov for. Det blir som døme vist til melding om behov for O2-behandling som gjer at institusjonsopphald er påkravd, men når pasientane kjem til avdelinga er den rapporterte behandlinga ikkje lenger aktuell.

### 3.3.1.3 Tiltak for å sikre tilstrekkeleg kapasitet

Som nemnt over ønskjer kommunen å gjere ei nærare analyse av behovet for institusjonsplassar som ledd i arbeidet med å sikre tilstrekkeleg kapasitet framover. Kommunen opplyser at det ligg inne åtte nye institusjonsplassar i økonomiplanen for 2020, men at ein vil sjå behovet for dette i samanheng med ei pågåande utgreiing av eit mogeleg interkommunalt tilbod for demenspasientar med stort skjermingsbehov.

Revisjonen får også opplyst at kommunen vurderer om det er hensiktsmessig med ei større grad av spesialisering av avdelingane i institusjonstenesta. Mellom anna blir det vist til at helse og velferd på sikt har eit ønske om å samle alle korttids plassar og lindrande plassar i same bygg, for å få tettare samarbeid og betre utnytting av kompetanse og sjukepleiedekning heile døgnet. Det er på revisjonstidspunktet ikkje avklart kva avdelingsstruktur institusjonstenesta skal ha.

### 3.3.1.4 Kompetanse og personalressursar

Kommunen opplyser i dokumentasjonsoversendinga at Kleppheimen 2. etasje og Sirkelen 3. etasje har følgjande årsverk tilgjengeleg:

Tabell 2: Årsverk ved Sirkelen 3. etg. og Kleppheimen 2. etg. Kjelde: Klepp kommune

Avdeling	Lege	Sjukepleiar	Fagarbeidar	Assistent
Sirkelen 3. etg.	0,55	10,39	11,20	1,62
Kleppheimen 2. etg.	0,37	12,05	8,80	1,0
<b>Sum</b>	0,92	22,44	20,00	2,62

Revisjonen får opplyst at det er gjort nedbemanningar både ved Kleppheimen 2. etasje og Sirkelen 3. etasje det siste året, og at begge avdelingane no har ei lågare grunnbemanning enn tidlegare.

I intervju blir det opplyst at bemanningsplanar ligg til grunn for drifta av avdelingane. Det blir peikt på at det i hovudsak er tilstrekkeleg bemanning etter bemanningsplanane, men at det i mange tilfelle er avvik frå bemanningsplanar og faktisk bemanning grunna fråvær i personalet (permisjonar, sjukemeldingar og vakansar i grunnbemanninga). Det blir også kommentert at sjukefråværet er aukande. I fleire intervju blir det gitt uttrykk for at det ikkje er tilstrekkeleg personell på jobb i dei to avdelingane som følgje av dette. Det blir peikt på at det særleg er fråvær av sjukepleiarar som er ei utfordring, og at det er utfordrande å få tilsett sjukepleiarar i vakante stillingar. Det blir også vist til at fleire sjukepleiarar har sagt opp den siste tida, og i enkelte intervju blir det gitt uttrykk for at ein generelt er bekymra for kompetansen. Det blir peikt på at ein opplever at kompetanseutfordringane kunne vore løyst med ein sjukepleiar til i fast stilling, då dette kunne ført til betre kontinuitet i arbeidet og betre kjennskap til brukarane.

Revisjonen får opplyst at avvik i bemanning på dag og kveld ved fråvær i form av sjukdom blir dekkja med vikarar i form av assistentar, sjukepleiestudentar og nokre helsefagarbeidarar. Det blir peikt på at det er krevjande å leige inn fagpersonell som vikarar, særleg sjukepleiarar, grunna stram økonomi. Revisjonen får opplyst at sjukepleiarar kan gå på tvers av avdelingar og avhjelpe andre avdelingar ved behov, men at erfaringa er at dette ikkje alltid er så lett å få til i praksis, utan at ein kan svare på kvifor det er slik. Det blir peikt på at det er enklare å få til samarbeidet på natt enn på dagvakter, og at dette kan handle om at nattevaktene er mindre krevjande enn andre vakter. Enkelte peikar også på at sjølv om det er høve til å

sette inn vikarar frå andre avdelingar er ikkje dette nok til å dekke opp for dei sjukepleiarane som er vekke grunna permisjonar, sjukemeldingar og oppseiingar.

Vidare blir det gitt uttrykk for at overbelegget er krevjande å handtere for dei tilsette ved Sirkelen 3. etasje. Revisjonen får i samband med verifiseringa av rapporten opplyst at det er gjort vurderingar når det gjeld bemanningssituasjonen og overbelegget ved denne avdelinga. Det blir opplyst at det er gjort ei vurdering som tilseier at dagens bemanning skal handtere dei fire første pasientane i overbelegg dersom desse ikkje er spesielt krevjande. Ved spesielt krevjande tilstander hos pasientar blir det leigd inn ekstra bemanning. Elles ligg det fast at frå den femte pasienten (i overbelegg) skal bemanninga alltid aukast opp med ein person ekstra på dagvakter og ein person ekstra på kveldsvakter. Kommunen opplyser at denne bemanninga også ligg til grunn i plan for høg beredskap.

Når det gjeld korleis forholda som er omtalt i avsnitta over påverkar drifta i avdelingane, blir det peikt på at brukarane får nødvendig helsehjelp, men at systemet er sårbart/ikkje forsvarleg over tid og at andre behov som til dømes psykososiale behov og det å få gå ut og få frisk luft kvar dag ikkje er mogeleg å tilby brukarane grunna manglande kapasitet. Enkelte peikar også på at drifta ikkje blir opplevd å vere forsvarleg med dagens bemanningssituasjon, og at grunnen til at det ikkje har oppstått ein alvorleg situasjon skuldast lojale og flinke tilsette som strekk seg langt i arbeidskvardagen. I eit av intervjua blir det vist til at det i nokre tilfelle kan bli for lite personale på jobb som kan dele ut medisin, og at dei som har denne kompetansen må dele ut medisin til alle pasientane. Det blir peikt på at dette aukar risikoen for at det kan skje avvik.

Fleire viser til at pasientane som blir utskrivne frå sjukehus er sjukare og har meir komplekse diagnosar enn før samhandlingsreforma. Det blir peikt på at det har vore ei gradvis utvikling, og at ein særleg dei siste åra har sett at pasientane har behov for ein meir spissa kompetanse enn tidlegare. Dette skuldast at pasientane blir skrivne ut frå sjukehus med aktiv behandling (til dømes intravenøs antibiotikabehandling). Det blir vist til at dette krev at personalet i større grad enn tidlegare kjenner seg trygge på å måtte gjere raske og fagleg gode vurderingar når det gjeld akutt sjukdom, og at dette byr på utfordringar då avdelingane ikkje har sjukeheimslege til stades heile døgnet. I intervju blir det vist til at fastlegar i kommunal deltidstilling i utgangspunktet skal vere tilgjengeleg for institusjonstenesta utanom tilsynstida, men at tilsette tidvis erfarer at fastlegane ikkje har tilstrekkeleg tid til å svare på spørsmål. Utanom kontortida til fastlegane kan avdelingane ta kontakt med interkommunal sjukeheimslegevakt (frå kl. 18-22). Dette er ei teneste kommunen betalar for. Ordinær legevakt blir nytta etter kl. 22.

Vidare blir det vist til at eit auka tal pasientar som følgje av overbelegg også krev at bemanninga evnar å tenke rehabilitering og er godt kjende med rehabiliteringsprosessar for å unngå at pasientar blir verande lenger enn nødvendig på rehabiliteringsopphald og korttidsopphald. Det blir peikt på at mangelen på fagpersonell påverkar rehabiliteringsprosessar i den grad at desse tar lengre tid enn det som eigentleg er nødvendig.

Mangelen på fagpersonell medfører også at fagutviklingssjukepleiar må gå i ordinære vakter og ikkje har tid til å arbeide med fagutvikling. Det blir peikt på at dette mellom anna påverkar moglegheta til å kunne drive med arbeid som vil heve den faglege kompetansen i personalgruppa. Det blir vidare kommentert at mangelen på tilstrekkeleg bemanning også gjer at det er avgrensa kapasitet til å gjennomføre opplæring av vikarar og nyttilsette.

System for å sikre kompetanse blir nærare omtala i kap. 3.6.

### **3.3.2 Vurdering**

Undersøkinga viser at institusjonstenesta per i dag ikkje har tilstrekkeleg kapasitet til å ta imot utskrivingsklare pasientar som har behov for institusjonsopphald i kommunen etter utskrivning. Noko av dette kan synes å dreie seg om at det ikkje er tilstrekkeleg med langtids plassar i kommunen, som medfører at korttids plassane må tildelast brukarar som ikkje kan bu heime i påvente av ledig langtids plass.

Kommunen vurderer tiltak i form av omstruktureringar/høgare grad av spesialisering av institusjonstenesta og oppretting av nye plassar for å sikre tilstrekkeleg kapasitet framover. Det er også ønskjeleg å gjere ei nærare analyse av behovet for ulike typar institusjons plassar. Revisjonen meiner det er viktig at Klepp kommune held fram dette arbeidet og set i verk tiltak for å sikre tilstrekkeleg kapasitet innanfor

institusjonstenesta, slik at kommunen kan oppfylle sine forplikningar knytt til mottak av pasientar frå spesialisthelsetenesta i samsvar med intensjonen med samhandlingsreforma.

Når det gjeld kompetanse til å ta imot og følgje opp utskrivingsklare pasientar frå sjukehus, meiner revisjonen at det er grunn til å stille spørsmål ved om kommunen har sikra at avdelingane som er omfatta av denne undersøkinga har tilstrekkeleg tilgang på fagpersonell. Revisjonen vil presisere at eventuell mangelfull fagdekning i relevante delar av tenesta kan medføre risiko for at dei helse- og omsorgstenestene kommunen tilbyr til pasientane ikkje alltid er forsvarlege, jf. § 4-1 i helse- og omsorgstenestelova.

### **3.4 Betalingsdøgn for utskrivingsklare pasientar**

#### **3.4.1 Datagrunnlag**

Revisjonen har fått tilsendt oversikt over betalingsdøgn for utskrivingsklare pasientar. Dette er betaling for døgnopphald i spesialisthelsetenesta for pasientar helseføretaket har vurdert som utskrivingsklare til kommunen, men som kommunen ikkje har kunne tatt imot innan gitt frist. Tabellen under viser utviklinga i talet på betalingsdøgn i perioden 2015-2019.

Tabell 3: Betalingsdøgn - utskrivingsklare pasientar. Kjelde: Klepp kommune

<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019 (per sept.)</b>
12	14	79	204	179

Som det går fram av tabellen over har det vore ei vesentleg auke i betalingsdøgn dei siste åra. I åra 2015 og 2016 var talet på betalingsdøgn relativt lågt, med høvesvis 12 og 14 døgn. I 2017 auka talet betalingsdøgn til 79. I 2018 auka talet ytterlegare, til 204 betalingsdøgn.

Som det går fram av tabellen er det også eit vesentleg tal betalingsdøgn til SUS i 2019 (179 per september). Dette på trass av at kommunen i heile 2019 har hatt overbelegg på Sirkelen 3. etg. for å kunne ta imot fleire pasientar (sjå nærare omtale av årsakar til manglande kapasitet i institusjonstenesta i kap. 3.3). I tillegg til dei forholda som er nemnt i kap. 3.3 blir det også gitt døme på at kommunen nokre gongar ikkje tidsnok har fått helseopplysningar med informasjon om behov for medisinsk utstyr for pasientar som er planlagt utskrivne til eigen heim. Dette har resultert i ekstra liggedøgn på sjukehuset fordi kommunen ikkje har kunne tatt imot pasienten før utstyret er på plass.

Døgnprisen kommunen betaler per liggedøgn for ein utskrivingsklar pasient er fastsett av staten. I 2018 utgjorde døgnprisen 4747 kr. Kommunen hadde følgeleg kr. 968 388 i utgifter til overliggerdøgn i 2018. I 2019 er døgnprisen sett til 4885 kr.

#### **3.4.2 Vurdering**

Undersøkinga viser at Klepp kommune har hatt ei betydeleg auke i betalingsdøgn og kostnader for dette dei siste åra, og at kommunen framleis har utfordringar med å ta imot utskrivingsklare pasientar frå sjukehus. Revisjonen viser til vår vurdering i kap. 3.3 der vi mellom anna peikar på at det er viktig at kommunen set i verk tiltak for å sikre tilstrekkeleg kapasitet innanfor institusjonstenesta, slik at kommunen kan oppfylle sine forplikningar knytt til mottak av pasientar frå spesialisthelsetenesta i samsvar med intensjonen med samhandlingsreforma.

### **3.5 Reinnlegging av pasientar som er meldt utskrivingsklare**

#### **3.5.1 Datagrunnlag**

Revisjonen får opplyst at kommunen ikkje har statistikk eller registreringar i fagsystem over reinnleggingar av pasientar som er meldt utskrivingsklare frå sjukehus.

I intervju går det fram at det er variasjon i oppfatninga av i kva grad reinnleggingar førekjem. Enkelte har ikkje opplevd dette medan andre peiker på at det førekjem med jamne mellomrom eller av og til. Mellom anna blir det vist til at kommunen tidvis opplever at pasientar blir for raskt skrivne ut frå sjukehuset og at pasienten ved utskriving kan ha andre diagnosar og plagar enn det pasienten i utgangspunktet var innlagt for som ikkje er medisinsk avklarte ved utskriving. Mellom anna blir det gitt døme på at kommunen har

opplevd at pasient har blitt utskreven med eit brot som sjukehuset ikkje hadde oppdaga. I intervju blir det peikt på at brotet burde vore oppdaga på sjukehuset sjølv om den aktuelle pasienten i første omgang blei lagt inn for ei anna diagnose. Vidare går det fram at institusjonstenesta til tider opplever at behandlingsintensitet for alvorleg sjuke pasientar ikkje er tilstrekkeleg avklart frå helseføretaket si side, og at det har vore nokre reinnleggingar på grunn av dette (til dømes ved sepsis og terminalbehandling).

Det blir frå enkelte av dei intervjua peikt på at det kan vere vanskeleg å definere kva som er å rekne som reinnleggingar<sup>5</sup> då det er variasjon i kor lang tid det går frå pasienten er skriven ut til pasienten må leggjast inn igjen. Det blir kommentert at det sjeldan er reinnleggingar i løpet av det første døgnet, men at det førekjem at pasienten utviklar infeksjonar eit par dagar etter sjukehusopphaldet som gjer at det er behov for reinnlegging.

### **3.5.2 Vurdering**

Undersøkinga indikerer at reinnleggingar førekjem i nokon grad, men det synes ikkje å vere ei stor problemstilling. Revisjonen meiner det er viktig at kommunen melder avvik til sjukehuset dersom det er tilfelle der pasientar blir skrivne ut utan å vere tilstrekkeleg medisinsk avklarte, og dersom pasientar blir skrivne ut utan at det ligg føre tilstrekkeleg informasjon om behov for vidare behandling/oppfølging i kommunen. Det at pasientar blir skrivne ut utan å vere tilstrekkeleg medisinsk avklarte og/eller at det ikkje ligg føre tilstrekkeleg informasjon om behov for vidare behandling/oppfølging i kommunen er ikkje i tråd med samhandlingsrutinane som er inngått mellom kommunen og helseføretaket, og har etter det kommunen opplyser ført til reinnleggingar. Revisjonen meiner det er uheldig at avvik frå samhandlingsrutinane får følgjer for pasientane i form av reinnleggingar som kunne vore unngått. Revisjonen meiner vidare at mangel på tilstrekkelege opplysningar om behov for vidare behandling/oppfølging i kommunen også kan medføre risiko for svikt eller manglar i tenestetilbodet til enkelt pasientar. Dette vil bli nærare omtalt i kap. 4.4.

## **3.6 System for å sikre kompetanse i institusjonstenesta**

### **3.6.1 Datagrunnlag**

Revisjonen får opplyst at helse og velferd årleg prioriterer midlar til kompetanse. Deler av midlane blir fordelt likt til verksemdene i helse og velferd, medan resten er opp til kommunalsjef å fordele. I tillegg søkjer kommunen om kompetanse- og innovasjonsmidlar frå Fylkesmannen.

Kommunen opplyser at dei kommunale midlane i hovudsak blir brukt til enkeltstående kurs og behov som dukkar opp undervegs, medan midlar frå Fylkesmannen går til planlagt etter- og vidareutdanning. Tilsette som ønskjer etter- og vidareutdanning sender søknad til sin avdelingslei, som gjer ei vurdering av om det er behov for kompetansen i avdelinga ut ifrå prioriteringar i avdelinga sin handlings- og kompetanseplan. Dersom det er behov for kompetansen i avdelinga, blir søknaden sendt vidare til ein rådgjevar som koordinerer innsending av ein samla søknad til Fylkesmannen. Kommunen opplyser at tilsette som har gjennomført etter- og vidareutdanning deler av sin kompetanse på avdelinga, samt at det er ressurspersonar som går på tvers av avdelingane for å dele kompetanse, mellom anna innan velferdsteknologi. Kommunen opplyser at det også blir vurdert å etablere spesialiserte team i institusjonstenesta for at tilsette skal ha særskilt kompetanse på sine pasientgrupper.

Helse og velferd utarbeider årleg ein plan for intern kompetanseheving. Planen blir utarbeidd av avdelingsleiargruppa og verksemdsleiar etter innspel/tilbakemeldingar frå personalmøte og medarbeidersamtalar i avdelingane, samt gjennomgang av avvik i Cosdoc og Compilo. Internundervisninga som blir sett opp er ifølgje kommunen undervisning som skal nå dei fleste tilsette i helse og velferd. Nokre tema rullerer årleg og andre kvart andre eller tredje år. Det blir opplyst at felles for alle er årleg undervisning i palliasjon. Andre tema som er nemnd i den interne kompetansehevingsplanen er etikk, utagerande åtferd, ernæring og demens. Revisjonen får også opplyst at over 70 tilsette har tatt kurs i Demensomsorgens ABC, og at mange er i gang med Velferdsteknologiens ABC. Vidare deltek alle sjukeheimslegar og to sjukepleiarar frå institusjonstenesta årleg på sjukeheimskurs i regi av Rogaland

---

<sup>5</sup> Reinnlegging blir av [Folkehelseinstituttet](#) definert som «... en akutt innleggelse, uavhengig av årsak og sykehus for reinnleggelse, og som inntreffer mellom åtte timer og 30 dager etter utskrivning fra et forutgående sykehusopphold (primærinnleggelse)».

legeforeining. Det blir også gitt tilbud om opplæring på SUS ved nye prosedyrar eller spesielt utstyr som trengs i vidare behandling etter utskrivning av pasientar til kommunen.

Revisjonen har fått tilsendt oversikt som viser at det er gjort kartlegging av tilsette sin kompetanse utover grunnutdanning på avdelingane. Av oversikta går det mellom anna fram at institusjonstenesta har tilsette med kompetanse innan kreftomsorg, palliasjon, rus/psykiatri, demens, velferdsteknologi, kreftsjukepleie og smittevern. I eit av intervjua blir det peikt på at avdelinga klarer å ivareta dei ulike pasientgruppene med kompetansen dei har i dag, men at ein gjerne skulle hatt meir påfyll av kompetanse/vidareutdanning innan rehabilitering, ernæring, velferdsteknologi, palliasjon, geriatri og psykiatri.

Kommunen opplyser at det er innarbeidd praksis for å ettersørje behov for kompetanse i medarbeidarsamtalar med kvar enkelt. I intervju med kommunalsjef blir det kommentert at det kunne vore nyttig å hatt sjekklister der den tilsette må kvittere på ulike punkt for å avdekke opplærings- og kompetansebehov, og for å sikre at nødvendig opplæring blir gitt.

Revisjonen får også opplyst at det ved ledig stilling blir vurdert kva kompetanse som skal inn i stillinga igjen for å sikre rett kompetanse i avdelingane til ei kvar tid. Kommunen opplyser at desse vurderingane blir gjort i samarbeid med avdelinga og tillitsvalde.

Når det gjeld etter- og vidareutdanning blir det i intervju gitt uttrykk for at tilsette som ønskjer å ta vidareutdanning får moglegheit til det, og at kommunen erfarer at det er enkelt å få tilskot til dette frå Fylkesmannen. Samtidig blir det peikt på at det kan vere krevjande for avdelingane å sikre tilstrekkeleg bemanning når tilsette er vekke frå jobb grunna etter- og vidareutdanning, særleg ved sjukefråvær og behov for vikar. Det blir også vist til liknande problemstillingar dersom personalet må sendast på opplæring i spesialisthelsetenesta (for eksempel i samband med opplæring på nye prosedyrar eller spesielt utstyr som trengs i vidare behandling etter utskrivning til kommunen). Enkelte har peikt på at det per i dag ikkje er rom for etterutdanning som krev at nokon går ut av stillinga si for ein periode. Det blir vist til at dette vil føre til meirbelastning på dei andre tilsette med dagens bemanning, som igjen kan føre til sjukemeldingar. Elles blir det også kommentert at kommunen er avhengig av at tilsette sjølv ønskjer å ta vidare- og etterutdanning for at dette skal bli gjennomført.

### **3.6.2 Vurdering**

Basert på det som kjem fram i undersøkinga er det revisjonen si vurdering at helse og velferd arbeider systematisk med å få oversikt over kompetanse og kompetansebehov i institusjonstenesta, og at det er lagt til rette for at identifiserte kompetansebehov kan realiserast gjennom kursing og etter- og vidareutdanning. Det er etter revisjonen si vurdering positivt at kommunen har fokus på å sikre at tilsette med spesialisert kompetanse deler av sin kunnskap både i og mellom avdelingar. Samtidig går det fram at det med dagens bemanningssituasjon blir opplevd å vere krevjande å legge til rette for at tilsette får ta etter- og vidareutdanning i dei tilfella dette krev fråvær frå arbeidsplassen ein periode, som følgje av meirbelastning på øvrige tilsette. Det blir også vist til at bemanningssituasjonen gjer at det er avgrensa kapasitet til å gjennomføre opplæring (sjå kap. 3.3). På bakgrunn av dette stiller revisjonen spørsmål ved i kva grad det i praksis blir gjennomført føremålstenlege kompetansehevingstiltak og tilstrekkeleg opplæring, sjølv om systema for å sikre dette i prinsippet er på plass.

## **3.7 Identifisering av om det er pasientgrupper som ikkje får tilfredsstillande oppfølging**

### **3.7.1 Datagrunnlag**

Revisjonen får opplyst at det er nedsett ei tverrkommunal arbeidsgruppe som skal utgreie eit interkommunalt samarbeid med Time kommune om butilbod for innbyggjarar med demens med stort skjermingsbehov i institusjon. Det blir i intervju opplyst at denne pasientgruppa får tilfredsstillande behandling også i dag, men at det er ressurskrevjande og at kommunen vurderer om det kan vere hensiktsmessig med ei spesialisering av dette tilbodet i samarbeid med andre kommunar.

Samtidig arbeider ei anna tverrkommunal gruppe for å vurdere om det er behov for eit interkommunalt butilbod for eldre innbyggjarar som har nedsett buevne på grunn av rus og/eller psykiatriske vanskar. Fleire har i intervju peikt på at denne pasientgruppa «fell mellom to stolar», og at det ikkje er eit tilstrekkeleg



godt tilbud i kommunen per i dag. Det blir av enkelte vist til at personalet i institusjonstenesta ofte gir uttrykk for at dei manglar kompetanse når det gjeld tunge psykiske lidningar.

Det blir kommentert at dette ikkje er nye problemstillingar som følgje av samhandlingsreforma, og er pasientgrupper som kommunen har hatt ansvar for også tidlegare. Kommunen opplever ikkje at det i samband med samhandlingsreforma er særskilte pasientgrupper som kommunen ikkje klarer å følgje opp på tilfredsstillande vis.

Elles blir det peikt på at kommunen erfarer at det er vanskeleg å ta imot komplekse rehabiliteringspasientar, men at kommunen får god rettleiing av IKART, eit interkommunalt ambulant rehabiliteringsteam. Elles blir det også vist til at det har vore vanskeleg å prioritere midlar internt i helse og velferd slik at tidleg innsats og rehabilitering blir prioritert i større grad i helse- og omsorgstenesta.

Kommunen opplyser at dei manglar kompetanse på logoped og synspedagog, og har måtte nytte tenester frå nabokommunane. Det blir vist til at det har vore utfordringar i dette samarbeidet på grunn av kapasitet og til dels mangelfulle samhandlingsrutinar, noko som medfører lengre ventetid for pasientane og at kommunen ikkje kan tilby desse tenestene i tilstrekkeleg omfang. I samband med dokumentasjonsoversendinga opplyste kommunen at det vil bli tilført nye logopedressursar frå sommaren 2019, og at ein inntil vidare må bruke logoped- og synspedagogressursar frå høvesvis Logopedklinikken og Hå kommune. Det blir opplyst at det på sikt er eit ønskje å få til eit felles kompetanse- og ressurscenter for Jærkommunane med logoped, synspedagog og audiopedagog, til dømes knytt til Bryne kompetansesenter.

### **3.7.2 Vurdering**

Undersøkinga gir ikkje indikasjonar på at kommunen som følgje av samhandlingsreforma har fått ansvar for pasientgrupper som tenesta ikkje klarer å gi tilfredsstillande tenester til. Vidare går det fram at kommunen har retta merksemd mot å identifisere pasient/brukargrupper som det kan vere krevjande å gje gode tilbud til eller der det kan vere hensiktsmessig med spesialiserte tilbud, og at det er sett i gong utgreingar for å vurdere nye tilbud til desse pasient/brukargruppene. Revisjonen meiner det er viktig at kommunen følgjer opp dei identifiserte utfordringane knytt til logoped- og synspedagogressursar, slik at desse tenestene også kan ytast i tilstrekkeleg omfang.

## 4. System for samhandling

### 4.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgende hovudproblemstilling med underproblemstillinger:

*Har Klepp kommune etablert eit hensiktsmessig system for samhandling mellom kommunen og helseføretak?*

Under dette:

- a) I kva grad er det etablert system og rutinar for god og sikker informasjonsutveksling med helseføretak?
- b) I kva grad mottar kommunen i tilstrekkeleg tid og omfang informasjon frå helseføretak om pasientar sine behov etter utskriving?
- c) I kva grad blir det meldt avvik knytt til informasjonsutveksling mellom kommunen og helseføretak, og i kva grad blir ev. avvik følgt opp og rapportert tilbake om på ein systematisk måte?

### 4.2 Revisjonskriterium

Kommunestyret har plikt til å inngå samarbeidsavtale med det regionale helseføretaket i helseregionen (jf. helse- og omsorgstenestelova § 6-1 første ledd), og samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasientar og brukarar mottar eit heilskapleg tilbod om helse- og omsorgstenester (jf. § 6-1 andre ledd).

Krav til avtalens innhald går fram i helse- og omsorgstenestelova § 6-2. Her blir det mellom anna spesifisert at avtalen skal omfatte semje om kva helse- og omsorgsoppgåver forvaltningsnivåa er pålagt ansvaret for og ei felles oppfatning av kva tiltak partane til ei kvar tid skal utføre. Den skal også innehalde retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innlegging, utskriving, habilitering, rehabilitering mv. for å sikre heilskaplege helse- og omsorgstenester til pasientar med behov for koordinerte tenester. Vidare er det eit krav at avtalen gir retningslinjer for innlegging i sjukehus, beskriv kommunen sitt tilbod om døgnopphald for øyeblikkeleg hjelp og gir retningslinjer for samarbeid om utskrivingsklare pasientar som blir antatt å ha behov for kommunale tenester etter utskriving frå institusjon.

Sjå vedlegg 2 for utfyllande revisjonskriterium.

### 4.3 System og rutinar for god og sikker informasjonsutveksling

#### 4.3.1 Datagrunnlag

Rutinar knytt til samhandling og informasjonsutveksling mellom kommunen og helseføretaket er nedfelt i avtalar som er inngått mellom partane. I samarbeidsavtale<sup>6</sup> om ansvars- og oppgåvefordeling ved opphald i og utskriving av pasientar frå spesialisthelsetenesta, står det at helseføretaket har ansvar for å avgjere om ein pasient er utskrivingsklar, og sende melding om utskrivingsklar pasient til kommunen. Denne meldinga skal gis på dagtid for dei pasientane som har eit nytt eller endra tenestebehov. Ein pasient er etter avtalen utskrivingsklar når lege i spesialisthelsetenesta vurderer at det ikkje er behov for ytterlegare behandling i spesialisthelsetenesta. Følgjande punkt skal vere vurdert og dokumentert i pasientjournalen:

1. Problemstillingen(e) ved innleggelsen, slik disse var formulert av innleggende lege, skal være avklart.
2. Øvrige problemstillinger som har framkommet, skal være avklart.

---

<sup>6</sup> Samarbeidsavtale om ansvars- og oppgåvefordeling ved opphald i og utskriving av pasienter fra spesialisthelsetjenesten, inngått mellom Helse Stavanger HF og kommunane i helseføretaksområdet. Datert januar 2018.

3. Dersom enkelte spørsmål ikke avklares, skal dette redegjøres for.
4. Det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose(r) og videre plan for oppfølging av pasienten.
5. Pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelse og forventet framtidig utvikling skal være vurdert.

Etter den same avtalen skal helseføretaket ved utskriving sende epikrise og utskrivingsrapport til kommunen, der det er mulig. Epikrisen skal innehalde nødvendige medisinske opplysningar, inkludert fullstendig legemiddelliste. Dersom epikrise ikkje er ferdigstilt ved utskriving, skal dei medisinske opplysningane inngå i utskrivingsrapporten. Denne, inkludert legemiddelliste, funksjonsvurdering og forventa hjelpebehov skal vere klar når melding om at pasienten er utskrivingsklar blir sendt. Helseføretaket har også ansvar for å sende resept på alle nye legemiddel, samt sikre at pasienten får med seg tilstrekkeleg mengde av nødvendige legemiddel og utstyr inntil pasienten (ev. med kommunen si hjelp) kan skaffe seg dette. Melding om og informasjon om utskrivingsklare pasientar skjer gjennom elektronisk melding (e-melding).

Kommunen har også eigne rutinar som skal sikre at nødvendige opplysningar om pasienten og dens behov blir henta inn. Tenestekontoret gir uttrykk for at det i utgangspunktet er utarbeidd eit godt system og gode rutinar for samhandling med sjukehuset, men at det i for stor grad varierer om informasjon om pasientane som kjem frå sjukehuset er god nok. Det blir også kommentert at e-meldingsansvaret har stor innverknad på kor raskt tenestekontoret kan behandle søknadar, og at kontoret har for lite kapasitet til rein behandling av søknadar som følgje av at det går mykje tid med til å følgje opp e-meldingar (dette gjeld også frå andre enn sjukehuset, som Jæren øyeblikkelig hjelp og fastlegar).

#### **4.3.2 Vurdering**

Undersøkinga gir ikkje indikasjonar på at det er manglar knytt til dei system og rutinar som ligg føre for å sikre god og sikker informasjonsutveksling mellom sjukehus og kommunen om utskrivingsklare pasientar. Samtidig blir det gitt uttrykk for at det varierer om informasjon om pasientane som kjem frå sjukehuset er god nok. Dette vil bli nærare omtalt i neste kapittel.

### **4.4 Informasjon frå helseføretak om pasientar sine behov etter utskriving**

#### **4.4.1 Datagrunnlag**

Det blir i intervju gjennomgåande gitt uttrykk for at det ikkje blir gitt tilstrekkeleg informasjon om pasientar etter utskriving frå sjukehus. Det blir vist til at epikrise i mange tilfelle kjem etter at pasienten er utskreven til kommunen eller at den er mangelfull (t.d. at det står kva som er gjort på sjukehuset, men lite om vurderinga for vidare behandling, samt mangelfulle skildringar av kva pårørande har blitt informert om), at epikrise og anna dokumentasjon ikkje alltid er i samsvar med kvarandre, og at informasjon innhenta frå sjukehuset per telefon i påvente av epikrise og utskrivingsrapport ofte ikkje stemmer med det som seinare framgår av dokumentasjonen. Det blir peikt på at dette medfører mykje meirarbeid for kommunen, og skapar usikkerheit om kva opplysningar som skal leggjast til grunn i vidare behandling/oppfølging av pasienten i kommunen, eller at det ikkje er tilstrekkelege helseopplysningar til å kunne vurdere vidare tenestebehov og forsvarlege tenester. Det blir også peikt på som ei problemstilling at sjukehuset ikkje sender med nødvendig medisin, eller at sjukehuset tilrår behandling med uregistrerte preparat som det er krevjande for kommunen å få tak i (sjå nærare omtale av dette i neste kapittel som omhandlar avvik knytt til samhandlinga mellom kommunen og helseføretaket).

Vidare blir det gitt uttrykk for at det er ei problemstilling at sjukehuset skapar forventningar om tenestetilbodet i kommunen til inneliggande pasientar. Det blir peikt på at pasientar og pårørande i ein del tilfelle har forventningar om institusjonsplass etter sjukehusopphald, og at det kan skape utfordringar i dialogen med pasient og pårørande dersom kommunen meiner at det ikkje er behov for dette. Enkelte har kommentert at pasientar til tider opplever at dei er lova ein sjukeheims plass, og at sjukehuset dermed legg føringar for kommunen sine vurderingar. Det blir også peikt på at kommunen opplever at sjukehuset gir ufullstendige helseopplysningar som ein konsekvens av denne informasjonen, samt at det har vore tilfelle der ein opplever at sjukehuset overdriv til dømes fallfaren til ein pasient for å sikre institusjonsplass for vedkomande. Revisjonen får opplyst at kommunen har tatt opp med helseføretaket at det er tenestekontoret som skal avgjere tenestetilbodet i kommunen etter utskriving.

#### **4.4.2 Vurdering**

Undersøkinga viser at kommunen ikkje alltid i tilstrekkeleg tid og omfang opplever å få informasjon frå helseføretak om pasientar sine behov etter utskriving. Det at kommunen ikkje alltid mottar tilstrekkeleg informasjon og/eller at informasjonen kjem på eit seint tidspunkt gjer at det er krevjande for kommunen å planlegge tenestetilbod og vurdere kva tenester pasienten har behov for etter utskriving. Dette medfører etter revisjonen si vurdering også risiko for svikt eller manglar i tenestetilbodet til enkeltpasientar.

Revisjonen meiner det er viktig at feil og manglar knytt til informasjonsutveksling i samband med utskriving frå sjukehus blir tatt opp med helseføretaket gjennom relevante kanalar, til dømes i avviksmeldingar og samarbeidsmøte med helseføretak. Revisjonen meiner også at kommunen bør vurdere om det er behov for å følgje opp problemstillinga knytt til at sjukehuset skapar forventingar hos pasientar om kva tenestetilbod som skal tilbys i kommunen etter utskriving, samt vurdere om det er behov for å tydeleggjere ansvarsdelinga mellom kommunen og helseføretaket når det gjeld vurderingar knytt til tenestetilbodet i kommunen.

### **4.5 Avvik knytt til informasjonsutveksling mellom kommunen og helseføretak**

#### **4.5.1 Datagrunnlag**

Det er utarbeidd avviksrutine<sup>7</sup> for uønskte hendingar som oppstår i samband med inn- og utskriving av pasientar i sjukehus. I følge rutinen skal det ved avvik meldt av primærhelsetenesta (kommunehelsetenesta og fastlegar) fyllast ut eit avviksskjema som skildrar hendinga og ev. kva punkt i samhandlingsavtalen det er avvik på, på kva avdeling eller sengepost avviket har oppstått, kva strakstiltak som er sett i verk, samt informasjon om pasienten. Avviksskjemaet skal sendast til Stavanger universitetssjukehus per post, og sjukehuset skal så scanne dokumentet inn i sitt kvalitetssystem og sende dette vidare til aktuell divisjon. Vidare skal sjukehuset sende svar til kommunen per post når saka er behandla. Ei samla avviksoversikt skal presenterast i samhandlingsutvalet mellom sjukehuset og kommunen ein gong per år.

Kommunen opplyser at det ikkje systematisk blir meldt avvik knytt til samhandlinga med sjukehus verken i kommunen sine egne system (pasientjournalssystemet CosDoc og kvalitetssystemet Compilo) eller i avvikssystemet som er etablert gjennom samarbeidsavtalen med sjukehuset, sjølv om avvik førekjem. Det blir også stadfesta i intervju som revisjonen har gjennomført at det i liten grad blir meldt avvik knytt til samhandlinga med sjukehuset. Avvika blir ifølge kommunen ofte løyst per telefon og i direkte samhandling. Kommunen har følgeleg ikkje statistikk/oversikt over meldte avvik knytt til samhandlinga med sjukehus. Det blir peikt på at dette kan gjere det utfordrande å setje i verk varige tiltak/forbetningsarbeid, fordi ein ikkje har tilstrekkeleg oversikt over konkrete problem i samhandlinga.

Nokre peikar på at grunnen til at det meldast lite avvik truleg er ein kombinasjon av at tilsette ikkje har tid, ikkje prioriterer det i arbeidskvardagen og ikkje veit kva avvik som skal meldast kor. Leiinga i institusjonstenesta opplyser at det er naturleg at det er tenestekontoret eller avdelingsleiarane som skal melde fleire av dei avvika som er knytt til samhandlinga mellom kommune og helseføretak. I intervju som revisjonen har gjennomført med tilsette i institusjonstenesta/tenestekontoret kom det fram at det ikkje var tilstrekkeleg tydeleg korleis avvika skal meldast. Fleire har oppfatta at avvika skal meldast gjennom pasientjournalssystemet Cosdoc, men på det tidspunktet revisjonen gjennomførte intervju hadde det kome tilbakemelding frå sjukehuset om at denne praksisen ikkje var rett. Andre viser til at det nyleg er gitt informasjon om korleis avvika skal meldast, men at det ikkje er implementert.

Som det går fram av tidlegare kapittel førekjem det avvik i samhandlinga med helseføretaket. Eksempel det blir vist til er feil i legemiddel ved utskriving og feilrapportering i funksjonsnivå, noko som til tider resulterer i at pasientar får innvilga institusjonsopphald dei ikkje har behov for. Fleire peikar i intervju på at sjukehuset ikkje sender med nødvendig medisin som pasienten har behov for, og som det er vanskeleg for kommunen å få tak i på kort tid. Dette gjeld særleg uregistrerte preparat som kommunen må søkje legemiddelverket for å få tilgang til. Dette på trass av at kommunen i dialogen med sjukehuset har opplyst at medisinane må sendast med.

Det blir vidare vist til at epikrise frå sjukehuset kjem seint fram til kommunen, og ofte i etterkant av at pasienten er mottatt, noko som følgeleg gjer det vanskeleg for kommunen å vurdere korleis pasienten

---

<sup>7</sup> Helse Stavanger HF, Rutiner ved prosedyresvikt i forbindelse med overføring av pasienter mellom primærhelsetjenesten og SUS. Godkjenningsdato: 16.08.2019

skal følgjast opp. Det blir av fleire vist til at det går mykje tid på å få kontakt med sjukehus og lege for å avklare kva som er rett opplysningar når det gjeld pasientane. Det blir også gitt døme på at helseopplysningane, utskrivingsrapporten og epikrise ikkje er i samsvar med kvarandre når det gjeld informasjon om til dømes legemiddel.

Det blir også kommentert at avdelingane som har meldt avvik ikkje får tilbakemelding om korleis sjukehuset har følgd opp avviksmeldingane. Enkelte peikar også på at dei har vore usikre på om avvika i det heile tatt har kome fram til sjukehuset, og har følgjeleg etterspurt dette. Tilbakemeldinga her var at samhandlingsutvalet les avviksmeldingane.

Revisjonen har fått opplyst at kommunalsjef for helse og velferd deltek i samarbeidsutvalet med helseføretaket, og at kommunen kan ta opp saker knytt til samhandlinga i dette utvalet. Kommunen kan også ta kontakt med samhandlingsavdelinga på sjukehuset. Det blir gitt uttrykk for at det er god dialog både med samhandlingsavdelinga og i samarbeidsutvalet, og at kommunalsjef opplever at det stort sett blir arbeidd mot felles mål for å finne løysingar på dei sakene som blir tatt opp.

#### **4.5.2 Vurdering**

Undersøkinga viser at det er etablert system og rutinar for å melde avvik knytt til informasjonsutveksling i samband med inn- og utskrivning av pasientar frå kommunen til helseføretaket, men at det ikkje systematisk blir meldt avvik i dei tilfella der slike avvik oppstår.

Manglande melding om avvik til helseføretaket, i dei tilfelle kommunen opplever mangelfull informasjon i samband med utskrivning av pasientar, er etter revisjonen si vurdering ikkje tilfredsstillande. Revisjonen vil peike på at mangelfull rapportering av avvik kan auke risikoen for at avvik eller uønskte hendingar knytt til informasjonsutveksling ikkje blir fanga opp og følgd opp. Dette kan igjen bidra til at eventuell mangelfull praksis vedvarar og til at relevant forbetningsarbeid ikkje blir sett i verk. Mangelfull innmelding av avvik er heller ikkje i samsvar med krav i forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta, eller med dei føringar som går fram av rutinar for prosedyresvikt i samband med overføring av pasientar mellom primærhelsetenesta og SUS.

Revisjonen meiner det er viktig at kommunen sikrar at relevante tilsette har tilstrekkeleg informasjon om korleis avvik skal meldast, og i kva tilfelle det skal meldast avvik. Det bør også tydeleggjerast kven i kommunen som har ansvar for å melde slike avvik til helseføretaket. Revisjonen meiner også at kommunen bør følgje opp meldte avvik i samhandlingsmøte, for å sikre at avviksmeldingar blir følgd opp og nytta i forbetningsarbeidet.

## 5. Konklusjon og tilrådingar

Undersøkinga viser at kommunen ikkje har tilstrekkeleg kapasitet til å ta imot og følgje opp utskrivingsklare pasientar frå spesialisthelsetenesta som har behov for institusjonsopphald i kommunen etter utskriving. Talet på betalingsdøgn (overliggedøgn) på sjukehus har auka betydeleg i perioden frå 2016 og fram til i dag. Revisjonen merkar seg at kommunen vurderer tiltak for å kunne redusere talet på betalingsdøgn og for å sikre tilstrekkeleg kapasitet i institusjonstenesta framover. Når det gjeld kompetanse, stiller revisjonen spørsmål ved om kommunen har sikra at det er tilstrekkeleg kompetanse på jobb til ei kvar tid. Det blir særleg vist til utfordringar knytt til å sikre tilstrekkeleg sjukepleiarkompetanse. Revisjonen registrerer også at det blir gitt uttrykk for at bemanningssituasjonen gjer det krevjande å legge til rette for opplæring og etter- og vidareutdanning.

Undersøkinga viser vidare at det er etablert system og rutinar for samhandling mellom kommunen og helseføretaket om oppfølging av pasientar før, under og etter sjukehusopphald, og at systemet i seg sjølv framstår som føremålstenleg. Likevel får kommunen i mange tilfelle ikkje i tilstrekkeleg tid eller omfang informasjon om pasientane ved utskriving. Samtidig går det i undersøkinga fram at det i liten grad blir meldt avvik frå kommunen til helseføretaket i tilfelle der kommunen ikkje får tilstrekkeleg informasjon om pasientar som skal overførast til kommunen. Mangelfull rapportering av avvik kan auke risikoen for at avvik eller uønskte hendingar knytt til informasjonsutvekslinga ikkje blir fanga opp og følgt opp, noko som igjen kan bidra til at mangelfull praksis vedvarar og at relevant forbetningsarbeid/tiltak ikkje blir sett i verk. Når det gjeld avviksrapportering knytt til informasjonsutveksling og samhandling med helseføretaket syner også undersøkinga at det ikkje er tilstrekkeleg tydeleg korleis slike avvik skal meldast, og at ein ikkje opplever å få tilbakemelding på dei avvika som har blitt meldt.

Basert på det som kjem fram i undersøkinga vil revisjonen tilrå at Klepp kommune sett i verk følgjande tiltak:

1. Sikrar at institusjonstenesta har tilstrekkeleg kapasitet til å handtere sine oppgåver
2. Sikrar tilstrekkeleg tilgang på fagkompetanse i institusjonstenesta, i samsvar med helse- og omsorgstenestelova § 4-1 d
3. Sikrar at relevante tilsette får opplæring i korleis det skal meldast avvik knytt til samhandling/informasjonsutveksling mellom kommunen og helseføretaket
4. Sørgjer for at det blir meldt avvik til helseføretaket når det oppstår avvik frå samhandlingsrutinar
5. Følgjer opp identifiserte utfordringar knytt til tenestetilbod (logoped- og synspedagogressursar) slik at desse tenestene kan ytast i tilstrekkeleg omfang

# Vedlegg 1: Høyringsuttale



Postadresse:  
Klepp kommune  
Postboks 25  
4358 Kleppe

Deloitte AS  
Postboks 6013

5892 BERGEN

Saksnr  
19/726-5

Løpenr  
37109/19

Arkivkode  
217

Avd/Sek/Saksh  
HV/HV/MCLO808

Dykkar ref

## SVAR - FORVALTNINGSREVISJON - INSTITUSJONSTENESTA ETTER SAMHANDLINGSREFORMA

Frå samhandlingsreforma starta har Klepp kommune hatt fokus på tenesta for å betra samhandling / samskaping både internt og eksternt. Det har skjedd store endringar i brukarbilette med meir komplekse tilstander / sjukdomar. Dette gir utfordring av kva som vert vurdert å vera fagleg forsvarleg teneste, utfordring i høve økonomi og planlegging framover for å få til endring som skaper bærekraftige tenester i kommunen.

Tilsette i Klepp er positive til nye arbeidsmåter for å få til endringar i tenestene. Dei taklar dette arbeidet godt sjølv om arbeidet til tider kan vera krevande.

Deloitte har gjennomført ein forvaltningsrevisjon av institusjonstenesta etter samhandlingsreforma. Prosjektet blei bestilt av kontrollutvalet i Klepp kommune 21.2.2019 i sak 1/19.

Føremålet med forvaltningsrevisjonen har vore å undersøka om institusjonstenesta (sjukeheimane) i Klepp kommune har system og rutinar for å ivareta kommunen sine oppgåver som følge av samhandlingsreforma.

Deloitte har sendt ut rapportutkast til høyring den 06.11.19. Dette er rådmannen sine kommentarar til rapportutkastet.

Basert på det som kjem fram i undersøkinga vil revisjonen tilrå at Klepp kommune set i verk tiltak 1-5. Rådmannen sine kommentarar står oppført ved kvart tiltak.

### 1. Sikrar at institusjonstenesta har tilstrekkeleg kapasitet til å handtere sine oppgåver

Framskrivning av behov for institusjonsplassar viser at Klepp treng 8 plassar i 2020, 8 plassar innan 2023 og eit nytt bygg innan 2027. Det skal i løpet av 2020 arbeidast med plan for bruk av plassar, tal plassar og kva type insitusjonsplassar Klepp har behov for i åra som kjem.

### 2. Sikrar tilstrekkeleg tilgang på fagkompetanse i institusjonstenesta, i samsvar med helse – og omsorgstenestelova § 4 - 1 d

I utkastet vert det vist til at helse og velferd på sikt ønsker å samla "like plassar" i same bygg, for å få betre utnytting av kompetanse og fagleg dekking heile døgnet, men at det på revisjonstidspunkt ikkje er avklart kva struktur tenesta skal ha.



I etterkant er Prosjekt institusjon 2020 starta våren 2019. Prosjektet arbeider med planar for kompetansebygging, nye arbeidsmåtar og ny organisering i institusjonstenesta. Det vert arbeida med å få ned kostnad pr plass i institusjon. Pågåande prosjektplan arbeider med å auka kvalitet i institusjonstenesta. Eldsjeler har utprøving av meir systematiske arbeidsmetodar, det er forslag om å organisera tenesta med sjukepleieteam som går på tvers av avdelingar, og meir kompetansebygging i fagarbeidargruppa.

Å gjennomføra tiltak som er under planlegging i prosjektet vil på sikt styrka fag, kvalitet, kompetansenivå / rett person på rett plass og gi betre rekruttering i institusjonstenesta.

### **3. Sikrar at relevante tilsette får opplæring i korleis det skal meldast avvik knytt til samhandling/informasjonsutveksling mellom kommunen og helseføretaket**

Dette er definert og det er laga system i kvalitets- og fagsystemet.(Compilo og Cosdoc) Både korleis ein melder avvik internt i kommunen, og korleis ein melder avvik til SUS/helseføretaket. Vi har eit avvikssystem som må synleggjerast meir ut i avdelingane.

### **4. Sørger for at det blir meldt avvik til helseføretaket når det oppstår avvik frå samhandlingsrutinar**

Dette er definert og det er laga system i kvalitets- og fagsystemet. Både korleis ein melder avvik internt i kommunen og korleis ein melder avvik til SUS/helseføretaket. Meldte avvik vert tekne opp i samarbeidsmøter med SUS.

### **5. Følger opp identifiserte utfordringar knytt til tenestetilbod (logoped - og synspedagogressursar) slik at desse tenestene kan ytast i tilstrekkeleg omfang**

Klepp kommune har pr i dag tilsett logoped i 100 % stilling og synspedagog i 20 % stilling. Både logoped og synspedagog gir tenester til barn, ungdom og vaksne.

Klepp kommune, 21.11.2019

Marianne Sund  
kommunalsjef

Margreta Hauge Clementsen  
rådgjevar

*Dokumentet er elektronisk godkjent og treng derfor ingen signatur.*

Kopi til: Torild Lende Fjermestad  
rådmann



# Vedlegg 2: Revisjonskriterium

## Krav i lov og forskrift

### Betalingsplikt for utskrivingsklare pasientar

I samband med samhandlingsreforma blei forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasientar sett i kraft. Føremålet med forskrifta er å bidra til betre arbeidsfordeling mellom tenestenivåa i helse- og omsorgstenesta, skape gode pasientforløp og kostnadseffektive løysingar som kan gi pasientar eit like godt eller betre tilbod i kommunen si helse- og omsorgsteneste som i spesialisthelsetenesta.<sup>8</sup>

Forskrifta regulerer mellom anna vilkåra for at ein pasient er utskrivingsklar. Av § 9 går det fram at pasient i somatisk døgnavdeling er utskrivingsklar når lege ved helseinstitusjon omfatta av spesialisthelsetenestelova vurderer at det ikkje er behov for ytterlegare behandling ved døgnopphald i helseinstitusjonen.

Når ein pasient er definert som utskrivingsklar, skal spesialisthelsetenesta straks varsle kommunen dersom pasienten har behov for eit kommunalt helse- og omsorgstenestetilbod.<sup>9</sup> Kommunen må anten kunne gje tilbod om kommunale helse- og omsorgstenester til pasienten, eller betale for «overliggedøgn» i spesialisthelsetenesta i påvente av eit kommunalt helse- og omsorgstenestetilbod.<sup>10</sup>

### Kommunen sitt ansvar for helse- og omsorgstenester

Kommunen skal ifølgje helse- og omsorgstenestelova<sup>11</sup> § 3-1 første ledd sørge for at personar som oppheld seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstenester. Dette inkluderer tilbod om opphald i sjukeheim eller tilsvarende bustad særskilt tilrettelagt for heildøgns teneste jf. § 3-2 a, dersom dette etter ei helse- og omsorgsfagleg vurdering det einaste tilbodet som kan sikre pasienten eller brukaren nødvendige og forsvarlege helse- og omsorgstenester.

Kommunen sitt ansvar etter § 3-1 første ledd inneberer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere verksemda, slik at omfanget og innhaldet i tenestene i samsvar med krav fastsett i lov eller forskrift.

### Krav til systematisk styring av verksemda

Forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta omtalar krav til systematisk styring av verksemdar som er pålagt internkontrollplikt etter helse- og omsorgstenestelova. Av § 1 går det fram at føremålet med forskrifta er å bidra til fagleg forsvarlege helse- og omsorgstenester, kvalitetsforbetring og pasient- og brukartryggleik, samt til at øvrige krav til helse- og omsorgslovgivinga blir etterlevd. Av § 3 i same forskrift går det fram at den som har det «overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette».

Av § 6 d i forskrifta går det fram at verksemda har plikt til å planlegge sine aktivitetar med omsyn til å ha oversikt over område i verksemda der det er risiko for svikt eller mangel på etterleving av myndigheitskrav og område der det er behov for vesentleg forbetring av kvaliteten på tenesta og pasient- og brukartryggleiken.

### Kompetanse og opplæring

§ 4-1 i helse- og omsorgstenestelova omtalar krav til forsvarlegheit i kommunen sine helse- og omsorgstenester. Her går det mellom anna fram at kommunen skal tilrettelegge tenestene slik at helse-

---

<sup>8</sup> Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter § 1.

<sup>9</sup> Ibid § 10.

<sup>10</sup> Ibid § 13.

<sup>11</sup> Helse- og omsorgsdepartementet, 2011. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven. LOV-2011-06-24-30.

og omsorgstenesta og personell som utfører tenestene blir i stand til å overhalde sine lovpålagte plikter (§ 4-1 c) og at tilstrekkeleg fagkompetanse sikrast i tenestene (§ 4-1 d).

I forskrift om leing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta står det at verksemda skal sørge for at medarbeidarar i verksemda har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, rettleiarar og styringssystem (§ 7 b). Kommunen skal vidare sørge for at tilsette som utfører teneste eller arbeid etter helse- og omsorgstenestelova får påkravd vidare- og etterutdanning (helse- og omsorgstenestelova § 8-2 første ledd).

### **Plikt til å inngå samarbeidsavtale**

Kommunestyret har plikt til å inngå samarbeidsavtale med det regionale helseføretaket i helseregionen (helse- og omsorgstenestelova § 6-1 første ledd), og samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasientar og brukarar mottar eit heilskapleg tilbod om helse- og omsorgstenester (§ 6-1 andre ledd).

Krav til avtalens innhald går fram i helse- og omsorgstenestelova § 6-2. Her blir det mellom anna spesifisert at avtalen skal omfatte semje om kva helse- og omsorgsoppgåver forvaltningsnivåa er pålagt ansvaret for og ei felles oppfatning av kva tiltak partane til ei kvar tid skal utføre. Den skal også innehalde retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innlegging, utskrivning, habilitering, rehabilitering mv. for å sikre heilskaplege helse- og omsorgstenester til pasientar med behov for koordinerte tenester. Vidare er det eit krav at avtalen gir retningslinjer for innlegging i sjukehus, beskriv kommunen sitt tilbod om døgnopphald for øyeblikkeleg hjelp og gir retningslinjer for samarbeid om utskrivingsklare pasientar som blir antatt å ha behov for kommunale tenester etter utskrivning frå institusjon.

# Vedlegg 3: Sentrale dokument og litteratur

## Lov og forskrift

- Helse- og omsorgsdepartementet: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstenestelova). LOV-2011-06-24-30.
- Helse- og omsorgsdepartementet: Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. FOR-2016-10-28-1250.
- Helse- og omsorgsdepartementet: Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter. FOR-2011-11-18-1115

## Førearbeid

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

## Dokument frå kommunen

- Klepp kommune: Handlings- og kompetanseplan, Helse og velferd 2019. Uten dato
- Klepp kommune: Handlings- og kompetanseplan – institusjon 2019. Uten dato
- Klepp kommune: Handlings- og kompetanseplan tenestekontor 2018. Uten dato
- Klepp kommune: *Taktskifte*, strategiplan 2015-2026. Godkjent av kommunestyret 17.11.2014
- Klepp kommune: Retningslinjer og kriterier for tideling av tenester etter helse- og omsorgstenestelova. Uten dato
- Klepp kommune: Sjekklister for å forberede hjemkomst. Uten dato
- Klepp kommune: Sjekklister PF-2- Oppfølging av sykepleier innen tre dager etter utskrivning. Uten dato utover årstall 2018
- Klepp kommune: Samhandlingsrutine for tenestekontoret. Datert 06.06.2018
- Klepp kommune: Plan for intern kompetanseheving 2019 Helse og velferd. Uten dato
- Klepp kommune: Organisasjonskart helse og velferd
- Helse Stavanger HF, Rutiner ved prosedyresvikt i forbindelse med overføring av pasienter mellom primærhelsetjenesten og SUS. Godkjenningsdato: 16.08.2019

## Andre kjelder

- Samarbeidsavtaler inngått mellom Helse Stavanger og Klepp kommune, tilgjengelig på: <https://helse-stavanger.no/fag-og-forskning/samhandling/samarbeidsavtaler#klepp-kommune>



Deloitte AS and Deloitte Advokatfirma AS are the Norwegian affiliates of Deloitte NWE LLP, a member firm of Deloitte Touche Tohmatsu Limited ("DTTL"), its network of member firms, and their related entities. DTTL and each of its member firms are legally separate and independent entities. DTTL (also referred to as "Deloitte Global") does not provide services to clients. Please see [www.deloitte.no](http://www.deloitte.no) for a more detailed description of DTTL and its member firms.

Deloitte Norway conducts business through two legally separate and independent limited liability companies; Deloitte AS, providing audit, consulting, financial advisory and risk management services, and Deloitte Advokatfirma AS, providing tax and legal services.

Deloitte is a leading global provider of audit and assurance, consulting, financial advisory, risk advisory, tax and related services. Our network of member firms in more than 150 countries and territories serves four out of five Fortune Global 500® companies. Learn how Deloitte's approximately 286,000 people make an impact that matters at [www.deloitte.no](http://www.deloitte.no).